

Trine Monica Myrvold

Kommunalt psykisk helsearbeid

Utviklingstrekk 2002-2005

Kommunalt psykisk helsearbeid

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2005:10

Kompetanseutvikling i kommunene
Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid

NIBR-rapport 2005:6

Brukermedvirkning og psykisk helse

NIBR-rapport 2004:12

Tilbudet til mennesker med psykiske problemer
Kommunenes arbeid med integrering og koordinering

NIBR-rapport 2003:5

Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser

Rapportene koster kr 250,-, og kan bestilles fra NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til berit.willumsen@nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Trine Monica Myrvold

Kommunalt psykisk helsearbeid

Utviklingstrekk 2002-2005

NIBR-rapport 2006:11

Tittel: **Kommunalt psykisk helsearbeid.**
Utviklingstrekk 2002 – 2005

Forfatter: Trine Monica Myrvold

NIBR-rapport: 2006:11
ISSN: 1502-9794
ISBN: 82-7071-631-6

Prosjektnummer: O-1885
Prosjektnavn: Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd
Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Det er relativt beskjedne endringer i organiseringen av psykisk helsearbeid fra 2002 til 2005. Myndighetenes forsterkede innsats har gitt resultater på enkeltområder: individuelle planer er tatt mer i bruk, legetjenesten og skolene er mer involvert i arbeidet, og kommunene samarbeider mer med brukerorganisasjonene. Arbeidet i forhold til barn og unge er forsterket. Men kommunene opplever fortsatt samarbeidsproblemer med andrelinjen. Flere små kommuner er kommet mer aktivt i gang med psykisk helsearbeid i 2005, men står fremdeles overfor klare utfordringer i arbeidet.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: August 2006
Antall sider: 192
Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Sinsensvn. 47 B, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2006

Forord

Denne rapporten er en underveisrapportering 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 og har skrevet rapporten.

Prosjektet startet opp i 2001 og skal løpe til slutten av 2008. Rapporten analyserer data fra andre runde med spørreskjemaundersøkelse til samtlige norske kommuner om tiltak, kompetanseoppbygging og organisering i det psykiske helsearbeidet. Spørreskjemaet er utarbeidet av SINTEF Unimed og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i fellesskap. Det skal gjennomføres ytterligere en runde med spørreskjemaer til kommunene våren 2008. Prosjektet inneholder også to omganger med case-studier i et mindre utvalg kommuner. Den første av disse studiene er gjennomført (Myrvold og Helgesen 2005), mens den neste skal finne sted i 2007-2008. Den første kvantitative analysen, som ble gjennomført i 2002, er rapportert i Myrvold (2004).

Forfatteren takker samarbeidspartner hos SINTEF, Jorid Kalseth, for hyggelig og konstruktivt samarbeid rundt revideringen av spørreskjemaene. Takk også til kommunene som har tatt seg tid til å besvare spørsmålene i skjemaene!

Etter ønske fra styringsgruppen og Norges forskningsråd er rapporten organisert slik at sammendraget 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.

Oslo, august 2006
Hilde Lorentzen
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Innhold.....	2
Tabelloversikt	5
Sammendrag	12
Summary.....	27
1 Innledning	44
1.1 Opptrappingsplanens opprinnelige mål, justerte mål og myndighetenes nyere satsinger	44
1.2 Spørsmål for evalueringen	46
1.3 Datamaterialet	47
2 Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid for voksne	49
2.1 Innledning	49
2.2 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2005	51
2.3 Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet internt i kommunen	54
2.3.1 Tiltak for samordning.....	54
2.3.2 Nærmere om individuell plan.....	56
2.3.3 Et bredt og helhetlig tilbud: Involvering av tjenester.....	59
2.3.4 Rekruttering og kompetanseheving.....	66
2.3.5 Fagmiljøet i psykisk helsearbeid.....	69
2.3.6 Oppsummering samarbeid internt i kommunen	71
2.4 Samarbeid og samordning med instanser utenfor kommunen.....	73
2.4.1 Interkommunalt samarbeid.....	73
2.4.2 Samarbeid mellom kommunen og andrelinjen.....	75
2.4.3 Rådgivernes roller	79
2.4.4 Samarbeid med Aetat	80
2.4.5 Samarbeid med trygdekontoret	81
2.4.6 Samarbeid med brukerorganisasjonene.....	82
2.4.7 Oppsummering samarbeid med instanser utenfor kommunen.....	84

2.5	Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen lokalt	85
2.5.1	Vurderingen av egen kommunes innsats.....	85
2.5.2	Vurdering av utviklingen i tjenestene til innbyggerne ...	86
2.5.3	Vurdering av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen	89
2.5.4	Oppsummering vurdering av kommunens arbeid med Opptrappingsplanen	92
2.6	Oppsummering.....	93
3	Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helse- arbeid for barn og unge	97
3.1	Innledning	97
3.2	Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2005	99
3.3	Samarbeid og samordning i det psykiske helse- arbeidet for barn og unge	101
3.3.1	Samordningstiltak	102
3.3.2	Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med barn og unge?	104
3.4	Samarbeid mellom kommunen og andrelinjen i psykisk helsearbeid for barn og unge.....	106
3.5	Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen – tjenestene for barn og unge.....	108
3.6	Oppsummering.....	109
4	Småkommunenes psykiske helsearbeid	112
4.1	Innledning	112
4.2	Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2005 ..	114
4.3	Samarbeid og samordning internt i kommunen: spiller kommunestørrelse noen rolle?	115
4.3.1	Tiltak for samordning.....	115
4.3.2	Bredden i involveringen av tjenester.....	118
4.3.3	Fagmiljøet i det kommunale psykiske helsearbeidet....	123
4.4	Samarbeid med instanser utenfor kommunen	125
4.4.1	Samarbeid med andre kommuner.....	125
4.4.2	Samarbeid med andrelinjen.....	127
4.4.3	Rådgivernes rolle	133
4.4.4	Samarbeid med Aetat og Trygdekontoret	134
4.4.5	Samarbeid med brukerorganisasjonene.....	137
4.5	Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen	139
4.6	Oppsummering.....	143
5	Konklusjoner og anbefalinger.....	147
5.1	Konklusjoner.....	147
5.2	Utfordringer og anbefalinger.....	152

Litteratur	155
Vedlegg 1 Spørreskjema, del 1-3.....	158
Vedlegg 2 Spørreskjema, del 4.....	178
Vedlegg 3 Andel svar fordelt på fylker	183
Vedlegg 4 Tabeller	184

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid for voksne, 2002 og 2005. Prosent.....	52
Tabell 2.2	For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Hvor er det psykiske helsearbeidet plassert i kommuneorganisasjonen? 2005.....	53
Tabell 2.3	Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon). 2002 og 2005. Prosent.....	56
Tabell 2.4	Oppfatninger av individuelle planer, 2005. Prosent. N=229-239	58
Tabell 2.5	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? 2002 og 2005. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”	60
Tabell 2.6	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”. 2005. Tall fra 2002 i (kursiv)	61
Tabell 2.7	Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, 2002 og 2005. Prosent som sier samarbeidet er ”svært godt”	61
Tabell 2.8	Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med planer innenfor psykisk helse? 2002 og 2005. Prosent av kommunene som svarer ”sterkt involvert” eller ”koordinerende ansvar” (evt. enhet for psykisk helsearbeid er ikke tatt med).	63
Tabell 2.9	Antall ulike tiltak iverksatt innenfor relevante tjenester. 2002 og 2005. Gjennomsnitt (Min=0; Max=12)	64
Tabell 2.10	Antall tjenester involvert i ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet, 2002 og 2005. Gjennomsnitt (Min=0; Max=7)	65

Tabell 2.11	Antall tjenester involvert i ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet, etter kommunal organisering, 2005. Gjennomsnitt (Min=0; Max=7).....	66
Tabell 2.12	Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall ulike opplæringstiltak i tjenestene i 2002 og 2005. Gjennomsnitt.....	67
Tabell 2.13	Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptappingsplanen? 2002 og 2005. Gjennomsnitt.....	68
Tabell 2.14	Hvilke tjenester er styrket med rekruttering i løpet av de siste tre årene? 2005. Prosent kommuner som sier at tjenesten er styrket.	68
Tabell 2.15	Hvilke tjenester styrkes med rekruttering? 2005. Prosent kommuner som svarer at tjenesten er styrket med rekruttering siste 3 år. Prosent av kommuner som har besvart spørsmålene	69
Tabell 2.16	Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2002 og 2005. Prosent som svarer "helt enig". N=264-265.....	70
Tabell 2.17	Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2005. Prosent som svarer delvis eller helt enig. N=264-265 ...	71
Tabell 2.18	Inngår kommunen i noe tjenestesamarbeid med andre kommuner? 2002 og 2005. Prosent.....	74
Tabell 2.19	Inngår kommunen i noe faglig samarbeid med andre kommuner? 2002 og 2005. Prosent.....	75
Tabell 2.20	Har kommunen noe samarbeid med 2. linjen? 2002 og 2005. Prosent.....	76
Tabell 2.21	Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem? 2002 og 2005. Prosent	77
Tabell 2.22	Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? 2002 og 2005. Prosent.....	78
Tabell 2.23	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne brukere? 2002 og 2005. Prosent	78
Tabell 2.24	Vurdering av voksne innbyggers tilgang på andre linjetjenester innfor psykisk helsevern? 2002 og 2005. Prosent som svarer "svært god tilgang" eller "langt mindre enn behovet"	79
Tabell 2.25	Rådgiverens rolle, 2002 og 2005. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller "i stor grad"	80
Tabell 2.26	Samarbeider kommunen med Aetat? 2002 og 2005. Prosent.....	81
Tabell 2.27	Samarbeider kommunen med trygdekontoret? 2002 og 2005. Prosent.....	82

Tabell 2.28	Samarbeider kommunen med brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse? 2002 og 2005. Prosent.....	83
Tabell 2.29	Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? 2002 og 2005. Prosent.....	84
Tabell 2.30	Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005. Prosent (N=253).....	86
Tabell 2.31	Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune. Prosent som svarer vesentlig bedre tilbud. 2002 og 2005. N=254-265.....	87
Tabell 2.32	Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005. Prosent.....	88
Tabell 2.33	Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005. Prosent.....	88
Tabell 2.34	Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen i egen kommune. 2002 og 2005 Prosent som svarer ”svært viktig”. N=250-261 (2002) og 257-265 (2005).....	89
Tabell 2.35	Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen i egen kommune, etter vurdering av kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005. Prosent som svarer ”svært viktig” hindring	91
Tabell 3.1	Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge. Hovedkategorier 2002 og 2005. Prosent.	99
Tabell 3.2	Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt.....	100
Tabell 3.3	Samordning i psykisk helsearbeid for barn og unge, 2005. N=274.....	102
Tabell 3.4	Har kommunen etablert ansvarsgruppe (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? 2002 og 2005. Prosent.....	103
Tabell 3.5	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2002 og 2005. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”	105
Tabell 3.6	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2005. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”	106

Tabell 3.7	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002 og 2005. Prosent	107
Tabell 3.8	Vurdering av barn og unges tilgang på 2. linjetjenesten innfor psykisk helsevern. 2002 og 2005. Prosent.....	108
Tabell 3.9	Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005.....	109
Tabell 3.10	Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005	109
Tabell 4.1	Organisering av det psykiske helsearbeidet, etter kommunestørrelse. Prosent. 2005. Tallene for 2002 i (kursiv).....	114
Tabell 4.2	Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn/unge de tre siste årene? 2005	115
Tabell 4.3	Andel kommuner som ikke benytter ulike typer samordningstiltak, på individnivå og på systemnivå. 2005. Prosent.....	116
Tabell 4.4	Utarbeider kommunen individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for langvarig hjelp? 2002 og 2005. Prosent.....	117
Tabell 4.5	Oppfatninger av individuelle planer. Prosent som sier seg "helt enig" i påstandene.2005. N=229-237	118
Tabell 4.6	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne? 2005. Prosent av kommunene som svarer at ulike tjenester er "I stor grad involvert"	119
Tabell 4.7	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? 2005. Prosent av kommunene som svarer at ulike tjenester er "I stor grad involvert"	120
Tabell 4.8	Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall opplæringstiltak i ulike tjenester, 2005. Gjennomsnitt. N=274.....	121
Tabell 4.9	Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptappingsplanen? 2005. Gjennomsnitt. N=274.....	121
Tabell 4.10	Antall tjenester som er blitt styrket med rekruttering av personell gjennom Opptappingsplanen, 2005. Gjennomsnitt.....	122

Tabell 4.11	Vurdering av samarbeidet med ulike tjenester i psykisk helsearbeid, 2005. Prosent som svarer at samarbeidet med ulike tjenester er "svært godt".....	123
Tabell 4.12	Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune. Prosent som svarer helt enig. N=264-268. 2005. Tallene fra 2002 i (kursiv).....	124
Tabell 4.13	Interkommunalt tjenestesamarbeid, etter kommunestørrelse. Prosent. N=274. 2005. Tall fra 2002 i (kursiv).....	126
Tabell 4.14	Interkommunalt faglig samarbeid, etter kommunestørrelse. 2002 og 2005. Prosent. Tall fra 2002 i (kursiv).....	127
Tabell 4.15	Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? Andel kommuner som svarer at det ikke er inngått noen formell avtale. 2002 og 2005.....	128
Tabell 4.16	Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? 2005. Prosent.....	129
Tabell 4.17	Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus eller sykehjem? Andel kommuner som svarer at andrelinjen sjelden rådfører seg med kommunen. 2002 og 2005.....	130
Tabell 4.18	Får kommunen besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten? 2002 og 2005. Prosent som svarer at kommunen får besøk	130
Tabell 4.19	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne enkeltbrukere? 2002 og 2005. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider.....	131
Tabell 4.20	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002 og 2005. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider	132
Tabell 4.21	Hvordan vurderer du voksne innbygges (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002 og 2005. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"	132
Tabell 4.22	Hvordan vurderer du barn og unges (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002 og 2005. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet" ..	133

Tabell 4.23	Rådgiverens rolle. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller ”i stor grad”. 2005. Tall for 2002 i (kursiv).....	134
Tabell 4.24	Samarbeider kommunen med Aetat? 2002 og 2005. Prosent som svarer ”Nei, det er ikke vanlig med møter”.....	135
Tabell 4.25	Samarbeider kommunen med Aetat? Prosent. 2005. Tall for 2002 i (kursiv).....	135
Tabell 4.26	Samarbeider kommunen med trygdekontoret? 2002 og 2005. Prosent som svarer ”Nei, det er ikke vanlig med møter”.....	136
Tabell 4.27	Samarbeider kommunen med trygdekontoret? Prosent. 2005. Tall for 2002 i (kursiv).....	137
Tabell 4.28	Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Andel som svarer at det er ”Lite/ikke noe samarbeid”. 2002 og 2005.....	137
Tabell 4.29	Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Prosent. Tall for 2002 i (kursiv).....	138
Tabell 4.30	Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005. Prosent.....	139
Tabell 4.31	Utviklingen i tjenestene for ulike grupper. Prosent som svarer ”vesentlig bedre tilbud”. 2005. Tall fra 2002 i (kursiv).....	140
Tabell 4.32	Hvor viktig er følgende faktorer som hindringer for arbeidet med Opptappingsplanen i kommunen. Problemer som svarer ”svært viktig”. 2005. Tall fra 2002 i (kursiv).....	142
Tabell v.1	Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet de tre siste årene (2002-2004)? Prosent som svarer at de har endret organiseringen, etter organisering.....	184
Tabell v.2	Oppfatninger av individuelle planer, 2005. Prosent som svarer helt eller delvis enig. N=229-237.....	185
Tabell v.3	Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid. Prosent som sier samarbeidet er ”svært godt”. 2005.....	185
Tabell v.4	Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med planer innenfor psykisk helse? 2005. Prosent av kommunene som svarer ”sterkt involvert” eller ”koordinerende ansvar” (evt. enhet for psykisk helsearbeid er ikke tatt med).	186
Tabell v.5	Antall ulike tiltak iverksatt innenfor relevante tjenester, 2005. Gjennomsnitt	186

Tabell v.6	Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? 2005. Antall ulike opplæringstiltak i tjenestene. Gjennomsnitt.....	187
Tabell v.7	Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptappingsplanen? 2005. Gjennomsnitt.....	187
Tabell v.8	Inngår kommunen i noe tjenestesamarbeid med andre kommuner? 2005. Prosent.....	187
Tabell v.9	Inngår kommunen i noe faglig samarbeid med andre kommuner? 2005. Prosent.....	188
Tabell v.10	Har kommunen noen samarbeidsavtale med andrelinjen? 2005. Prosent.....	188
Tabell v.11	Får kommunen delta i beslutninger knyttet til utskrivning fra andrelinjetjenesten? 2005. Prosent	188
Tabell v.12	Har kommunen samarbeidsmøter med Aetat? 2005. Prosent.....	189
Tabell v.13	Har kommunen samarbeidsmøter med trygdekontoret? 2005. Prosent.....	189
Tabell v.14	Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune. 2005. Prosent som svarer vesentlig bedre tilbud. N=254-265.....	190
Tabell v.15	Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen i egen kommune. 2005. Prosent som svarer svært viktig. N=257-265	191
Tabell v.16	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne enkeltbrukere? 2005. Prosent.....	192
Tabell v.17	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2005. Prosent	192

Sammendrag

Trine Monica Myrvold

Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005

NIBR-rapport: 2006:11

Formålet med undersøkelsen

Rapporten er en del av underveisrapporteringen fra prosjektet "Opptappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid". Prosjektet startet opp i 2001, og gjennomføres i flere faser: tre runder med spørreskjemaundersøkelser til samtlige norske kommuner samt to runder med dybdestudier i et mindre antall kommuner. I denne rapporten analyseres datamateriale fra den andre spørreskjemaundersøkelsen. Det er tidligere levert to rapporter som summerer opp funnene i de to første undersøkelsene i prosjektet (Myrvold 2004, Myrvold og Helgesen 2005). Prosjektet inngår i Norges forskningsråds evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse.

Prosjektet har et bredt siktemål. Vi skal studere hvilken betydning Opptappingsplanen har for hvordan kommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid i vid forstand. Opptappingsplanen legger stor vekt på at mennesker med psykiske problemer og lidelser skal sees som hele mennesker, med både sosiale, åndelige, kulturelle og kroppslige behov. I prosjektet settes derfor et særlig fokus på hvordan kommunene søker å skape et helhetlig, bredt og samordnet tilbud til innbyggere med psykiske lidelser. Vi ser på hvilke kommunale tjenester som involveres i det psykiske helsearbeidet, og hvordan kommunene forsøker å samordne innsatsen overfor brukerne av tjenestene. Kommunenes samarbeid med instanser utenfor kommunen står også sentralt i prosjektet.

I rapporten stiller vi følgende spørsmål:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen vært mht. organisering?
- 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? Har organiseringen noen betydning for bredde og samarbeid?
- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organiseringen for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan skjer samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, Aetat/trygdekontor og brukerorganisasjonene?
- Hvordan er utviklingen i fokuset på 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 en spørreskjemaundersøkelse sendt til alle norske kommuner i 2005. Undersøkelsen består av to skjemaer, 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 63 prosent av kommunene returnerte spørreskjemaet i utfylt stand. Skjemaene som ble sendt ut våren 2005 var en revidert utgave av skjemaene som ble brukt i 2002-undersøkelsen. Dette muliggjør sammenlikning av data på de to tidspunktene, slik at vi kan studere hvordan kommunenes implementering av Opptappingsplanen utvikler seg over tid. Tilsvarende undersøkelse vil bli gjentatt enda en gang i løpet av evalueringsperioden.

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 eller har ansvaret for psykisk helsearbeid lagt til rådmannens stab, blir resultatene for disse gruppene noe usikre.

Sentrale funn

Et hovedfokus i rapporten er på utviklingstrekk i kommunenes implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Med utgangspunkt i noen sentrale mål både i Opptrappingsplanen og i myndighetenes senere måldokumenter, undersøker vi om utviklingen fra 2002 til 2005 går i "riktig" retning. Datamaterialet er stort og sammensatt, og gir ikke alltid entydige resultater. Her trekker vi først frem noen sentrale funn innenfor de tre hovedkapitlene i rapporten. Deretter prøver vi, med bakgrunn i disse funnene, å besvare de spørsmålene vi stilte innledningsvis i rapporten.

Organisering, samarbeid og samordning i psykisk helsearbeid i kommunene (se Kapittel 2)

Beskjedne endringer – noen flere har tjenestemodell (Kapittel 2, avsnitt 2.2)

Det er relativt beskjedne endringer i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid for voksne fra 2002 til 2005. En noe høyere andel av kommunene har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid nå, mens færre har integrerte tjenester. Det har også skjedd en viss utvikling fra organisering i tilknytning til pleie- og omsorgssektoren til at psykisk helsearbeid organiseres sammen med helsetjenesten.

Økt tilslutning til bruk av individuelle planer – men mange har ikke oversikt (Kapittel 2, avsnitt 2.3)

Vi kan registrere ganske små endringer i bruken av ulike samordningstiltak i kommunene i løpet av de siste tre årene. Det mest markante trekket er en klar økning i antall kommuner som sier de utvikler individuelle planer til innbyggere med psykiske lidelser.

De fleste informantene er positive til bruken av individuelle planer – de mener slike planer er viktige for samordning av tjenester, for at tjenestene skal tilpasses brukernes behov og for å avklare ansvarsforhold i tjenesteytingen.

En ganske stor andel kommuner har ikke oversikt over hvor mange personer med psykiske lidelser i kommunen som har behov for eller

rett til individuell plan. Kommunene synes å ha kommet lenger i bruken av individuelle planer i 2005 sammenliknet med i 2002, men det gjenstår fremdeles arbeid i mange kommuner med å systematisere bruken av slike planer.

Større bredde i arbeidet – legetjenesten mye sterkere involvert (Kapittel 2, avsnitt 2.3)

Legetjenesten oppleves som klart sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet i 2005 enn i 2002. Også sosialtjenesten oppgis å være sterkere engasjert i arbeidet.

Det er ganske små endringer i vurderingene av samarbeidsrelasjoner med ulike tjenester, men endringene er entydig i positiv retning. Samarbeidet med helsestasjonstjenesten og legetjenesten oppleves som betydelig bedre i 2005.

I løpet av perioden 2002-2005 ble det iverksatt tiltak innenfor flere tjenester enn i perioden før, og tilsvarende var flere tjenester involvert i ulike tiltak. Dette tyder på økt bredde i arbeidet med psykisk helse. Bredden er størst i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid.

Fagmiljøet for psykisk helsearbeid i kommunene sees stort sett som noe bedre i 2005 enn i 2002, og Opptrappingsplanen oppleves å styrke fagmiljøet. Det er noe større misnøye med fagmiljøet i kommuner med integrerte tjenester.

Små endringer i samarbeidet med instanser utenfor kommunen (Kapittel 2, avsnitt 2.4)

Det er ikke rapportert noen økning verken i det interkommunale samarbeidet eller i samarbeidet med andrelinjen i perioden 2002 – 2005. Det er heller ingen betydelige endringer i kommunenes besøk av ambulerende team eller i andre former for veiledning fra andrelinjen.

Det er en viss tendens til at flere kommuner har møter med Aetat og trygdekontor om enkeltbrukere, mens andelen kommuner som har møter på overordnet nivå er noe redusert.

Rådgiverne er både pådrivere, støttespillere og kontrollører (Kapittel 2, avsnitt 2.4)

Rollene til rådgiveren for Opptrappingsplanen oppleves noe annerledes i 2005 enn i 2002. Rådgiveren sees i større grad både som

pådriver, kontrollør og støttespiller, og det er ingen åpenbar konflikt mellom disse rollene.

Økt samarbeid med brukerorganisasjonene (Kapittel 2, avsnitt 2.4)

I løpet av perioden 2002 – 2005 har flere kommuner etablert samarbeid med brukerorganisasjonene. Blant de som samarbeider med brukerorganisasjonene er det flere som mener at samarbeidet er bedre i 2005 sammenliknet med i 2002.

Bedre tilgang på tjenester, særlig for barn og unge (Kapittel 2, avsnitt 2.5)

Et klart flertall av kommunene mener at de gjør en tilfredsstillende jobb innenfor det psykiske helsearbeidet. Tjenestetilbudet oppfattes som bedre for alle brukergruppene i 2005, men fremgangen er klart sterkest for barn og unge.

Tilgangen på tjenester fra andrelinjen oppleves også som bedre i 2005. Igjen kommer tjenestene for barn og unge best ut, men tilbudet her ligger fremdeles et godt stykke bak tilbudet til voksne.

Kommunens generelle økonomi oppfattes fremdeles som den viktigste hindringen i arbeidet med Opptappingsplanen, men det er færre som synes økonomien er av stor betydning i 2005. Det er også færre som sier de møter problemer pga manglende kunnskap eller manglende politisk prioritering av psykisk helsearbeid i kommunen. Samarbeidsproblemer med andrelinjen oppleves imidlertid som en viktigere hindring nå sammenliknet med tidligere.

Organiseringen av psykisk helsearbeid for barn og unge (se Kapittel 3)

Større bevissthet rundt arbeidet for barn og unge? (Kapittel 3, avsnitt 3.2)

Det er relativt små endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge, men færre kommuner svarer at de ikke har noen modell for arbeidet med denne målgruppen. Noen flere kommuner bruker tjenestemodellen, der det psykiske helsearbeidet er plassert innenfor en større paraply av tjenester. Det er da vanligst å legge arbeidet til helsestasjonene/skolehelsetjenesten, men ganske mange kommuner har organisert arbeidet for barn og unge innenfor pleie og omsorg.

Noen kommuner har etablert familiesentre o.l. der det psykiske helsearbeidet er integrert sammen med en rekke andre tjenester for barn, unge og deres familier. Fremdeles har et flertall av kommunene

organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne.

Økt bruk av ansvarsgrupper og individuelle planer for barn og unge (Kapittel 3, avsnitt 3.3)

På systemnivå er det svært små endringer i bruken av samordnings-tiltak i arbeidet for barn og unge. Stort sett er dette ordninger som omfatter både voksne og barn/unge. På individnivå finner vi en klar økning i bruken av ansvarsgrupper for barn og unge. Nesten alle kommunene sier nå at de bruker individuelle planer i det psykiske helsearbeidet, men over halvparten av kommunene svarer at de ikke har oversikt over hvor mange barn og unge i deres kommune som har behov for en slik plan. Bare drøyt en av tre kommuner oppgir at de har utarbeidet minst én individuell plan for barn/unge.

Større bredde i arbeidet, og økt involvering av det ordinære tjenesteapparatet (Kapittel 3, avsnitt 3.3)

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten er fortsatt klart sterkest involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Men vi ser også en klar styrking i andre tjenesters engasjement i dette arbeidet – først og fremst legetjenesten og barnehagene/grunnskolene. Undersøkelsen tyder på en sterkere involvering og bedre samarbeid med kommunens ordinære tjenester som retter seg mot alle barn og unge. Dette kan styrke det forebyggende arbeidet og gi bedre muligheter til å oppdage barn og unge med psykiske vansker på et tidlig tidspunkt.

Bedre tjenestetilbud til barn og unge (Kapittel 3, avsnitt 3.4 og 3.5)

Færre kommuner oppgir at de får besøk av ambulerende team til barn og unge med psykiske problemer. Det er beskjedne endringer i kommunenes bruk av veiledning fra andrelinjen til barn/unge, men veiledningen ser ut til å ha fått noe fastere former.

Kommunene mener at det er en bedring i tilgangen på andrelinjetjenester for barn og unge, men fremdeles synes nesten halvparten av kommunene at tilgangen på slike tjenester er langt mindre enn behovet.

Ganske mange mener at tjenestetilbudet til barn og unge i deres kommune er blitt vesentlig bedre i løpet av de siste tre årene, selv om tjenestene for denne gruppen fortsatt oppfattes som klart dårligere enn tjenestene for voksne.

Psykisk helsearbeid i små og store kommuner: spiller kommunestørrelse noen rolle? (se Kapittel 4)

Mindre forskjeller i organisering (Kapittel 4, avsnitt 4.2)

Det er mindre forskjeller i organisering av psykisk helsearbeid mellom kommuner av ulik størrelse i 2005 sammenliknet med 2002. Uansett størrelse er det et stort flertall av kommunene som har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Mens integrert modell for psykisk helsearbeid tidligere forekom både blant de minste og de største kommunene, er det nå primært de minste kommunene som har denne modellen.

Samordning av tjenester – enklere i små kommuner? (Kapittel 4, avsnitt 4.3)

Småkommunene har færre tiltak for samordning enn større kommuner. Dette kan skyldes at små kommuner er mer oversiktlige, og at behovet for samordning – i hvert fall på systemnivå – er mindre påtrengende under små forhold.

Når det gjelder involvering av ulike kommunale tjenester finner vi at legetjenesten ser ut til å være sterkere involvert i små og mellomstore kommuner, mens kultursektoren er en mye viktigere samarbeidspartner i det psykiske helsearbeidet for voksne i store kommuner.

Fremdeles vurderes samarbeidsrelasjonene som noe bedre i små kommuner, men forskjellene er mindre i 2005 enn i 2002. Det er også mindre forskjeller i vurderingen av eget fagmiljø. Fortsatt blir likevel problemer knyttet til personell- og ressursmangel og problemer med ustabilitet i personalet opplevd som mer presserende i de minste kommunene.

Økt bruk av individuell plan i småkommunene (Kapittel 4, avsnitt 4.3)

Det er ikke lenger store forskjeller mellom kommuner i bruken av individuell plan. I løpet av de siste årene rapporterer også de minste kommunene å ha tatt i bruk dette verktøyet. Det er dessuten færre blant de små kommunene som sier at de ikke har oversikt over hvor mange innbyggere som kunne ha bruk for eller rett til individuell plan. Mens de små kommunene i større grad synes individuelle planer er et svært ressurskrevende verktøy, er det flere blant de store som synes det er vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester i arbeidet.

Mindre samarbeid med instanser utenfor kommunen i små kommuner (Kapittel 4, avsnitt 4.4)

De minste og de største kommunene rapporterer mindre interkommunalt samarbeid om tjenestene for innbyggere med psykisk problemer i 2005 enn i 2002.

Færre småkommuner oppgir at de har formelt samarbeid med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. De største kommunene har betydelig oftere formelle avtaler med andrelinjen. Når det gjelder deltakelse i beslutninger om utskrivning fra andrelinjen, er forskjellene mellom store og små kommuner også blitt større de siste årene.

Mens tallene fra 2002 viste at småkommunene mente at deres innbyggere hadde betydelig bedre tilgang på tjenester fra andrelinjen, har det skjedd en klar utjevning mellom kommunene frem til 2005. De store kommunene rapporterer langt bedre tilgang på tjenester i 2005, mens det ikke er endringer i småkommunenes vurdering av tilgangen på andrelinjetjenester.

De minste kommunene har fremdeles i mindre utstrekning samarbeidsmøter med Aetat og trygdekontor sammenliknet med større kommuner, men det har skjedd en viss bedring for småkommunenes samarbeid med Aetat.

Rådgiverne spiller en viktigere rolle for småkommunene (Kapittel 4, avsnitt 4.4)

I 2002 var vi bekymret over om småkommunene klarte å nyttiggjøre seg rådgiverne for Opptappingsplanen på samme måte som større kommuner. Her ser vi store endringer i materialet fra 2005. Småkommunene opplever rådgiverne i betydelig større grad som både pådrivere, kontrollører, veiledere og støttespillere.

Småkommunene opplever flere hindringer i arbeidet (Kapittel 4, avsnitt 4.5)

Vi kan ikke finne noen klar sammenheng mellom kommunestørrelse og vurderingen av egen innsats i det psykiske helsearbeidet. Det er et stort flertall i alle typer kommuner som mener at innsatsen er tilfredsstillende, og relativt få som synes at innsatsen er svært god.

De siste årene har det skjedd en viss utjevning mellom kommunene i vurderingene av tjenestetilbudet til innbyggerne. Både småkommunene og de aller største kommunene vurderer tjenestene som vesentlig bedre for flere av brukergruppene. Forskjellene mellom kommunene når det gjelder rekrutteringsproblemer fremstår også som sterkt redusert.

Mens samarbeidsproblemer med andrelinjen ble sett som en hindring for det psykiske helsearbeidet først og fremst for de største kommunene i 2002, nevnes dette nå også som et sentralt problem for de minste og nest største kommunene.

Analysene viser at de minste kommunene nevner langt flere hindringer som svært viktige i 2005 sammenliknet med i 2002. Dette kan være en indikator på at småkommunene opplever det psykiske helsearbeidet som mer utfordrende nå enn tidligere, kanskje fordi flere av kommunene nå er kommet mer i gang med arbeidet.

Konklusjoner

Vi vil helt kort oppsummere funnene som er rapportert her i forhold til spørsmålene stilt innledningsvis.

Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen vært mht. organisering?

Det er relativt beskjedne endringer i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid både for voksne og for barn og unge fra 2002 til 2005. En noe høyere andel av kommunene har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid nå, mens færre har integrerte tjenester for voksne. Noen kommuner har lagt det psykiske helsearbeidet for barn og unge i familiesentre o.l. der arbeidet er integrert sammen med en rekke andre tjenester for barn, unge og deres familier. Fremdeles har et flertall av kommunene organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Færre kommuner svarer at de ikke har noen modell for arbeidet med yngre innbyggere.

Både for voksne og for barn/unge har det skjedd en viss utvikling fra organisering i tilknytning til pleie- og omsorgssektoren til at det psykiske helsearbeidet organiseres sammen med helsetjenesten.

Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?

Det er relativt små endringer i bruken av ulike samordningstiltak i kommunene i løpet av de siste tre årene. Det mest markante trekket er en klar økning i antall kommuner som sier de utvikler individuelle planer til innbyggere med psykiske lidelser. Vi finner også en klar økning i bruken av ansvarsgrupper for barn og unge.

Informantene er generelt positive til individuelle planer – de mener slike planer er viktige for samordning av tjenester, for at tjenestene

skal tilpasses brukernes behov og for å avklare ansvarsforhold i tjenesteytingen. Det er imidlertid en ganske stor andel kommuner som sier at de ikke har oversikt over hvor mange personer med psykiske lidelser i kommunen som har behov for eller rett til individuell plan. Over halvparten av kommunene sier at de ikke har oversikt over hvor mange barn og unge i deres kommune som har behov for en slik plan. Bare drøyt én av tre kommuner oppgir at de har utarbeidet minst én individuell plan for barn/unge. Kommunene synes å ha kommet lenger i bruken av individuelle planer i 2005 sammenliknet med i 2002, men det gjenstår fremdeles arbeid i mange kommuner med å systematisere bruken av slike planer.

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? Har organiseringen noen betydning for bredde og samarbeid?

Vi finner klare indikasjoner på bredere involvering av tjenester i det psykiske helsearbeidet i 2005 enn i 2002, og samarbeidsrelasjonene vurderes også jevnt over som bedre. Legetjenesten oppleves klart som sterkere involvert både for voksne og for barn og unge. Også sosialtjenesten oppgis å være sterkere engasjert i arbeidet for voksne. Barnehagene og grunnskolene spiller en viktigere rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i 2005, selv om helsestasjonene og skolehelsetjenesten fortsatt er de mest sentrale aktørene i dette arbeidet.

Det er ingen enkle sammenhenger mellom kommunenes modell for organisering av arbeidet og bredden i involvering av tjenester. Hvis vi måler bredden i antall tiltak iverksatt i ulike tjenester, eller antall tjenester involvert i ulike tiltak er bredden klart størst i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid. Hvis vi ser på hvor mange tjenester som styrkes med opplæring og rekruttering med midler fra Opptappingsplanen, finner vi at kommuner med integrert modell har bredere rekrutterings- og opplæringsprofil enn andre kommuner.

Når det gjelder arbeidet med planer innenfor psykisk helse rapporteres alle tjenester å være *mindre* involvert. Vi stiller spørsmål om dette kan skyldes at mange kommuner nå er inne i en fase der planene rulleres mer rutinemessig, og at færre deltar i dette arbeidet enn de gjorde i utviklingen av de første planene.

Fagmiljøet for psykisk helsearbeid i kommunene sees stort sett som noe bedre i 2005 enn i 2002, selv om tilgangen på kurs o.l. ikke er like

god. Opptrappingsplanen oppleves å styrke fagmiljøet. Det er litt større misnøye med fagmiljøet i kommuner med integrerte tjenester.

Hvordan skjer samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, Aetat/trygdekontor og brukerorganisasjonene?

Samarbeidet med andrelinjen ser fortsatt ut til å ha et klart forbedringspotensial. For det første rapporterer ikke kommunene om noe mer formalisert samarbeid med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. Det er heller ingen betydelige endringer i kommunenes besøk av ambulerende team eller i andre former for veiledning fra andrelinjen. Samtidig er det stadig flere kommuner som trekker frem samarbeidsproblemer med andrelinjen som en svært viktig hindring i kommunens arbeid med å implementere Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Selv om samarbeidet ikke oppleves som godt fra kommunenes side, er det mange som mener at innbyggernes tilgang på tjenester fra andrelinjen er klart bedret de siste tre årene. Dette gjelder alle målgruppene for det psykiske helsearbeidet, men tjenestene for barn og unge har opplevd den største bedringen i denne perioden. Likevel mener nesten halvparten av kommunene at tilgangen på slike tjenester for denne gruppen er langt mindre enn behovet.

Det er ikke rapportert noen økning verken i det interkommunale samarbeidet eller i samarbeidet med andrelinjen i perioden 2002 – 2005.

Det er en viss tendens til at flere kommuner har møter med Aetat og trygdekontor om enkeltbrukere, mens andelen kommuner som har møter på overordnet nivå er noe redusert.

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene ser ut til å ha bedret seg de siste tre årene. Dette skyldes dels at det er opprettet samarbeid i kommuner der det ikke tidligere var samarbeid (særlig i mindre kommuner), og dels at allerede eksisterende samarbeid er blitt bedre.

Hvordan er utviklingen i fokuset på tjenestene for barn og unge? Hvordan sikres bredde og samarbeid i dette arbeidet?

Undersøkelsen gir visse holdepunkter for å si at kommunene har fått et sterkere fokus på det psykiske helsearbeidet for barn og unge i løpet av perioden 2002 – 2005. Det er færre kommuner som sier at de ikke har noen modell for organiseringen av arbeidet, og det er flere respondenter som har besvart spørsmålene om barn og unge. Men i et

flertall kommuner er fremdeles arbeidet for barn og unge organisert sammen med arbeidet for voksne.

Det er flere kommuner som har etablert samordningstiltak på individnivå for barn og unge – først og fremst ansvarsgrupper og individuell plan. Selv om holdningene til bruk av individuelle planer i hovedsak er positive, synes det å være relativt få kommuner som faktisk har utarbeidet en slik plan for et barn eller en ungdom.

Undersøkelsen tyder på en sterkere involvering og bedre samarbeid med kommunens ordinære tjenester som retter seg mot alle barn og unge i befolkningen. Dette kan styrke det forebyggende arbeidet og gi bedre muligheter til å oppdage barn og unge med psykiske vansker på et tidlig tidspunkt.

Kommunene mener at tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer – både fra kommunens side og fra andrelinjen – er bedret. Fremdeles oppfattes imidlertid tjenestene for denne gruppen som klart dårligere enn tjenestene for voksne.

Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor? Hvilken utvikling kan man se i forhold til samarbeid og fagmiljø?

Analysene viser at det på viktige områder er mindre forskjeller mellom små og store kommuner i 2005 sammenliknet med 2002:

- Betydelig flere småkommuner benytter individuelle planer
- Langt flere kommuner samarbeider med brukerorganisasjonene
- Mens vi i 2002 var bekymret over om småkommunene klarte å nyttiggjøre seg rådgiverne for Opptrappingsplanen, ser vi at småkommunene i 2005 opplever rådgiverne i betydelig større grad som både pådrivere, kontrollører, veiledere og støttespillere
- Det er mindre forskjeller mellom kommunene i vurderingen av eget fagmiljø. Likevel blir problemer knyttet til personell- og ressursmangel og problemer med ustabilitet i personalet opplevd som viktigere i de minste kommunene

Små forhold i de minste kommunene kan bety mer oversiktighet i arbeidet. Småkommunene ser i større grad ut til å ha oversikt over behovet i befolkningen for individuell plan. De små kommunene har færre samordningstiltak på systemnivå. Dette kan skyldes mindre behov for slike tiltak, eller at kommunen har mindre kompetanse og et mindre tjenesteapparat til å implementere slike tiltak.

De små kommunene rapporterer gjennomgående at det er lettere å involvere ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet, kanskje pga den nærheten og det kjennskapet mellom tjenesteutøvere som små forhold gir.

Små kommuner har fremdeles mindre samarbeid med instanser utenfor kommunen enn det større kommuner har:

- De rapporterer mindre interkommunalt tjenestesamarbeid
- Færre småkommuner rapporterer at de har formelt samarbeid med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. Forskjellene er blitt større de siste årene. Mens samarbeidsproblemer med andrelinjen tidligere ble sett som en hindring for det psykiske helsearbeidet primært for de største kommunene, nevnes dette nå også som et sentralt problem for de minste og nest største kommunene
- De minste kommunene har fremdeles i mindre utstrekning samarbeidsmøter med Aetat og trygdekontor sammenliknet med større kommuner, men det har skjedd en viss bedring for småkommunenes samarbeid med Aetat

Det er usikkert hva som er årsaken til at småkommunene har mindre samarbeid eksternt enn større kommuner. En mulighet er at et lite fagmiljø innenfor psykisk helse ikke har kapasitet til å ivareta (alle) samarbeidsrelasjonene. En annen mulighet er at når befolkningsgrunnlaget er lite oppstår alvorlige og spesielle problemer sjelden, slik at det ikke er grunnlag for et mer fast samarbeidsforhold til for eksempel andrelinjen. En tredje mulig forklaring springer også ut av dette: eksterne samarbeidspartnere er kanskje mindre interessert i – eller i stand til – å opprettholde kontinuerlig forbindelse med kommuner som "leverer" såpass få brukere.

Alt i alt ser flere småkommuner ut til å ha kommet på banen i det psykiske helsearbeidet i 2005 sammenliknet med i 2002. Samtidig viser dataene at de minste kommunene opplever langt flere hindringer i arbeidet nå enn tidligere. Dette kan bety at de minste kommunene faktisk møter større utfordringer nå, men også at noen av kommunene opplever "begynnervansker" i forbindelse med at det psykiske helsearbeidet har fått økt oppmerksomhet.

Utfordringer og anbefalinger

På bakgrunn av foreliggende analyser er det mulig å skissere noen utfordringer og komme med noen anbefalinger til de sentrale helsemyndighetene knyttet til den videre utviklingen av psykisk

helsearbeid i kommunene. Kommuneleaven av 1992 gir imidlertid kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet som de selv ønsker. Dette setter klare begrensninger på hvilke krav som kan settes til kommunene når det gjelder organiseringen av arbeidet.

På bakgrunn av den friheten kommunene har til å velge organisasjonsmodell for nesten alt sitt arbeid, er det interessant å observere at myndighetenes klarere satsing på enkelte områder de siste årene ser ut til å gi resultater. Vi nevner her:

- Kommunene ser ut til å ha fått et noe sterkere fokus på det psykiske helsearbeidet for barn og unge, og tjenestene for denne gruppen er klart bedret i perioden
- Legene oppleves som mer involvert i det lokale psykiske helsearbeidet både for voksne og for barn/unge
- Grunnskolene ser også ut til å ha fått en noe mer sentral rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge
- Det er en klar økning i rapportert bruk av individuelle planer, og holdningene til slike planer er gjennomgående positive
- Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene er styrket i perioden
- Rådgiverne for Opptrappingsplanen ser i større grad ut til å ha nådd frem til småkommunene

Det varierer hvor omfattende disse endringene er, og vi kan heller ikke sikkert fastslå om endringene vil være varige. Det er derfor nødvendig at myndighetene fortsatt holder oppmerksomheten på disse områdene, og følger utviklingen videre.

Blant de viktigste utfordringene fremover, vil vi nevne følgende:

Individuelle planer

- Det er lagt et godt grunnlag for det videre arbeidet med individuelle planer, men mange kommuner synes å mangle både erfaring og systematikk i arbeidet. Mange kommuner har ikke oversikt over behovene for individuelle planer blant innbyggerne, og en del kommuner har ingen eller liten erfaring i å utarbeide slike planer. Særlig gjelder dette for barn og unge

Tilbudet til barn og unge

- Selv om tjenestetilbudet til barn og unge er styrket de siste årene, kreves ytterligere innsats for at tilbudet skal komme opp på et rimelig godt nivå

- Fremdeles er det lite kunnskap om betydningen av organiseringen av tjenestene for barn og unge. Mange kommuner har organisert arbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Det vil være av interesse å studere hva slik organisering betyr for tjenestenes kvalitet og fokus. Noen kommuner har etablert familiesentre, og integrert det psykiske helsearbeidet i disse. I hvilken grad gir slik organisering gode forutsetninger for et helhetlig tilbud og tidlig oppdagelse av psykiske problemer, og hvordan kan denne type modell tilpasses kommuner med ulik størrelse?

Samarbeidet med andrelinjen

- Samarbeid med andrelinjen oppleves fremdeles som utfordrende for kommunene, og samarbeidsproblemer sees som en viktig hindring for kommunenes psykiske helsearbeid. Mye gjenstår når det gjelder å få samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen inn i formaliserte former. Det skal bli interessant å se utviklingen på dette feltet når kravet om formalisering får virket en periode.

Småkommunenes psykiske helsearbeid

- Det er ingen økning i småkommunenes tjenestesamarbeid med andre kommuner. Det kan være grunn til å studere om forutsetningene for samarbeid blir bedre eller dårligere når kommunene bygger opp sitt psykiske helsearbeid
- Det er behov for ytterligere fokus på samhandlingen mellom de små kommunene og andrelinjen. Samarbeidet med andrelinjen oppleves vanskeligere for småkommunene nå sammenliknet med tidligere, og det er ingen økning i formelle avtaler mellom kommunene og andrelinjen. Det bør også vurderes om småkommunene kan ha nytte av mer (systematisk) veiledning fra andrelinjen

Kommunale planer for psykisk helsearbeid

- Kommunale tjenesters involvering i planleggingen innenfor det psykiske helsearbeidet er redusert de siste årene. Det vil være nødvendig å se nærmere på hvorfor dette skjer, og om det er behov for å styrke fokuset på planleggingen i de siste årene av Opptappingsplanen

Summary

Trine Monica Myrvold

Local mental health services – trends 2002-2005

NIBR Report: 2006:11

Purpose of the study

This report is one part of a progress report under the project “The Impact of the National Competence-Building Plan for Mental Health on the Organization of Local Authorities’ Mental Healthcare Efforts”, a project which started up in 2001 and is being 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. In this report we analyse data obtained by the second survey. Two reports have already been prepared and submitted summarizing the findings of the project’s two initial surveys (Myrvold 2004, Myrvold and Helgesen 2005). The project is part of a more comprehensive evaluation under the Research Council of Norway of the Competence-Building Plan for Mental Health.

The project ranges across numerous objectives. We have been asked to study the effect of Competence-Building Plan on local authorities’ mental healthcare programmes in the wide sense of the word. The Competence-Building Plan urges as a matter of considerable concern to encourage a holistic view of people with psychiatric disorders and problems, seeing them as complete human beings sharing common needs of a social, spiritual, cultural and physical nature. The project was therefore designed to explore in particular steps taken by local authorities to deliver integrated, inclusive and coordinated services to members of the public suffering from psychiatric disorders. We ask which municipal services are involved in mental healthcare, and what local authorities do to streamline mental healthcare for relevant members of the public. A further essential part of the project is to assess how local authorities work with external partners, i.e., players located beyond municipal borders.

The study will seek to answer the following questions:

- How have local authorities organized the provision of mental healthcare for adults and children/adolescents? What sort of changes can be observed regarding the practical organization?
- What sort of steps have local authorities taken to facilitate coordinated services for people with mental health problems? To what extent have local authorities adopted the personal care plan?
- To what degree are local authorities able to provide a broad spectrum of services to residents with psychiatric disorders? Which services engage with mental health efforts in the municipality? How would one describe interservice relations? Does the organizational setup affect breadth and collaboration?
- What characterizes performance of the professional sector in the municipalities? Does its organizational design influence perceptions of its performance?
- How are relations organized between local authorities and external players, including other local authorities, secondary healthcare providers, public employment administration (Aetat), social security agency and user organizations?
- What characterizes developments in the services' focus on adolescents and children? What steps have been taken to ensure breadth and effective working relations in this area?
- What sort of challenges are small municipalities in particular having to deal with? What characterises developments in relation to partnerships, collaborative measures and the specialist community?

Data and method

The data analyzed in this report derive from the survey conducted in 2005 of respondents in all Norwegian municipalities. Respondents were given two forms to fill in: one a comprehensive questionnaire about the use of resources and the organization of mental healthcare in the municipality. The second asked respondents to give their assessment of the relevant services and partnerships (see appendices 1 and 2). The questionnaires were sent to officials in charge of mental healthcare provision, or a contact person, in the municipalities. Over 63 per cent of all local authorities returned completed questionnaires. The questionnaires circulated in spring 2005 were actually a revised version of the 2002 survey questionnaires. This similarity allows us

therefore to compare data at the two points in time, to study how local Competence-Building Plan implementation evolved over time. A similar survey will be conducted once more before the end of the evaluation period.

The analyses contained in the report present largely distributions and averages. One concern here is to establish how the organizational model adopted for mental healthcare affects the breadth of service provision, i.e. the involvement of the various services, collaboration between agencies within the municipality and between local authorities and other (external) partners. In that a small number of local authorities have an integrated service model, or have located responsibility for mental healthcare under the chief executive officer's staff, the results for these groups should be treated with some caution.

Important findings

One of the chief concerns in the report is to establish the achievements of local authorities in enacting the Competence-Building Plan. We take some of the main targets published either in the Competence-Building Plan itself or later as a yardstick against which to measure whether developments between 2002 and 2005 are heading in the 'right' direction. There is a comprehensive body of highly varied data, the results of which are not always plain and clear. We present first of all some of the key findings from the three main chapters of the report, before attempting to answer the questions listed above in light of these findings.

Organization, cooperation and coordination in local authorities' mental healthcare work (see Chapter 2)

Changes are moderate – the service model (see Chapter 2, para 2.2) is more widely adopted

With regard to local authorities' organization of mental health services for adults, little appears to have changed since 2002. A slightly higher percentage have separated out their mental health services, and fewer continue to operate an integrated service model. We see also that more local authorities have relocated mental healthcare management from the care sector to the health service.

Greater willingness to use personal care plans – but many are unsure of the extent (Chapter 2, para 2.3)

We see little progress in the use of coordination measures by local authorities in the past three years. The most notable impact can be found in the increased number of local authorities who say they are

preparing personal care plans for people affected by mental health problems.

Most respondents welcome the introduction of the personal care plan – which they believe offers a practical means of coordinating service provision, of customizing services to the needs of the intended users and clarifying where responsibilities lie in relation to service delivery.

A relatively large number of local authorities are unable to say how many people under their jurisdiction either require or are entitled to a personal care plan. Local authorities in 2005 seem to have made some progress in the use of the personal care plan, but many municipalities still have a lot to do before their personal care plan arrangements can be said to be systematic.

Increased service breadth – and much closer alignment with the medical services (Chapter 2, para 2.3)

The general view is that the medical services are significantly more involved in mental healthcare in 2005 than in 2002. The social services are also said to be more intensively engaged in this area as well.

Although opinions on interservice relations were largely unchanged from the last survey, there is recognition that some progress had been made. Respondents evaluate cooperation with public health centres and medical services as much better in 2005 compared to 2002.

Between 2002 and 2005, initiatives were launched across more services than in the previous period, and more services were involved in the different initiatives. This finding indicates a broadening of focus in the practical delivery of mental healthcare. We find the widest focus among local authorities with a special agency or service dedicated to mental healthcare.

Respondents report slight improvements in terms of expertise since 2002, and the Competence-Building Plan is credited with those improvements. There is less satisfaction with the professional community in municipalities with integrated services.

The extent to which local authorities work with outside partners is largely unchanged (Chapter 2, para 2.4)

There was no reported strengthening neither of intermunicipal relations nor of cooperation with the secondary healthcare sector in 2002-05. There were no significant improvements in visits to local

authorities by mobile teams or other forms of counselling provided by the secondary healthcare sector.

We observe also a rising tendency for local authorities to arrange meetings with the employment service administration (Aetat) and social security services to discuss individual cases, though the number of municipalities meeting with senior government bodies has fallen slightly.

Consultants propose, partner and monitor initiatives (Chapter 2, para 2.4)

Perceptions of the role of the special Competence-Building Plan consultants have undergone change since 2002. Consultants are more likely in 2005 to be seen as devising initiatives, controlling and monitoring progress, and acting as partners, and there is no apparent conflict between these pursuits.

Closer relations with user organizations (Chapter 2, para 2.4)

Between 2002 and 2005, relations with user organizations were formalized by several local authorities. And among the local authorities with such formalized relations, collaboration is said to be better in 2005 compared with 2002.

Improved service accessibility, especially for children and adolescents (Chapter 2, para 2.5)

A clear majority of local authorities believe their efforts to improve the mental healthcare sector deserve to be rated as satisfactory. The range of services is considered to be better for all client groups in 2005, with most progress seen in services dedicated to children and adolescents.

Availability of secondary care is also reported to have improved since 2002, again with child and adolescent services performing better overall, although these are still trailing behind services for the adult population.

The general economic status of local authorities is still considered to be the greatest barrier facing the Competence-Building Plan, but fewer respondents agree with this statement in 2005 than they did three years ago. Fewer respondents also report problems arising from lack of knowledge or failure of local politicians to give priority to mental health. Problems affecting relations with the secondary care services appear to have escalated, and represent a greater barrier to progress than was reported in 2002.

Organization of mental healthcare services devoted to children and adolescents (see Chapter 3)

Is mental healthcare delivery for children and adolescents more structured? (Chapter 3, para 3.2)

The organization of mental healthcare for children and juveniles has changed little since 2002, though fewer local authorities lack a child and adolescent mental healthcare organization model. There is a small rise in the numbers of local authorities adopting the service model, which sees mental health as part and parcel of a wider service “umbrella”. In these cases the usual expedient is to delegate mental healthcare to public health centres and/or the school health service, but quite a few local authorities have chosen to locate child and adolescent psychiatry under the ordinary care sector.

Some local authorities have set up family centres and suchlike where psychiatry joins other services for children, adolescents and their families in an integrated approach. A majority of local authorities continue to organize child and adolescent mental healthcare provision under services for the adult population.

High incidence of responsibility groups and personal care plans for children and adolescents (Chapter 3, para 3.3)

Structurally speaking, little has been done to improve coordination in the child and adolescent mental health sector. Initiatives tend to comprehend both the adult and juvenile population. There is a clear rise in the use of responsibility groups for children and adolescents, and almost all local authorities tell us that they make use of personal care plans in connection with mental healthcare. Over half of the local authorities have, however, no data on the number of children and adolescents under their jurisdiction who actually need a personal care plan. And only about one in three local authorities have prepared at least one personal care plan for a child or adolescent.

The work has a wider sweep, and working relations with the ordinary healthcare sector are closer (Chapter 3, para 3.3)

Public health centres and school health services work more closely with the child and adolescent mental health services than other agencies. But we also note a clear improvement in other agencies’ commitment to mental healthcare, led by the medical service, infant day care facilities and primary schools. The study also found indications of greater dedication and closer collaboration with the ordinary municipal services dealing with all children and adolescents.

This is likely to consolidate preventive initiatives and speed up identification of children and adolescents with psychiatric problems.

Better services for children and adolescents (Chapter 3, paras 3.4 and 3.5)

Fewer local authorities report visits by mobile teams for children and adolescents affected with psychiatric disorders. There is little change in local authorities' use of counselling provided for children and adolescents by the secondary healthcare sector, though such counselling does seem to be increasingly routinized.

Local authorities believe the availability of secondary health services has improved for children and adolescents but nearly half maintain that existing services are still inadequate to actual needs.

A relatively large number of respondents believe that services for children and adolescents in their municipalities have improved significantly over the past three years, but that services for this segment of the population continue to lag a long way behind services for adults.

Mental health services in small and large municipalities: does the size of the municipality matter? (see Chapter 4)

Not many differences in terms of service organization (Chapter 4, para 4.2)

There are fewer differences in 2005 in the ways in which mental healthcare is organized in small and large municipalities respectively than recorded in 2002. Irrespective of size, a very high proportion of local authorities has a separate mental healthcare service. While the integrated mental healthcare model earlier could be found in both small and large municipalities, in 2005 it is mostly in the smallest municipalities we find it still in use.

Interservice coordination – easier in small municipalities? (Chapter 4, para 4.3)

Small municipalities have done less to streamline service coordination than larger ones; this may be because small local authorities are less complicated, and that the need to harmonize services, at least in terms of organizational structure, seems less urgent under simpler conditions.

Regarding the involvement of various municipal services we find that the medical service seems to be more involved in small and medium-sized municipalities, while the culture sector is a much more

prominent partner in adult mental healthcare in the bigger municipalities.

Cooperation still proceeds more smoothly in small municipalities according to our respondents, though the gap has narrowed since 2002. There is also a narrower range of opinions about capacity of one's own sphere of expertise. In small municipalities, nevertheless, problems associated with lack of manpower and resources, and an unstable workforce, are viewed with greater urgency.

Increased use of personal care plans in small municipalities (Chapter 4, para 4.3)

There are no longer substantial differences in the use of personal care plans by municipalities. In recent years, the smallest municipalities began to report increased adoption of this measure. In addition, small municipalities are less likely to report that they do not know how many people are entitled to or might benefit from a personal care plan. While the small municipalities are more likely to see the personal care plan as a particularly resource-intensive measure, a higher number of the large municipalities find it difficult to get relevant agencies to engage with the work.

Less collaboration among small municipalities with external partners (Chapter 4, para 4.4)

In the reports filed by the smallest and the largest municipalities intermunicipal collaboration on services for residents with psychological problems fell between 2002 and 2005. The largest municipalities are significantly more likely to have entered into formalized arrangements with secondary healthcare providers. And the difference in the extent to which large and small municipalities respectively participate in secondary healthcare decisions to discharge patients has widened in recent times.

While 2002 figures showed that small municipalities believed they offered the public much better access to secondary healthcare services, the gap is rapidly closing. The large municipalities report significantly wider service availability in 2005, though there has been no change in the assessments of small municipalities of secondary healthcare availability.

The smallest local authorities continue to have less routinized collaboration with the employment service administration (Aetat) and social security agency than larger ones, but one notes a certain amount of progress in building relations with the former agency.

Consultants are more important for small municipalities (Chapter 4, para 4.4)

We were concerned in 2002 whether small municipalities would manage to profit as much as larger municipalities from the special Competence-Building Plan consultants. Here we can report a significant step forward in our 2005 data, where small municipalities are much more likely to see consultants as advocates, monitors, advisers and partners.

Small municipalities are more likely to face obstacles in their mental health work (Chapter 4, para 4.5)

We are unable to find a clear correlation between municipality size and local authorities' assessment of achievements in the area of mental healthcare. A large majority of all types of municipality believe their commitment is satisfactory; a small percentage describe their efforts as excellent.

The self-assessments of local authorities of their public services have tended to converge in recent years. Both the smaller and the largest municipalities give their own services for several sectors of the public considerably better ratings. The gap between municipalities when it comes to recruitment problems has also narrowed substantially.

While difficulties affecting relations with the secondary healthcare sector were characterized as one of the main obstacles to progress in the area of mental healthcare, as reported mainly by the largest municipalities in 2002, by 2005 the problem occupied centre stage in the smallest and the second largest municipalities as well.

The analyses show that the number of particularly challenging obstacles mentioned by the smallest municipalities had grown rapidly between 2002 and 2005. This could mean that small local authorities find mental healthcare more challenging today, possibly because more local authorities have actually started taking action in this policy area.

Conclusions

We summarize here the findings in light of the questions set out above.

How have local authorities organized mental health services for adults and children/adolescents? What sort of changes can be observed regarding the practical organization?

There have been few changes in the way local authorities organize mental health services for adults and children and adolescents between

2002 and 2005. A slightly higher percentage provide a separate service dedicated to mental healthcare today, and the proportion where mental healthcare for adults is integrated with other services has sunk. Some local authorities have placed child and adolescent mental healthcare under the family health centres etc., where the work is merged with a range of other services for children, adolescents and their families. A majority continue to locate child and adolescent mental healthcare with adult mental healthcare. Fewer local authorities report the absence of a model for working with the youngest members of the public.

Mental healthcare for children and adolescents is increasingly organized together with the health service, relocated from its earlier affiliation within the nursing and care sector.

What sort of steps have local authorities taken to facilitate coordinated services for people with mental health problems? To what extent have local authorities adopted the personal care plan?

There are relatively few changes in the extent to which measures facilitating greater coordination have been enacted over the past three years. The most noticeable change is the higher number of local authorities who tell us they are in the process of developing personal care plans for sufferers with psychiatric disorders. We also note a clear-cut rise in the use of responsibility groups for children and adolescents.

Respondents are generally positive to the personal care plan – in their opinion such plans promote service synchronization, ensure better adaptability to the needs of clients and help clarify service provision responsibilities. However, a relatively large percentage of local authorities say they have no data on the number of people suffering from psychiatric disorders in their municipality who could either profit from or are entitled to a personal care plan. More than 50 per cent of local authorities say that they do not know how many children and adolescents under their jurisdiction might need a personal care plan either. Only about one in three says that they have prepared at least one personal care plan for a child or adolescent. The situation in 2005 with regard to personal care plans seems slightly better than it was in 2002, but a lot remains to be done in many municipalities to bring structure to the use of this type of plan.

To what degree are local authorities able to provide a broad spectrum of services to residents with psychiatric disorders? Which services engage with mental health efforts in the

**municipality? How would one describe interservice relations?
Does the organizational setup affect breadth and collaboration?**

We find clear indications of wider involvement of services in mental health work since 2002, and interservice relations are said by and large to be better. The medical service is considered to be more involved in adult and child and adolescent mental healthcare than before, and the social services are also more involved in adult mental healthcare. Infants' day care establishments and primary schools are more prominent in child and adolescent mental healthcare in 2005, though the public health centres and school health service are still the key players.

There is no simple correspondence between the mental healthcare organization model adopted by local authorities and the extent of interservice involvement. If we measure service breadth in terms of the number of steps taken within the various services, or in terms of the number of services involved in the various initiatives, breadth is widest in municipalities with a separate mental healthcare unit or agency. If we ask how many services have benefited from training and recruitment funded under the Competence-Building Plan, we see that recruitment and training in local authorities with an integrated model tend to be more extensive than elsewhere.

With regard to mental healthcare planning, all services are said in the reports to be *less* involved today. We wonder if this might be a side effect of the phase many municipalities are currently going through where plans rotate more routinely, and fewer are involved in healthcare planning than initially.

Mental healthcare expertise in the municipalities receives by and large a higher rating in 2005, although the availability of courses etc. is not as good. The general perception is that the Competence-Building Plan has enhanced local expertise, but there is less satisfaction with expertise among local authorities with integrated healthcare arrangements.

How are relations organized between local authorities and external partners, including other local authorities, secondary healthcare sector, public employment administration (Aetat), social security agency and user organizations?

There is, it seems, still substantial room for improvements in relations between local authorities and the secondary healthcare sector. Firstly, local authorities are not reporting any increase in formalized arrangements with the secondary healthcare sector compared with

2002, nor is there any change of note in the frequency of visits by mobile teams in the municipalities, or other forms of counselling by the secondary healthcare sector. At the same time, local authorities are more likely to blame problems with the enactment of the Competence-Building Plan on problematic relations with the secondary healthcare sector.

But while relations tend not to be considered particularly good in the opinion of local authorities, many believe that availability of secondary healthcare services has improved drastically over the past three years. This applies to all sectors of the public targeted by mental healthcare provision, though services for children and adolescents have seen the most obvious improvements in this period. Nonetheless, nearly half of local authorities believe that services for this section of the public are still well below what is needed.

There were no reports of an increase in intermunicipal collaboration or collaboration with the secondary healthcare sector 2002–05.

There is a certain rise in the frequency with which local authorities have meetings with the employment service administration and social security agency to discuss individual clients, though local authorities are less slightly likely today to meet on a regular basis with senior government officials.

Relations with user organizations appear to have improved over the past few years, partly because they have been inaugurated in places where there were none before (especially smaller municipalities), and partly because existing relations have improved.

What characterizes developments in the services' focus on adolescents and children? What steps have been taken to ensure breadth and effective working relations in this area?

The study gives us reason to believe that local authorities have consolidated their commitment to mental healthcare for children and adolescents 2002–05. Fewer local authorities report lacking a model on which to organize the work, and more respondents have answered questions related to children and adolescents. But child and adolescent mental healthcare in a majority of local authorities is still integrated with adult services.

Local authorities are more likely today to have initiatives in place for individual children and adolescents – mainly in the form of responsibility groups and personal care plans. But although the personal care plan is highly rated by and large, relatively few local

authorities seem actually to have prepared such a plan for a child or adolescent.

Our survey also suggests a greater level of involvement and more efficient working relations with the ordinary services targeting all children and adolescents in the municipality. It will help consolidate preventive efforts and make it easier to apprehend children and adolescents suffering from psychiatric disorders at an early stage.

In the opinion of local authorities services for children and adolescents with mental healthcare issues – including secondary healthcare provision – have improved. It is still the case, however, that services for this particular section of the public are considered less well developed than provisions for adults.

What sort of challenges are small municipalities in particular having to deal with? What characterises developments in relation to partnerships, collaborative measures and the specialist milieu?

Our analyses indicate that the differences between small and large municipalities noted in 2002 have narrowed in the intervening years:

- Small municipalities are significantly more likely to have adopted the personal care plan approach
- More local authorities have working relations with user organizations
- While we were concerned in 2002 about the ability of small local authorities to benefit from the special Competence-Building Plan consultants, we note that small municipalities in 2005 are much more likely to view consultants as advocates, monitors, advisors and partners.
- Local authorities are more likely to agree in their assessment of the professional environment. Nevertheless, small municipalities are more likely to be concerned about problems with insufficient staff and resources, and staff instability than larger municipalities.

It may be easier for small municipalities with less complicated structures to obtain a clearer picture of mental healthcare needs and provisions. Small municipalities seem to know more about the needs of their inhabitants for personal care plans, but have fewer structures in place to ease coordination. This may be because they have less need for this type of mediation, or they may have less access to specialist expertise, along with a smaller bureaucracy to implement such measures.

The small municipalities report found it increasingly easier to marshal different services behind mental healthcare, possibly because service providers, due to physical proximity, are more familiar with each other in smaller municipalities.

But small local authorities still work less frequently with external players, compared with the bigger municipalities:

- They report fewer arrangements with other municipalities on service provision.
- Fewer small municipalities report the existence of formalized working relations with secondary healthcare sector in 2005 compared to three years before. Differences have therefore widened. While problems associated with secondary healthcare sector collaboration used to be cited mainly by the larger municipalities as a principal obstacle in the way of mental healthcare progress, today, such problems are considered to be of central importance among the smallest and second largest municipalities.
- The smallest local authorities are still less likely to have regular meetings with the employment service administration (Aetat) and social security agency than the bigger local authorities, but there are improvements here regarding relations with Aetat.

There is no clear explanation why small municipalities are less likely to work with external partners than larger municipalities. One likely reason is that a smaller professional community has less capacity to attend to (all) working relationships; another is that smaller populations generate fewer serious problems in need of specialist attention, reducing the incentive to regularize relations with, for instance, the secondary healthcare system. A third explanation is connected to this: external partners are possibly less enthusiastic about or able to maintain constant relations with municipalities whose 'supply' of clientele is so unsubstantial.

By and large, more small municipalities seem to be actively prioritizing mental healthcare in 2005, but at the same time, these local authorities face a much wider range of problems today compared with previously. The challenges facing the smallest local authorities may in fact be greater today, but there is also a possibility that certain municipalities are experiencing 'teething problems' as awareness of the importance of mental healthcare has grown.

Challenges and recommendations

In light of the analyses presented above, we can outline some of the challenges and suggest steps national health authorities could take to maintain progress in mental healthcare provision among municipal authorities. The Local Government Act of 1992 gives local authorities considerable discretion to organize undertakings as they see fit. This represents a major constraint on the type of requirements central government can impose on local authorities regarding the organization of mental healthcare services.

Given the wide discretionary powers granted local authorities to select their own organizational model virtually irrespective of the task involved, it is interesting to note the successful outcome of many of the government's commitments in recent years. We could mention that

- Local authorities seem to have strengthened their commitment to mental healthcare for children and adolescents, and that services for these groups have improved significantly 2002–05.
- General practitioners are considered to be more involved in local mental healthcare work targeting both adults and younger generations.
- Primary schools appear to have acquired a more prominent role with regard to mental healthcare among children and adolescents.
- There is a noticeable rise in reported use of personal care plans, and attitudes towards such plans are consistently favourable.
- Local authorities work more closely with user organizations now than in 2002.
- The special Competence-Building Plan consultants appear to have won the respect of local authorities in small municipalities.

Naturally, progress varies on each of these points, and we cannot promise that the changes are here to stay. The government should therefore maintain vigilance in these areas, and monitor future developments carefully.

Of the most important challenges ahead, we would like to highlight the following.

Personal Care Plans

- A good foundation has been built on which to work further on the personal care plan approach, but many local authorities seem to lack experience and routine in this area. Many municipalities are unaware of the need for personal care plans among their inhabitants, and some have either little or no experience of preparing them. This is particularly so regarding personal care plans for children and adolescents.

Services for children and adolescents

- While it is true to say that services available to children and adolescents have consolidated in recent years, more effort is needed to bring services up to a reasonably acceptable level.
- There is still too little knowledge about the impact of service organization for children and adolescents. Many local authorities integrate such services with mental healthcare designed for adults. It would be useful to explore how organizational models here affect service standards and focus. Some local authorities have set up family centres, and delegated mental healthcare to this initiative. But does this design promote and facilitate a coherent set of services and early discovery of psychiatric problems? And how could this model be modified to suit the needs of variously sized municipalities?

Collaboration with secondary healthcare sector

- Local authorities continue to find it difficult to establish good working relations with the secondary healthcare sector, and problems here are considered to represent a major obstacle in the further development of mental healthcare provision. Much remains to be done before regularized relations between local authorities and secondary healthcare sector are likely to function effectively. It will be interesting to monitor developments here, after the requirement to formalize relations has had time to make an impact.

Mental healthcare work in small municipalities

- Small municipalities do not work more extensively with other local authorities than they did in 2002. This in itself is plausible cause to study whether factors affecting relations worsen or improve as municipalities develop their mental healthcare capacity.

- There is a need to focus more intensively on improving relations and coordination between small municipalities and secondary healthcare sector. Relations with the sector are said by small municipalities to be more challenging today than before, and there is no growth in terms of agreements established between local authorities and the secondary healthcare sector. One should also consider whether small municipalities might not benefit from a more (systematic) form of counselling/advice provided by secondary healthcare sector.

Municipal mental healthcare plans

- Municipal services are less involved in the planning of mental healthcare today. This increases the urgency to establish why this has happened, and whether steps should be taken to increase the focus on planning in the final years of the Competence-Building Plan.

1 Innledning

1.1 Opptrappingsplanens opprinnelige mål, justerte mål og myndighetenes nyere satsinger

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som mål 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)). 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.” 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.

I St.prp. nr. 1 (2004-205) oppsummerer Helse- og omsorgsdepartementet erfaringene med Opptrappingsplanen så langt. Målsetningene med planen understrekes og presiseres:

Overordnet målsetting for Opptrappingsplanen er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. (...) Sentralt i denne sammenhengen er:

- Økt vekt på helsefremmende arbeid og forebygging av psykiske lidelser
- Brukerperspektivet – respektfullt og likeverdig samarbeid med bruker, pasient og familie

- Økt vekt på funksjon, mestring av egen livssituasjon og bruk av egne ressurser, samt redusert sykkeliggjøring
- Desentralisering og tilbud der brukeren bor
- Helhet, kontinuitet i tilbudet, samarbeid mellom alle tjenesteytere innen ulike virksomheter – bedre oppfølging (...)

Personer med alvorlige og langvarige lidelser er prioritert i satsingen. (St.prp. nr. 1 (2004-2005):170).

Samtidig påpeker departementet at det fremdeles er viktige mangler i tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsearbeidet. Det er særlig behov 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 denne rapporten blir det gjennomgående foretatt sammenlikninger med svarene fra kommunene gitt i spørreskjemaundersøkelsen i 2002 (Myrvold 2004). I årene etter at den forrige undersøkelsen ble foretatt, har Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet iverksatt en rekke tiltak for å styrke det psykiske helsearbeidet ytterligere. Særlig relevant i forhold til temaet i denne rapporten er 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 brukermedvirkning og at midler avsettes til støtte til brukerorganisasjonene (St.prp. nr. 1 (2004-2005):187)

I denne rapporten vil vi særlig ha et fokus på om disse satsingene kan spores i kommunenes psykiske helsearbeid, slik det fremkommer i svarene på spørreskjemaene. 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.

1.2 Spørsmål for evalueringen

Med utgangspunkt i den opprinnelige Opptrappingsplanen for psykisk helse og de nevnte satsingene de siste årene, stiller vi følgende spørsmål i rapporten:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen vært mht. organisering?
- 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? Har organiseringen noen betydning for bredde og samarbeid?
- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organiseringen for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan skjer samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, Aetat/trygdekontor og brukerorganisasjonene?
- Hvordan er utviklingen i fokuset på 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?

1.3 Datamaterialet

Som nevnt innledningsvis er dataene som analyseres i notatet hentet fra en spørreskjemaundersøkelse sendt til alle norske kommuner i 2005. Undersøkelsen består av to skjemaer, 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). Skjemaene ble utarbeidet av SINTEF Unimed og NIBR i fellesskap, med SINTEF Unimed som administrativt ansvarlig for utsendelse og koding.¹ Spørreskjemaene er sendt til kontaktperson/administrativt ansvarlig for psykisk helsearbeid i kommunen. Tilsvarende undersøkelser vil bli gjentatt ytterligere én gang i løpet av evalueringsperioden.

Drøyt 63 prosent av kommunene returnerte spørreskjemaet i utfylt stand. Tatt i betraktning skjemaets omfang, må svarprosenten sees som klart tilfredsstillende. Frafallsanalyse av datamaterialet viser at det i alle fylker er et flertall av kommuner som har besvart spørreskjemaene (se vedlegg 3). Svarprosenten varierer mellom 52 i Troms og 73 i Akershus, Vest-Agder og Nordland. Dette er en betydelig jevnere fordeling mellom fylkene enn vi hadde i 2002. Ingen landsdel er spesielt over- eller underrepresentert i materialet.

Selv om kommunene i utvalget synes representative for samtlige norske kommuner, 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. Det er også mulig at datamaterialet kan inneholde skjevheter med hensyn til kommunenes overordnede modell for organisering av det psykiske helsearbeidet. Hvis integrerte modeller innebærer at det er vanskeligere for kommunen å peke ut en klar mottaker for skjemaet, kan kommuner med slike modeller være underrepresentert i under-

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).

søkelsen. Slike skjevheter er vanskelige å unngå. Det er likevel viktig å ha dette in mente i tolkningen av resultatene.

Oslo og Bergen kommuner er ikke med i det datamaterialet som presenteres her. I Oslo og Bergen er (eller var) 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 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 bare 11 kommuner har en modell der ansvaret for psykisk helsearbeid er lagt til rådmannens (evt. helse- og sosialsjefens) stab, blir resultatene for denne gruppen usikre. Vi unnlater derfor å kommentere disse, men viser likevel fordelingene.

Opptrappingsplanen har et klart fokus på modellen der tjenestene for innbyggere med psykiske lidelser er integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat. Av denne grunn har vi i stor utstrekning valgt å kommentere resultatene med utgangspunkt i den integrerte modellen. Analysegrunnlaget er imidlertid ikke stort for kommuner med integrerte tjenester (15 kommuner). Det er med andre ord grunn til å være forsiktig med å trekke for bastante slutninger om forskjeller mellom modellene. For enkelhets skyld tas ikke dette forbeholdet ved hver analyse.

2 Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid for voksne

2.1 Innledning

Gjennomgangen av status etter de første årene av Opptappingsplanen viste at planen har bidratt til økt fokus på psykisk helse og psykisk helsearbeid, og til økt behandlingsskapasitet i mange tjenester for mennesker med psykiske problemer. På andre områder – og særlig når det gjelder samarbeid og samordning – viser ikke statusrapportene den forventede utviklingen. Helse- og omsorgsdepartementet oppsummerer situasjonen på denne måten:

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. Samarbeidet viser fortsatt svikt i enkeltsituasjoner, både i tilknytning til utskrivning etter langtidsopphold ved sykehjem og ved utskrivning fra avdelinger ved sykehus/distriktskykiatriske 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).

Sosial- og 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 skal vi se 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 – 2005?
- 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 2005 sammenliknet med 2002? Hvilke holdninger og oppfatninger eksisterer i kommunene mht individuelle planer?
- Hvilke tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet i kommunene? 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 forrige rapporten lå i stor grad på hvilken betydning overordnet organisering (egen enhet, egen tjeneste, integrert tjeneste) har for samordning og samarbeid. Dette vil også bli berørt i dette kapitlet, men fordi svært få kommuner har valgt en integrert modell, vil ikke hovedfokus ligge her. Som vi snart skal se, har myndighetene også tonet ned kravet om at kommunene skal ha integrerte tjenester noe i de senere måldokumentene.

2.2 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2005

I Opptrappingsplanen 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 den nye veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene formuleres ikke kravet om integrerte tjenester like absolutt (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 både fra 2002 og fra 2005 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.

Tallene fra 2005 viser at en noe lavere andel av kommunene har en integrert modell for sitt psykiske helsearbeid i 2005 enn i 2002 (Tabell 2.1). Utviklingen ser med andre ord ut til å gå i retning av at stadig flere kommuner velger å ha en egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Tabell 2.1 *Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid for voksne, 2002 og 2005. Prosent*

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

I tjenestemodellen (modell 2) arbeider fagfolkene bare – eller i all hovedsak – med psykisk helsearbeid innenfor en definert tjeneste. Men i motsetning til kommuner som har en egen enhet for psykisk

helsearbeid (modell 1), er tjenesten gjerne 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. Det varierer mellom kommunene om tjenesten for psykisk helsearbeid har egen leder.

Det er særlig kommuner som i 2005 hadde egen tjeneste for psykisk helsearbeid som har foretatt omorganiseringer de siste årene. Mens fire av ti kommuner med denne modellen sier de har gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne i perioden 2002 – 2004, svarer bare 7 prosent av kommunene med integrerte tjenester det samme (Tabell v.1). En av fem kommuner med egen enhet har omorganisert.

Etter kommuneloven av 1992 har kommunene svært stor frihet til å bestemme hvordan de ønsker å organisere sin virksomhet. Med store størrelsesforskjeller mellom kommunene i Norge, vil det dessuten variere hva som er en hensiktsmessig organisering. Det er betydelige variasjoner i kommunenes inndeling av tjenestene, og derfor også i hvilke oppgaver som det psykiske helsearbeidet er organisert sammen med (Tabell 2.2). Sammenliknet med tallene fra 2002 er det i 2005 færre kommuner som har psykisk helsearbeid innenfor pleie- og omsorgstjenesten, mens flere har organisert arbeidet sammen med helsetjenesten.

Tabell 2.2 *For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Hvor er det psykiske helsearbeidet plassert i kommuneorganisasjonen? 2005*

	Antall	Prosent
I pleie og omsorg	76	39
I helse/rehabilitering	75	38
I sosialtjenesten	15	8
I helse og pleie og omsorg	4	2
I helse/sosial/velferd	13	7
I levekår	3	2
I familie (og oppvekst)	3	2
I oppvekst og kultur	1	1
Annet	6	3
Totalt	196	102

2.3 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).

I St.prp.nr. 1 (2004-2005) uttrykker Helse- og omsorgsdepartementet en særlig bekymring for spesielt ressurskrevende brukere som vanskelig fanges opp av tjenesteapparatet, og som i mange tilfeller vil kunne falle mellom flere stoler i behandlingsapparatet:

Mange av disse brukerne har behov for samordnede tjenester fra kommunene og fra spesialisttjenesten, som ofte i stor grad må gis samtidig. Samtidig er det for disse brukerne særlig viktig at det kommunale tilbudet er samordnet. Flere av evalueringsrapportene tar opp nødvendigheten av at den enkelte kommune sørger for god koordinering innad av sine tjenester. Uavhengig av kommunenes organisering må det være den enkelte kommunes ansvar å sørge for dette, både på systemnivå og i forhold til den enkelte bruker (St.prp.nr. 1 (2004-2005):187).

Vi skal her se nærmere på hvordan samarbeidet og samordningen internt i kommunen har utviklet seg i løpet av perioden 2002 til 2005, 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

2.3.1 Tiltak for samordning

Sosial- og helsedirektoratet legger betydelig vekt på viktigheten av at tilbudet til innbyggere med psykiske problemer må være helhetlig og koordinert:

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for tjenester fra ulike instanser. Det må derfor utvikles et godt samarbeid mellom de aktuelle kommunale tjenestene. Samarbeidet må også omfatte spesialisthelse-tjenesten, trygdekontoret, Aetat og andre aktuelle tjenesteytere. (...) Formelle samarbeidsrutiner er et lederansvar og omhandler minst tre nivåer:

- Behandling og bistand i forhold til den enkelte brukeren
- Planlegging og evaluering av tjenester
- Utvikling og kompetanse

(Sosial- og helsedirektoratet 2005:66)

Kommunene kan ta i bruk en rekke tiltak både på systemnivå og på individnivå for å koordinere sitt arbeid overfor innbyggere med psykiske problemer. Tabell 2.3 gir en oversikt over ulike samordningstiltak kommunene rapporterer å benytte i sitt psykiske helsearbeid.

For enkelte av koordineringstiltakene er det svært små endringer fra 2002 til 2005. Syv av ti kommuner har koordinator for psykisk helsearbeid på systemnivå, mens seks av ti benytter koordinatorene overfor enkeltbrukere. Det er også relativt små endringer i bruken av tverrfaglige team og grupper, selv om det ser ut til å være en viss tendens til noe mindre bruk av slike ordninger på individnivå. Det er mulig at disse ordningene er erstattet av økt bruk av individuelle planer og primærkontakter, i noen grad også av ansvarsgrupper. Den rapporterte bruken av individuelle planer er klart høyere i 2005 sammenliknet med 2002. Mens én av fire kommuner i 2002 svarte at de utarbeidet individuelle planer for alle brukere med langvarige og sammensatte behov, svarer nesten to av tre det samme i 2005. Så å si samtlige kommuner rapporterer at de benytter individuell plan for noen eller alle voksne i målgruppen i 2005. Like mange kommuner sier at de av og til eller vanligvis oppnevner primærkontakt for brukere med psykiske lidelser.

Tabell 2.3 *Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon). 2002 og 2005. Prosent*

	2002 (N=254)	2005 (N=274)	Endring 2002-2005
Koordinator, med ansvar:	70	72	2
• på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning)	70	72	2
• på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere)	59	60	1
Tverrfaglig team	47	49	2
- av disse:			
• på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning)	40	39	-1
• på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere)	34	27	-7
Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester overfor enkeltpersoner	47	40	-7
Individuell plan			
• for noen	59	35	-24
• for alle	26	63	37
Ansvarsgruppe			
• for noen	72	68	-4
• for de aller fleste	21	28	7
Annen modell for samordning	17	11	-6
Primærkontakt (av og til/vanligvis)	85	96	11

2.3.2 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.

Tidligere undersøkelser har avdekket en viss usikkerhet om hvilken instans som har ansvar for å sette i gang utarbeidelsen av individuelle planer. I veilederen søker Sosial- og helsedirektoratet å avklare dette:

Både tjenesteytere i kommuner og i helseforetak har en selvstendig plikt til å starte planprosessen. (...) 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 (...) (Sosial- og helsedirektoratet 2005:56).

Da spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført våren 2005, hadde departement og direktorat allerede startet arbeidet med å intensivere implementeringen av individuelle planer i kommunene, selv om forutsetningen om skriftlige rutiner som vilkår for å få midler ikke ble gjort gjeldende før i 2006. Det er derfor ikke overraskende at vi i kommunene finner sterkere satsing på arbeidet med individuelle planer i 2005 sammenliknet med i 2002 (Tabell 2.3). Som tidligere nevnt svarer nå omtrent alle kommunene at de utarbeider individuelle planer for noen eller alle brukere med behov for langvarig oppfølging fra flere tjenester.

Ved nærmere spørsmål om hvor mange personer med psykiske lidelser i kommunen som har behov for eller rett til individuell plan, svarer imidlertid ganske mange at de ikke har oversikt over dette. En av tre kommuner har ikke oversikt over antall voksne med behov for/rett til individuell plan, og over halvparten har ikke oversikt over antall barn og unge med et slikt behov. Kommunene har med andre ord kommet lenger i bruken av individuelle planer i 2005 sammenliknet med i 2002, men det synes fremdeles å gjenstå arbeid i mange kommuner med å systematisere bruken av individuelle planer.

Inntrykkene både fra case-studier til et utvalg kommuner i 2004 (Myrvold og Helgesen 2005) og fra intervjuer med brukere og deres pårørende (Sverdrup, Kristofersen og Myrvold 2005) var at mange fagfolk av ulike grunner kvier seg for å ta i bruk individuelle planer. Noen ga uttrykk for at det var for ressurskrevende å utarbeide slike planer, og at enkelte tjenester var vanskelige å involvere i planarbeidet. I spørreskjemaet for 2005 inkluderte vi derfor en del spørsmål om bruken av individuelle planer (Tabell 2.4).

Tabell 2.4 *Oppfatninger av individuelle planer, 2005. Prosent.*
N=229-239

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt
IP er ressurskrevende verktøy	12	23	51	14	100
Sentral mal for IP er vanskelig å tilpasse lokale behov	22	34	32	12	100
Vanskelig å prioritere IP pga ressursituasjonen i kommunen	25	30	34	12	101
Vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester	15	22	50	14	101
IP bidrar sterkt til samordning	2	6	33	58	99
Vanskelig å følge opp IP	16	36	44	5	101
Den enkelte bruker reserverer seg	16	36	40	8	100
Den enkelte deltar sterkt i utformingen av egen IP	7	29	40	24	100
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	50	33	13	3	99
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	3	5	46	46	100
Bedre å bruke ressursene på tjenester enn på IP	37	43	17	4	101

Det generelle inntrykket fra spørreskjemaundersøkelsen er at respondentene er positive til bruken av individuelle planer. De ser individuelle planer som et viktig verktøy for samordning, de mener slike planer bidrar til at tjenestene tilpasses den enkelte brukers behov, og de synes at planene bidrar til å avklare ansvarsforhold knyttet til tjenesteytingen. To tredel av respondentene sier seg også helt eller delvis enig i at den enkelte bruker selv er sterkt deltakende i utformingen av egen plan. Likevel synes relativt mange – særlig i

mindre kommuner – at det krever mye ressurser å utarbeide individuelle planer (se også Tabell 4.5). En del respondenter – særlig i de største kommunene – synes dessuten det er vanskelig å få alle aktuelle tjenester til å involvere seg i arbeidet med planene. Meningene er mer delte når det gjelder noen av de andre spørsmålene, bl.a. påstanden om at det er vanskelig å følge opp individuelle planer.

Analyser av sammenhenger mellom organisasjonsmodell og erfaringene med individuelle planer viser at kommunene på noen områder opplever litt ulike utfordringer i arbeidet, men at det er vanskelig å finne noe entydig mønster (Tabell v.2 i vedlegg). Kommuner med integrert modell svarer litt oftere at ressursituasjonen i kommunen gjør det vanskelig å prioritere arbeidet med individuelle planer. Kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid opplever i noe mindre grad enn andre kommuner at individuelle planer bidrar til å avklare ansvarsforhold mellom tjenester.

2.3.3 Et bredt og helhetlig tilbud: Involvering av tjenester

Opptrappingsplanen er klar i sitt 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. For å lykkes med dette 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.

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 Opptrappingsplanen 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:

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)

Vi skal i denne delen av rapporten se nærmere på hvilke kommunale tjenester som involveres i det lokale psykiske helsearbeidet for voksne, og hvordan samarbeidet med ulike tjenester vurderes av respondentene.

Hvilke tjenester er involvert?

Tabell 2.5 viser ett utviklingstrekk av særlig interesse: legetjenesten i kommunene ser ut til å være sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet i 2005 sammenliknet med i 2002. Dette kan være et resultat av det sterkere fokuset på fastlegenes rolle i dette arbeidet. Ellers ser vi at også sosialtjenesten oppleves som noe mer med i det psykiske helsearbeidet for voksne i 2005, men at det for de andre tjenestene er små endringer. Den kommunale kultursektoren er fremdeles ikke noen sentral aktør i dette arbeidet.

Tabell 2.5 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? 2002 og 2005. Prosent av kommunene som svarer "i stor grad involvert".*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Pleie og omsorg	51	49	-2
Sosialtjenesten	43	49	6
Legetjenesten	53	66	13
Fysioterapi m.v.	7	7	-
Kultur	4	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 2.6). Særlig ser vi at pleie- og omsorgstjenestene er sterkere involvert i kommuner med integrert modell, i noen grad også i kommuner med tjenestemodell. Dette skyldes sannsynligvis at det psykiske helsearbeidet er integrert i, eller organisert sammen med, pleie og omsorg i mange av disse kommunene.

Tabell 2.6 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent av kommunene som svarer "i stor grad involvert". 2005. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Pleie og omsorg	21 (33)	51 (51)	82 (46)	73 (88)	49 (51)
Sosialtjenesten	52 (41)	46 (43)	82 (55)	57 (42)	49 (43)
Legetjenesten	54 (50)	67 (54)	91 (46)	69 (58)	66 (53)
Fysioterapi m.v.	3 (7)	7 (6)	18 (9)	0 (13)	7 (7)
Kultur	3 (5)	4 (5)	0 (9)	8 (0)	4 (4)

Det er spesielt kommuner med egen enhet som har opplevd en nedgang i involvering fra pleie- og omsorgstjenesten. Økningen i legetjenestens engasjement har vært særlig sterk i kommuner med egen tjeneste og med integrert modell.

Vurdering av samarbeidsrelasjoner

Vi har også bedt våre respondenter om deres vurdering av samarbeidet med ulike kommunale tjenester i forbindelse med det psykiske helsearbeidet.

Tabell 2.7 *Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, 2002 og 2005. Prosent som sier samarbeidet er "svært godt"*

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

Endringene i vurderingene av samarbeidsrelasjoner er stort sett små, men det er påfallende at det er en gjennomgående mer positiv vurdering av samarbeidet i 2005 sammenliknet med i 2002. Det er særlig samarbeidet med legetjenesten og helsestasjon/skolehelse-tjenesten som oppleves som bedre i 2005.

Med noen få unntak vurderes samarbeidet med de ulike tjenestene noe mindre godt innenfor den integrerte modellen, og best i kommuner med en egen tjeneste for psykisk helsearbeid (se Tabell v.3 i vedlegg). Et viktig unntak er samarbeidet med legetjenesten, som vurderes som bedre i kommuner med integrert modell. Samarbeidet med PPT og barnehager oppleves noe bedre i kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid, men her er scoren jevnt over ganske lav.

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.

Vi har spurt våre respondenter om hvilke kommunale tjenester som er involvert i det overordnede planarbeidet innenfor psykisk helseområdet. Sammenliknet med opplysningene fra 2002 gir svarene interessante resultater (Tabell 2.8). Samtlige tjenester oppfattes som mindre involvert i 2005. Spesielt de tjenestene som var sterkt involvert i 2002, vurderes som mindre engasjert tre år senere. Dette gjelder pleie og omsorg, sosialtjenesten og legetjenesten, men ikke i samme grad helsestasjonstjenesten. En mulig forklaring på denne negative utviklingen kan være at kommunene nå legger mindre arbeid i planleggingen av det psykiske helsearbeidet. Mens mange kommuner la mye arbeid i utarbeidelsen av de første planene for psykisk helse, er de kanskje nå i en fase der planene rulleres mer rutinemessig.

Tabell 2.8 *Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med planer innenfor psykisk helse? 2002 og 2005. Prosent av kommunene som svarer "sterkt involvert" eller "koordinerende ansvar" (evt. enhet for psykisk helsearbeid er ikke tatt med).*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Pleie og omsorg	61	43	-18
Sosialtjenesten	61	44	-17
Barneverntjenesten	41	30	-11
PPT	18	15	-3
Barnehager/grunnskoler	15	12	-3
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	58	54	-4
Legetjenesten	43	29	-14
Fysioterapi m.v.	15	14	-1
Kultur	15	14	-1

I kommuner med integrert modell vurderes involveringen i planarbeidet jevnt over som bredere enn i kommuner med andre modeller (se Tabell v.4 i vedlegg).

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 2.9).² Rapporteringen fra kommunene tyder på at flere typer tiltak er satt i gang innenfor de fleste relevante tjenestene. Særlig i skolehelsetjenesten er det iverksatt et bredere spekter av tiltak de senere årene. Også i grunnskolen, i helsestasjons-/skolehelsetjenesten, i barnevernet og i PPT har det vært en økning i antall ulike tiltak.

² 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.

Tabell 2.9 *Antall ulike tiltak iverksatt innenfor relevante tjenester. 2002 og 2005. Gjennomsnitt (Min=0; Max=12)*

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

Vi har sett på antall typer tiltak innenfor ulike tjenester i forhold til kommunenes organisering av psykisk helsearbeid (Se Tabell v.5 i vedlegg). For alle tjenestene er det flere typer tiltak i de kommunene som har en egen enhet eller en egen tjeneste for psykisk helsearbeid sammenliknet med kommuner med integrert modell. Dette kan tolkes som bredere involvering av tjenester i kommuner som har organisert sitt psykiske helsearbeid som egen enhet eller tjeneste.

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 2.10). Dette gir et bilde på hvor bredt kommunen engasjerer forskjellige tjenester i arbeidet.

Tabell 2.10 *Antall tjenester involvert i ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet, 2002 og 2005. Gjennomsnitt (Min=0; Max=7)*

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

For de fleste tiltakene er det rapportert en bredere involvering i 2005 enn i 2002. Særlig i arbeidet med mestring/kriser, depresjon og mobbing er det flere tjenester involvert i 2005. Resultatene kan tyde på at det over tid er blitt flere tjenester som bidrar i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Også når det gjelder antall tjenester involvert i ulike typer tiltak finner vi at organiseringen av det psykiske helsearbeidet ser ut til å ha betydning. I kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid er langt flere tjenester i snitt involvert i ulike tiltak for målgruppene sammenliknet med kommuner med integrerte tjenester (Tabell 2.11).

Tabell 2.11 *Antall tjenester involvert i ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet, etter kommunal organisering, 2005. Gjennomsnitt (Min=0; Max=7)*

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Arbeid mot selvmord	0,9	1,0	0,4	0,4	0,9
Arbeid mot rus	1,7	2,2	1,4	1,6	2,1
Arbeid mot spiseforstyrrelser	1,2	1,1	0,5	0,5	1,1
Arbeidet med samspill barn/foreldre	2,6	2,2	1,9	1,5	2,2
Arbeid med mestring	1,8	1,7	1,5	1,6	1,7
Arbeid med depresjon	1,5	1,2	0,8	1,1	1,2
Arbeid med utagerende atferd	2,2	1,9	1,7	1,3	1,9
Arbeid med tidlige tegn på psykiske lidelser	1,4	1,3	0,6	0,6	1,3
Arbeid med barn av psykisk syke	1,6	1,9	1,3	1,4	1,8
Arbeid med omsorgssvikt	1,7	1,7	1,2	0,9	1,6
Arbeid med etniske minoriteter	1,3	1,3	1,0	0,9	1,3
Arbeid med mobbing	1,8	1,9	1,6	1,8	1,9
Snitt totalt	1,64	1,62	1,16	1,13	1,58

2.3.4 Rekruttering og kompetanseheving

Opplæringstiltak

En annen måte å betrakte utviklingen i bredden i det psykiske helsearbeidet på er å se på hvilke tjenester som styrkes med opplærings tiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen. Gjennomgående er det færre opplæringstiltak i tjenestene i 2005 sammenliknet med 2002.

Dette kan skyldes at behovet for kompetanseheving blant personalet sannsynligvis ble sett som større tidlig i Opptrappingsperioden. Reduksjonen er ganske jevnt fordelt, med unntak av pleie- og omsorgstjenesten som har større nedgang enn de andre tjenestene. Pleie og omsorg er likevel den tjenesten som får klart flest ulike opplæringstiltak.

Tabell 2.12 *Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall ulike opplæringstiltak i tjenestene i 2002 og 2005. Gjennomsnitt*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Pleie og omsorg	1,6	1,3	-0,3
Sosialtjenesten	1,0	0,9	-0,1
Barneverntjenesten	0,8	0,7	-0,1
PPT	0,3	0,3	-
Barnehager/grunnskoler	0,5	0,4	-0,1
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	0,8	0,9	+0,1
Legetjenesten	0,4	0,3	-0,1
Fysioterapi m.v.	0,4	0,4	-
Kultur	0,2	0,2	-

I kommuner med integrerte tjenester er det flere opplæringstiltak, spesielt innenfor pleie og omsorg, sosialtjenesten og barneverntjenesten (se Tabell v.6 i vedlegg).

Vi har også studert hvor mange tjenester som omfattes av de ulike typene opplæringstiltak innenfor Opptrappingsplanen (Tabell 2.13). Også her ser vi en svak nedgang, dvs. at bredden i involveringen av tjenester i form av kompetanseheving er noe redusert de senere årene. Det er i snitt flere tjenester som får opplæringstiltak i kommuner med integrert modell (se Tabell v.7 i vedlegg). Dette gjelder primært kursing.

Tabell 2.13 *Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen? 2002 og 2005. Gjennomsnitt*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Kurs	3,8	3,5	-0,3
Voksenopplæring	0,2	0,1	-0,1
Etterutdanning	1,0	0,8	-0,2
Videreutdanning	1,0	0,9	-0,1

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.

Tabell 2.14 *Hvilke tjenester er styrket med rekruttering i løpet av de siste tre årene? 2005. Prosent kommuner som sier at tjenesten er styrket.*

	Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet (N=274)	Prosent av alle kommuner som har besvart spørsmålene (N=96-180)
Pleie og omsorg	37	60
Sosialtjenesten	21	41
Barneverntjenesten	21	43
PPT	3	8
Barnehager/grunnskoler	8	19
Helsestasjon/skolehelsetj.	50	77
Legetjenesten	4	10
Annen helsetjeneste	10	28
Kultur	14	33

Spørsmålet om rekruttering er noe endret i undersøkelsen fra 2005, og svarene er derfor ikke helt sammenliknbare. I tråd med hva vi fant i 2002 er det også i 2005 flest kommuner som styrker helsestasjons-tjenesten og pleie- og omsorgstjenesten med rekruttering av personell finansiert av Opptrappingsplanen (Tabell 2.14). Det er interessant at én av syv kommuner (én av tre av de som har besvart spørsmålet om

rekruttering til tjenestene) svarer at de har styrket kultursektoren med kompetanse i psykisk helsearbeid.

I forrige undersøkelse fant vi relativt små forskjeller i rekrutteringsprofil mellom kommuner med ulik organisasjonsmodell (Myrvold 2004:53). Tabell 2.15 tyder på at det i 2005 er visse forskjeller mellom kommunene. Rekrutteringsprofilen fremstår som noe bredere i kommuner med integrerte tjenester enn i kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, barnehager/ grunnskoler og annen helsetjeneste rapporteres som styrket i flere kommuner med integrert tjeneste. Vi må imidlertid være forsiktige med å trekke sikre slutninger, da presentierungsgrunnlaget er lite, særlig for kommuner med integrert modell.

Tabell 2.15 *Hvilke tjenester styrkes med rekruttering? 2005. Prosent kommuner som svarer at tjenesten er styrket med rekruttering siste 3 år. Prosent av kommuner som har besvart spørsmålene*

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt (N)
Pleie og omsorg	27	62	83	82	60 (99)
Sosialtjenesten	32	40	33	70	41 (57)
Barneverntjenesten	61	39	40	50	43 (57)
PPT	7	9	0	0	8 (8)
Barnehager/grunnskoler	19	17	50	33	19 (21)
Helsestasjon/skolehelsetj.	79	76	60	88	77 (137)
Legetjenesten	18	9	0	0	10 (11)
Annen helsetjeneste	18	26	67	60	28 (27)
Kultur	38	32	33	40	33 (37)

2.3.5 Fagmiljøet i psykisk helsearbeid

Både Helse- og omsorgsdepartementet (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) og Sosial- og helsedirektoratet (2005) legger vekt på betydningen av et godt fagmiljø innenfor det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Vi har bedt respondentene våre ta stilling til en del påstander om fagmiljøet i egen kommune (Tabell 2.16). Sammenliknet med svarene

fra 2002 viser 2005-tallene at Opptrappingsplanen oppleves å styrke fagmiljøet i noe større grad, men at mulighetene for kurs, veiledning o.l. sees som litt mindre. Det er færre som synes det kommunale fagmiljøet i psykisk helsearbeid blir for lite eller at personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet.

Færre respondenter svarer at samarbeid og kontakt med fagfolk i andre kommuner oppleves å styrke fagmiljøet. Hvorvidt dette kan skyldes generelt mindre interkommunalt samarbeid, skal vi se nærmere på i et senere avsnitt.

Tabell 2.16 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2002 og 2005. Prosent som svarer "helt enig". N=264-265*

	2002	2005	Ending 2002-2005
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	15	10	-5
Nært samarbeidet med andre fag gir nye impulser i arbeidet	34	33	-1
Gode muligheter til kurs, veil. o.l	44	38	-6
Folk med kompetanse spres for tynt utover	20	16	-4
Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet	21	16	-5
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	52	58	6
Samarbeid/kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	58	50	-8
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	27	24	-3

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. Selv om antallet kommuner med integrert modell er lite, slik at vi må være forsiktige med å trekke sikre slutninger, trekker tallene fra 2005 i samme retning (Tabell 2.17).

Tabell 2.17 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2005.*
Prosent som svarer delvis eller helt enig. N=264-265

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	28	38	18	60	37
Nært samarbeidet med andre fag gir nye impulser i arbeidet	84	86	91	80	85
Gode muligheter til kurs, veil. o.l	81	85	91	60	83
Folk med kompetanse spres for tynt utover	44	41	27	60	42
Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet	42	48	27	60	46
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	98	93	100	87	94
Samarbeid/kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	91	90	91	100	91
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	56	50	55	67	52

Respondenter fra kommuner der det psykiske helsearbeidet er integrert i de ordinære tjenestene synes i større grad at fagmiljøet blir for lite, at folk med kompetanse spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen, og at ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet. Samtidig opplever de mulighetene for kurs og veiledning som noe mindre gode. Disse funnene kan 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).

2.3.6 Oppsummering samarbeid internt i kommunen

I dette avsnitte har vi analysert samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet internt i kommunene. Vi har sett på utviklingen i samordningstiltak i kommunene, bruken av individuelle planer, bredden i involveringen i det psykiske helsearbeidet og vurderingene av fagmiljøet i kommunen.

Når det gjelder **samordningstiltakene** finner vi at det for de fleste tiltakene er relativt små endringer. Kommunene benytter i noe mindre grad tverrfaglige team på individnivå og tverrfaglige grupper som fatter vedtak om tjenester. Til gjengjeld har det vært en økning i bruken av ansvarsgrupper, primærkontakter og – ikke minst – individuelle planer.

Kommunene legger for dagen en gjennomgående positiv holdning til **individuelle planer**, og mener at dette er et viktig verktøy for å sikre samordning, brukertilpasning og ansvarsavklaring. Men utarbeidelsen av individuelle planer sees også som ressurskrevende, og en del kommuner har opplevd at det kan være vanskelig å få involvert alle relevante tjenester i arbeidet med slike planer.

Vi kan observere visse endringer i tjenestenes **involvering i det psykiske helsearbeidet** i kommunene. Først og fremst synes lege-tjenesten sterkere involvert i 2005 sammenliknet med i 2002. Også sosialtjenesten rapporteres noe mer involvert, mens det for de andre tjenestene er små endringer. Pleie- og omsorgstjenesten er særlig sterkt engasjert i kommuner med integrert modell, sannsynligvis fordi det psykiske helsearbeidet er integrert her. Legetjenesten oppfattes som sterkest involvert i kommuner med egen tjeneste og i kommuner med integrert modell, og disse har også den klart største økningen.

Det er ganske små endringer i vurderingene av samarbeidet med ulike tjenester, men gjennomgående oppleves samarbeidet som noe bedre for samtlige tjenester. Samarbeidet med helsestasjonene og lege-tjenesten sees som klart bedre i 2005 sammenliknet med tidligere.

Alle tjenestene vurderes som mindre involvert i planarbeidet innenfor psykisk helse i 2005 i forhold til for tre år siden. Dette leder oss til å stille spørsmålet om planene nå rulleres mer rutinemessig, mens de første generasjonene av kommunale psykisk helse-planer ble til i et mer grundig samarbeid mellom flere tjenester.

Analysene viser at det er økt bredde i nedslagsfeltet for ulike tiltak: særlig innenfor skolehelsetjenesten, helsestasjonen, grunnskolen og PPT er det iverksatt flere tiltak de siste tre årene enn i perioden før. Bredden i tjenestenes involvering i tiltakene er størst i kommuner som har egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Det har også skjedd en økning i antall tjenester involvert i ulike tiltak. Også her er bredden størst i kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Når det gjelder rekruttering innenfor rammene av Opptrappingsplanen er det særlig pleie og omsorg og helsestasjonene som er blitt mest styrket også i den siste perioden. Her ser vi imidlertid at det er kommuner med integrerte tjenester som har størst bredde, dvs. som rekrutterer til flest tjenester.

Fagmiljøet oppleves stort sett som noe bedre i 2005 enn i 2002. Mange kommuner mener Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet i det psykiske helsearbeidet. Respondenter fra kommuner med integrert modell er noe mer misfornøyd med fagmiljøet enn respondenter fra kommuner med annen modell for organisering av arbeidet.

2.4 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 Aetat og Trygdekontor
- Samarbeid med brukerorganisasjonene

2.4.1 Interkommunalt samarbeid

Norske kommuner er såkalte ”generalistkommuner”. Uansett størrelse og beliggenhet skal samtlige kommuner ivareta de samme oppgavene. Dette gjelder også innenfor det psykiske helsearbeidet. 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.

Sosial- og helsedirektoratets veileder 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 avhjelpes 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 (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 tyder på at det interkommunale samarbeidet ikke har økt de siste årene, snarere tvert i mot (Tabell 2.18 og Tabell 2.19).

Tabell 2.18 *Inngår kommunen i noe tjenestesamarbeid med andre kommuner? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Ikke noe samarbeid	51	55	4
Felles botilbud	2	3	1
Felles dagsenter	5	6	1
Andre sosiale/kulturelle tiltak	16	16	-
Samarbeid om sysselsetting/arbeid	18	19	1
(N=)	(250)	(271)	

Det er særlig det faglige samarbeidet – og spesielt felles veiledninger – som viser nedgang i perioden. Dette er en type ”samarbeid” som stort sett ikke er initiert av kommunene selv, men snarere fra spesialisthelsetjenesten. Vi kan ikke si sikkert om reduksjonen i omfanget av felles veiledning skyldes av DPSene har lagt om sin veiledningspraksis over tid.

Tabell 2.19 *Inngår kommunen i noe faglig samarbeid med andre kommuner? 2002 og 2005. Prosent.*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Ikke noe samarbeid	28	32	4
Deler fagstillinger	7	4	-3
Felles kurs	24	21	-3
Felles veiledning	36	24	-12
Felles samlinger	36	36	-
(N=)	(250)	(271)	

Vi har gjennomført analyser av interkommunalt samarbeid i kommuner med ulik organisering av det psykiske helsearbeidet. Som vi også fant i 2002 tyder opplysningene fra 2005 på at omfanget av samarbeid med andre kommuner er mindre i kommuner med integrerte tjenester (se Tabell v.8 og Tabell v.9 i vedlegg). Dette kan skyldes at det kan være vanskelig for aktører utenfor kommunen å finne rette ”adressat” for samarbeidet i kommuner med integrerte tjenester. Andre undersøkelser har dessuten vist at kommuner med lik organisering av virksomheten lettere finner sammen i samarbeid (Hovik og Myrvold 2001). Når det er så få kommuner med integrert modell for psykisk helsearbeid, kan det bidra til å hemme samarbeidet fordi potensielt samarbeidende enheter blir for ulike.

2.4.2 Samarbeid mellom kommunen og 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).

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).

I hvilken grad har kommunene og andrelinjen utviklet et tettere og mer formalisert samarbeid i perioden 2002 til 2005? Våre data tyder ikke på at omfanget av samarbeid er blitt større de senere årene (Tabell 2.20). Flere kommuner svarer at de ikke har noen formell samarbeidsavtale med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. Det er særlig avtaler om kompetanseheving som viser en reduksjon, mens noen flere oppgir at de har avtaler om rutiner ved utskriving i 2005.

Tabell 2.20 *Har kommunen noe samarbeid med 2. linjen? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Ikke noen formell samarbeidsavtale	44	48	4
Avtale som regulerer konflikter	6	6	-
Avtale om kompetanseheving	27	20	-7
Avtale om rutiner ved utskriving	33	36	3
Avtale som regulerer andre forhold	22	18	-4
(N=)	(250)	(271)	

Vi har også spurt kommunene om de får delta i beslutninger knyttet til utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS og sykehjem (Tabell 2.21). Det er svært små endringer i svarene fra 2002 til 2005.

Tabell 2.21 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Nei, 2. linjen rådfører seg sjelden med kommunen	20	21	1
Ja, kommunen blir av og til involvert	61	62	1
Ja, kommunen får vanligvis delta i beslutningene	20	17	-3
Totalt (N=)	101 (250)	100 (268)	

Kommuner med integrert modell oppgir noe oftere enn andre kommuner at de har avtale med andrelinjen om kompetanseheving, mens de i mindre grad har avtale om rutiner ved utskrivning av pasienter (Tabell v.10). De svarer også at andrelinjen noe sjeldnere involverer kommunen i forbindelse med beslutninger om utskrivning (Tabell v.11).

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 2.22 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Nei	43	43	-
Ja	57	57	-
Totalt (N=)	100 (247)	100 (268)	

I perioden fra 2002 til 2005 er det ingen rapporterte endringer i andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten (Tabell 2.22). Nærmere analyser viser at det er en viss vekst i andel kommuner som får hjelp fra ambulerende team som bare hjelper voksne. Hjelpen fra de ambulante teamene består både i generell veiledning av ansatte i kommunene og veiledning og direkte hjelp knyttet til enkeltbrukere. Veiledning og hjelp knyttet til enkeltbrukere er noe mer vanlig enn generell veiledning.

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, og det er små endringer å spore i løpet av de siste tre årene (Tabell 2.23). Det er en viss økning i andel kommuner som mottar veiledning til faste tider for barn og unge (se også Tabell 3.7).

Tabell 2.23 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne brukere? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Nei/svært sjelden	8	7	-1
Ja, ved behov	73	71	-2
Ja, til faste tider	20	22	2
Totalt (N=)	101 (240)	100 (264)	

Innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester

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 ofte vil påvirkes av hvilke forventninger til utviklingen som foreligger.

Tabell 2.24 *Vurdering av voksne innbyggers tilgang på andre linjetjenester innfor psykisk helsevern? 2002 og 2005. Prosent som svarer "svært god tilgang" eller "langt mindre enn behovet"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Langt mindre enn behovet	42	37	-5
Rimelig god tilgang	48	57	9
Svært god tilgang	2	3	1
Ubesvart	8	3	-5
Totalt	100	100	
(N=)	(254)	(274)	

Tabell 2.24 viser at tilgangen på andrelinjetjenester for voksne innbyggere vurderes som bedre i 2005 enn i 2002. Senere skal vi se at også tilgangen på tjenester for barn og unge oppleves som bedre av kommunene (Tabell 3.8). Det er likevel grunn til å legge merke til at det er et stort antall respondenter som mener at tilgangen på andrelinjetjenester – spesielt for barn og unge – fremdeles er langt mindre enn behovet.

2.4.3 Rådgivernes roller

Helse- og omsorgsdepartementet ser rådgiverne i psykisk helsearbeid hos fylkesmannen 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 helsedirektoratet 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 øremerkede 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 "kommuned diagnose". En prioritert oppgave for rådgiverne er å delta i arbeidet med å sikre utarbeidelse av individuell plan for personer med langvarige og sammensatte behov.

Vi har spurt kommunene om hvordan de opplever rådgiveren for Opptappingsplanen hos fylkesmannen (Tabell 2.1). Vi ser at kommunene vurderer rådgiverens roller på enkelte områder svært annerledes i 2005 enn i 2002. Rådgiverne oppfattes nå i større grad enn tidligere som kontrollør og pådriver i det psykiske helsearbeidet. Det er også flere som ser rådgiveren som støttespiller for kommunen. 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 positivt korrelert med rollene som pådriver og støttespiller. Det ser med andre ord ut til at det ikke er noen klar motsetning mellom den mer myndighetsorienterte rollen som kontrollør og rollene som mer har preg av å være støttende og hjelpende.

Tabell 2.25 *Rådgiverens rolle, 2002 og 2005. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller "i stor grad"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Pådriver overfor kommunen	22	34	12
Støttespiller for kommunen	31	39	8
Erfaringsformidler mellom kommuner	25	24	-1
Dialogpartner/veileder	16	21	5
Kontrollør	51	69	18
Kursarrangør	22	25	3

2.4.4 Samarbeid med Aetat

Som vi allerede har nevnt en rekke ganger, vektlegger både Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet at Aetat må trekkes inn i arbeidet med mennesker med psykiske problemer og

lidelser. I 2004 ble det igangsatt et samarbeidsprosjekt med Aetat ("Vilje viser vei") om styrking av arbeidstilbudet til denne gruppen. I St.prp. nr. 1 (2004-2005) anbefales kommunene å inngå i forpliktende samarbeid med Aetat om rehabiliteringsrettet arbeid for personer med psykiske lidelser.

Vi har spurt kommunene om deres samarbeid med Aetat (Tabell 2.26).

Tabell 2.26 *Samarbeider kommunen med Aetat? 2002 og 2005.*
Prosent

	2002	2005	Endring 2002-2005
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og Aetat	22	17	-5
Kommunen har samarbeidsmøter med Aetat på overordnet nivå	17	14	-3
Kommunen har av og til møter med Aetat om enkeltbrukere	64	67	3
Kommunen har oftemøter med Aetat om enkeltbrukere	13	18	5
(N=)	(250)	(271)	

Det er en viss økning i andelen kommuner som sier at de samarbeider med Aetat om enkeltbrukere. Det er bare én av seks kommuner som sier at de ikke har møter med Aetat, enten på overordnet nivå eller om enkeltbrukere. Det er noe vanligere at det ikke er samarbeid med Aetat i kommuner med integrert modell (se Tabell v.12 i vedlegg), men forskjellene mellom kommuner med ulik organisering er ikke store.

2.4.5 Samarbeid med trygdekontoret

Også trygdekontorene forventes å samarbeide med kommunene om opplegget for innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Samarbeidet mellom trygdeetaten og kommunene synes ikke å ha fått like mye oppmerksomhet i nyere måldokumenter som samarbeidet med Aetat.

I spørreskjemaundersøkelsen ba vi kommunene svare på hvordan samarbeidet med trygdekontoret arter seg i forhold til innbyggere med psykiske vansker (Tabell 2.27).

Tabell 2.27 *Samarbeider kommunen med trygdekontoret? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og Trygdekontoret	17	13	-4
Kommunen har samarbeidsmøter med Trygdekontoret på overordnet nivå	14	11	-3
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med Trygdekontoret om enkeltbrukere	69	70	1
Kommunen har ofte samarbeidsmøter med Trygdekontoret om enkeltbrukere	13	19	6
(N=)	(250)	(271)	

Det er et fåtall kommuner som rapporterer at de har svært lite samarbeid med trygdekontoret. I 2005 er det en noe høyere andel kommuner som svarer at de ofte har samarbeidsmøter med trygdekontoret om enkeltbrukere. Også her er det flere kommuner med integrert modell som sier at det ikke er vanlig med møter mellom kommunen og trygdekontoret (se Tabell v.13 i vedlegg).

2.4.6 Samarbeid med brukerorganisasjonene

Brukernes behov, brukermedvirkning og brukerorganisasjonenes rolle står sentralt i Opptrappingsplanen for psykisk helse. I undersøkelsen fra 2002 så vi 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". Blant de minste kommunene var det bare tre av ti som hadde etablert et samarbeid med brukernes organisasjoner. 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).

Opplegget for brukerundersøkelser og andre måter å innhente brukererfaringer på forutsettes planlagt og gjennomført i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner.

I perioden etter forrige undersøkelse er det satt betydelig fokus på behovet for gode samarbeidsrelasjoner. Ut fra våre data kan det ut som om samarbeidsforholdene mellom kommunene og brukerorganisasjonene er bedret fra 2002 til 2005 (Tabell 2.28). Nå svarer bare en tredel av kommunene at de har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene. Et flertall av disse kommunene har ikke en virksom brukerorganisasjon innenfor kommunens grenser. Blant de kommunene som har et lokallag av Mental Helse svarer 28 prosent at de ikke samarbeider med brukerorganisasjoner.

Tabell 2.28 *Samarbeider kommunen med brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Lite/ikke noe samarbeid	44	34	-10
Samarbeidet er ofte vanskelig	9	6	-3
Samarbeidet er stort sett bra	34	45	+11
Samarbeidet er svært godt	13	15	+2
Totalt	100	100	

Vi ser også at flere kommuner svarer at de har etablert brukerråd e.l.l. knyttet til det psykiske helsearbeidet (Tabell 2.29).

Tabell 2.29 *Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Nei	75	56	-19
Ja	15	25	10
Ubesvart	10	19	9
Totalt (N=)	100 (255)	100 (273)	

2.4.7 Oppsummering samarbeid med instanser utenfor kommunen

Dette avsnittet har omhandlet kommunenes samarbeid og samordning med instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, rådgiverne hos fylkesmannen, Aetat og trygdekontor og brukerorganisasjonene.

Vi har sett at det **interkommunale samarbeidet** ikke har økt i perioden 2002 – 2005. Omfanget av det faglige samarbeidet – først og fremst i form av felles veiledning – ser ut til å være redusert de senere årene. Kommuner med integrert modell for psykisk helsearbeid har mindre tilbøyelighet til å inngå i samarbeid med andre kommuner enn de som har en egen tjeneste eller en egen enhet for dette arbeidet.

Vi finner heller ingen økning i samarbeidet mellom kommunen og **andrelinjen** fra 2002 til 2005. Flere kommuner sier nå at de ikke har noe formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og spesielt er det en reduksjon i andelen kommuner som sier at de har avtale om kompetanseheving.

Når det gjelder kommunenes besøk fra ambulerende team og andre former for veiledning fra andrelinjen, finner vi ingen markante endringer i praksis de siste tre årene. Det er en liten tendens til at teamene som besøker kommunene bare behandler voksne. Veiledning fra andrelinjen ut over det som skjer gjennom ambulerende team skjer noe oftere til faste tider (og ikke etter behov) for barn og unge.

Kommunene vurderer tilgangen på andrelinjetjenester som bedre. Særlig gjelder dette tjenester for barn og unge, som i utgangspunktet hadde betydelig dårligere tilgang på andrelinjetjenester enn voksne.

Det er til dels betydelige endringer i kommunenes vurdering av **rådgivernes rolle**. Rådgiverne for Opptappingsplanen oppleves i

2005 i betydelig større grad som kontrollør, pådriver og støttespiller. Det ser ikke ut som om kommunene oppfatter noen sterk motsetning mellom kontrollør-rollen på den ene siden og pådriver-, støttespiller- og veilederrollene på den andre.

For både **Aetat og trygdekontorene** finner vi at kommunene rapporterer noe mer samarbeid. Samarbeidet tar i mindre grad form av møter på overordnet nivå, men består i økende grad av møter om enkeltbrukere.

Samarbeidet med **brukerorganisasjonene** er vesentlig bedret i perioden. Dette skyldes dels at kommuner som ikke tidligere har hatt et samarbeid med brukernes organisasjoner nå har etablert det, og dels at eksisterende samarbeid oppleves som bedre.

2.5 Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen lokalt

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

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

2.5.1 Vurderingen av egen kommunes innsats

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

En av åtte kommuner (13%) svarer at kommunens innsats er svært god, mens syv av ti synes kommunen gjør en tilfredsstillende jobb. Omtrent en av seks (17%) mener at kommunens innsats innenfor psykisk helsearbeid er dårlig (Tabell 2.30).

Tabell 2.30 *Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005. Prosent (N=253)*

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Svært god	27	10	0	21	13
Tilfredsstillende	51	74	91	50	70
Dårlig	22	16	9	29	17
Totalt	100	100	100	100	100

Det er visse forskjeller i vurderingen av egen kommunes psykiske helsearbeid i kommuner med ulike organisering. Svarene til kommuner med tjenestemodell er mindre polarisert, og skiller seg derfor noe fra kommuner med egen enhet eller integrerte tjenester. Kommunene med egen tjeneste for psykisk helsearbeid svarer i mindre grad at innsatsen i arbeidet er svært god eller dårlig, og har en større tendens til å karakterisere sitt eget arbeid som tilfredsstillende.

2.5.2 Vurdering av utviklingen i tjenestene til innbyggerne

I de ulike måldokumentene vektlegges flere målgrupper for Opptrappingsplanen for psykisk helse. Mennesker med alvorlige lidelser skal prioriteres. De siste årene er det lagt ekstra vekt på å bedre tilbudet til barn og unge. Samtidig sies det eksplisitt at det forebyggende arbeidet skal ha økt prioritet.

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 2.31). Det er et klart – og økende – flertall som mener at voksne med alvorlige psykiske lidelser har fått et vesentlig bedre tilbud. Det er også mange som vurderer tilbudet til voksne med lettere problemer som vesentlig bedret.

Tabell 2.31 viser et annet interessant trekk: selv om bedringen for barn og unge fremdeles ligger langt bak tilsvarende for voksne, er det klart flere som mener at tjenestene til barn og unge er blitt betydelig bedre i 2005 sammenliknet med i 2002. 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.

Tabell 2.31 *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	Endring 2002-2005
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske vansker	55	63	8
Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser	41	47	6
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser	12	24	12
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser med mer	14	29	15
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet	10	18	8

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

Sammenheng mellom innsats og tjenestetilbud?

Vi har gjennomført analyser av sammenhengen mellom organisering og oppfatning av bedring i tjenestene (se Tabell v.14 bak i vedlegg). For voksne og barn/unge med alvorlige problemer og for forebyggende tjenester er det svært små forskjeller mellom kommuner med ulik modell. For voksne og barn/ung med lette og moderate problemer vurderer kommuner med integrert modell bedringen som noe mindre enn andre kommuner.

Analysene av sammenhengen mellom kommunenes vurdering av egen innsats og synet på utviklingen i tjenestene 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 2.32 og Tabell 2.33).

Tabell 2.32 *Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005. Prosent*

Kommunens innsats fht innbyggernes behov	Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser			Totalt (N)
	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud	
Svært god	3	9	88	100 (34)
Tilfredsstillende	5	28	67	100 (176)
Dårlig	23	42	35	100 (43)
Totalt (N)	8 (20)	28 (71)	64 (163)	100 (254)

Tabell 2.33 *Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005. 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	6	32	62	100 (34)
Tilfredsstillende	7	44	49	100 (176)
Dårlig	21	54	26	101 (43)
Totalt (N)	9 (23)	44 (111)	47 (119)	100 (253)

Vi finner imidlertid ingen 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.

2.5.3 Vurdering av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen

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

Tabell 2.34 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune. 2002 og 2005 Prosent som svarer "svært viktig". N=250-261 (2002) og 257-265 (2005)*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Problemer med å rekruttere fagfolk	16	12	-4
Kommunens generelle økonomiske situasjon	39	34	-5
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	8	10	2
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	9	16	7
For få ansatte som jobber med psykisk helse	21	19	-2
For få ansatte som jobber med psyk helse på systemnivå	18	16	-2
Manglende lokal politisk prioritering	17	12	-5
Manglende administrativ prioritering	13	14	1
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	12	12	-
Manglende kunnskap om Opptrappingspl	7	12	5
Dårlig sammenheng mål - midler i det psykiske helsearbeidet	15	19	4
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i pol ledelse	23	18	-5
Manglende kunnskap om behovene for psykisk helsearbeid	19	12	-7

I det store og hele er det ikke dramatiske endringer i kommunenes vurdering av de viktigste problemene de møter i implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Kommunens generelle

økonomiske situasjon oppleves fremdeles som den viktigste årsaken til at implementeringen går tregt, men det er noe færre som nevner dette som en svært viktig faktor. Mangel på kunnskap om psykisk helsearbeid mer generelt sees også som et mindre problem i 2005 sammenliknet med i 2002, selv om flere mener at kommunen mangler kunnskap om Opptrappingsplanen. Den største økningen finner vi i andelen som opplever samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen som en viktig hindring for kommunenes implementering av planen.

En analyse av evt. sammenheng mellom opplevde problemer og organisasjonsmodell for arbeidet gir et litt uklart bilde. Forskjellene mellom kommuner med ulike organisering er i hovedsak små. I kommuner med integrert modell er det færre som synes det er et viktig problem at det er få som jobber med psykisk helse på systemnivå. I disse kommunene er det også færre som synes det er dårlig sammenheng mellom mål og midler i arbeidet, mens det er relativt flere som mener manglende kunnskap om psykisk helsearbeid er et viktig problem (se Tabell v.15 i vedlegg).

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 2.35).

Tabell 2.35 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune, etter vurdering av kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005. Prosent som svarer "svært viktig" hindring*

	Svært god innsats	Tilfredsstillende innsats	Dårlig innsats	Totalt (N)
Problemer med å rekruttere fagfolk	3	13	19	12 (31)
Kommunens generelle økonomiske situasjon	24	31	55	34 (87)
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	15	8	16	10 (26)
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	25	14	16	16 (40)
For få ansatte som jobber med psykisk helse	9	14	43	18 (46)
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	15	12	36	16 (40)
Manglende lokal politisk prioritering	0	8	34	11 (29)
Manglende administrativ prioritering	3	10	32	33 (13)
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	9	13	12	12 (31)
Manglende kunnskap om Opptrappingsplanen	9	11	14	11 (28)
Dårlig sammenheng mellom mål og midler i det psykiske helsearbeidet	12	16	41	20 (49)
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse	9	15	36	18 (44)
Manglende kunnskap om behovene for psykisk helsearbeid	9	10	23	12 (30)

Tabell 2.35 viser at kommuner som synes innsatsen for psykisk syke i kommunen er dårlig, opplever langt flere av de nevnte hindringene som svært viktige enn kommuner som synes de gjør en god innsats. Kommunens økonomiske situasjon, få ansatte som arbeider med

psykisk helse og manglende kunnskap om og prioritering av feltet, nevnes betydelig hyppigere av kommuner som karakteriserer egen innsats som dårlig. Blant kommuner som synes de gjør en svært god innsats innenfor det psykiske helsearbeidet er det primært samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen som nevnes som en vesentlig hindring for arbeidet med Opptappingsplanen. For disse kommunene oppleves med andre ord problemet langt på vei å ligge utenfor kommunens kontroll. Også blant mange kommuner som mener de gjør en god jobb sees økonomien som en betydelig hindring for implementeringen.

2.5.4 Oppsummering vurdering av kommunens arbeid med Opptappingsplanen

I denne delen av rapporten har vi sett på hvordan respondentene vurderer egen kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet, hvordan de ser på utviklingen i tjenestetilbudet til innbyggerne, og deres oppfatninger av de viktigste hindringene for kommunens arbeid med Opptappingsplanen.

Et klart flertall av kommunene synes de gjør en tilfredsstillende **innsats**, og det er bare et lite mindretall som mener innsatsen i psykisk helsearbeid er enten svært god eller dårlig.

Det er en klar tendens til at **utviklingen i tjenestetilbudet** sees som positiv for alle målgruppene. Den største bedringen de siste årene er kommet i tjenestetilbudet for barn og unge, selv om tilbudet til barn og unge fremdeles henger etter tilbudet til voksne.

Vi finner en klar sammenheng mellom kommunenes vurdering av egen innsats i det psykiske helsearbeidet og deres vurdering av bedringen i tjenestetilbudet. Det er imidlertid ingen tilsvarende sammenheng mellom opplevelsen av økt tilgang på andrelinjetjenester og bedring i tilbudet. Informantene fra kommunene ser med andre ord ut til å vektlegge betydningen av egen innsats klart sterkest i forhold til kvaliteten på tilbudet til innbyggerne.

Det er ingen dramatiske endringer i kommunenes vurdering av hvilke **hindringer** som oppleves å være viktige i det psykiske helsearbeidet. Kommunens generelle økonomiske situasjon er fremdeles nevnt av flest som en svært viktig hindring, med det er færre som nevner dette i 2005 sammenliknet med i 2002. Det er også relativt færre som mener manglende kunnskap om psykisk helse eller manglende politisk prioritering representerer vesentlige hindringer for arbeidet. Klarest

økning finner vi i andelen kommuner som sier at samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen oppleves som vanskelig.

Informanter som synes kommunens innsats innenfor psykisk helsearbeid er dårlig, nevner flere hindringer som viktige for dem i arbeidet sammenliknet med informanter som synes kommunenes innsats er god. Kommunene som mener de selv gjør en svært god innsats i det psykiske helsearbeidet opplever først og fremst én hindring som vesentlig: samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen.

2.6 Oppsummering

Innledningsvis i kapitlet stilte vi noen spørsmål som er belyst ved hjelp av datamaterialet fra 2002 og 2005:

- Hvordan har utviklingen i organiseringen av arbeidet vært i perioden 2002 – 2005?
- 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 2005 sammenliknet med 2002? Hvilke holdninger og oppfatninger eksisterer i kommunene mht individuelle planer?
- Hvilke tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet i kommunene? 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?

Hvordan har utviklingen i organiseringen av arbeidet vært i perioden 2002 – 2005?

Det er relativt beskjedne endringer i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid fra 2002 til 2005. En noe høyere andel av kommunene har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid nå, mens færre har integrerte tjenester. Det har også skjedd en viss utvikling fra organisering i tilknytning til pleie- og omsorgssektoren til at psykisk helsearbeid organiseres sammen med helsetjenesten.

Hvordan har utviklingen i samarbeid og samordning vært i perioden – både internt i kommunen og mellom kommunen og andre aktører?

Vi kan registrere ganske små endringer i bruken av ulike samordningstiltak i kommunene i løpet av de siste tre årene. Det mest markante trekket er en klar økning i antall kommuner som sier de utvikler individuelle planer til innbyggere med psykiske lidelser.

Det er ikke rapportert noen økning verken i det interkommunale samarbeidet eller i samarbeidet med andrelinjen i perioden 2002 – 2005. Flere kommuner oppgir at de ikke har noe formalisert samarbeid med andrelinjen i 2005, og særlig er det reduksjon i avtaler om kompetanseheving. Det er heller ingen betydelige endringer i kommunenes besøk av ambulerende team eller i andre former for veiledning fra andrelinjen.

Rollene til rådgiveren for Opptrappingsplanen oppleves noe annerledes i 2005 enn i 2002. Rådgiveren sees i større grad som pådriver, kontrollør og støttespiller, og det er ingen åpenbar konflikt mellom disse rollene.

Det er en viss tendens til at flere kommuner har møter med Aetat og trygdekontor om enkeltbrukere, mens andelen kommuner som har møter på overordnet nivå er noe redusert.

Benytter kommunene i større grad individuelle planer i 2005 sammenliknet med 2002? Hvilke holdninger og oppfatninger eksisterer i kommunene mht individuelle planer?

Som nevnt er det flere kommuner som rapporterer at de bruker individuelle planer i 2005. Informantene er generelt positive til individuelle planer – de mener slike planer er viktige for samordning av tjenester, for at tjenestene skal tilpasses brukernes behov og for å avklare ansvarsforhold i tjenesteytingen.

Det er imidlertid en ganske stor andel kommuner som sier at de ikke har oversikt over hvor mange personer med psykiske lidelser i kommunen som har behov for eller rett til individuell plan. Kommunene synes å ha kommet lenger i bruken av individuelle planer i 2005 sammenliknet med i 2002, men det gjenstår fremdeles arbeid i mange kommuner med å systematisere bruken av slike planer.

Hvilke tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet i kommunene? Makter kommunene å trekke med flere tjenesteområder i arbeidet? Hvordan er utviklingen mht fastlegenes involvering?

Legetjenesten oppleves klart som sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet i 2005 enn i 2002. Også sosialtjenesten oppgis å være sterkere engasjert i arbeidet.

Det er ganske små endringer i vurderingene av samarbeidsrelasjoner med ulike tjenester, men endringene er entydig i positiv retning. Samarbeidet med helsestasjonstjenesten og legetjenesten oppleves som klart bedre i 2005.

I løpet av perioden 2002-2005 ble det iverksatt tiltak innenfor flere tjenester enn i perioden før, og tilsvarende var flere tjenester involvert i ulike tiltak. Dette tyder på økt bredde i arbeidet med psykisk helse. Bredden er størst i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid.

Når det gjelder arbeidet med planer innenfor psykisk helse rapporteres alle tjenester å være mindre involvert. Vi stiller spørsmål om dette kan skyldes at mange kommuner nå er inne i en fase der planene rulleres mer rutinemessig, og at færre deltar i dette arbeidet enn i utviklingen av de første planene.

Det er noe mindre omfang av opplæringstiltak og rekruttering i den siste perioden sammenliknet med årene før, og noe færre tjenester er involvert. Kommunene hadde sannsynligvis størst behov for å bygge opp sin kompetanse i starten på Opptappingsplanperioden. Kommuner med integrerte tjenester for psykisk helsearbeid har bredere rekrutterings- og opplæringsprofil enn andre kommuner.

Fagmiljøet for psykisk helsearbeid i kommunene sees stort sett som noe bedre i 2005 enn i 2002, selv om tilgangen på kurs o.l. ikke er like god. Opptappingsplanen oppleves å styrke fagmiljøet. Det er noe større misnøye med fagmiljøet i kommuner med integrerte tjenester.

Hvordan er utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og brukerorganisasjonene i det psykiske helsearbeidet?

I 2005 er det flere kommuner som samarbeider med brukerorganisasjonene, og flere sier også at samarbeidet med organisasjonene er bedre enn i 2002.

Hvordan vurderer kommunene sitt psykiske helsearbeid og utviklingen i tjenestene for innbyggerne?

Et klart flertall av kommunene mener at de gjør en tilfredsstillende jobb innenfor det psykiske helsearbeidet, mens det er relativt få som sier at innsatsen er dårlig eller svært god. Tjenestetilbudet oppfattes som betydelig bedre for alle brukergruppene i 2005, men fremgangen er klart sterkest for barn og unge.

Tilgangen på tjenester fra andrelinjen oppleves også som bedre i 2005. Igjen kommer tjenestene for barn og unge best ut, men tilbudet her ligger fremdeles et godt stykke bak tilbudet til voksne.

Informantene fra kommunene ser en klar sammenheng mellom egen innsats og bedringen i tilbudet til innbyggerne, men vi finner ingen tilsvarende sammenheng mellom tilgangen på andrelinjetjenester og tilbudet til kommunens innbyggere.

Kommunens generelle økonomi oppfattes fremdeles som den viktigste hindringen i arbeidet med Opptappingsplanen, men det er færre som synes økonomien er av stor betydning i 2005. Det er også færre som sier de møter problemer pga manglende kunnskap eller manglende politisk prioritering i kommunen. Samarbeidsproblemer med andrelinjen oppleves imidlertid som en viktigere hindring nå sammenliknet med tidligere. Det er særlig de kommunene som synes de selv gjør en svært god innsats i det psykiske helsearbeidet som trekker frem samarbeidet med andrelinjen som et problem. Ellers opplever kommunene som synes egen innsats er dårlig betydelig flere hindringer i arbeidet enn andre kommuner.

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

3.1 Innledning

Etter de første årene av Opptappingsplanens virketid ble det klart at det var behov for økt fokus på arbeidet for barn og unge. Gjennomgangen av status for Opptappingsplanen i 2002 ga støtet til en mer eksplisitt satsing på denne gruppen. Det ble utarbeidet en egen strategiplan ("...sammen for psykisk helse..."), og det ble lagt inn en forutsetning om at minst 20 prosent av de øremerkede midlene til psykisk helse skulle gå til arbeid blant barn og unge. Bekymringer for utviklingen i tjenestene for denne gruppen ble uttrykt av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med budsjettproposisjonen i 2004:

Vurderingen av status for forebyggende 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. Myndighetenes forutsetning om at kommunene skulle bruke 20% av de øremerkede midlene på psykisk helsearbeid blant barn og unge ble på landsbasis (i gjennomsnitt) oppfylt i 2003. Variasjonen mellom kommunene er imidlertid fremdeles betydelig.

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 2. 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 to i diskusjonen her.

I rapporten fra 2004 pekte vi på at andelen kommuner som hadde besvart spørsmålene som gjaldt barn og unge spesielt var betydelig lavere enn andelen som hadde svart på spørsmålene for voksne. Vi tolket dette som at respondentene i mange tilfeller hadde mindre oversikt over tjenestetilbudet for barn og unge, og advarte mot at tallene for barn og unge kunne være mer usikre. I dataene fra 2005 ser vi at andelen ubesvarte spørsmål om barn og unge er mindre enn tilfellet var i 2002, selv om de fremdeles er høyere enn for voksne. Dette betyr for det første at resultatene sannsynligvis er mer sikre. For det andre kan det være et tegn på at en del kommuner har fått sterkere fokus på det psykiske helsearbeidet for barn og unge de senere årene, og at arbeidet er kommet inn i fastere former i kommunene.

3.2 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2005

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 dette arbeidet spesielt. I kodingen har vi derfor slått sammen og forenklet svarene i et mindre antall kategorier.

Tabell 3.1 *Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge. Hovedkategorier 2002 og 2005. Prosent.*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Egen enhet	9	10	1
Egen tjeneste	58	62	5
I stab	2	3	1
Integrert tjeneste	21	21	-
Ingen modell	5	0	-5
Ubesvart	6	5	-1
Totalt	101	101	
(N=)	(254)	(274)	

Tabell 3.1 viser grove hovedkategorier for kommunenes organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge. Også for barn og unge er tendensen at kommunene i større grad organiserer arbeidet som en egen tjeneste med spesialisert personell, men innenfor paraplyen av en annen (og bredere) tjeneste. 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 3.2). 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.

Andelen kommuner som har integrerte tjenester er uendret. Dette skyldes at noen kommuner (i materialet utgjør dette 7 stykker) har

opprettet såkalte "familiesentre" eller "familiens hus" og lagt det psykiske helsearbeidet til disse sentraene. Vi har valgt å kode disse som integrerte modeller.

Tabell 3.2 *Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt*

Hovedansvaret for psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge er lagt til	Antall kommuner med gitt modell	Prosent
En egen enhet for psykisk helsearbeid	26	9
En egen tjeneste, plassert:	170	62
• innenfor helse (primært helsestasjonstjenesten)	90	33
• innenfor sosialtjenesten	11	4
• innenfor pleie-/omsorgstjenesten	30	11
• innenfor barneverntjenesten	-	-
• innenfor helse- og sosialtjenesten (evt. barnevern)	15	6
• innenfor oppvekstetat/barne- og ungdomstjenesten/miljøarbeider-tjenesten	4	2
• innenfor forebyggende enhet	3	1
• innenfor rehabiliteringsavdeling	3	1
• innenfor familieetat/-avdeling	8	3
• annet/ikke oppgitt	6	2
I stab hos rådmannen/helse- og sosialsjef	7	3
Integrert modell	56	21
Ingen konkret modell for dette arbeidet	1	0
Ubesvart	14	5
Totalt	274	100

Nesten seks av ti kommuner sier at de har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Så å si samtlige kommuner som har en egen enhet for psykisk helsearbeid har både voksne og barn/unge innenfor enhetens målgruppe. Det samme ser vi for kommuner som har organisert arbeidet i stab hos rådmannen eller helse-/sosialsjefen. I kommuner med integrert modell for barn og unge er det vanlig at arbeidet for voksne er organisert etter en annen modell.

Seksti prosent av kommunene som sier de har en tjenestemodell har organisert arbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Blant disse er det relativt mange (30 kommuner) som ivaretar det

psykiske helsearbeidet for barn og unge innenfor en tjeneste i pleie- og omsorg (Tabell 3.2). Når kommunene organiserer tjenesten for barn og unge uavhengig av tjenesten for voksne er det vanligere å legge den til helsestasjon/ skolehelsetjenesten eller i ulike typer familie-/oppvekstenheter. Sammenliknet med tallene fra 2002 er det nå noe færre som har lagt arbeidet for barn og unge til pleie- og omsorgstjenesten og flere som har plassert det i tilknytning til helsestasjon eller familieetat.

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.

3.3 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. Planen viser også til en rapport fra Statens helsetilsyn som oppsummerer et landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer gjennomført i 2002:

Tilsynet påviste svikt i tilknytning til manglende individuelle planer, manglende involvering av fastleger, helsestasjoner/skolehelsetjeneste, svikt i samarbeidet generelt, om manglende evne i skolehelsetjenesten til å fange opp og følge opp problemer, og om manglende legeundersøkelse av barn og unge som henvises (...sammen om psykisk helse... 2003:28).

I dette avsnittet skal vi se nærmere på bruken av ulike samordnings-tiltak 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.

3.3.1 Samordningstiltak

57 prosent av samtlige kommuner som har besvart spørreskjemaet sier at de har **koordinator på systemnivå** for psykisk helsearbeid blant barn og unge (Tabell 3.3). De aller fleste av disse (83%) har felles koordinator for voksne og barn/unge. Det er med andre ord en liten andel av kommunene som har egen koordinator for barn. Dette er i tråd med hva vi fant ved forrige undersøkelse.

45 prosent av kommunene har et **tverrfaglig team på administrativt nivå** som arbeider med barn og unge med psykiske problemer. Nesten tre firedeler av disse er fellesteam for voksne og barn/unge. Bare 13 prosent av alle kommunene som har deltatt i spørreundersøkelsen har egne tverrfaglige team for yngre innbyggere. Tallene fra 2005 er helt sammenfallende med resultatene fra 2002.

Tabell 3.3 *Samordning i psykisk helsearbeid for barn og unge, 2005. N=274*

	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	47	32	69	14	30
Bare for barn/unge	10	13	1	0	1
Totalt	57	45	70	14	31

Syv av ti kommuner svarer at de har et **fast kontor eller en fast adresse** hvor barn/unge med psykiske problemer eller deres pårørende kan ta kontakt for å få hjelp. Her er det praktisk talt bare fellesordninger for barn/unge og voksne. Det samme gjelder for kommunene som har **bestillerkontor**, der fjorten prosent av kommunene oppgir å ha et slikt kontor for folk som trenger hjelp uansett alder.

Knapt én av tre kommuner har etablert en **tverrfaglig gruppe som fatter vedtak** om tjenester for innbyggere med psykiske problemer. Her er også i all hovedsak fellesgrupper for voksne og barn/unge.

Ansvarsgruppe

Tabell 3.4 tyder på at stadig flere kommuner tar i bruk ansvarsgrupper for barn og unge med psykiske problemer. Det er nå bare 7 prosent av kommunene som oppgir at de ikke bruker ansvarsgruppe eller tilsvarende. Tre av ti kommuner sier at de oppnevner ansvarsgruppe for de aller fleste barn og unge som trenger langvarig hjelp for psykiske problemer.

Tabell 3.4 *Har kommunen etablert ansvarsgruppe (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? 2002 og 2005. Prosent.*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Nei, kommunen bruker ikke ansvarsgrupper for barn/unge	15	7	-8
Ja, kommunen bruker ansvarsgrupper for noen barn/unge	54	56	2
Ja, kommunen bruker ansvarsgrupper for de aller fleste	23	29	6
Ubesvart	8	8	-
(N=)	100 (254)	100 (274)	

Individuell plan

I kapittel 2 så vi at hele 95 prosent av kommunene oppgir at de utarbeider individuell plan for noen eller alle innbyggere med langvarig behov for hjelp fra flere tjenester. Nærmere spørsmål om hvor mange barn og unge i kommunen som har behov for individuell plan, svarer drøyt halvparten at dette har de ikke oversikt over. 106 av kommunene (39%) sier at de har utarbeidet minst en individuell plan for en yngre innbygger, men bare 34 kommuner (12%) av kommunene 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 drøyt 30

prosent. Dette skjuler store forskjeller mellom kommunene. Nesten 60 prosent av kommunene som har oppgitt antall barn og unge med behov for individuell plan har en dekningsgrad på null. 21 prosent (22 kommuner) har en dekningsgrad på 100. 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, og vi vil ved neste undersøkelse kunne se om det skjer en utvikling på dette området.

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

I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi spesielt om hvilke tjenester som er involvert i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge. Resultatene viser at legetjenesten oppleves å være betydelig mer involvert i 2005 enn i 2002, mens barnevernets engasjement er noe redusert (Tabell 3.5). Helsestasjonene og skolehelsetjenesten oppfattes fremdeles som viktigste drivkraft i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge, og stillingen er styrket siden 2002. Barnehagene og grunnskolene oppfattes som klart mer involvert i 2005, noe som kan skyldes den økte oppmerksomheten betydningen av disse tjenestene har fått de siste årene. Generelt ser det ut til å ha skjedd en styrking av de ordinære tjenestene som retter seg mot barn og unge – lege-tjenesten, skolene og helsestasjonene – mens barnevernet og sosial-tjenesten sees som noe mindre sentrale i 2005 sammenliknet med 2002.

Tabell 3.5 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2002 og 2005. Prosent av kommunene som svarer "i stor grad involvert"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Pleie og omsorg	5	6	1
Sosialtjenesten	29	26	-3
Barneverntjenesten	62	52	-10
PPT	52	55	3
Barnehager/grunnskoler	39	47	8
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	76	81	5
Legetjenesten	34	48	14
Fysioterapi m.v.	7	13	6
Kultur	5	7	2

I kapittel 2 så vi på noen spørsmål om samarbeid og samarbeidsrelasjoner som ikke var stilt spesifikt om voksne eller barn/unge. Tabell 2.7 viste bl.a. at samarbeidet med helsestasjon/skolehelsetjenesten og barnehager/grunnskoler ble vurdert mer positivt i 2005 sammenliknet med i 2002. 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.

Vi så også i kapittel 2 at flere av de ordinære tjenestene rettet mot barn og unge hadde iverksatt ulike typer tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse (Tabell 2.9). Særlig skolehelsetjenesten, helsestasjons-tjenesten, grunnskolen og PPT har hatt flere tiltak i løpet av de siste tre årene enn i perioden før.

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 3.6).

Det er relativt små forskjeller mellom kommuner med ulike modeller mht involvering av ulike tjenester i arbeidet. Våre data kan tyde på noe mindre involvering i psykisk helsearbeid for barn og unge fra

sosialtjenestens og legetjenestens side i kommuner med integrert modell.

Tabell 3.6 *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	I stab	Integrert modell	Totalt
Pleie og omsorg	4	6	0	6	6
Sosialtjenesten	21	31	20	15	26
Barneverntjenesten	54	50	83	56	53
PPT	58	52	75	61	55
Barnehager/grunnskoler	38	49	75	44	47
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	77	82	67	82	81
Legetjenesten	48	51	83	33	48
Fysioterapi m.v.	17	13	33	12	13
Kultur	5	8	25	4	7

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

Strategiplanen for barn og unges psykiske helse trekker frem betydningen av et godt samarbeid mellom kommunen og andrelinjen:

Bedre samarbeid og samordning mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige tiltak er avgjørende både for at den som mottar tjenestene skal få oppleve å få et godt tilbud og for utnyttelsen av de samlede ressurser.
(...sammen om psykisk helse... 2003:29)

Vi skal her se på noen trekk ved samarbeidet mellom tjenestenivåene som særlig dreier seg om barn og unge. Mye av det som står i kapittel 2 om kommunenes samarbeid med andrelinjen er også relevant for denne brukergruppen.

Ambulante team

I kapittel 2 så vi at 57 prosent av kommunene sier at de får besøk av ambulerende team fra andrelinjen. Av disse svarer 68 kommuner (25 prosent av alle kommunene i materialet) at teamet jobber bare med voksne brukere. Dette betyr at bare en tredel av alle kommunene sier at de får besøk av ambulerende team som arbeider med barn og unges psykiske helse. Dette er en tilbakegang fra 2002, da 37 prosent av kommunene oppga å få besøk av team for denne brukergruppen.

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

	2002	2005	Endring 2002-2005
Nei/svært sjelden	4	3	-1
Ja, ved behov	55	55	-
Ja, til faste tider	6	12	6
Ubesvart	35	30	-5
Totalt	100	100	
(N=)	(254)	(274)	

Det er bare beskjedne endringer i kommunenes bruk av veiledning fra andrelinjen fra 2002 til 2005. Fremdeles svarer et flertall av kommunene at de får veiledning ved behov. I perioden er det skjedd en dobling i andelen kommuner som sier at de får veiledning til faste tider.

Vurdering av tilgangen på tjenester

Kapasiteten i den statlige, regionale barne- og ungdomspsykiatrien har 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?

Sammenliknet med tallene fra 2002 viser resultatene fra 2005 at kommunene vurderer tilgangen på andrelinjetjenester som bedre, men fremdeles mener omtrent halvparten av kommunene som mener at tilgangen er langt mindre enn behovet (Tabell 3.8).

Tabell 3.8 *Vurdering av barn og unges tilgang på 2. linjetjenesten innfor psykisk helsevern. 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
Langt mindre enn behovet	50	47	-3
Rimelig god tilgang	36	42	6
Svært god tilgang	0	4	4
Ubesvart	13	7	-6
Totalt	99	100	
(N=)	(254)	(274)	

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

I kapittel 2 viste vi en oversikt over kommunenes vurdering av utviklingen i tjenestetilbudet for ulike grupper i befolkningen (Tabell 2.31). Tabellen viser en dobling i andelen som mener tjenestene for barn og unge er vesentlig styrket de senere årene. 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. For barn/unge med alvorlige problemer er det svært små forskjeller mellom kommuner med ulik modell, mens det for barn/unge med lette og moderate problemer er slik at kommuner med integrert modell vurderer bedringen som noe mindre enn andre kommuner.

Det kunne være interessant å se om det er noen sammenheng mellom vurderingen av kommunenes innsats i det psykiske helsearbeidet og tjenestenes utvikling. Analysene viser en klar tendens: kommuner som synes de gjør en svært god innsats i arbeidet mener i større grad enn kommuner som synes innsatsen er dårlig at barn og unge har fått et

vesentlig bedre tjenestetilbud. Særlig sterk er sammenhengen for tilbudet til barn og unge med lette og moderate psykiske problemer (Tabell 3.9 og Tabell 3.10).

Tabell 3.9 *Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005*

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	24	41	35	100 (34)
Tilfredsstillende	20	55	25	100 (170)
Dårlig	29	56	15	100 (41)
Totalt (N)	22 (54)	53 (131)	25 (60)	100 (245)

Tabell 3.10 *Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2005*

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	9	50	41	100 (34)
Tilfredsstillende	20	51	29	100 (170)
Dårlig	26	52	21	100 (42)
Totalt (N)	20 (48)	50 (125)	30 (73)	100 (246)

3.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi diskutert disse spørsmålene:

- Hvordan er utviklingen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge?

- Hvordan er utviklingen i samarbeidet 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?

Hvordan er utviklingen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge?

Noen flere kommuner svarer at de har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid for barn og unge innenfor en større tjeneste/etat. Det er vanligst å legge dette arbeidet til helsestasjonene/skolehelsetjenesten, men ganske mange kommuner har organisert arbeidet for barn og unge innenfor pleie og omsorg.

Noen kommuner har etablert familiesentre o.l. der det psykiske helsearbeidet er integrert sammen med en rekke andre tjenester for barn, unge og deres familier. Færre kommuner svarer at de ikke har noen modell for psykisk helsearbeid blant barn og unge. Vi tolker dette som et tegn på at flere kommuner har et mer bevisst forhold til dette arbeidet nå sammenliknet med i 2002.

Et flertall av kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne.

Hvordan er utviklingen i samarbeidet og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? Hvilke tjenester inngår i arbeidet?

På systemnivå er det svært små endringer i bruken av samordnings-tiltak i arbeidet for barn og unge. Stort sett er dette ordninger som omfatter både voksne og barn/unge.

Når det gjelder samordning på individnivå finner vi en klar økning i bruken av ansvarsgrupper for barn og unge. Nesten alle kommunene sier nå at de bruker individuelle planer i det psykiske helsearbeidet, men over halvparten av kommunene sier at de ikke har oversikt over hvor mange barn og unge i deres kommune som har behov for en slik plan. Bare drøyt en av tre kommuner oppgir at de har utarbeidet minst én individuell plan for barn/unge. Dette betyr at to tredel av kommunene ikke har noen erfaring i å utarbeide individuelle planer for barn og unge.

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten er fortsatt klart sterkest involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Men vi ser også en klar styrking i andre tjenesters engasjement i dette arbeidet – først og fremst legetjenesten og barnehagene/grunnskolene. Barnevernet er noe mindre sentralt i 2005 sammenliknet med i 2002. Vår undersøkelse tyder på en sterkere involvering og bedre samarbeid med kommunens ordinære tjenester som retter seg mot alle barn og unge. Dette kan styrke det forebyggende arbeidet og gi bedre muligheter til å oppdage barn og unge med psykiske vansker på et tidlig tidspunkt.

Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge?

Færre kommuner oppgir at de får besøk av ambulerende team til barn og unge med psykiske problemer. Det er beskjedne endringer i kommunenes bruk av veiledning fra andrelinjen til barn/unge, men veiledningen ser ut til å ha fått noe fastere former.

Kommunene mener at det er en bedring i tilgangen på andrelinjetjenester for barn og unge, men fremdeles mener nesten halvparten av kommunene at tilgangen på slike tjenester for barn og unge er langt mindre enn behovet.

Hvordan vurderer kommunene utviklingen i tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer?

Ganske mange av våre informanter mener at tjenestetilbudet til barn og unge i deres kommune er blitt vesentlig bedre i løpet av de siste tre årene, selv om tjenestene for denne gruppen fortsatt oppfattes som klart dårligere enn tjenestene for voksne.

4 Småkommunenes psykiske helsearbeid

4.1 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, rettssikkerhet, tjenesteproduksjon og lokalsamfunnsutvikling.

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 sosialsektoren, 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 vanskeligere 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?

4.2 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2005

Vi har sett på hvordan kommuner av ulik størrelse har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid (Tabell 4.1). Sammenliknet med 2002 synes kommunene jevnt over å fordele seg mer likt på de ulike modellene. Over 70 prosent av kommunene har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid, uansett størrelse. Mens vi i 2002 fant at det var de minste og største kommunene som i størst utstrekning hadde integrert modell, er det nå primært småkommunene som bruker denne modellen.

De største forandringene fra 2002 til 2005 finner vi for de mest folkerike kommunene. For en del av disse synes utviklingen å ha gått fra integrerte tjenester til tjenestemodellen. Antallet store kommuner er imidlertid lite, og resultatene kan være usikre.

Tabell 4.1 *Organisering av det psykiske helsearbeidet, etter kommunestørrelse. Prosent. 2005. Tallene for 2002 i kursiv*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Egen enhet	10 (18)	17 (7)	17 (24)	21 (25)	13 (14)	16 (17)	(43)
Egen tjeneste	71 (60)	77 (81)	73 (72)	76 (63)	75 (50)	75 (69)	(202)
I stab	7 (4)	2 (6)	7 (2)	0 (2)	6 (14)	4 (4)	(11)
Integrert tjeneste	12 (18)	4 (5)	3 (2)	4 (10)	6 (21)	5 (10)	(15)
Total (N)	100 (59)	100 (84)	100 (59)	101 (53)	100 (16)	100	(271)

Vi har spurt kommunene om de har omorganisert sitt psykiske helsearbeid i løpet av de siste tre årene (Tabell 4.2). Tallene bekrefter innrykket av at det er de største kommunene som har opplevd størst

endringer. Forskjellene mellom store og små kommuner er særlig betydelige når det gjelder psykisk helsearbeid for voksne. Mens over halvparten av kommunene med over 30 000 innbyggere har omorganisert arbeidet for voksne i løpet av de siste tre årene, har under to av ti av de minste kommunene gjort det samme.

Tabell 4.2 *Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn/unge de tre siste årene? 2005*

	Har omorganisert arbeidet for voksne	Har omorganisert arbeidet for barn/unge
< 2 000	18	28
2 001-5 000	30	29
5 001-10 000	36	43
10 001-30 000	40	39
> 30 000	56	50
Total	32	35
(N=)	(86)	(91)

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

4.3.1 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 4.3 gir en oversikt over andel kommuner som ikke benytter ulike typer samordningstiltak på individnivå og på systemnivå.

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 ansvarsgrupper, bruk av tverrfaglige grupper som fatter vedtak om tjenester og bruk av bestillerkontor.

Tabell 4.3 *Andel kommuner som ikke benytter ulike typer samordningstiltak, på individnivå og på systemnivå. 2005. Prosent*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Bruker ikke individuell plan	3	1	2	0	0	2	(4)
Har ikke oversikt over voksne m behov for IP	17	33	39	42	63	34	(92)
Har ikke oversikt over barn m behov for IP	35	52	61	53	69	52	(139)
Bruker ikke ansvars-gruppe el.l. for voksne	15	0	2	0	0	4	(10)
Bruker ikke ansvars-gruppe el.l. for barn	18	8	8	0	0	8	(20)
Har ikke tverrfaglig gr. som fatter vedtak	77	61	53	45	33	58	(154)
Har ikke koordinator på systemnivå	27	18	32	32	19	26	(76)
Har ikke tverrfaglig team på adm. nivå	52	44	62	47	47	51	(144)
Har ikke kontor el adresse for henvend.	19	9	10	9	13	12	(31)
Har ikke bestiller-kontor	85	77	90	73	27	78	(207)
Oppnevner ikke/ sjelden primærkontakt	9	1	7	2	0	4	(11)

Individuelle planer

I 2002 fant vi store forskjeller mellom kommunene når det gjaldt erfaring med utarbeidelse av individuelle planer (Tabell 4.4). Hele 25 prosent av de minste kommunene brukte ikke individuelle planer for innbyggere med behov for langvarig og sammensatt hjelp. Dette er ikke situasjonen i 2005. Det er ytterst få småkommuner som sier at de ikke benytter individuelle planer som verktøy, og forskjellen mellom kommuner med ulik størrelse er minimal.

Samtidig ser vi at det er betydelig flere av de store kommunene som sier at de ikke har oversikt over antall voksne og barn/unge med behov for individuell plan. De små forholdene i de mindre kommunene kan med andre ord være en fordel i forhold til å avdekke innbyggernes behov for tjenester.

Tabell 4.4 *Utarbeider kommunen individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for langvarig hjelp? 2002 og 2005. Prosent*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	75	97	22
2 001-5 000	84	99	15
5 001-10 000	86	98	12
10 001-30 000	90	100	10
> 30 000	100	100	-
Total	84	98	14
(N=)	(238)	(270)	

Vi har undersøkt om små og store kommuner opplever ulike utfordringer i iverksettingen av individuelle planer for innbyggerne (Tabell 4.5). For de fleste forholdene er det små forskjeller mellom kommunene, eller det er ingen entydig sammenheng mellom størrelse og problemoppfatning.

På et par punkter ser folketall ut til å være av betydning. For det første svarer småkommunene i større grad at de opplever individuelle planer som et ressurskrevende verktøy. 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.

De aller minste kommunene svarer i noe høyere grad enn større kommuner at det kan være et problem at brukerne reserverer seg mot å få utarbeidet individuelle planer. Dette argumentet har tidligere vært brukt relativt hyppig blant en del ansatte som forklaring på hvorfor individuelle planer ikke benyttes (Myrvold og Helgesen 2005, Sverdrup et.al 2005). Når kommunene får mer erfaring i å utarbeide slike planer, blir argumentet mindre fremtredende. En del av de minste kommunene har liten erfaring med individuelle planer, noe som kan være en mulig forklaring på at disse kommunene opplever at brukerne motsetter seg at det utvikles en plan.

På den annen side uttrykker et flertall av respondentene fra små kommuner en klart positiv holdning til bruken av individuelle planer når de sier seg helt enig i at individuelle planer bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov

Tabell 4.5 *Oppfatninger av individuelle planer. Prosent som sier seg "helt enig" i påstandene.2005. N=229-237*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000		
IP er ressurskrevende verktøy	19	18	13	8	0	14	(33)
Sentral mal er vanskelig å tilpasse lokale behov	13	7	15	17	8	12	(28)
Vanskelig å prioritere IP pga ressursituasjonen i kommunen	13	15	14	4	7	12	(28)
Vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester	11	15	10	16	21	14	(33)
IP bidrar sterkt til samordning	65	51	57	62	57	58	(138)
Vanskelig å følge opp IP	7	4	9	2	0	5	(12)
Den enkelte bruker reserverer seg	22	4	4	2	14	8	(20)
Den enkelte deltar sterkt i utformingen av egen IP	22	25	30	18	29	24	(57)
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	4	3	2	6	0	3	(8)
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	54	43	49	40	40	46	(109)
Bedre å bruke ressursene på tjenester enn på IP	4	4	2	4	7	4	(9)

4.3.2 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 4.6). Pleie- og omsorgstjenesten oppleves for eksempel som minst involvert i kommuner med mellom 10000 og 30000 innbyggere. Sosialtjenesten scorer høyest i kommuner med 5000-10000 innbyggere.

Legetjenesten oppfattes som sterkest involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne i de små og mellomstore kommunene, mens de folkerike kommunene rapporterer større problemer med å få engasjert denne gruppen. 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 4.6 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne? 2005. 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	54	49	54	32	63	49	(131)
Sosialtjenesten	47	41	63	51	38	49	(131)
Legetjenesten	70	74	73	49	44	66	(176)
Fysio-/ergoterapi, rehab	11	8	4	2	13	7	(17)
Kultur	0	1	2	9	13	4	(9)

Det er ikke lett å finne sammenhenger mellom kommunestørrelse og involvering i psykisk helsearbeid for barn og unge (Tabell 4.7). PPT synes noe mindre involvert i de aller minste kommunene. På den annen side oppleves barnehagene og grunnskolene som noe mer engasjert i de mindre kommunene. Igjen ser vi at de største kommu-

nene oppfatter legetjenesten som mindre involvert, mens helsestasjonene og skolehelsetjenesten sees som en nær samarbeidspartner i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i disse kommunene. Når det gjelder arbeidet for barn og unge, finner vi ikke de samme forskjellene mellom små og store kommuner som vi fant for voksne.

Tabell 4.7 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? 2005. 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	10	6	2	2	14	6	(13)
Sosialtjenesten	39	26	20	18	33	27	(61)
Barnevernet	56	51	54	52	47	52	(131)
PPT	46	55	60	58	60	55	(132)
Barnehager/grunnskoler	52	47	49	43	38	47	(110)
Helsestasjon/skolehelse	79	79	79	84	100	81	(208)
Legetjenesten	39	55	51	49	25	48	(117)
Fysio-/ergoterapi, rehab	14	8	11	15	33	13	(30)
Kultur	8	6	5	9	7	7	(14)

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 tiltak øker proporsjonalt med innbyggertall: store kommuner iverksetter flest opplæringstiltak i tjenestene (Tabell 4.8). På samme måte finner vi at antall tjenester som omfattes av ulike opplæringstiltak øker med størrelsen på kommunen (Tabell 4.9).

Tabell 4.8 *Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall opplæringstiltak i ulike tjenester, 2005. Gjennomsnitt. N=274*

	Antall innbyggere i kommunen					Totalt
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000	
Pleie og omsorg	0,8	1,1	1,4	1,5	2,2	1,2
Sosialtjenesten	0,5	0,7	0,9	1,2	1,4	0,9
Barneverntjenesten	0,5	0,7	0,7	0,8	1,3	0,7
PPT	0,2	0,2	0,4	0,5	0,8	0,3
Barnehager/grunnskoler	0,3	0,4	0,4	0,4	0,9	0,4
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	0,7	0,9	0,9	1,0	1,4	0,9
Legetjenesten	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7	0,3
Fysioterapi m.v.	0,2	0,4	0,4	0,7	0,7	0,4
Kultur	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6	0,2

Tabell 4.9 *Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen? 2005. Gjennomsnitt. N=274*

	Antall innbyggere i kommunen					Totalt
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000	
Kurs	2,7	3,3	3,3	4,3	5,5	3,5
Voksenopplæring	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Etterutdanning	0,3	0,7	1,0	1,0	1,7	0,8
Videreutdanning	0,3	0,6	1,1	1,3	2,6	0,9
(N=)	(61)	(85)	(59)	(53)	(16)	(274)

Tabell 4.10 *Antall tjenester som er blitt styrket med rekruttering av personell gjennom Opptrappingsplanen, 2005. Gjennomsnitt*

	Antall innbyggere i kommunen					Totalt
	< 2000	2001- 5000	5001- 1000 0	10001- 30000	> 30000	
Antall tjenester styrket med personell	0,9	1,5	1,6	2,6	3,1	1,7
(N=)	(61)	(85)	(59)	(53)	(16)	(274)

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). Dette mønsteret eksisterer fremdeles, men forskjellene mellom små og store kommuner er nå betydelig mindre (Tabell 4.11). Det er først og fremst samarbeidet med pleie og omsorg og legetjenesten, i mer beskjeden grad også sosialtjenesten, barnevernet og barnehager/grunnskoler, som oppleves bedre i de mindre kommunene i 2005. Samarbeidet med kultursektoren sees som betydelig bedre i større kommuner, og denne tendensen er ytterligere forsterket sammenliknet med tallene fra 2002.

Tabell 4.11 *Vurdering av samarbeidet med ulike tjenester i psykisk helsearbeid, 2005. 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	29	32	25	15	19	26	(68)
Sosialtjenesten	34	41	30	31	25	34	(91)
Barnevernet	23	33	26	15	19	25	(66)
PPT	4	14	15	8	6	10	(26)
Barnehager/grunnskoler	9	13	7	6	0	9	(22)
Helsestasjon/skolehelse	47	34	33	25	38	35	(93)
Legetjenesten	40	31	35	18	19	30	(80)
Fysio-/ergoterapi, rehab	19	20	13	14	19	17	(44)
Kultur	4	8	6	13	19	8	(20)

4.3.3 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 4.12).

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 er forskjellene mellom kommunene betydelig mindre i 2005 (Tabell 4.12). Dette skyldes i all hovedsak at de små kommunene ikke lenger i samme grad opplever disse problemene i sitt fagmiljø. Også på andre områder vurderes problemene mindre i 2005 sammenliknet med tidligere, selv om det fortsatt er forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse. Problemer knyttet til personell- og ressursmangel og problemer med ustabilitet i personalet blir fremdeles sett som et større problem i de minste kommunene, men det er færre som synes dette er viktig nå. De aller minste kommunene er dessuten blitt betydelig mer positive til Opptrappingsplanens gunstige betydning for fagmiljøet. Det er mulig

å tolke resultatene som et tegn på at de minste kommunene er kommet sterkere med i arbeidet med Opptrappingsplanen i perioden etter 2002, og derfor generelt opplever sterkere positive effekter av satsingen på sitt psykiske helsearbeid og på sitt fagmiljø innen feltet.

Tabell 4.12 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune. Prosent som svarer helt enig. N=264-268. 2005. Tallene fra 2002 i (kursiv)*

	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000	Totalt
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	14 (26)	11 (17)	9 (4)	4 (9)	19 (21)	10 (15)
Nært samarbeidet med andre fag gir nye impulser i arbeidet	40 (32)	29 (40)	33 (40)	32 (21)	25 (29)	33 (34)
Gode muligheter til kurs, veil. o.l	45 (44)	34 (39)	40 (49)	38 (49)	38 (43)	38 (44)
Folk med kompetanse spres for tynt utover	21 (35)	12 (21)	26 (19)	6 (5)	19 (21)	16 (20)
Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet	16 (35)	18 (23)	22 (20)	8 (7)	6 (0)	16 (21)
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	69 (32)	53 (51)	53 (51)	60 (73)	50 (71)	58 (52)
Samarbeid/kontakt med folk i andre kommuner styrker miljøet	60 (62)	47 (65)	52 (65)	43 (46)	44 (21)	50 (58)
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	35 (44)	22 (28)	21 (29)	19 (7)	19 (21)	24 (27)

4.4 Samarbeid med instanser utenfor kommunen

4.4.1 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).

Ved forrige rapportering fant vi liten sammenheng mellom kommune-størrelse og interkommunalt samarbeid (Myrvold 2004:93). Vi har tidligere sett at noen flere kommuner oppgir at de *ikke* inngår i noe interkommunalt samarbeid i 2005 sammenliknet med 2002 (Tabell 2.18 og Tabell 2.19).

Det er særlig de aller minste kommunene og de store kommunene (over 10000 innbyggere) som i større grad rapporterer at de ikke inngår i noe tjenestesamarbeid med andre kommuner i 2005 (Tabell 4.13). I og med at det er få kommuner i kategorien ”> 30000”, vil små endringer i store utslag. For eksempel utgjør økningen på 13 prosentpoeng i andel kommuner som har felles botilbud med annen kommune bare to kommuner. Vi må derfor være forsiktige med å trekke for sterke slutninger på bakgrunn av prosentene for de største kommunene. Småkommunene har noe lavere tendens til å inngå i samarbeid om sosiale og kulturelle tiltak for innbyggere med psykiske problemer, men generelt er det små og ikke systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse.

Tabell 4.13 *Interkommunalt tjenestesamarbeid, etter kommunestørrelse. Prosent. N=274. 2005. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Felles botilbud	2 (2)	2 (1)	3 (2)	4 (2)	13 (0)	3 (2)	(9)
Felles dagsenter	7 (2)	6 (7)	3 (4)	8 (4)	6 (7)	6 (5)	(16)
Samarbeid om sosiale/ kulturelle tiltak	12 (9)	18 (16)	17 (16)	19 (22)	13 (14)	16 (15)	(44)
Samarbeid om sysselsetting/arbeid	18 (18)	23 (17)	17 (22)	17 (16)	25 (0)	19 (18)	(53)
Annet tjenestesamarbeid	12 (18)	17 (23)	12 (16)	26 (20)	13 (36)	16 (21)	(44)
Samarbeider ikke om tjenester	61 (55)	49 (50)	54 (55)	57 (47)	56 (50)	55 (52)	(149)

Tendensen til å inngå i faglig samarbeid er ganske likt fordelt mellom kommuner av ulik størrelse (Tabell 4.14). Omtrent en tredel av kommunene sier at de ikke inngår i noe faglig samarbeid med andre kommuner, uansett folketall. De minste kommunene rapporterer i noe mindre grad at de ikke har felles kursing av ansatte, mens 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.

Tabell 4.14 *Interkommunalt faglig samarbeid, etter kommunestørrelse. 2002 og 2005. Prosent. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Deler visse fagstillinger	7 (5)	1 (8)	5 (8)	4 (6)	6 (7)	4 (7)	(11)
Felles kursing av ansatte	13 (20)	23 (29)	20 (22)	28 (25)	19 (14)	21 (24)	(57)
Felles veiledning av ansatte	31 (41)	33 (45)	20 (31)	9 (22)	6 (14)	24 (35)	(65)
Felles samlinger for ansatte	30 (32)	38 (41)	41 (26)	42 (45)	13 (21)	36 (35)	(98)
Annet faglig samarbeid	10 (9)	11 (17)	15 (14)	13 (18)	38 (29)	14 (15)	(37)
Inngår ikke i noe faglig samarbeid	33 (34)	31 (20)	32 (39)	32 (27)	38 (36)	32 (29)	(88)

4.4.2 Samarbeid med andrelinjen

Kommunenes psykiske helsearbeid er bare en del av hjelpeapparatet for mennesker med psykiske problemer. Innbyggere med større problemer og lidelser som må ha spesialisthjelp, får dette av distriktspsykiatriske 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 har samarbeid og samordning representert et sentralt problem i implementeringen av intensjonene i Opptappingsplanen.

Samarbeidsavtaler mellom kommunen og andrelinjen

I kapittel 2 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 bindende 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). Hvordan er situasjonen for kommunene på dette området våren 2005?

Totalt sett er det flere kommuner som sier at de *ikke* har noen formell samarbeidsavtale med andrelinjetjenesten i 2005 sammenliknet med 2002 (Tabell 4.15). Forskjellene mellom små og store kommuner er dessuten blitt større i perioden. Mens de mellomstore og store kommunene i litt større utstrekning svarer at de har en avtale med andrelinjen, er det en klar økning i andelen små kommuner (< 5000 innbyggere) som sier at ikke har en slik avtale.

Tabell 4.15 *Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? Andel kommuner som svarer at det ikke er inngått noen formell avtale. 2002 og 2005*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	50	54	4
2 001-5 000	39	55	16
5 001-10 000	49	42	-7
10 001-30 000	47	43	-4
> 30 000	21	19	-2
Total	44	48	4
(N=)	(142)	(130)	

Vi ser at store kommuner i større grad har avtaler med andrelinjen om håndtering av konflikter og om rutiner ved utskriving av pasienter, mens kommuner med mellom 2000 og 10000 innbyggere i større utstrekning har avtaler med andrelinjen om kompetanseheving (Tabell 4.16).

Tabell 4.16 Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? 2005. Prosent

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Ingen formell samarbeidsavtale	54	55	42	43	19	48	(130)
Avtale som regulerer håndtering av konflikter	5	4	7	6	13	6	(15)
Avtale om kompetanseheving	13	21	27	17	19	20	(54)
Avtale om rutiner ved utskriving	33	31	37	43	50	36	(99)
Avtale som regulerer andre forhold	8	16	20	17	63	18	(49)

I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi spesielt om kommunene får delta i beslutninger i forbindelse med at innbyggere skrives ut fra sykehus eller sykehjem. Totalt sett er det minimale forskjeller i kommunenes svar på dette spørsmålet i 2002 og 2005 (Tabell 4.17). Forskjellene mellom kommunene er imidlertid også her blitt større i perioden: de små kommunene (med under 5000 innbyggere) svarer i større grad at de *ikke* får delta i slike situasjoner, mens kommuner med 10000 – 30000 innbyggere i betydelig større utstrekning opplever å bli tatt med på råd ved utskriving av pasienter hjemmehørende i kommunen. Blant de aller største kommunene er det fremdeles bare en svært liten andel som sier de ikke får delta i slike sammenhenger.

Tabell 4.17 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus eller sykehjem? Andel kommuner som svarer at andrelinjen sjelden rådfører seg med kommunen. 2002 og 2005*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	21	27	6
2 001-5 000	13	19	6
5 001-10 000	16	18	2
10 001-30 000	38	21	-17
> 30 000	7	7	-
Total	20	21	1
(N=)	(49)	(54)	

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. 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 i 2005 sammenliknet med 2002. Dette ser imidlertid ikke ut til å være tilfelle (Tabell 4.18). Det er eksakt samme andel kommuner som sier de får besøk av ambulerende team de to årene. Fordelingen på kommuner av ulik størrelse er relativt lik, bortsett fra kommuner med mellom 10000 og 30000 innbyggere, som i betydelig mindre grad enn andre kommuner rapporterer at de får besøk av ambulerende team fra andrelinjen.

Tabell 4.18 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten? 2002 og 2005. Prosent som svarer at kommunen får besøk*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	60	60	-
2 001-5 000	61	63	2
5 001-10 000	61	62	1
10 001-30 000	44	39	-5
> 30 000	50	53	3
Total	57	57	-
(N=)	(141)	(152)	

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 særlig 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.

Tallene fra 2002 og 2005 viser at det totalt sett er liten endring å spore når det gjelder veiledning for voksne brukere (Tabell 4.19). Det er bare de mellomstore kommunene som rapporterer mer rutinemessig veiledning i 2005 enn i 2002. Samtidig er det viktig å merke seg at det er svært få kommuner (7 prosent) som sier at de aldri eller svært sjelden mottar veiledningen fra andrelinjen (se Tabell v.16 i vedlegg). I alle kategorier kommuner er det et flertall som svarer at de mottar slik veiledning ved behov.

Tabell 4.19 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne enkeltbrukere? 2002 og 2005. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	14	17	3
2 001-5 000	19	16	-3
5 001-10 000	23	33	10
10 001-30 000	24	22	-2
> 30 000	29	31	2
Total	20	22	2

Tallene for barn og unge viser at veiledning fra andrelinjen for mange kommuner synes å skje mer rutinemessig i 2005 sammenliknet med 2002. Økningen er særlig sterkt for mellomstore og store kommuner (Tabell 4.20). Kommuner med under 5000 innbyggere mottar i mindre grad veiledning til faste tider. Dette betyr at de får veiledning etter behov, da andelen kommuner som aldri eller sjelden får veiledning er svært liten (totalt 5 prosent) blant alle kategoriene kommuner i 2005 (se Tabell v.17 i vedlegg). Mens hele 20 prosent av de mellomstore kommunene svarte at de *ikke* fikk veiledning knyttet til barn og unge i 2002, er andelen redusert til 7 prosent i 2005.

Tabell 4.20 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002 og 2005. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	12	14	2
2 001-5 000	2	11	9
5 001-10 000	17	30	13
10 001-30 000	10	17	7
> 30 000	9	21	12
Total	9	17	8

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. Dette bildet er ganske forandret i 2005. Vi ser at andelen av de største kommunene som sier at voksne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet er redusert med 48 prosentpoeng (Tabell 4.21). Mens åtte av ti kommuner i denne størrelseskategorien mente at tilgangen på tjenester var altfor dårlig i 2002, svarer under en av tre kommuner det samme i dag. Også for de andre relativt store kommunene er det endringer i klart positiv retning, mens vi ikke kan observere slike endringer for de mindre kommunene.

Tabell 4.21 *Hvordan vurderer du voksne innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002 og 2005. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	32	32	-
2 001-5 000	37	41	4
5 001-10 000	42	38	-4
10 001-30 000	68	45	-23
> 30 000	79	31	-48
Total	45	39	-6
(N=)	(106)	(102)	

Kommunenes vurdering av tilgangen på andrelinjetjenester for barn og unge viser noe av det samme bildet (Tabell 4.22), men her er bedringen for alle kategorier kommuner over 5000 innbyggere ganske lik. 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 4.22 *Hvordan vurderer du barn og unges (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002 og 2005. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	46	43	-3
2 001-5 000	49	55	6
5 001-10 000	61	41	-20
10 001-30 000	77	59	-18
> 30 000	79	60	-19
Total	58	51	-7
(N=)	(128)	(129)	

4.4.3 Rådgivernes rolle

Rådgiverne hos fylkesmannen er sentrale personer i implementeringen av Opptappingsplanen i kommunene. I spørreskjemaet til kommunene har vi spurt om hvordan de oppfatter rådgiverne for Opptappingsplanen. 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).

Tabell 4.23 viser at en større andel av kommunene med under 5000 innbyggere mener at rådgiveren fyller alle rollene "i stor grad" sammenliknet med i 2002. Endringene i perioden er til dels store. Mens under en av fem blant de minste kommunene tidligere mente at rådgiveren i stor grad var støttespiller for kommunen, svarer over fire av ti det samme i 2005. Andelen som mener rådgiveren i stor grad fungerer som pådriver overfor kommunen er mer enn doblet for kommuner med 2000 – 5000 innbyggere. Det samme gjelder rollen som dialogpartner/veileder. Også rollen som kontrollør oppleves som betydelig mer uttalt for småkommunene i 2005. Alt i alt fremstår forskjellen mellom kommuner av ulik størrelse som klart mindre nå

enn for tre år siden. Dette kan være en indikasjon på at rådgiverne de senere årene har hatt et sterkere fokus på de minste kommunene, og gjort seg mer gjeldende i forhold til disse kommunene på flere måter.

Tabell 4.23 *Rådgiverens rolle. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller "i stor grad". 2005. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Pådriver overfor kommunen	30 (19)	32 (15)	31 (22)	43 (25)	44 (54)	34 (22)	(86)
Støttespiller for kommunen	42 (18)	40 (32)	30 (28)	37 (44)	56 (46)	39 (31)	(100)
Erfaringsformidler mellom kommuner	22 (13)	25 (22)	13 (21)	34 (37)	32 (62)	24 (25)	(60)
Dialogpartner/veileder	26 (12)	23 (11)	15 (18)	20 (22)	25 (29)	21 (16)	(53)
Kontrollør	74 (49)	68 (41)	67 (61)	65 (57)	81 (62)	69 (51)	(181)
Kursarrangør	24 (14)	29 (23)	16 (31)	31 (15)	19 (33)	25 (22)	(64)

4.4.4 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 Aetat-kontor. Fokuset på psykisk sykes forhold til arbeidsmarkedet er blitt ytterligere styrket de siste årene, blant arbeid gjennom prosjektet "Vilje viser vei".

I forrige undersøkelse fant vi 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. Tabell 4.24 viser at

det generelt har blitt et sterkere samarbeid mellom kommunene og Aetat de senere årene. Det er færre kommuner som nå sier at de ikke samarbeidet med Aetat, men det er fremdeles de minste kommunene som har minst kontakt. Utslaget for de største kommunene blir særlig stort fordi det er så få kommuner i denne kategorien.

Tabell 4.24 *Samarbeider kommunen med Aetat? 2002 og 2005. Prosent som svarer "Nei, det er ikke vanlig med møter"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	36	30	-6
2 001-5 000	16	12	-4
5 001-10 000	20	19	-1
10 001-30 000	16	15	-1
> 30 000	29	0	-29
Total (N=)	22 (55)	17 (47)	-5

For alle typer samarbeid med Aetat svarer de største kommunene at de har mest kontakt. Mens halvparten av de største kommunen sier at de har samarbeidsmøter med Aetat på overordnet nivå om forhold knyttet til arbeid for innbyggere med psykiske problemer, svarer bare syv prosent av de minste kommunene at de har slike møter (Tabell 4.25). Det er også betydelig flere blant de større kommunene som har møter med Aetat om enkeltbrukere.

Tabell 4.25 *Samarbeider kommunen med Aetat? Prosent. 2005. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Ikke vanlig med møter med Aetat	30 (36)	12 (16)	19 (20)	15 (16)	0 (29)	17 (22)	(47)
Samarbeidsmøter på overordnet nivå	7 (7)	8 (16)	12 (20)	25 (25)	50 (36)	14 (17)	(39)
Av og til møter om enkeltbrukere	59 (61)	69 (58)	61 (65)	72 (74)	88 (64)	67 (63)	(182)
Ofte møter om enkeltbrukere	10 (0)	17 (23)	25 (14)	19 (10)	25 (14)	18 (13)	(49)

Samarbeid med trygdekontoret

Det har ikke være samme sterke fokus på samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og trygdekontoret som på samarbeidet med Aetat.

Trygdekontoret har lenge vært en sentral aktør i forhold til mennesker med psykiske problemer. Våre data viser også at et stort flertall av kommunene sier at de har samarbeidsmøter med trygdekontoret (Tabell 4.26). Det er noen flere av de aller minste kommunene som svarer at det ikke er vanlig med slike møter, og endringen fra 2002 til 2005 for denne kategorien kommuner er svært liten.

Tabell 4.26 *Samarbeider kommunen med trygdekontoret? 2002 og 2005. Prosent som svarer "Nei, det er ikke vanlig med møter"*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	21	20	-1
2 001-5 000	16	8	-8
5 001-10 000	16	12	-4
10 001-30 000	16	11	-5
> 30 000	21	13	-8
Total	17	13	-4

Tendensen til å ha samarbeidsmøter på overordnet nivå med trygdekontoret henger klart sammen med kommunens størrelse (Tabell 4.27). Mens en av tre store kommuner sier at de har slike møter, er tilsvarende for de minste kommunene bare en av tyve. Det er generelt flere kommuner som oppgir ofte å ha møte med trygdekontoret om enkeltbrukere. Slike møter er aller mest vanlig blant kommuner med mellom 5000 og 30000 innbyggere.

Tabell 4.27 *Samarbeider kommunen med trygdekontoret? Prosent. 2005. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Ikke vanlig med møter med Trygdekontoret	20 (21)	8 (16)	12 (16)	11 (16)	13 (21)	13 (17)	(34)
Samarbeidsmøter på overordnet nivå	5 (7)	7 (13)	9 (16)	21 (22)	31 (14)	11 (14)	(30)
Av og til møter om enkeltbrukere	64 (70)	74 (62)	71 (67)	66 (78)	75 (71)	70 (68)	(190)
Ofte møter om enkeltbrukere	13 (5)	17 (19)	24 (18)	26 (6)	19 (7)	19 (13)	(53)

4.4.5 Samarbeid med brukerorganisasjonene

Som nevnt i kapittel 2 står hensynet til brukerne og deres pårørende svært sentralt i Opptrappingsplanen 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. Brukerorganisasjonene har også vært betydelig styrket i løpet av Opptrappingsplanens 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.

Tabell 4.28 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Andel som svarer at det er "Lite/ikke noe samarbeid". 2002 og 2005*

	2002	2005	Endring 2002-2005
< 2 000	70	37	-33
2 001-5 000	55	38	-17
5 001-10 000	27	35	8
10 001-30 000	23	30	7
> 30 000	14	13	-1
Total	44	34	-10

I 2005 har dette bildet endret seg ganske dramatisk (Tabell 4.28). Sett under ett har kommunene et klart sterkere samarbeid med brukerorganisasjonene i 2005 sammenliknet med tre år tidligere. Det er særlig mange av de minste kommunene som nå har etablert et slikt samarbeid. Bortsett fra de aller største kommunene, der neste alle oppgir at de samarbeider med brukerorganisasjonene, er det i 2005 små forskjeller mellom kommunene. Det sterkere fokuset på bruker-samarbeidet ser med andre ord ut til å ha gitt utslag i at flere av de mindre kommunene benytter seg av den kompetansen brukerne og deres organisasjoner har.

Selv om de største endringene er for de minste kommunene, ser vi også at de største kommunene vurderer samarbeidet med brukerorganisasjonene som betydelig bedre i 2005 sammenliknet med i 2002 (Tabell 4.29). Når samarbeidet med brukerorganisasjonene ser ut til å ha bedret seg de siste tre årene skyldes altså dette dels at det er opprettet samarbeid i kommuner der det ikke tidligere var samarbeid (særlig i mindre kommuner), og dels at eksisterende samarbeid er blitt bedre.

Tabell 4.29 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Prosent. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000	
Lite/ikke noe samarbeid	37 (70)	38 (55)	35 (27)	30 (23)	13 (14)	34 (44)
Samarbeidet er ofte vanskelig	5 (4)	10 (9)	9 (4)	0 (11)	6 (36)	6 (9)
Samarbeidet er stort sett bra	39 (18)	42 (24)	40 (52)	59 (50)	56 (29)	45 (34)
Samarbeidet er svært godt	19 (8)	11 (12)	17 (17)	9 (16)	25 (21)	15 (13)

4.5 Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen

Vurderingen av kommunens innsats i psykisk helsearbeid

I spørreskjemaundersøkelsen fra 2005 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 4.30 at det ikke er noen klar sammenheng mellom kommunetørrelse og vurderingen av innsats. Det er et stort flertall i alle typer kommuner som mener at innsatsen er tilfredsstillende, og relativt få som synes at innsatsen er svært god.

Tabell 4.30 *Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005. Prosent*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Svært god i forhold til behov	16	9	15	18	7	13	(34)
Tilfredsstillende	68	75	65	65	79	70	(178)
Dårlig	16	16	20	18	14	17	(44)
Totalt (N=)	100 (56)	100 (81)	100 (54)	101 (51)	100 (14)	100	(256)

Vurderingen av utviklingen i tjenestetilbudet

I kapittel 2 så vi hvordan utviklingen i tjenestene til alle grupper i befolkningen ble vurdert bedre i 2005 enn i 2002. 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). Hvordan har denne utviklingen vært de siste tre årene?

Undersøkelsen fra 2005 viser en klar bedring i småkommunenes vurdering av tjenestetilbudet både til voksne og barn/unge (Tabell 4.31). Mens under en av ti små kommuner mente at tilbudet til barn og unge med lettere psykiske problemer var vesentlig bedret i 2002, svarer nå fire av ti det samme. Andelen som synes tilbudet til yngre innbyggere med alvorlige problemer er vesentlig bedre er nesten åtte

ganger høyere i 2005. Også i de aller største kommunene vurderes tjenestene som vesentlig bedre for flere av brukergruppene. Alt i alt betyr dette en viss utjevning mellom kommuner av ulik størrelse i vurderingene av tjenestetilbudet.

Tabell 4.31 *Utviklingen i tjenestene for ulike grupper. Prosent som svarer "vesentlig bedre tilbud". 2005. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000		
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser	58 (47)	61 (47)	59 (77)	74 (55)	63 (57)	63 (55)	(167)
Tjenestene for voksne med lette og moderate lidelser	49 (33)	54 (40)	43 (58)	42 (42)	38 (14)	47 (41)	(125)
Tjenestene for barn og unge med alvorlige lidelser	30 (4)	23 (15)	20 (18)	31 (14)	13 (7)	25 (12)	(63)
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate lidelser	40 (8)	35 (18)	20 (13)	27 (11)	13 (14)	30 (14)	(76)
Forebyggende tjenester	14 (10)	27 (9)	9 (13)	12 (9)	31 (0)	18 (10)	(46)

Hindringer for implementering av Opptrappingsplanen

Undersøkelsen fra 2002 viste at det var visse forskjeller mellom kommunene med hensyn til hvilke hindringer som ble sett som viktige for arbeidet med Opptrappingsplanen (Myrvold 2004:108-109). De minste kommunene oppga i større grad enn andre at de hadde problemer med å rekruttere fagfolk. De største kommunene mente at samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen var en viktig hindring.

I 2005 er andelen små kommuner som sliter med rekrutteringsproblemer betydelig redusert, mens flere store kommuner nevner dette som en viktig hindring (Tabell 4.32). Forskjellene mellom kommunene når det gjelder rekrutteringsproblemer fremstår med andre ord som sterkt redusert.

Den generelle økonomiske situasjonen er fremdeles en viktig hindring i arbeidet med Opptrappingsplanen for alle typer kommuner. Særlig

de største kommunene opplever økonomien som et større problem i 2005 sammenliknet med 2002.

Mens samarbeidsproblemer med andrelinjen ble sett som en hindring for det psykiske helsearbeidet først og fremst for de største kommunene i 2002, nevnes dette nå også som et sentralt problem for de minste og nest største kommunene. Ved siden av kommunens generelle økonomi er det i 2005 samarbeidsproblemer med andrelinjen som fremstår som den viktigste hindringen for implementeringen av Opptrappingsplanen i kommuner med over 10000 innbyggere.

Blant de aller minste kommunene er det mange som nevner at det er få ansatte som jobber med psykisk helse, og at dette oppleves som et problem for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Bortsett fra i de minste kommunene er det færre som synes politikerne lokalt prioriterer det psykiske helsearbeidet for lavt. Noe av det samme ser vi også når det gjelder administrativ prioritering av området og kunnskapen om det psykiske helsearbeidet i politisk ledelse.

Ganske mange respondenter synes kommunens psykiske helsearbeid lider under at det er dårlig sammenheng mellom målene som settes for arbeidet og midlene som er til disposisjon.

Tabell 4.32 *Hvor viktig er følgende faktorer som hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen i kommunen. Problemer som svarer "svært viktig". 2005. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000		
Problemer med å rekruttere fagfolk	16 (28)	9 (14)	11 (17)	14 (7)	19 (7)	12 (16)	(32)
Kommunens økonomiske situasjon	36 (29)	35 (41)	28 (46)	36 (43)	38 (21)	34 (39)	(91)
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	16 (14)	6 (6)	12 (10)	11 (2)	0 (7)	10 (8)	(27)
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	19 (10)	13 (5)	11 (11)	23 (9)	25 (21)	17 (9)	(44)
For få ansatte som jobber med psykisk helse	33 (28)	10 (24)	25 (20)	15 (14)	6 (7)	19 (21)	(50)
Manglende lokal politisk prioritering	16 (12)	7 (20)	14 (18)	11 (19)	13 (14)	12 (17)	(31)
Manglende administrativ prioritering	19 (10)	7 (13)	22 (19)	10 (10)	6 (21)	14 (13)	(36)
Organiseringen av arbeidet m psykisk helse	16 (12)	10 (14)	14 (17)	14 (2)	0 (14)	12 (12)	(32)
Manglende kunnskap om Opptrappingsplanen	14 (6)	10 (5)	16 (13)	6 (4)	13 (7)	12 (7)	(30)
Dårlig sammenheng mål – midler	21 (12)	14 (17)	30 (13)	15 (16)	13 (15)	19 (15)	(50)
Liten kunnskap om psyk helsearb i politisk ledelse	20 (14)	16 (23)	25 (34)	14 (28)	6 (7)	18 (23)	(46)
Liten kunnskap om behovene for psyk helsearb	14 (12)	9 (14)	14 (27)	12 (27)	13 (7)	12 (19)	(31)

Analysen av dataene i Tabell 4.32 viser at de minste kommunene nevner langt flere hindringer som svært viktige i 2005 sammenliknet med i 2002. De nest minste kommunene viser en motsatt tendens: de opplever de mulige hindringene som betydelig mindre viktige i 2005. Det er nå primært kommuneøkonomien som sees som vanskelig for mange kommuner med 2000 – 5000 innbyggere. De andre

hindringene oppfattes som vesentlige bare av et fåtall kommuner av denne størrelsen.

Også de mellomstore kommunene synes det er færre vesentlige hindringer nå i forhold til tidligere. Men disse kommunene lå i utgangspunktet dårlig an, i den forstand at de syntes mange hindringer spilte en stor rolle i 2002.

For de nest største og største kommunene er det ganske små endringer totalt sett. Her er det som tidligere nevnt først og fremst kommunens økonomi og samarbeidet med andrelinjen som oppleves som vanskelig i arbeidet med Opptrappingsplanen.

4.6 Oppsummering

I begynnelsen av dette kapitlet stilte vi disse spørsmålene:

- 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?

Er det forskjeller mellom små og store kommuner i organiseringen av det psykiske helsearbeidet?

Det er mindre forskjeller i organisering av psykisk helsearbeid mellom kommuner av ulik størrelse i 2005 sammenliknet med 2002. Uansett størrelse er det et stort flertall av kommunene som har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Mens integrert modell for psykisk helsearbeid tidligere forekom både blant de minste og største kommunene, er det nå primært de minste kommunene som har denne modellen.

Skiller småkommunene seg ut når det gjelder samordning og samarbeid, og i bredden av involvering i det psykiske helsearbeidet? Vurderes fagmiljøet annerledes i de små kommunene?

Småkommunene har færre tiltak for samordning enn større kommuner. Dette kan skyldes at små kommuner er mer oversiktlige, og at behovet for samordning – i hvert fall på systemnivå – er mindre påtrengende under små forhold.

Det er ikke lenger store forskjeller mellom store og små kommuner i bruken av individuell plan. Nå rapporterer også de minste kommunene å ha tatt i bruk dette verktøyet. Det er dessuten færre blant de små kommunene enn blant de store som sier at de ikke har oversikt over hvor mange innbyggere som kunne ha bruk for eller rett til individuell plan. Mens de små kommunene i større grad synes individuelle planer er et svært ressurskrevende verktøy, er det flere av de store som synes det er vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester i arbeidet.

Når det gjelder involvering av ulike kommunale tjenester finner vi at legetjenesten ser ut til å være sterkere involvert i små og mellomstore kommuner, mens kultursektoren er en mye viktigere samarbeidspartner i det psykiske helsearbeidet for voksne i store kommuner.

Hvis vi måler bredden i involveringen med hvilke tjenester som styrkes med opplæring og rekruttering, finner vi at bredden øker med økende folketall: det er for eksempel flere ulike tjenester som får rekruttert personale med midler fra Opptappingsplanen i store kommuner enn i små.

Fremdeles vurderes samarbeidsrelasjonene som noe bedre i små kommuner, men forskjellene er mindre i 2005 enn i 2002. Det er også mindre forskjeller i vurderingen av eget fagmiljø. Fortsatt blir likevel problemer knyttet til personell- og ressursmangel og problemer med ustabilitet i personalet opplevd som mer presserende i de minste kommunene.

Er små kommuner mer tilbøyelige til å samarbeid med instanser utenfor kommunen – bl.a. andre kommuner, andrelinjen og brukerorganisasjonene?

De minste og de største kommunene rapporterer mindre interkommunalt samarbeid om tjenestene for innbyggere med psykisk problemer i 2005 enn i 2002. Når det gjelder faglig samarbeid mellom kommuner, ser kommunestørrelse ut til å ha mindre betydning.

Færre småkommuner rapporterer at de har formelt samarbeid med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. De største kommunene har betydelig oftere formelle avtaler med andrelinjen. Når det gjelder deltakelse i beslutninger om utskrivning fra andrelinjen, er forskjellene mellom store og små kommuner også blitt større de siste årene.

Det er små endringer i kommunenes bruk av ambulerende team fra andrelinjen. For annen veiledning fra andrelinjen finner vi at økningen er størst for mellomstore kommuner, som stort sett mottar mer veiledning enn andre kommuner.

Mens tallene fra 2002 viste at småkommunene mente at deres innbyggere hadde betydelig bedre tilgang på tjenester fra andrelinjen, har det skjedd en klar utjevning mellom kommunene frem til 2005. De store kommunene rapporterer langt bedre tilgang på tjenester i 2005, mens det ikke er endringer i småkommunenes vurdering av tilgangen på andrelinjetjenester.

I 2002 var vi bekymret over om småkommunene klarte å nyttiggjøre seg rådgiverne for Opptrappingsplanen. Her ser vi store endringer i materialet fra 2005. Småkommunene ser rådgiverne i betydelig større grad som både pådrivere, kontrollører, veiledere og støttespillere.

De minste kommunene har fremdeles i mindre utstrekning samarbeidsmøter med Aetat og trygdekontor sammenliknet med større kommuner, men det har skjedd en viss bedring for småkommunenes samarbeid med Aetat.

Det er store endringer i de små kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene. Mens et fåtall småkommuner hadde slikt samarbeid i 2002, rapporterer nå to av tre kommuner at de samarbeidet med brukerorganisasjonene. Selv om de aller største kommunene fremdeles har mer samarbeid enn andre kommuner, spiller kommunestørrelse betydelig mindre rolle for kontakten med brukerorganisasjonene i 2005.

Er det forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse mht hvordan de vurderer arbeidet med Opptrappingsplanen og utviklingen i tjenestetilbudet til innbyggerne?

Vi kan ikke finne noen klar sammenheng mellom kommunestørrelse og vurderingen av egen innsats i det psykiske helsearbeidet. Det er stort flertall i alle typer kommuner som mener at innsatsen er tilfredsstillende, og relativt få som synes at innsatsen er svært god.

De siste årene har det vært en klar bedring i småkommunenes vurdering av tjenestetilbudet både til voksne og barn/unge. Også i de

aller største kommunene vurderes tjenestene som vesentlig bedre for flere av brukergruppene, noe som betyr at det har skjedd en viss utjevning mellom kommunene i vurderingene av tjenestetilbudet. Forskjellene mellom kommunene når det gjelder rekrutteringsproblemer fremstår også som redusert.

Den generelle økonomiske situasjonen er fremdeles en viktig hindring i arbeidet med Opptappingsplanen for alle typer kommuner. Særlig de største kommunene opplever økonomien som et større problem nå enn i 2002.

Mens samarbeidsproblemer med andrelinjen ble sett som en hindring for det psykiske helsearbeidet først og fremst for de største kommunene i 2002, nevnes dette nå også som et sentralt problem for de minste og nest største kommunene.

Analysen viser at de minste kommunene nevner langt flere hindringer som svært viktige i 2005 sammenliknet med i 2002. Dette kan være en indikator på at mange småkommuner opplever det psykiske helsearbeidet som mer utfordrende nå når de i større grad er kommet i gang med implementeringen av Opptappingsplanen.

5 Konklusjoner og anbefalinger

5.1 Konklusjoner

Innledningsvis i rapporten stilte vi følgende spørsmål for undersøkelsen:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen vært mht. organisering?
- 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? Har organiseringen noen betydning for bredde og samarbeid?
- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organiseringen for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan skjer samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, Aetat/trygdekontor og brukerorganisasjonene?
- Hvordan er utviklingen i fokuset på 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?

På bakgrunn av de analysene som er gjort, forsøker vi her å gi rimelig kortfattede svar på disse spørsmålene.

Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen vært mht. organisering?

Det er relativt beskjedne endringer i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid både for voksne og for barn og unge fra 2002 til 2005. En noe høyere andel av kommunene har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid nå, mens færre har integrerte tjenester for voksne. Noen kommuner har lagt det psykiske helsearbeidet for barn og unge i familiesentre o.l. der arbeidet er integrert sammen med en rekke andre tjenester for barn, unge og deres familier. Fremdeles har et flertall av kommunene organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Færre kommuner svarer at de ikke har noen modell for arbeidet med yngre innbyggere.

Både for voksne og for barn/unge har det skjedd en viss utvikling fra organisering i tilknytning til pleie- og omsorgssektoren til at det psykiske helsearbeidet organiseres sammen med helsetjenesten.

Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?

Det er relativt små endringer i bruken av ulike samordningstiltak i kommunene i løpet av de siste tre årene. Det mest markante trekket er en klar økning i antall kommuner som sier de utvikler individuelle planer til innbyggere med psykiske lidelser. Vi finner også en klar økning i bruken av ansvarsgrupper for barn og unge.

Informantene er generelt positive til individuelle planer – de mener slike planer er viktige for samordning av tjenester, for at tjenestene skal tilpasses brukernes behov og for å avklare ansvarsforhold i tjenesteytingen. Det er imidlertid en ganske stor andel kommuner som sier at de ikke har oversikt over hvor mange personer med psykiske lidelser i kommunen som har behov for eller rett til individuell plan. Over halvparten av kommunene sier at de ikke har oversikt over hvor mange barn og unge i deres kommune som har behov for en slik plan. Bare drøyt én av tre kommuner oppgir at de har utarbeidet minst én individuell plan for barn/unge. Kommunene synes å ha kommet lenger i bruken av individuelle planer i 2005 sammenliknet med i 2002, men det gjenstår fremdeles arbeid i mange kommuner med å systematisere bruken av slike planer.

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? Har organiseringen noen betydning for bredde og samarbeid?

Vi finner klare indikasjoner på bredere involvering av tjenester i det psykiske helsearbeidet i 2005 enn i 2002, og samarbeidsrelasjonene vurderes også jevnt over som bedre. Legetjenesten oppleves klart som sterkere involvert både for voksne og for barn og unge. Også sosialtjenesten oppgis å være sterkere engasjert i arbeidet for voksne. Barnehagene og grunnskolene spiller en viktigere rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i 2005, selv om helsestasjonene og skolehelsetjenesten fortsatt er de mest sentrale aktørene i dette arbeidet.

Det er ingen enkle sammenhenger mellom kommunenes modell for organisering av arbeidet og bredden i involvering av tjenester. Hvis vi måler bredden i antall tiltak iverksatt i ulike tjenester, eller antall tjenester involvert i ulike tiltak er bredden klart størst i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid. Hvis vi ser på hvor mange tjenester som styrkes med opplæring og rekruttering med midler fra Opptappingsplanen, finner vi at kommuner med integrert modell har bredere rekrutterings- og opplæringsprofil enn andre kommuner.

Når det gjelder arbeidet med planer innenfor psykisk helse rapporteres alle tjenester å være *mindre* involvert. Vi stiller spørsmål om dette kan skyldes at mange kommuner nå er inne i en fase der planene rulleres mer rutinemessig, og at færre deltar i dette arbeidet enn de gjorde i utviklingen av de første planene.

Fagmiljøet for psykisk helsearbeid i kommunene sees stort sett som noe bedre i 2005 enn i 2002, selv om tilgangen på kurs o.l. ikke er like god. Opptappingsplanen oppleves å styrke fagmiljøet. Det er litt større misnøye med fagmiljøet i kommuner med integrerte tjenester.

Hvordan skjer samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, Aetat/trygdekontor og brukerorganisasjonene?

Samarbeidet med andrelinjen ser fortsatt ut til å ha et klart forbedringspotensial. For det første rapporterer ikke kommunene om noe mer formalisert samarbeid med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. Det er heller ingen betydelige endringer i kommunenes besøk av ambulerende team eller i andre former for veiledning fra

andrelinjen. Samtidig er det stadig flere kommuner som trekker frem samarbeidsproblemer med andrelinjen som en svært viktig hindring i kommunens arbeid med å implementere Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Selv om samarbeidet ikke oppleves som godt fra kommunenes side, er det mange som mener at innbyggernes tilgang på tjenester fra andrelinjen er klart bedret de siste tre årene. Dette gjelder alle målgruppene for det psykiske helsearbeidet, men tjenestene for barn og unge har opplevd den største bedringen i denne perioden. Likevel mener nesten halvparten av kommunene at tilgangen på slike tjenester for denne gruppen er langt mindre enn behovet.

Det er ikke rapportert noen økning verken i det interkommunale samarbeidet eller i samarbeidet med andrelinjen i perioden 2002 – 2005.

Det er en viss tendens til at flere kommuner har møter med Aetat og trygdekontor om enkeltbrukere, mens andelen kommuner som har møter på overordnet nivå er noe redusert.

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene ser ut til å ha bedret seg de siste tre årene. Dette skyldes dels at det er opprettet samarbeid i kommuner der det ikke tidligere var samarbeid (særlig i mindre kommuner), og dels at allerede eksisterende samarbeid er blitt bedre.

Hvordan er utviklingen i fokuset på tjenestene for barn og unge? Hvordan sikres bredde og samarbeid i dette arbeidet?

Undersøkelsen gir visse holdepunkter for å si at kommunene har fått et sterkere fokus på det psykiske helsearbeidet for barn og unge i løpet av perioden 2002 – 2005. Det er færre kommuner som sier at de ikke har noen modell for organiseringen av arbeidet, og det er flere respondenter som har besvart spørsmålene om barn og unge. Men i et flertall kommuner er fremdeles arbeidet for barn og unge organisert sammen med arbeidet for voksne.

Det er flere kommuner som har etablert samordningstiltak på individnivå for barn og unge – først og fremst ansvarsgrupper og individuell plan. Selv om holdningene til bruk av individuelle planer i hovedsak er positive, synes det å være relativt få kommuner som faktisk har utarbeidet en slik plan for et barn eller en ungdom.

Undersøkelsen tyder på en sterkere involvering og bedre samarbeid med kommunens ordinære tjenester som retter seg mot alle barn og unge i befolkningen. Dette kan styrke det forebyggende arbeidet og gi

bedre muligheter til å oppdage barn og unge med psykiske vansker på et tidlig tidspunkt.

Kommunene mener at tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer – både fra kommunens side og fra andrelinjen – er bedret. Fremdeles oppfattes imidlertid tjenestene for denne gruppen som klart dårligere enn tjenestene for voksne.

Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor? Hvilken utvikling kan man se i forhold til samarbeid og fagmiljø?

Analysene viser at det på viktige områder er mindre forskjeller mellom små og store kommuner i 2005 sammenliknet med 2002:

- Betydelig flere småkommuner benytter individuelle planer
- Langt flere kommuner samarbeider med brukerorganisasjonene
- Mens vi i 2002 var bekymret over om småkommunene klarte å nyttiggjøre seg rådgiverne for Opptrappingsplanen, ser vi at småkommunene i 2005 opplever rådgiverne i betydelig større grad som både pådrivere, kontrollører, veiledere og støttepillere
- Det er mindre forskjeller mellom kommunene i vurderingen av eget fagmiljø. Likevel blir problemer knyttet til personell- og ressursmangel og problemer med ustabilitet i personalet opplevd som viktigere i de minste kommunene

Små forhold i de minste kommunene kan bety mer oversiktighet i arbeidet. Småkommunene ser i større grad ut til å ha oversikt over behovet i befolkningen for individuell plan. De små kommunene har færre samordningstiltak på systemnivå. Dette kan skyldes mindre behov for slike tiltak, eller at kommunen har mindre kompetanse og et mindre tjenesteapparat til å implementere slike tiltak.

De små kommunene rapporterer gjennomgående at det er lettere å involvere ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet, kanskje pga den nærheten og det kjennskapet mellom tjenesteutøvere som små forhold gir.

Små kommuner har fremdeles mindre samarbeid med instanser utenfor kommunen enn det større kommuner har:

- De rapporterer mindre interkommunalt tjenestesamarbeid
- Færre småkommuner rapporterer at de har formelt samarbeid med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. Forskjellene er blitt større de siste årene. Mens samarbeidsproblemer med andrelinjen tidligere ble sett som en hindring for det psykiske

helsearbeidet primært for de største kommunene, nevnes dette nå også som et sentralt problem for de minste og nest største kommunene

- De minste kommunene har fremdeles i mindre utstrekning samarbeidsmøter med Aetat og trygdekontor sammenliknet med større kommuner, men det har skjedd en viss bedring for småkommunenes samarbeid med Aetat

Det er usikkert hva som er årsaken til at småkommunene har mindre samarbeid eksternt enn større kommuner. En mulighet er at et lite fagmiljø innenfor psykisk helse ikke har kapasitet til å ivareta (alle) samarbeidsrelasjonene. En annen mulighet er at når befolkningsgrunnlaget er lite oppstår alvorlige og spesielle problemer sjelden, slik at det ikke er grunnlag for et mer fast samarbeidsforhold til for eksempel andrelinjen. En tredje mulig forklaring springer også ut av dette: eksterne samarbeidspartnere er kanskje mindre interessert i – eller i stand til – å opprettholde kontinuerlig forbindelse med kommuner som ”leverer” såpass få brukere.

Alt i alt ser flere småkommuner ut til å ha kommet på banen i det psykiske helsearbeidet i 2005 sammenliknet med i 2002. Samtidig viser dataene at de minste kommunene opplever langt flere hindringer i arbeidet nå enn tidligere. Dette kan bety at de minste kommunene faktisk møter større utfordringer nå, men også at noen av kommunene opplever ”begynnervansker” i forbindelse med at det psykiske helsearbeidet har fått økt oppmerksomhet.

5.2 Utfordringer og anbefalinger

På bakgrunn av foreliggende analyser er det mulig å skissere noen utfordringer og komme med noen anbefalinger til de sentrale helsemyndighetene knyttet til den videre utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Kommuneloven av 1992 gir imidlertid kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet som de selv ønsker. Dette setter klare begrensninger på hvilke krav som kan settes til kommunene når det gjelder organiseringen av arbeidet.

På bakgrunn av den friheten kommunene har til å velge organisasjonsmodell for nesten alt sitt arbeid, er det interessant å observere at myndighetenes klarere satsing på enkelte områder de siste årene ser ut til å gi resultater. Vi nevner her:

- Kommunene ser ut til å ha fått et noe sterkere fokus på det psykiske helsearbeidet for barn og unge, og tjenestene for denne gruppen er klart bedret i perioden
- Legene oppleves som mer involvert i det lokale psykiske helsearbeidet både for voksne og for barn/unge
- Grunnskolene ser også ut til å ha fått en noe mer sentral rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge
- Det er en klar økning i rapportert bruk av individuelle planer, og holdningene til slike planer er gjennomgående positive
- Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene er styrket i perioden
- Rådgiverne for Opptrappingsplanen ser i større grad ut til å ha nådd frem til småkommunene

Det varierer hvor omfattende disse endringene er, og vi kan heller ikke sikkert fastslå om endringene vil være varige. Det er derfor nødvendig at myndighetene fortsatt holder oppmerksomheten på disse områdene, og følger utviklingen videre.

Blant de viktigste utfordringene fremover, vil vi nevne følgende:

Individuelle planer

- Det er lagt et godt grunnlag for det videre arbeidet med individuelle planer, men mange kommuner synes å mangle både erfaring og systematikk i arbeidet. Mange kommuner har ikke oversikt over behovene for individuelle planer blant innbyggerne, og en del kommuner har ingen eller liten erfaring i å utarbeide slike planer. Særlig gjelder dette for barn og unge

Tilbudet til barn og unge

- Selv om tjenestetilbudet til barn og unge er styrket de siste årene, kreves ytterligere innsats for at tilbudet skal komme opp på et rimelig godt nivå
- Fremdeles er det lite kunnskap om betydningen av organiseringen av tjenestene for barn og unge. Mange kommuner har organisert arbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Det vil være av interesse å studere hva slik organisering betyr for tjenestenes kvalitet og fokus. Noen kommuner har etablert familiesentre, og integrert det psykiske helsearbeidet i disse. I hvilken grad gir slik organisering gode forutsetninger for et helhetlig tilbud og tidlig oppdagelse av

psykiske problemer, og hvordan kan denne type modell tilpasses kommuner med ulik størrelse?

Samarbeidet med andrelinjen

- Samarbeid med andrelinjen oppleves fremdeles som utfordrende for kommunene, og samarbeidsproblemer sees som en viktig hindring for kommunenes psykiske helsearbeid. Mye gjenstår når det gjelder å få samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen inn i formaliserte former. Det skal bli interessant å se utviklingen på dette feltet når kravet om formalisering får virket en periode.

Småkommunenes psykiske helsearbeid

- Det er ingen økning i småkommunenes tjenestesamarbeid med andre kommuner. Det kan være grunn til å studere om forutsetningene for samarbeid blir bedre eller dårligere når kommunene bygger opp sitt psykiske helsearbeid
- Det er behov for ytterligere fokus på samhandlingen mellom de små kommunene og andrelinjen. Samarbeidet med andrelinjen oppleves vanskeligere for småkommunene nå sammenliknet med tidligere, og det er ingen økning i formelle avtaler mellom kommunene og andrelinjen. Det bør også vurderes om småkommunene kan ha nytte av mer (systematisk) veiledning fra andrelinjen

Kommunale planer for psykisk helsearbeid

- Kommunale tjenesters involvering i planleggingen innenfor det psykiske helsearbeidet er redusert de siste årene. Det vil være nødvendig å se nærmere på hvorfor dette skjer, og om det er behov for å styrke fokuset på planleggingen i de siste årene av Opptappingsplanen

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

Helgesen, M. (2004): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR-notat 2004:136. 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

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
- March, J.G. og J.P. Olsen (1989): *Rediscovering Institutions: Organizational Factors in Political Life*. Free Press, New York
- 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
- Opedal, S., I.M. Stigen og T. Laudal (2002): *Flat struktur og resultatenheter. 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 organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. 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 (2005): *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*
- 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): *Evaluering: faser, 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
- 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 1-3

L



T



OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE
Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

Kommune: _____		Kommunenr.				
Bydel/distrikt: _____		Bydel/distriktnr				
Kontaktperson		Telefonnr.:	epost adresse:			
Navn: _____						@
Stilling: _____						
Adresse: _____						
Postnr:		Poststed:				

Spørsmål om utfylling av skjemaet rettes til:

Del I
 SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
 Jorid Kalseth
 tlf: 92 88 50 80
 epost:jorid.kalseth@sintef.no

Del II og III
 NIBR
 Trine Myrvold
 tlf: 22 95 83 77
 epost: trine.myrvold@nibr.no

L

T

T

L

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. aldersvekkelse). 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. aldersvekkelse, 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 skraverer 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

L

1

T

T

L

Del I – Tiltak og tjenester

Botilbud

- 1a. Hvor mange personer med psykiske lidelser var registrert som brukere av kommunalt tilrettelagt botilbud ved utgangen av 2004? 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/samløst 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 2004. 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 2004? 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 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 (jmf definisjon i spørsmål 2a), mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for hjemmetjenester ved utgangen av 2004. 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 dagsenter/tilbud for mennesker med psykiske lidelser i kommunen ved utgangen av 2004?

Nei → Gå til spørsmål 3g.
 Ja

L

2

T

T

L

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 2004? 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 2004. 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 2004. 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 2004, 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 2004.

- 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 2004? 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 2004. 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 2004? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall med tjenester fra fritidsassistent: _____

L

3

T

T

L

- 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 2004? 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 2004. 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 2004? 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 2004? 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 2004. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.
- Dekningsgrad arbeid/sysselsetting: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Tilrettelagte tilbud innenfor det psykiske helsearbeidet overfor voksne

8. 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/stottesamtaler (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"/> |

L

4

T

T

L

Tiltak og tjenester rettet mot barn og unge

- 9a. Har kommunen det siste året (2004) arbeidet med forebyggende tiltak innen det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?

Nei → *Gå til spørsmål 10*

Ja

- 9b. 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 (2004).

Tjenester:	Grunn skole	Barne hage	Helse stasjon	Skole helse tjeneste -grunn skole	Skole helse tjeneste -v.g. skole	Barne vern	PPT	Sosial tj.	Enhet for psyk. helse arbeid *	Annet, spesifiser:
Tema/gruppe:										
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

* For kommuner som har en slik enhet.

- 10a. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse hadde støttekontakt ved utgangen av 2004? Oppgi antall brukere som har problemer relatert til psykisk helse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall med støttekontakt: _____

- 10b. 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 2004. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad støttekontakt: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

- 11a. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse hadde tjenester fra fritidsassistent ved utgangen av 2004? Oppgi antall brukere som har problemer relatert til psykisk helse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall med tjenester fra fritidsassistent: _____

L

5

T

T

L

- 11b. 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:

12. 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

- 13a. Finnes det lokallag av Mental Helse i kommunen? Nei Ja
- 13b. Finnes det lokallag av Landsforeningen for pårørende innen psykiatri i kommunen? Nei Ja
- 13c. Finnes det lokallag av organisasjonen Voksne for barn i kommunen? Nei Ja

- 13d. Ga kommunen økonomisk støtte til bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner med formål psykisk helsearbeid i 2004? Har kommunen i 2004 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.

	Kommunen ga økonomisk støtte i 2004	Tjenester det ble samarbeidet om i 2004			
		Dagsenter	Arbeid/ aktiviteter	Kultur/ fritid	Annet
Mental Helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landsfor. for pårørende innen psyk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisasjonen Voksne for barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre bruker-/pårørende org.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillige org., lokale lag og -foren. o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13e. Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? Nei Ja

L

6

T

T

L

Kompetanseheving og rekruttering av personell

- 14a. Er det i de siste tre årene (2002, 2003 og 2004) gjennomført kompetansehevende tiltak innen psykisk helsearbeid for kommunens ansatte?

- Nei → *Gå til spørsmål 15*
 Ja

- 14b. Hva har kommunen gjort for å øke kompetansen i psykisk helsearbeid til ansatte innen ulike tjenesteområder i perioden 2002-2004? 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.

- 15a. Har det i de siste tre årene (2002, 2003 og 2004) skjedd endringer i antall årsverk som arbeider med psykisk helsearbeid?

- Nei → *Gå til spørsmål 16*
 Ja

L

7

T

T

L

- 15b. For hvilke typer personell har det skjedd endringer i årsverksinnsatsen innen psykisk helsearbeid i de siste tre årene (2002, 2003 og 2004)? *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 a "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 (2002-2004). (Angi 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	

- 15c. Med utgangspunkt i endringene i personellsituasjonen i årene 2002-2004, jfr. spørsmål 15b, 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 2002-2004. Sett kryss for aktuelle kombinasjoner.

	Enhet for psyk. helse arbeid *	Pleie og omsorg	Sosial tj.	Barne vern	PPT	Barne hager/ grunn skole	Helse stasj./ skole helse tj.	Lege tj.	Annen helse tj.**	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.

16. Har kommunen de siste tre årene (2002, 2003 og 2004) 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"/>

L

8

T

T

L

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.

- 17a. 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:</p> <p>Arbeidet med psykisk helsearbeid 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.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Modell 2:</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>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>

- 17b. Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne de siste tre årene (2002, 2003 og 2004)? Sett ett kryss. Nei Ja

Hvis ja, vennligst gi en kort beskrivelse av de endringer som er foretatt:

L

9

T

T

L

17c. 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.

17d. Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for **barn og unge** de siste tre årene (2002, 2003 og 2004)? *Sett ett kryss.* Nei Ja

Hvis **ja**, vennligst gi en kort beskrivelse av de endringer som er foretatt:

18a. Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) på systemnivå? *Sett ett kryss.*

- Nei → *Gå til spørsmål 19*
- Ja

18b. 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.

18c. 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.

L

10

T

T

L

- 18d. 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"/>

- 18e. Hvilken formell kompetanse har koordinatoren? 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
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"/>
Annen helse-/sosialfaglig høyskoleutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen helse-/sosialfaglig høyskoleutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 19a. Har kommunen et tverrfaglig team på administrativt nivå som har psykisk helsearbeid innenfor sitt ansvarsområde? Sett ett kryss.

- Nei → **Gå til spørsmål 20**
 Ja

- 19b. 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 bør 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.

L

11

T

T

L

- 19c. 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"/>

- 19d. 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/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.

- 20a. 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 _____

- 20b. 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

L

12

T

T

L

- 20c. 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
- 21a. Får kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse tilbud om individuell plan, jf. kommunehelsetjenesteloven §6-2 a? *Sett ett kryss.*
- Nei → *Gå til spørsmål 22*
- 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
- 21b. Hvor mange av kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse har hatt individuell plan i 2004? (*Ingen' angis med null*)
- Antall voksne: _____ Antall barn/unge: _____
- 21c. Hvor mange av kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse hadde behov for/rett til individuell plan i 2004 (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 2004, 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*):
- 22a. 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 23*
- Ja, for noen
- Ja, for de aller fleste
- 22b. Deltar **voksne** brukere selv i ansvarsgruppene? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 22c. Deltar representanter for 2. linjetjenesten i ansvarsgruppene for voksne? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 23a. 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 24*
- Ja, for noen
- Ja, for de aller fleste
- 23b. Deltar **barn og unge** brukere og/eller deres pårørende i ansvarsgruppene? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis

L

13

T

T

L

- 23c. Deltar representanter for 2. linjetjenesten i ansvarsgruppene for barn/unge? *Sett ett kryss.*
 Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
24. 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: _____

25. Oppnevner kommunen primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker? *Sett ett kryss.*
 Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 26a. 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.

- 26b. 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.

L

14

T

T

L

Interkommunalt samarbeid

27. 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: _____
28. 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.

29. 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: _____
30. 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
- 31a. Får kommunen besøk av såkalte 'ambulerende team' fra 2. linjetjenesten?
- Nei → *Gå til spørsmål 32*
 - Ja

L

15

T

T

L

31b. 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.

31c. 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"/>

31d. 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/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.

31e. 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"/>

L

16

T

T

L

32. 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 Aetat, trygdekontor og rådgiverne hos fylkesmannen (tidl. fylkeslegen), arter seg.

33. Har kommunen samarbeidsmøter med Aetat som knytter seg til innbyggere med psykiske lidelser? Sett gjerne flere kryss.

- Nei, det er ikke vanlig med slike møter mellom kommunen og Aetat
 Ja, kommunen har samarbeidsmøter med Aetat på et overordnet nivå
 Ja, kommunen har av og til samarbeidsmøter med Aetat om enkeltbrukere
 Ja, kommunen har ofte samarbeidsmøter med Aetat om enkeltbrukere

34. Har kommunen samarbeidsmøter med trygdekontoret som knytter seg til innbyggere med psykiske lidelser? Sett gjerne flere kryss.

- Nei, det er ikke vanlig med slike møter mellom kommunen og trygdekontoret
 Ja, kommunen har samarbeidsmøter med trygdekontoret på et overordnet nivå
 Ja, kommunen har av og til samarbeidsmøter med trygdekontoret om enkeltbrukere
 Ja, kommunen har ofte samarbeidsmøter med trygdekontoret om enkeltbrukere

35. I hvilken grad fyller rådgiveren for Opptreppingsplanen hos fylkesmannen (tidl. fylkeslegen) 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 Opptreppingsplanen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttespiller for kommunen i arbeidet med Opptreppingsplanen	<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"/>
Kontroller i forhold til statlige midler og statlig regelverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kursarranger for kommunalt personell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L

17

T

T

L

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.

36. 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: _____

37. 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.

Tusen takk for hjelpen!

L

18

T

Vedlegg 2

Spørreskjema, del 4

L

T



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	Samarbeidet er ganske godt	Samarbeidet 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.

T

1

L

L

T

- 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 sentrale gitte målen 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 ressurs situasjon, 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

T

2

L

L

T

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"/>
Opptappingsplanen 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. 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

6. 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"/>
Manglende administrativ 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"/>
Manglende forankring av planene for psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

3

L

	L		T	
		Ikke viktig/ ikke relevant	Litt viktig	Ganske viktig
		Svært viktig		
		□	□	□
Manglende kunnskap om Opptreppingsplanen		□	□	□
Dårlig sammenheng mellom mål og midler i det psykiske helsearbeidet		□	□	□
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse		□	□	□
Manglende kunnskap om behovene for psykisk helsearbeid i kommunen ..		□	□	□
Kompetansemangel i det ordinære tjenesteapparatet ..		□	□	□
7.	Mener du at satsingen på psykisk helsearbeid innenfor Opptreppingsplanen har ført til bedre tjenester for følgende aktuelle brukergrupper i din kommune? Sett ett kryss på hver linje.			
	Forventet tilbud	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud
	□	□	□	□
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser	□	□	□	□
Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser	□	□	□	□
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser	□	□	□	□
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser, eller som har forhøyet risiko for å utvikle psykiske problemer/lidelser	□	□	□	□
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet generelt	□	□	□	□
8.a	Hvordan vurderer du voksne innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? Sett ett kryss.			
	<input type="checkbox"/> Innbyggers tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester			
	<input type="checkbox"/> Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester			
	<input type="checkbox"/> 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.			
	<input type="checkbox"/> Innbyggers tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester			
	<input type="checkbox"/> Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester			
	<input type="checkbox"/> Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester			

Tusen takk for hjelpen!

T

4

L

Vedlegg 3

Andel svar fordelt på fylker

	Besvart spørreskjema?		Totalt	(N)
	Ja	Nei		
Østfold	67 %	33 %	100 %	18
Akershus	73 %	27 %	100 %	22
Hedmark	55 %	45 %	100 %	22
Oppland	58 %	42 %	100 %	26
Buskerud	57 %	43 %	100 %	21
Vestfold	71 %	30 %	100 %	14
Telemark	72 %	28 %	100 %	18
Aust-Agder	53 %	47 %	100 %	15
Vest-Agder	73 %	27 %	100 %	15
Rogaland	70 %	30 %	100 %	27
Hordaland	67 %	33 %	100 %	33
Sogn og Fjordane	54 %	46 %	100 %	26
Møre og Romsdal	55 %	45 %	100 %	38
Sør-Trøndelag	58 %	42 %	100 %	24
Nord-Trøndelag	63 %	37 %	100 %	24
Nordland	73 %	27 %	100 %	45
Troms	52 %	48 %	100 %	25
Finnmark	74 %	26 %	100 %	19
Totalt	63 %	37 %	100 %	433

Vedlegg 4

Tabeller

Tabell v.1 Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet de tre siste årene (2002-2004)? Prosent som svarer at de har endret organiseringen, etter organisering

	Endringer i organiseringen av arbeidet for voksne
Egen enhet	21
Egen tjeneste	38
I stab	9
Integrert modell	7
Totalt (snitt)	32
(N=)	(86)

Tabell v.2 Oppfatninger av individuelle planer, 2005 . Prosent som svarer helt eller delvis enig. N=229-237

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
IP er ressurskrevende verktøy	55	66	89	58	64
Sentral mal for IP er vanskelig å tilpasse lokale behov	31	48	50	27	44
Vanskelig å prioritere IP pga ressurs situasjonen i kommunen	32	49	30	58	46
Vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester	71	63	60	67	64
IP bidrar sterkt til samordning	90	91	100	100	92
Vanskelig å følge opp IP	45	49	70	46	49
Den enkelte bruker reserverer seg	40	50	60	50	48
Den enkelte deltar sterkt i utformingen av egen IP	51	64	70	91	64
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	8	20	10	8	17
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	87	93	91	91	92
Bedre å bruke ressursene på tjenester enn på IP	19	19	60	25	21

Tabell v.3 Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid.
Prosent som sier samarbeidet er "svært godt". 2005

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Pleie og omsorg	19	26	46	13	26
Sosialtjenesten	26	35	46	33	34
Barneverntjenesten	23	25	36	13	25
PPT	13	9	20	7	10
Barnehager/grunnskoler	13	7	9	7	9
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	23	37	46	20	35
Legetjenesten	21	30	46	40	30
Fysioterapi m.v.	15	19	18	7	17
Kultur	5	8	18	8	8

Tabell v.4 Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med planer innenfor psykisk helse? 2005. Prosent av kommunene som svarer ”sterkt involvert” eller ”koordinerende ansvar” (evt. enhet for psykisk helsearbeid er ikke tatt med).

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Pleie og omsorg	16	45	56	80	43
Sosialtjenesten	43	41	78	64	44
Barneverntjenesten	32	28	22	50	30
PPT	23	13	14	18	15
Barnehager/grunnskoler	11	11	43	20	12
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	59	51	67	77	54
Legetjenesten	33	28	33	31	29
Fysioterapi m.v.	12	14	0	25	14
Kultur	11	14	25	13	14
Representanter for bruker- og pårørendeorganisasjoner	41	33	11	58	35

Tabell v.5 Antall ulike tiltak iverksatt innenfor relevante tjenester, 2005. Gjennomsnitt

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
I grunnskole	2,4	2,7	2,1	2,1	2,6
I barnehage	1,6	1,5	1,6	1,1	1,5
I helsestasjon	4,8	4,3	2,7	3,2	4,2
I skolehelsetjenesten	4,7	4,2	2,9	3,1	4,2
I barnevernet	3,0	2,9	1,8	1,7	2,9
I PPT	2,0	2,2	1,9	1,1	2,1
I sosialtjenesten	1,3	1,4	0,6	1,2	1,3

Tabell v.6 Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? 2005.
Antall ulike opplæringstiltak i tjenestene. Gjennomsnitt

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Pleie og omsorg	1,2	1,2	1,0	1,6	1,3
Sosialtjenesten	0,7	0,9	0,8	1,3	0,9
Barneverntjenesten	0,6	0,7	0,6	0,9	0,7
PPT	0,2	0,4	0,1	0,5	0,3
Barnehager/grunnskoler	0,3	0,4	0,2	0,3	0,4
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	0,9	0,9	0,7	0,9	0,9
Legetjenesten	0,2	0,4	0,1	0,5	0,3
Fysioterapi m.v.	0,5	0,4	0,2	0,5	0,4
Kultur	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2

Tabell v.7 Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak
innenfor rammene av Opptappingsplanen? 2005.
Gjennomsnitt

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt	(N=)
Kurs	3,0	3,6	2,6	4,5	3,5	(271)
Voksenopplæring	0,07	0,08	0	0,07	0,08	(271)
Etterutdanning	0,7	0,9	0,5	0,9	0,8	(271)
Videreutdanning	0,9	0,9	0,7	1,1	0,9	(271)

Tabell v.8 Inngår kommunen i noe **tjenestesamarbeid** med andre
kommuner? 2005. Prosent

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Ikke noe samarbeid	58	54	27	67	54
Felles botilbud	2	4	9	0	3
Felles dagsenter	7	6	0	0	6
Andre sosiale/kulturelle tiltak	12	17	18	13	16
Samarbeid om sysselsetting/ arbeid	19	18	46	27	20
(N=)	(43)	(202)	(11)	(15)	(271)

Tabell v.9 Inngår kommunen i noe **faglig samarbeid** med andre kommuner? 2005. Prosent.

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Ikke noe samarbeid	30	32	0	67	32
Deler fagstillinger	7	4	9	0	4
Felles kurs	23	20	27	27	21
Felles veiledning	19	25	36	20	24
Felles samlinger	47	36	36	7	36
(N=)	(43)	(202)	(11)	(15)	(271)

Tabell v.10 Har kommunen noen samarbeidsavtale med andrelinjen? 2005. Prosent

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Ikke noen formell samarbeidsavtale	54	46	46	47	47
Avtale som regulerer konflikter	9	5	0	0	6
Avtale om kompetanseheving	21	18	36	33	20
Avtale om rutiner ved utskriving	35	39	18	27	37
Avtale som regulerer andre forhold	19	19	9	7	18
(N=)	(43)	(202)	(11)	(15)	(271)

Tabell v.11 Får kommunen delta i beslutninger knyttet til utskriving fra andrelinjetjenesten? 2005. Prosent

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Nei, 2. linjen rådfører seg sjelden med kommunen	17	22	10	21	21
Ja, kommunen blir av og til involvert	63	60	70	79	62
Ja, kommunen får vanligvis delta i beslutningene	20	18	20	0	17
Totalt	100	100	100	100	100
(N=)	(43)	(202)	(11)	(15)	(271)

Tabell v.12 Har kommunen samarbeidsmøter med Aetat? 2005.
Prosent

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og Aetat	21	16	9	27	17
Kommunen har samarbeidsmøter med Aetat på overordnet nivå	16	14	9	13	14
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med Aetat om enkeltbrukere	65	67	82	60	67
Kommunen har ofte samarbeidsmøter med Aetat om enkeltbrukere	19	18	18	13	18
(N=)	(43)	(202)	(11)	(15)	(271)

Tabell v.13 Har kommunen samarbeidsmøter med trygdekontoret?
2005. Prosent

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og Trygdekontoret	9	12	9	27	13
Kommunen har samarbeidsmøter med Trygdekontoret på overordnet nivå	12	11	9	7	11
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med Trygdekontoret om enkeltbrukere	67	71	64	60	70
Kommunen har ofte samarbeidsmøter med Trygdekontoret om enkeltbrukere	26	18	27	13	19
(N=)	(43)	(202)	(11)	(15)	(271)

Tabell v.14 Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune. 2005. Prosent som svarer vesentlig bedre tilbud. N=254-265

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske vansker	63	63	64	60	63
Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser	56	45	55	33	47
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser	24	24	20	23	24
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser med mer	26	30	30	21	29
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet	14	19	9	15	18

Tabell v.15 Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen i egen kommune. 2005. Prosent som svarer svært viktig. N=257-265

	Egen enhet	Egen tjeneste	I stab	Integrert modell	Totalt
Problemer med å rekruttere fagfolk	5	14	9	13	12
Kommunens generelle økonomiske situasjon	21	39	10	33	34
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	14	9	9	13	10
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	14	18	0	20	16
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	5	3	0	0	3
For få ansatte som jobber med psykisk helse	17	20	20	20	19
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	20	16	18	7	16
Manglende lokal politisk prioritering	7	14	0	7	12
Manglende administrativ prioritering	10	16	0	7	14
Manglende kunnskaper om lover og regler	7	19	0	20	16
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	10	14	0	13	12
Manglende forankring av planene for psykisk helse	15	12	0	13	12
Manglende kunnskap om Opptappingsplanen	10	13	0	7	12
Dårlig sammenheng mellom mål og midler i det psykiske helsearbeidet	17	20	30	7	19
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse	12	18	20	27	18
Manglende kunnskap om behovene for psykisk helsearbeid	10	12	0	27	12

Tabell v.16 Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne enkeltbrukere? 2005. Prosent

	Nei/svært sjelden	Ja, ved behov	Ja, til faste tider	Totalt	(N)
< 2 000	9	75	17	101	(59)
2 001-5 000	7	77	16	100	(81)
5 001-10 000	11	56	33	100	(57)
10 001-30 000	0	78	22	100	(51)
> 30 000	6	63	31	100	(16)
Total	7	71	22	100	(264)
(N=)	(18)	(188)	(58)		

Tabell v.17 Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2005. Prosent

	Nei/svært sjelden	Ja, ved behov	Ja, til faste tider	Totalt	(N)
< 2 000	7	79	14	100	(42)
2 001-5 000	5	84	11	100	(64)
5 001-10 000	7	63	30	100	(30)
10 001-30 000	0	83	17	100	(41)
> 30 000	7	71	21	99	(14)
Total	5	79	17	101	(191)
(N=)	(9)	(150)	(17)		