

Trine monica Myrvold

Tilbudet til mennesker med psykiske problemer

Kommunenes arbeid med integrering
og koordinering

Tilbudet til mennesker med psykiske lidelser

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2003:5

**Kunnskap og åpenhet om
psykisk helse og psykiske
lidelser**
105 sider. Kr 250,-

NIBR prosjektrapport 2001:21

BRO-Teamet
En prosessevaluering av
barne- og ungdomspsykiatrisk
ressursteam
90 sider. Kr 195,-

Publikasjonene 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

Se også NIBRs hjemmeside
www.nibr.no

Trine Monica Myrvold

Tilbudet til mennesker med psykiske problemer

Kommunenes arbeid med integrering og
koordinering

NIBR-rapport 2004:12

Tittel: **Tilbudet til mennesker med psykiske problemer**
Kommunenes arbeid med integrering og koordinering av tjenestetilbudet

Forfatter: Trine Monica Myrvold
NIBR-rapport: 2004:12
ISSN: 1502-9794
ISBN: 82-7071-477-1
Prosjektnummer: O-1885
Prosjektnavn: Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd
Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Få kommuner har fulgt oppfordringen i Opptrappingsplanen for psykisk helse om å integrere det psykiske helsearbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. De fleste kommunene har etablert en egen enhet eller tjeneste for dette arbeidet. Kommuner med en integrert modell har færre koordinerende tiltak, men bredden i involvering, rekruttering og kompetanseoppbygging er noe større sammenliknet med kommuner med annen organisering. Det psykiske helsearbeidet for barn og unge fremstår som mer uklart forankret i kommuneorganisasjonen enn arbeidet for voksne. Småkommunene har færre koordinerende tiltak og noe mindre bredde i involveringen av tjenester, og klarer bare i begrenset grad å etablere samarbeid med andre kommuner eller statlige instanser.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Juni 2004
Antall sider: 150
Pris: Kr 250,-

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

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2004

Forord

Denne rapporten er en underveisrapportering fra prosjektet 'Evaluering av Opptappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid', finansiert av Norges forskningsråd under programmet for evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Trine Monica Myrvold er prosjektleder og har skrevet rapporten.

Rapporten analyserer data fra en spørreskjemaundersøkelse til samtlige norske kommuner om tiltak, kompetanseoppbygging og organisering innenfor det kommunale helsearbeidet. Spørreskjemaet er utarbeidet av SINTEF Unimed og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i fellesskap. Samarbeidsparter hos SINTEF Unimed har vært Jorid Kalseth.

I forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjemaet har vi hatt et samarbeid med rådgiverne for Opptappingsplanen hos fylkeslegene i Sør-Trøndelag (Arve Almvik) og Nord-Trøndelag (Kenneth Ledang). Rådgiverne satte sammen en gruppe av fagpersoner fra kommuner, spesialisthelsetjenesten og forvaltningsapparatet, som har fungert som referansegruppe i arbeidet med spørreskjemaet. Representant for Mental Helse Sør-Trøndelag var invitert til å delta, men kunne ikke komme. Prosjektleder vil takke Arve Almvik, Kenneth Ledang og medlemmene i referansegruppen for verdifulle råd og innspill. Takk også til kommunene som har tatt seg tid til å besvare spørsmålene i spørreskjemaet.

Etter ønske fra styringsgruppen og Norges forskningsråd er det i denne omgang lagt opp til en bred rapportering av resultater fra undersøkelsen. Materiale fra deler av rapporten blir publisert i "Tidsskrift for psykisk helsearbeid" i juni 2004.

Oslo, juni 2004

Hilde Lorentzen
Forskningssjef

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 1 |
| Tabelloversikt | 5 |
| Sammendrag | 10 |
| Summary | 14 |
| 1 Innledning | 19 |
| 1.1 Opptrappingsplanens mål om et helhetlig og integrert tjenestetilbud | 19 |
| 1.2 Vekt på desentralisering av tjenester | 20 |
| 1.3 Normalisering av livssituasjonen for mennesker med psykiske problemer | 21 |
| 1.4 Kommunal organisering – variasjon og fragmentering .. | 23 |
| 1.5 Spørsmål for undersøkelsen | 24 |
| 1.6 Datamaterialet | 25 |
| 2 Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helse- arbeid i kommunene | 28 |
| 2.1 Innledning | 28 |
| 2.2 Kommunens overordnede organisering av psykisk helsearbeid | 28 |
| 2.3 Hvordan søker kommunene å koordinere sine tjenester til innbyggere med psykiske problemer? | 31 |
| 2.3.1 Koordinerende tiltak i kommunalt psykisk helsearbeid .. | 31 |
| 2.3.2 Er det en sammenheng mellom organisasjonsmodell og koordinerende tiltak i kommunene? | 35 |
| 2.4 Bredde og samarbeidsrelasjoner i kommunalt psykisk helsearbeid | 40 |
| 2.4.1 Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helse- arbeidet? | 40 |
| 2.4.2 Sammenhengen mellom organisasjonsmodell og bredde i det psykiske helsearbeidet | 44 |
| 2.4.3 Oppfattes organisering og manglende samarbeid som hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen? | 48 |
| 2.4.4 Hva betyr organiseringsmodell for rekruttering og kompetanseheving? | 51 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 2.5 | Hva betyr organisasjonsmodell for samarbeid utenfor kommunen? | 53 |
| 2.5.1 | Hva betyr organisering for samarbeidet med brukerorganisasjonene? | 53 |
| 2.5.2 | Hva betyr organisering for samarbeid med andre kommuner? | 54 |
| 2.5.3 | Hva betyr organisering for samarbeid med 2. og 3. linjen? | 55 |
| 2.5.4 | Hva betyr organisering for samarbeidet med statlige instanser? | 58 |
| 2.6 | Oppsummering | 62 |
| 3 | Organiseringen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge | 63 |
| 3.1 | Overordnet organisering av arbeidet rettet mot barn/ unge | 63 |
| 3.2 | Koordinerende tiltak i kommunenes arbeid for barn og unge | 66 |
| 3.2.1 | Utbredelsen av koordinerende tiltak | 66 |
| 3.2.2 | Sammenheng mellom organisasjonsmodell og koordinerende tiltak i kommunenes arbeid for barn og unge | 69 |
| 3.3 | Bredden i det psykiske helsearbeidet for barn og unge .. | 72 |
| 3.3.1 | Hvilke tjenester involveres i arbeidet? | 72 |
| 3.3.2 | Sammenheng mellom organiseringsmodell og bredde i engasjement og samarbeid i psykisk helsearbeid blant barn og unge | 74 |
| 3.4 | Samarbeid med andre instanser om tjenester til barn og unge | 76 |
| 3.5 | Oppsummering | 78 |
| 4 | De sårbare småkommunene | 79 |
| 4.1 | Innledning | 79 |
| 4.2 | Overordnet organisering | 81 |
| 4.3 | Koordinerende tiltak i det psykiske helsearbeidet | 83 |
| 4.3.1 | Koordinerende tiltak på systemnivå | 83 |
| 4.3.2 | Koordinerende mekanismer på individnivå | 85 |
| 4.4 | Betyr kommunestørrelse noe for bredden i involveringen i psykisk helsearbeid? | 90 |
| 4.5 | Samarbeid mellom kommunen og eksterne instanser | 92 |
| 4.5.1 | Interkommunalt samarbeid | 92 |
| 4.5.2 | Samarbeid med 2. og 3. linjen | 95 |
| 4.5.3 | Samarbeidet med brukerorganisasjonene | 104 |
| 4.6 | Fagmiljøet i kommunene | 106 |
| 4.7 | Oppsummering | 109 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 5 | Konklusjoner..... | 111 |
| 5.1 | Tjenester for voksne innbyggere..... | 111 |
| 5.2 | Psykisk helsearbeid blant barn og unge..... | 112 |
| 5.3 | Er små kommuner særlig sårbare?..... | 113 |
| 5.4 | Avsluttende refleksjoner..... | 113 |
| | Litteratur..... | 116 |
| Vedlegg 1 | Frafallsanalyse..... | 119 |
| Vedlegg 2 | Spørreskjema I-III..... | 124 |
| Vedlegg 3 | Spørreskjema IV..... | 145 |

Tabelloversikt

| | | |
|------------|--|----|
| Tabell 2.1 | Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid | 30 |
| Tabell 2.2 | Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon). | 32 |
| Tabell 2.3 | Antall innbyggere med individuell plan blant kommuner som sier de gir tilbud om individuell plan. .. | 34 |
| Tabell 2.4 | Andel kommuner som har koordinator (for voksne) med ulike funksjoner, etter organisasjonsmodell. Prosent..... | 37 |
| Tabell 2.5 | Koordinering på systemnivå, tjenester for voksne med psykiske problemer. Gjennomsnitt (0=ingen koordineringsfaktorer; 9=alle koordineringsfaktorer). Koordinatorer og tverrfaglige team..... | 38 |
| Tabell 2.6 | Koordinering på individnivå, tjenester for voksne med psykiske problemer. Gjennomsnitt (0=ingen koordineringstiltak; 7=alle koordineringstiltak). Koordinatorer, tverrfaglige team og grupper, individuell plan, ansvarsgrupper, annen koordineringsmodell, primærkontakter. | 40 |
| Tabell 2.7 | Hvilke tjenesteområder er involvert i det psykiske helsearbeidet? Prosent kommuner som nevner ulike tjenester, generelt (voksne), i planarbeid (voksne og voksne/barn) og i tverrfaglige team (voksne og voksne/barn)? | 42 |
| Tabell 2.8 | Respondentenes vurdering av samarbeidet med ulike kommunale instanser. Prosent. N=263..... | 43 |
| Tabell 2.9 | Hvor mange kommunale tjenester er sterkt involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne, i tverrfaglige team og i planarbeid Gjennomsnitt generelt (0=ingen tjenester; 5=alle tjenester). Gjennomsnitt tverrfaglig team og planarbeid (0=ingen tjenester; 9=alle tjenester). Evt. enhet for psykisk helse er ikke tatt med..... | 45 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabell 2.10 | Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent av kommunene som svarer 'i stor grad involvert' | 46 |
| Tabell 2.11 | Hvilke tjenester er involvert i planarbeidet? | 47 |
| Tabell 2.12 | Vurdering av samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, etter organisasjonsmodell. Prosent som sier samarbeidet er "svært godt". N=220-237..... | 48 |
| Tabell 2.13 | Respondentenes vurdering av ulike hindringer for arbeidet med Opptappingsplanen i egen kommune. Prosent. N=250-261 | 49 |
| Tabell 2.14 | Er organiseringen av det psykiske helsearbeidet en hindring for arbeidet med Opptappingsplanen? Prosent..... | 50 |
| Tabell 2.15 | Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptappingsplanen? Gjennomsnitt..... | 52 |
| Tabell 2.16 | Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? | 52 |
| Tabell 2.17 | Avhenger samarbeidet med brukerorganisasjonene av organiseringsmodell? Prosent..... | 53 |
| Tabell 2.18 | Inngår kommunen i noe faglig samarbeid med andre kommuner, etter organisasjonsmodell. Prosent..... | 54 |
| Tabell 2.19 | Avhenger interkommunalt tjenestesamarbeid av organiseringsmodell? Prosent | 55 |
| Tabell 2.20 | Er det noen sammenheng mellom organiseringsmodell og samarbeid med Aetat? Prosent..... | 59 |
| Tabell 2.21 | Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og trygdekontoret? Prosent | 60 |
| Tabell 2.22 | Hvordan oppfattes rådgiverne hos fylkeslegen? Prosent som svarer at rollen fylles "i stor grad"..... | 61 |
| Tabell 3.1 | Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt..... | 65 |
| Tabell 3.2 | Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? | 68 |
| Tabell 3.3 | Har kommunen person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) for barn/ unge på systemnivå, etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn/unge (Prosent) | 70 |
| Tabell 3.4 | Har kommunen etablert ansvarsgrupper som metode for å samordne kommunens psykiske helsearbeid for barn og unge, etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn/unge (Prosent)..... | 70 |

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabell 3.5 | Har kommunen tverrfaglige team for barn og unge med problemer relatert til psykisk helse, etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn/unge (Prosent) | 71 |
| Tabell 3.6 | Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?..... | 72 |
| Tabell 3.7 | Hvilke tjenesteområder er representert i det tverrfaglige teamet? N=116 (team med ansvar for barn evt. fellesteam voksne/barn) | 73 |
| Tabell 3.8 | Hvor mange kommunale tjenester er noe eller sterkt involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, etter organisasjonsmodell for barn/unge. Gjennomsnitt (0=ingen tjenester; 9=alle tjenester). Evt. enhet for psykisk helse er ikke tatt med. | 75 |
| Tabell 3.9 | Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Prosent av kommunene som svarer at tjenesten i stor grad er involvert | 76 |
| Tabell 3.10 | Hvilke oppgaver ivaretar det ambulerende teamet overfor kommunen? Prosent av kommuner som oppgir at de får besøk av ambulerende team..... | 77 |
| Tabell 3.11 | Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til enkeltbrukere blant barn og unge? | 77 |
| Tabell 4.1 | Organisering av det psykiske helsearbeidet, etter kommunestørrelse. Prosent | 82 |
| Tabell 4.2 | Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) på systemnivå? Prosent..... | 84 |
| Tabell 4.3 | Andel kommuner som har koordinator (for voksne) med ulike funksjoner. Prosent..... | 84 |
| Tabell 4.4 | Har kommunen et tverrfaglig team på administrativt nivå som har psykisk helsearbeid innenfor sitt ansvarsområde? Prosent | 85 |
| Tabell 4.5 | Andel kommuner som ikke har etablert ulike koordinerende tiltak på individnivå. Prosent av kommuner som har besvart de ulike spørsmålene | 86 |
| Tabell 4.6 | Får kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse tilbud om individuell plan, etter kommunestørrelse. Prosent | 87 |
| Tabell 4.7 | Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor voksne brukere med psykiske lidelser, etter kommunestørrelse. Prosent | 88 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabell 4.8 | Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse, etter kommunestørrelse. Prosent | 89 |
| Tabell 4.9 | Oppnevner kommunen primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker? Prosent..... | 89 |
| Tabell 4.10 | Antall tjenester involvert i psykisk helsearbeid generelt, i tverrfaglige team og i planarbeid, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt | 90 |
| Tabell 4.11 | Vurdering av samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid. Prosent som sier samarbeidet er ”svært godt” | 91 |
| Tabell 4.12 | Respondentenes vurdering av hvor mange relevante tjenester som samarbeider ”svært godt”, etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt | 92 |
| Tabell 4.13 | Samarbeider kommunen med andre kommuner om tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser? Prosent av kommunene som har besvart de ulike spørsmålene. N=254..... | 93 |
| Tabell 4.14 | Har kommunen et faglig samarbeid med andre kommuner når det gjelder det psykiske helsearbeidet? Prosent..... | 94 |
| Tabell 4.15 | Får kommunen besøk av såkalte ambulerende team fra 2. linjetjenesten? Prosent | 96 |
| Tabell 4.16 | Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjen, etter kommunestørrelse. Voksne. Prosent | 96 |
| Tabell 4.17 | Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjen, etter kommunestørrelse. Barn og unge. Prosent | 97 |
| Tabell 4.18 | Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale på administrativt nivå mellom kommunen og 2. linjetjenesten? Prosent (N=254)..... | 98 |
| Tabell 4.19 | Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus eller sykehjem? Prosent..... | 99 |
| Tabell 4.20 | Hvordan vurderer du voksne innbyggers tilgang på 2. linjetjenester? Prosent | 100 |
| Tabell 4.21 | Hvordan vurderer du barn og unge innbyggers tilgang på 2. linjetjenester? Prosent | 100 |
| Tabell 4.22 | Har Opptappingsplanen ført til bedre tjenester for følgende grupper i din kommune? Prosent som svarer ”Vesentlig bedre tilbud” (N=227-235)..... | 101 |
| Tabell 4.23 | Samarbeider kommunen med Aetat? Prosent (N=254)..... | 102 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabell 4.24 | Samarbeider kommunen med trygdekontoret? Prosent (N=254)..... | 103 |
| Tabell 4.25 | I hvilken grad fyller rådgiveren for Opptrappings- planen hos fylkeslegen følgende roller i forhold til din kommune? Prosent som svarer ”I stor grad” (N=221- 231) | 104 |
| Tabell 4.26 | Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Prosent (N=254)..... | 105 |
| Tabell 4.27 | Hvor enig/uenig er du i påstandene om fagmiljøet i din kommune? Prosent som svarer ”Helt enig”. (N=230-239)..... | 107 |
| Tabell 4.28 | Hvor viktig er følgende faktorer som hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen i kommunen, etter kommunestørrelse. Prosent som svarer ”Svært viktig” | 108 |
| Tabell v.1 | Andel kommuner som har besvart spørreskjema, etter fylke | 120 |
| Tabell v.2 | Andel kommuner som har besvart spørreskjemaet, etter størrelse. Prosent | 121 |
| Tabell v.3 | Gjennomsnittlig score på en del økonomiske, sosiale og demografiske indikatorer, etter om kommunen har svart på spørreskjemaet (N=434) | 122 |

Sammendrag

Trine Monica Myrvold

Tilbudet til mennesker med psykiske problemer

Kommunenes arbeid med integrering og koordinering av tjenestetilbudet

NIBR-rapport: 2004:12

Rapporten analyserer data fra en spørreskjemaundersøkelse til norske kommuner om organisering, samordning og samarbeid innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet. Følgende spørsmål blir belyst:

- I hvilken grad har kommunene valgt en integrert modell for organisering av tjenestene? I hvilken grad er det etablert 'særtjenester' for denne gruppen?
- Hvilke tiltak for koordinering av tjenester er iverksatt, og på hvilket *nivå* (systemnivå, individnivå) skjer eventuell samordning og samarbeid?
- Har organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet betydning for koordineringstiltak og fagmiljø?
- Har organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet betydning for hvilke tjenester som er involvert i ulike deler av dette arbeidet og for samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene?
- Har organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet betydning for samarbeidsrelasjonene til andre kommuner, til andrelinjetjenesten og til relevante statlige instanser forøvrig?
- Eksisterer det særskilte utfordringer i det psykiske helsearbeidet for barn og unge når det gjelder organisering, koordinering og bredde i tjenestenes involvering?
- Hvordan løser de minste kommunene sine oppgaver knyttet til psykisk helsearbeid? Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor i organiseringen av dette arbeidet?

Tjenester for voksne innbyggere

Det er foreløpig bare et fåtall kommuner som har valgt å følge de klare anbefalingene i Opptrappingsplanen om å integrere tjenestene for innbyggere med psykiske problemer i det ordinære tjenesteapparatet. Gruppen av kommuner som har valgt en integrert modell viser stor variasjon mht størrelse, bosettingsstruktur og økonomi. Dette kan skyldes at den integrerte modellen ikke utgjør en entydig modell, i og med at kommunenes organisering av det ordinære tjenestetilbudet varierer.

Det synes å være flere koordinerende tiltak i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid enn i kommuner med integrerte tjenester. Dette gjelder både på systemnivå og individnivå. Hvorvidt kommuner som ikke har integrert det psykiske helsearbeidet i det ordinære tjenesteapparatet har større behov for slike samordningstiltak, eller om de har et mer konsentrert fagmiljø med større gjennomføringskraft for å etablere tiltak, vet vi foreløpig ikke.

Analysene tyder på – i pakt med forventningene – at det er en bredere representasjon av tjenester og et bredere samarbeid mellom tjenester innenfor det psykiske helsearbeidet i kommuner med integrert modell sammenliknet med andre modeller. Forskjellene mellom kommuner med ulike modeller er imidlertid små, og resultatene krever nærmere oppfølging i videre studier.

Det er også noe større bredde i rekruttering og opplæring av personell i kommuner der det psykiske helsearbeidet er integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat. Likevel ser vi at også i disse kommunene er det primært helse- og sosialfaglige tjenester som dominerer dette arbeidet. Skolene, barnehagene og den kommunale kultursektoren er i liten grad aktive deltakere i det psykiske helsearbeidet.

De av våre respondenter som selv jobber i kommuner med integrerte tjenester er i større grad enn andre respondenter misfornøyd med eget fagmiljø. Flere mener at organiseringen av tjenestene utgjør en hindring i arbeidet med Opptrappingsplanen i kommunen.

Psykisk helsearbeid blant barn og unge

Organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge varierer sterkt mellom kommunene. Det er flere kommuner som har valgt en integrert modell for dette arbeidet blant barn og unge sammenliknet med hva vi fant for voksne innbyggere med psykiske problemer. Hovedinntrykket er at det psykiske helsearbeidet for yngre aldersgrupper har en mer diffus forankring i mange kommuners organisasjon.

Mange kommuner har valgt å la de enhetene, tjenestene og tiltakene som benyttes for voksne innbyggere også ha ansvar for barn og unge med psykiske problemer. Det er imidlertid et større spekter av tjenester involvert i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge sammenliknet med arbeidet for voksne. Helsestasjons-/skolehelse-tjenesten, barnevernet og PPT oppleves som sentrale aktører. Men heller ikke for barn og unge sees kultursektoren som særlig engasjert i det psykiske helsearbeidet.

Våre data tyder på at det er svært få barn og unge som får utarbeidet en individuell plan. Både på individ- og systemnivå er det relativt få kommuner som har etablert koordinerende tiltak for barn og unge.

Er små kommuner særlig sårbare?

Over halvparten av alle norske kommuner har under 5000 innbyggere. Tjenestene for små grupper av befolkningen kan være særlig sårbare i kommuner med så lavt befolkningsgrunnlag. Fagmiljøene blir svært små, og muligheten for å opparbeide seg et erfaringsgrunnlag om relativt sjeldne tilstander blir også liten.

Småkommunene mener at det er et problem at fagmiljøet innenfor psykisk helse i kommunen er for lite, og de mener arbeidet med Opptappingsplanen hemmes av rekrutteringsproblemer, ustabilitet i personalet samt personell-, kompetanse- og ressursmangel. I små kommuner vurderes Opptappingsplanen i mindre grad å bidra til å styrke ulike sider ved fagmiljøet.

De minste kommunene synes jevnt over å ha litt færre koordinerende tiltak og mindre bredde i involveringen i det psykiske helsearbeidet enn større kommuner. Samtidig opplever de at samarbeidet mellom tjenestene fungerer bedre. Småkommunene er også stort sett mer fornøyd med innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester.

Respondenter fra de minste kommunene gir uttrykk for at samarbeid med instanser utenfor kommunen er viktig, men det er få kommuner som klarer å etablere slikt samarbeid. Det er særlig interessant å merke seg at rådgiveren for Opptappingsplanen hos fylkeslegene synes å spille en betydelig mindre markant rolle i småkommunene sammenliknet med større kommuner. En kan spørre seg om de minste kommunene klarer å nyttiggjøre seg den ressursen som rådgiverne kan representere.

Nesten halvparten av kommunene sier de har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene. Manglende samarbeid er særlig utbredt i kommunene med under 5000 innbyggere. Syv av ti av de minste kommunene samarbeider i liten grad med brukerorganisa-

sjonene. Samtidig er det er relativt mange – over 1/3 – av de største kommunene som synes samarbeidet med brukerorganisasjonene er vanskelig. Det synes å være i de mellomstore kommunene samarbeidet oppleves som best, sett fra kommunens side.

Avsluttende refleksjoner

Hvilken betydning organiseringen av det kommunal psykiske helsearbeidet har for samordning og samarbeid er foreløpig usikker. Det er etter vårt syn ikke uten videre gitt at integrering av tjenestene rettet mot innbyggere med psykiske problemer med nødvendighet innebærer større samordning av tjenestene, eller at det psykiske helseperspektivet i sterkere grad preger det kommunale tjenesteapparatet.

Kommunene står overfor flere store utfordringer hvis de skal klare å realisere målet om et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk for innbyggere med psykiske problemer. Utfordringene er knyttet både til organiseringen av tjenestetilbudet og til utvidelsen av kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet. I det videre arbeidet vil det etter vårt syn blant annet være viktig å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan ivaretas samordning i integrerte modeller i kommuner der det ordinære tjenesteapparat er fragmentert? Innebærer denne modellen en tilstrekkelig klar forankring av arbeidet? Betyr integrerte tjenester en svekkelse av fagmiljøet ved at det splittes opp? Makter en integrert tjeneste å hevde seg i konkurransen med andre kommunale oppgaver om oppmerksomhet og økonomiske ressurser?
- Hvordan forholder ulike modeller for organisering seg til de innbyggerne de skal betjene? Innebærer etableringen av egne enheter for psykisk helsearbeid et større behov for å definere klare målgrupper for virksomheten, og gir dette økt fare for at enkelte mennesker med behov for tjenester defineres ut?
- Finnes det gode modeller for organisering av tjenestene for barn og unge blant kommunene? Hvordan sikrer kommunene en klar forankring av det psykiske helsearbeidet for denne gruppen?
- Makter de minste kommunene å gi et tilfredsstillende tilbud til innbyggere med psykiske problemer, og klarer de å trekke veksler på erfaring og kompetanse utenfor egen kommune – hos nabokommuner, andrelinjen og andre statlige instanser?

Summary

Trine Monica Myrvold

Help for people with mental health problems.

What local authorities are doing to ensure integrated and coordinated services

NIBR Report 2004:12

In this report we analyze data obtained through a questionnaire sent to every Norwegian local authority concerning the manner in which they organize and coordinate their mental health services and promote cooperation.

We ask the following questions:

- To what degree have local authorities opted for an integrated approach to service organization, and effected 'special services' for this group of people?
- What steps are local authorities taking to promote coordination and collaboration across the services, and at which *level*, i.e., at the level of the system or the individual?
- Has the organization of municipal mental health work any impact on which services are involved in the different areas of this work, and on inter-service collaboration?
- What impact, if any, does the organizational set-up of local authorities' mental health service provision have on professionalization and the professional community?
- In what way does the organization of municipal mental health work affect collaboration with other local authorities, with second-line services and relevant central government bodies?
- What are the challenges facing mental health work for children and adolescents in terms of organizational structure, coordination and breadth of service involvement?

- How do the smallest local authorities meet their mental health service obligations? What are the challenges they face to organize this work?

Mental health services for adults

Up to now, only a minority of local authorities have decided to follow-up the plain recommendations in the National Programme for Mental Health (Norw.: Opptrappingsplanen) to integrate services for people with mental health problems with mainstream service provision. The set of local authorities that has opted for the integrated approach varies widely in terms of size, habitation structure and economy. The cause may be that the integrated approach is not a unified approach, given the variation in local authorities' organization of their mainstream health services.

It appears that local authorities with a separate mental health unit or service have more coordinating mechanisms in place than local authorities with integrated services. This applies both to the system and individual level. At present we are unable to say whether local authorities that have not integrated their mental health services in the mainstream apparatus are in greater need of such coordinative mechanisms, or whether they have a stronger professional community with the capacity to establish such mechanisms.

The analyses indicate – as expected – a wider range of services and inter-service collaboration on mental health in local authorities which practise the integrated model, compared to other models or approaches. Differences between models in this respect are, however, rather small. We also find more expansive staff recruitment and training where mental health is part of the mainstream service system. That said, we also note that health and social services tend to predominate in this area. Schools, children's day-care provision and the cultural sector are less active participants in mental health work.

We find that respondents who themselves work in municipalities with integrated services tend to register a greater sense of dissatisfaction with their own professional community. Several of them feel that the manner in which the services are organized actually hampers efforts to implement the National Programme.

Mental health services for children and adolescents

Local authorities vary widely in their organization of mental health services for children and adolescents. More local authorities have opted for an integrated approach to mental health provision for children and adolescents than for the adult population. In general, it

seems that the organizational structure of mental health work for younger age-groups is more diffuse in many local authorities.

A large proportion of local authorities give the adult-targeted units, services and schemes responsibility also for children and adolescents with mental health problems. There is, however, a wider range of services involved in mental health work for children and adolescents than for the adult population. Health centres, the school health and psychology services and child protection services appear to play a leading role. But also here we find a general lack of engagement on the part of the cultural sector in mental health work.

Our data indicate that the number of children and adolescents for whom an individualized plan is worked out is very low indeed. Both at the system-wide and individual level, relatively few local authorities have taken steps to coordinate mental health work among children and adolescents.

Are small municipalities particularly vulnerable?

More than 50 per cent of local authorities in Norway have fewer than 5,000 inhabitants. Services for small population groups are often particularly vulnerable where the population basis is so threadbare. The number of professionals will generally be very small, and there is small chance to develop expertise and gain experience from dealing with relatively uncommon conditions and disorders.

Small municipalities themselves say that diminutive professional resources are a problem. They add that recruitment problems, staff unpredictability and the general lack of competence, personnel and resources impede work to carry out the National Programme. Moreover, small municipalities say that the National Programme has not strengthened the different parts of the professional community to any noticeable degree.

These small municipalities also appear in general to have fewer coordinating mechanisms in place and a less expansive involvement in mental health work than we find in larger municipalities. But, in contrast to larger local authorities, collaboration between services in the smaller municipalities appears to be better, and they feel generally happier with the greater ease of public access to the second-line services.

Respondents in the smallest municipalities note the importance of cooperation with bodies outside the municipality, but few of them succeed in this area. It is particularly interesting to note that the National Programme consultant at the office of the Chief County

Medical Officer appears to play a less prominent role in small municipalities than in large ones. There may be reason to ask if the smallest municipalities have the capacity to make good use of the resources these consultants represent.

Almost 50 per cent of local authorities report little or no collaboration with user organizations. This absence of cooperation is particularly evident in municipalities with populations under 5,000. Seven out of ten of these municipalities work only to a modest degree with user organizations. At the same time, a relatively large proportion – more than a third – of the largest municipalities report difficulties working together with user organizations. It appears that the medium-sized municipalities enjoy the best relations with user organizations, from the point of view of the municipalities, that is.

Concluding remarks

What the impact of local authorities' organizational approach to mental health service provision on coordination and cooperation is, remains a moot point. We are not convinced as yet that integrating services for members of the public with mental health problems brings wider service harmonization, or that mental health concerns are taken more seriously more widely across local services.

Several challenges need to be overcome if local authorities are to succeed in delivering a coherent, coordinated treatment network for people with mental health problems. There are challenges in terms of service organization and competence building in the mental health area. We believe that the following questions will require urgent attention in the future.

- How do local authorities with fragmented mainstream service provision attend to harmonization needs? Does the model represent a feasible spring point for these efforts? Are integrated services synonymous with falling competence levels as the professional community is split up? Will an integrated service manage to compete with other local responsibilities for attention and economic resources?
- How do the various organizational approaches interface with the public they are meant to serve? Does the introduction of special mental health units mean that target groups need to be defined more distinctly? And might not this involve a risk of excluding certain people in need of help?

- Are there good models of service organization for children and adolescents among local authorities? How may local authorities ensure a firm basis for mental health work for this group?
- Do the smallest municipalities have the capacity to provide adequate services for members of the public with mental health problems? And do they have the wherewithal to make use of outside experience and expertise, among neighbouring local authorities, second-line services and other central government bodies?

1 Innledning

1.1 Opptrappingsplanens mål om et helhetlig og integrert tjenestetilbud

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.” Et helhetlig tilbud innebærer at kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet utvides. 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. Disse forholdene sees som vesentlige for å fremme uavhengighet, selvstendighet og mestring.

Med flere tjenester involvert i det psykiske helsearbeidet øker også behovet for at de ulike tjenestene samordnes og samarbeider. Samordningen må skje både mellom kommunale tjenesteenheter og mellom kommunale tjenester og tjenester fra relevante statlige instanser. Opptrappingsplanens vektlegging av helhet og integrering innebærer slik sett:

- Økt *bredde* i tilbudet – flere typer tjenester fra flere sektorer
- Økt *samordning* mellom tjenestene, og mellom tjenester fra ulike forvaltningsnivåer

Rapporten belyser disse to elementene i det kommunale psykiske helsearbeidet. Hvordan har kommunene organisert arbeidet sitt? Hvordan skjer eventuell samordning og samarbeid innenfor det

psykiske helsearbeidet, og hvilke tjenester er involvert? Hvilken betydning har kommunenes organisering av tjenestene for bredden i engasjement, kontakt og kompetanseoppbygging? Rapporten studerer tjenestene for voksne og for barn/unge, og ser spesielt på hvorvidt størrelsen på kommunen har betydning for tjenestetilbudets organisering, samordning og bredde.

1.2 Vekt på desentralisering av tjenester

Satsingen på utbygging av de kommunale tjenestene for mennesker med psykisk problemer startet for alvor på midten av 1990-tallet, og skjøt fart med Opptappingsplanen. Utviklingen må sees i lys av en sterk nasjonal og internasjonal trend i retning av å bygge ned institusjoner for folk med behov for hjelp, og heller styrke det lokale tilbudet til disse gruppene. Nedbyggingen av institusjonsplasser hadde vært sterk helt fra midten av 1970-tallet, men kommunenes tilbud til innbyggere med psykiske lidelser var ikke tilsvarende styrket (Almvik 2000a:16). Opptappingsplanens utgangspunkt var en situasjon der flere undersøkelser hadde vist at forholdene for denne gruppen langt fra var tilfredsstillende (Almvik 2000a:16).

Ramsdal og Ludvigsen (1998) trekker opp tre mulige fremtidsbilder for utviklingen av den kommunale psykiatrien:

1. Kommunene kan utvikle totale psykiatriske systemer i mini-format. Gjennom rekruttering av spesialister som psykologer og psykiatere, i tillegg til psykiatriske sykepleiere, miljøarbeidere og andre faggrupper, etableres en slags spesialisttjenester som gir et avansert og differensiert tilbud til innbyggere med psykiske lidelser
2. Kommunene kan integrere tiltak og tjenester for innbyggere med psykiske lidelser i de eksisterende tjenestestrukturer, slik at det ikke etableres spesielle opplegg for denne gruppen. De vanlige problemløsningsmekanismene vil benyttes også for denne "nye" klientgruppen
3. Kommunens arbeid med innbyggere med psykiske problemer baseres på normaliseringsidealet. Normaliseringsparadigmet kan betraktes som et radikalt alternativ til det pleie- og omsorgs-paradigmet som sykepleiefaget representerer, og som bryter med de spesialiseringstendenser og de institusjonaliserte formene som tradisjonelt har vært dominerende i den kommunale helse- og sosialsektoren

Hvilken eller hvilke av disse alternative utviklingsretningene vi vil se i kommunenes psykiske helsearbeid i tiden fremover, er ikke gitt. Som vi skal drøfte nærmere i neste avsnitt, legger både Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* og Opptappingsplanen for psykisk helse betydelig vekt på normalisering av livssituasjonen for mennesker med psykiske problemer. Opptappingsplanen inneholder dessuten en klar anbefaling om at kommunene *ikke* skal etablere særtjenester eller særomsorg for denne gruppen av innbyggere. Likevel synes ikke et mer entydig og forpliktende normaliseringsbegrep å være bygget inn i reformen, og kommunene utsettes ikke for statlige sanksjoner hvis de utvikler nye typer av "særomsorg". Det er heller ikke økonomiske insentiver forbundet med å velge en integrert løsning fremfor andre løsninger i utviklingen av det kommunale psykiske helsearbeidet. Normen om at kommunene har full frihet til å organisere sine egne tjenester, står sterkt. Virkemidlene for å oppnå målet om "normalisering" er derfor langt på vei overlatt til kommunene å bestemme. Kommunenes tolkningsrom øker trolig også av at sentrale begreper i Opptappingsplanen – begreper som integrering, normalisering og særomsorg – gjennomgående er ganske uklart definert fra departementet side (Robberstad 2002:83).

1.3 Normalisering av livssituasjonen for mennesker med psykiske problemer

Nedbyggingen av institusjonsplasser til fordel for kommunale bo- og behandlingstilbud er blant annet motivert ut i fra målsetningen om å skape en mest mulig normal livssituasjon for mennesker med ulike typer funksjonshemninger og lidelser. Ved å gi et tilbud i folks nærmiljø, vil de kunne opprettholde og styrke kontakt med familie og nettverk som ville kunne gå tapt ved langvarig institusjonsopphold.

I perioden før Opptappingsplanen var det kommunale arbeidet på dette området i all hovedsak knyttet til pleie- og omsorgsetaten i kommunene, i tillegg til det ansvaret som var og er tillagt allmennlegene. Psykiatriske sykepleiere har utgjort den dominerende profesjonen, og tjenestene har vært sterkt influert av et sykepleiefaglig paradigme (Ramsdal og Ludvigsen 1998). Utviklingen av Opptappingsplanen innebar at det ble stilt spørsmål ved dette paradigmets dominans. Mange så et klart behov for å utvide perspektivene på tjenestene for mennesker med psykiske lidelser, i tråd med målet om å normalisere deres levekår og integrere dem i deres lokale miljø. Normalisering betyr at mennesker med ulike problemer eller lidelser så langt det er mulig settes i stand til å leve "et

godt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av” (St.prp. nr. 63 (1997-98)).¹

Normaliseringsperspektivet ble først utviklet i forbindelse med omsorgen for psykisk utviklingshemmede fra slutten av 1950-tallet, men har over tid blitt et viktig prinsipp også i forhold til andre funksjonshemninger. Tradisjonen kan sees som en utvidelse av tankegangen bak den nordiske velferdsstaten, med sin vektlegging av universalisme og rettigheter. Hovedbudskapet er at alle medborgere i samfunnet har rett til en normal, vanlig livssituasjon. Prinsippet er konkretisert som rett til normale levekår, normal døgnrytme og en normal livssyklus (Askheim 2003:26). Normaliseringsbegrepet er tuftet på oppfatningen av at alle personer har lik verdi og samme rettigheter (Borge 2000b:53). En konsekvens av normaliserings-tankegangen er at hjelp og tjenester skal ytes av det offentlige velferdsapparatets vanlige tjenester. Målet er å bygge opp mest mulig normale og integrerte livsformer for innbyggere med ulike funksjonshemninger, for å hindre segregering og stigmatisering (Borge 2000b:55).

Opptrappingsplanen går ganske langt i å hevde prinsippet om at mennesker med psykiske lidelser skal ”normaliseres”. Planen erkjenner at det kan være behov for å gi et mer spesialisert tilbud – i form av akutt-/døgnplasser eller institusjonsplasser – i visse faser av et sykdomsforløp, men det legges stor vekt på at slik behandling skal samordnes med det tilbudet som gis av kommunene.

Opptrappingsplanen spesifiserer ikke hvordan samordning internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten skal skje. Planen nøyer seg med å understreke at ”Organiseringen av tjenestene (...) ikke (skal) føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser”. Det er kommunens *ordinære tjenesteapparat* som skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser. Tjenestene til innbyggere med psykiske problemer skal ytes innenfor de organisasjonsformer kommunen har valgt for sine øvrige tjenester.

¹ En kortfattet og god gjennomgang av normaliseringsbegrepets ulike retninger, gis i Ramsdal og Ludvigsen (1998). Se Askheim (2003) for en grundig redegjørelse og drøfting av normaliseringsideologien.

1.4 Kommunal organisering – variasjon og fragmentering

Når Opptrappingsplanen vektlegger at tjenestene til innbyggere med psykiske lidelser skal ytes innenfor de organisasjonsformer kommunene har valgt for sin ordinære tjenesteyting, betyr ikke dette at det anbefales én enkelt modell for arbeidet. Kommuneleien av 1992 gir kommunene stor frihet til selv å finne en hensiktsmessig organisasjonsform for sin tjenesteproduksjon. Til tross for en del klare trender og ”moter” (Vabo og Stigen 2004), preges det kommunale organisatoriske landskap av stadig større variasjon. Variasjonen mellom kommuner forsterkes av at kommunene er av svært ulik størrelse, fra Utsira med omtrent 250 innbyggere til Oslo med drøye 500 000. En integrert modell for psykisk helsearbeid vil derfor variere i tråd med det store mangfoldet av organisatoriske løsninger som eksisterer i kommunesektoren i dag.

Opptrappingsplanen ser ut til å forutsette at en integrert modell for det psykiske helsearbeidet vil bidra til å samordne tjenestene for brukerne. Idealet om integrerte tjenester innebærer at alle tjenester som potensielt kommer i kontakt med personer med psykiske problemer, samt tjenester som skal virke til å forebygge psykiske lidelser, skal ha kompetanse på og ta ansvar for problemstillinger knyttet til psykisk helse. Ved at psykisk helsearbeid inngår som en del av det ordinære tjenesteapparatet, vil problemstillinger knyttet til psykisk helse bli ivaretatt der de oppstår, enten dette er innenfor pleie og omsorg, kultursektoren, barnevernet eller skolene. Departementet og direktoratet ser ut til å anta at denne formen for integrasjon ikke kan forenes med å ha en egen enhet med spesielt ansvar for psykisk helsearbeid. Argumentasjonen synes å være at hvis en egen enhet eller tjeneste får slikt ansvar, vil andre relevante tjenester ikke føle samme forpliktelse til å ivareta behovene til denne befolkningsgruppen.

Det er imidlertid ikke gitt at integrering av tjenestene for psykisk syke innebærer at tilbudet blir helhetlig. Det er to hovedgrunner til dette. For det første er det generelt et åpent spørsmål i hvilken grad formell organisering har vesentlig effekt på de faktiske løsningene i det daglige arbeidet. Ulike organisasjonsteoretiske perspektiver er i varierende grad optimistiske når det gjelder sammenhengen mellom formell struktur og faktisk atferd (Scott 1981, Egeberg 1984, March and Olsen 1989). Undersøkelser har vist at profesjonsbaserte normer og innarbeidede rutiner vanskelig endres ved manipulering av organisatoriske rammer. Folk som er vant til å jobbe spesialisert, vil tendere til å fortsette med det, selv om organiseringen endres.

For det andre kan integrering i det ordinære tjenesteapparatet ha som følge at den faglige og organisatoriske oppsplittingen som kan observeres i mange kommuners helse- og sosialomsorg i dag, også vil prege arbeidet med mennesker med psykiske problemer. Stadig flere kommuner har de senere årene valgt å organisere all tjenesteyting i selvstendige enheter. En slik "flat modell" innebærer at hver enhet, for eksempel en skole, en barnehage eller et distrikt for hjemmebasert omsorg, vil ha eget resultatansvar og egen leder, som sorterer direkte under rådmannsnivået uten noe overordnet faglig lederskap. Et problem ved denne modellen er mangel på tverrgående kommunikasjonslinjer, og derved fragmentering av det kommunale tjenesteapparatet (Opedal et.al. 2002). Slik sett vil samordningsproblemer i det psykiske helsearbeidet kunne oppstå uavhengig av hvilken overordnet modell kommunen har valgt for arbeidet. Det sentrale blir da om det etableres koordinerende tiltak på tvers av enhetene. I rapporten undersøker vi spesielt om det er forskjeller mellom kommuner med integrert modell og kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid når det gjelder tiltak for samordning av tjenester, og når det gjelder bredden i tjenestetilbud, kompetanseoppbygging og rekruttering

1.5 Spørsmål for undersøkelsen

I rapporten søker vi å belyse følgende spørsmål knyttet til organisering og samordning av kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser:

1. I hvilken grad har kommunene valgt en integrert modell for organisering av tjenestene? I hvilken grad er det etablert 'særtjenester' for denne gruppen?
2. Hvilke tiltak for koordinering av tjenester er iverksatt, og på hvilket *nivå* (systemnivå, individnivå) skjer eventuell samordning og samarbeid på dette området?
3. Har organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet betydning for koordineringstiltak og fagmiljø?
4. Har organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet betydning for hvilke tjenester som er involvert i ulike deler av dette arbeidet og for samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene?
5. Har organiseringen av det kommunale psykiske helsearbeidet betydning for samarbeidsrelasjonene til andre kommuner, til andrelinjetjenesten og til relevante statlige instanser?

6. Eksisterer det særskilte utfordringer i det psykiske helsearbeidet for barn og unge når det gjelder organisering, koordinering og bredde i tjenestenes involvering?
7. Hvordan løser de minste kommunene sine oppgaver knyttet til psykisk helsearbeid? Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor i organiseringen av dette arbeidet?

De første fem problemstillingene blir behandlet i kapitlene 2 og 3. Kapittel 2 studerer i hovedsak organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne. Kapittel 3 tar opp de samme spørsmålene – i tillegg til spørsmål 6 – med spesielt fokus på hvordan kommunene har utformet sine tjenester rettet mot barn og unge med problemer relatert til psykisk helse.

Kapittel 4 belyser den siste problemstillingen, der vi ser om størrelsen på kommunen har betydning for organisering og samarbeid innenfor psykisk helsearbeid. Særlig fokus er satt på de minste kommunenes evne til å ivareta oppgavene innefor dette feltet.

Før vi går løs på analysekapitlene presenterer vi datamaterialet som ligger til grunn for studien.

1.6 Datamaterialet

Som nevnt innledningsvis er dataene som analyseres i notatet hentet fra en spørreskjemaundersøkelse sendt til alle norske kommuner i 2002. 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 2 og 3). Skjemaene ble utarbeidet av SINTEF Unimed og NIBR i fellesskap, med SINTEF Unimed som administrativt ansvarlig for utsendelse og koding.² Spørreskjemaene er sendt til kontaktperson/administrativt ansvarlig for psykisk helse-

² Rådgiverne hos fylkeslegene i hhv. Sør-Tøndelag, Arve Almvik, og Nord-Trøndelag, Kenneth Ledang, ga god hjelp ved utarbeidelsen av skjemaet. I tillegg til verdifulle råd og innspill satte de sammen en referansegruppe for arbeidet med spørreskjemaet bestående av Marianne Volden Westerhus (ledende helsesøster i Steinkjer kommune), Toril Skjørholm (psykiatrisk sykepleier i Levanger kommune), Odd Sverre Vestby (BUP-klinikk Sør-Trøndelag), Stig Antonsen (Trondheim kommune) og Marianne Noodt (Statens Helsetilsyn). Et utkast til spørreskjema ble sendt til koordinatorene for psykisk helsearbeid (eller tilsvarende) i 15 kommuner for kommentering.

arbeid i kommunen. Tilsvarende undersøkelser vil bli gjentatt to ganger i løpet av evalueringsperioden.

Knapt 60 prosent av kommunene returnerte spørreskjemaet i utfylt stand. Tatt i betraktning skjemaets omfang, må svarprosenten sees som tilfredsstillende. Frafallsanalyse av datamaterialet viser at det er relativt betydelige forskjeller mellom fylkene når det gjelder svarprosent (se vedlegg 1). Mens bare 38,5 prosent av kommunene i Sogn og Fjordane og 40 prosent av kommunene i Aust-Agder har besvart skjemaet, er tilsvarende for Sør-Trøndelag hele 87,5 prosent. Ingen landsdel er imidlertid spesielt over- eller underrepresentert i materialet. I snitt har de kommunene som har besvart spørreskjemaet noe høyere folketall enn de som ikke har svart, men utslagene for enkeltgrupper av kommuner er marginale. Når det gjelder sosiale indikatorer, som andel sosialhjelpsmottakere, årsverk i barnevernet, legeårsverk og andel aleneforsørgere, skiller svarkommunene seg ikke fra de kommunene som ikke har besvart spørreskjemaet. Levekårsindeksen er også så å si lik for de to gruppene av kommuner. Demografisk sett skiller heller ikke de kommunene som har returnert spørreskjemaet seg spesielt ut.

Selv om kommunene i utvalget synes representative for samtlige norske kommuner med hensyn til demografiske, økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer, kan det ikke utelukkes at det eksisterer skjevheter i materialet når det gjelder det psykiske helsearbeidet. Hvis det er slik at kommunene med den sterkeste organiseringen rundt dette arbeidet i større grad har besvart skjemaene, vil dataene gi et skjevt – kanskje mer optimistisk – bilde av kommunenes psykiske helsearbeid. 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 undersøkelsen. 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 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. Fokuset ligger i hovedsak 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. Vi har derfor i stor utstrekning valgt å kommentere resultatene med utgangspunkt i denne modellen. Analysegrunnlaget er imidlertid ikke stort for kommuner med integrerte tjenester (24 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.

I rapporten brukes begrepet ”psykisk helsearbeid” gjennomgående, for å understreke at vi legger til grunn en bred forståelse av hva som inngår i dette arbeidet. Dette er i tråd med departementets språkbruk når det gjelder det tilbudet som gis av kommunene (Borge 2000a:34). Likevel vil vi i rapporten av og til benytte begreper som psykiatri-tjenester, psykiatrimodell, etc. Denne språkbruken skyldes primært et behov for å variere og forenkle språket.

2 Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid i kommunene

2.1 Innledning

Som tidligere nevnt sier Opptrappingsplanen eksplisitt at utbyggingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene ikke bør skje ved at kommunene etablerer egne tjenester som bare er rettet mot innbyggere med psykiske problemer. Det psykiske helsearbeidet bør integreres i kommunens øvrige tjenestetilbud, ifølge Opptrappingsplanen. Det fremgår ikke av planen nøyaktig hvordan dette integrerte tilbudet skal utformes. Hvorvidt en integrert psykiatritjeneste også innebærer et samordnet tjenestetilbud, er dessuten et åpent spørsmål. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet. Som tidligere nevnt rettes oppmerksomheten særlig mot eventuelle sammenhenger mellom overordnet organisering på den ene siden og koordineringstiltak, samarbeidsrelasjoner og bredden i involveringen på den annen. Vi studerer også samarbeid med andre kommuner, andrelinjen og ulike statlige instanser.

2.2 Kommunens overordnede organisering av psykisk helsearbeid

Som tidligere nevnt springer ønsket om å integrere tjenestene for innbyggere med psykiske problemer ut fra tankegangen om normalisering av levekårene for denne gruppen. Tanken er at målet om å integrere den enkelte i lokalsamfunnet og unngå stigmatisering lettere kan oppnås gjennom å tilby tjenester gjennom det ordinære tjenesteapparatet. Styrking av de eksisterende tjenestene med kompetanse på

psykisk helsearbeid, vil dessuten kunne sikre et bredt engasjement på tvers av kommunale etater. Det er tidligere funnet at integrering av tjenestene kan gi gevinster i form av fleksibilitet, brukerorientering, samarbeid og informasjonsutveksling (Almvik 2000b:72-73).

Ulempene med en integrert modell kan være at psykisk helsearbeid blir mindre synlig som tjenesteområde i den kommunale kampen om ressurser, og at mennesker med psykiske lidelser kan tape når de ansatte må prioritere sin bruk av tid. En annen fare er at ansatte i det psykiske helsearbeidet ikke kommer i posisjoner hvor de får øve reell innflytelse på utviklingen av feltet, men må være avhengige av at lederne har den nødvendige faglige innsikten og viljen til å fremme det psykiske helsearbeidets interesser (Almvik 2000b:73). En integrert modell kan også innebære at ansatte med kompetanse i psykisk helsearbeid spres for tynt utover, slik at fagmiljøet svekkes i betydelig grad.

I spørreskjemaundersøkelsen til samtlige norske kommuner skisserte vi fire hovedmodeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet (se vedlegg 2, spm. 20 a):

- 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 eller hos helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. De etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid.
- 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.

Vi ba respondentene om å krysse av for den karakteristikken de mener beskriver organiseringen av tjenestene for voksne innbyggere i sin kommune best. Tabell 2.1 viser hvordan kommunene selv plasserer sin organisering av det psykiske helsearbeidet i forhold til de skisserte modellene.

Kommunenes svar gir en klar indikasjon på at det foreløpig er langt igjen før alle kommunene fullt ut har integrert tilbudet til voksne innbyggere med psykiske problemer i det ordinære tjenestetilbudet i kommunen (Tabell 2.1). Bare 24 av kommunene – 9 prosent – sier at de har organisert arbeidet på en slik måte. Blant de 24 kommunene som sier de har valgt en integrert løsning, er dessuten vårt inntrykk at det er stor variasjon i forhold til om dette faktisk er en bevisst valgt organisering, eller om det er krysset av på alternativet ”integreerte tjenester” fordi kommunen i liten grad har bygget opp tilbudet for denne gruppen av innbyggere.

Det store flertall av norske kommuner har valgt å samle tjenestene for innbyggere med psykiske problemer i en egen enhet for psykisk helsearbeid (modell 1), eller i en egen tjeneste innenfor en av kommunens ’hovedtjenester’ (modell 2). Blant kommunene med egen tjeneste for psykisk helsearbeid, har de fleste kommunene plassert tjenesten innenfor pleie og omsorg (53%), helsetjenesten (25%) eller sosialtjenesten (9%).

Tabell 2.1 *Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid*

| | Antall | Prosent |
|---|------------|------------|
| Modell 1: Egen enhet for psykisk helsearbeid | 42 | 17 |
| Modell 2: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 173 | 68 |
| Modell 3: Ansvar plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef | 11 | 4 |
| Modell 4: Integreerte tjenester | 24 | 9 |
| Ubesvart | 4 | 2 |
| Totalt | 254 | 100 |

I snitt har de kommunene som har en integrert modell for psykisk helsearbeid noe høyere folketall enn kommuner med andre organiser-

ingsformer. Men forskjellene mellom kommunene er store i den gruppen som har integrert modell (for en nærmere drøfting av kommunestørrelse, se kapittel 4). Det er med andre ord både svært små og svært store kommuner blant kommunene med denne organiseringen av det psykiske helsearbeidet (se også Tabell 4.1). Gjennomsnittlig har disse kommunene dessuten betydelig lengre interne reiseavstander enn andre kommuner, men også her er variasjonen blant kommunene med en integrert modell særlig stor. Det samme mønsteret gjør seg gjeldende med hensyn til kommuneøkonomien: kommunene med integrert modell har i snitt høyere driftsutgifter enn kommuner med andre modeller, men forskjellene mellom kommuner med integrerte psykiatritjenester er stor. Inntrykket er altså at gruppen av kommuner med integrert modell er svært sammensatt. Her finnes store og små kommuner, kommuner med tett og spredt bosetting, og rike og fattige kommuner.

2.3 Hvordan søker kommunene å koordinere sine tjenester til innbyggere med psykiske problemer?

De senere årene har det vært et stadig sterkere fokus på betydningen av å gi brukere av offentlige tjenester et helhetlig og samordnet tilbud. På kommunalt nivå ga dette ønsket seg bl.a. utslag i at den tidligere sektormodellen for tjenesteproduksjon i mange kommuner ble avløst av en modell dere flere tjenester rettet mot samme målgruppe ble organisert sammen, for eksempel i en "Oppvekstetat". New Public Management-tankegangen har imidlertid ført til at mange kommuner nå har valgt å organisere seg i en såkalt "flat struktur", som nevnt ovenfor.

2.3.1 Koordinerende tiltak i kommunalt psykisk helsearbeid

Anbefalingen om å organisere tjenestene for psykisk syke innenfor kommunens ordinære tjenestetilbud er motivert ut fra forventningen om at dette vil fremme integrering av denne gruppen innbyggere i lokalsamfunnet, og samtidig innebære en sterkere samordning av (et bredere spekter av) tjenester overfor brukerne. Denne effekten oppnås som tidligere nevnt bare dersom kommunens ordinære tjenester faktisk er koordinert. Innenfor samtlige hovedmodeller vil det være behov for samordning for å oppnå et helhetlig tilbud til mennesker

som trenger et sammensatt hjelpetilbud. Slik samordning kan skje på flere nivåer – på systemnivå, på tjenestenivå, og på individnivå – ved koordinatorene, tverrfaglige team og grupper, individuelle planer eller ansvarsgrupper. Vi presenterer her først utbredelsen av ulike typer koordineringsmekanismer i noe mer detalj. Deretter ser vi på om det er noen sammenheng mellom overordnet organisasjonsmodell for det psykiske helsearbeidet og antall samordnende tiltak på system- og individnivå.

Tabell 2.2 *Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon).*

| | Antall kommuner | Prosent (N=254) |
|--|-----------------|-----------------|
| Koordinator, av disse: | 177 | 70 % |
| • på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning) | 177 | 70 % |
| • på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere) | 151 | 59 % |
| Tverrfaglig team, av disse: | 119 | 47 % |
| • på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning) | 102 | 40 % |
| • på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere) | 86 | 34 % |
| Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester overfor enkeltpersoner | 119 | 47 % |
| Individuell plan | | |
| • for noen | 141 | 59 % |
| • for alle | 62 | 26 % |
| Ansvarsgruppe | | |
| • for noen | 181 | 72 % |
| • for de aller fleste | 52 | 21 % |
| Annen modell for samordning | 42 | 17 % |
| Primærkontakt (av og til/vanligvis) | 217 | 85 % |

Koordinatorer

Kommunene kan velge å legge ansvaret for samordningen av tjenestetilbudet for innbyggere med psykiske problemer til en koordinator

(Borge 2000c:98). Kommunene ble spurt om de har en koordinator med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid på systemnivå (Tabell 2.2). 70 prosent av kommunene (177 kommuner) svarer at de har minst én slik koordinator. Drøyt 60 prosent av disse kommunene har felles koordinator for voksne og barn med psykiske problemer, mens 27 prosent har en koordinator som bare har ansvar for voksne. 15 prosent av kommunene har separate koordinatører for de to gruppene av innbyggere.

Koordinatorenes vanligste oppgave er knyttet til planarbeid innenfor psykisk helse (88 prosent av koordinatorene med ansvar for voksne og voksne/barn i kombinasjon), oppfølging av tjenester overfor enkeltbrukere (83 %) samt veiledning og kursing av kommunens ansatte (75 %). Det er færre koordinatører som har økonomisk og personellmessig ansvar (65 %).

Svært mange koordinatører er psykiatriske sykepleiere (49 % av samtlige kommuner sier de har en psykiatrisk sykepleier som koordinator). Dette gjelder særlig koordinatører med ansvar for voksne. Blant dem som har egen koordinator for barn, er det vanligere at denne har annen helse-/sosialfaglig utdanning, uten spesiell kompetanse på psykisk helsearbeid. Også blant 'voksenkoordinatorene' er helse-/sosialfaglig utdanning uten videreutdanning relativt vanlig (17 % av kommunene), mens en mindre andel koordinatører har slik videreutdanning. Ingen av kommunene som har besvart skjemaet sier at de har en lege som koordinator, og bare to av kommunene bruker en ansatt med psykologutdannelse til dette arbeidet.

Tverrfaglige team

En annen måte å koordinere det psykiske helsearbeidet i kommunen på er å sette sammen et team bestående av folk fra de tjenestene som er relevante i forhold til innbyggere med psykiske problemer. 52 prosent av kommunene oppgir at de har minst ett slikt team. De fleste av teamene har ansvar for både voksne og barn, og omtrent halvparten av disse teamene har også ansvar for personer med andre typer sammensatte behov.

I kommunene som har tverrfaglig team som arbeider i forhold til voksne innbyggere (evt. kombinert med ansvar for barn), har 78 prosent av teamene ansvar for overordnet planlegging av psykisk helsearbeid i kommunen. 74 prosent av teamene følger opp tjenester overfor enkeltbrukere, mens hhv. 58 prosent og 55 prosent har oppgaver knyttet til sikring av kompetanse i psykisk helsearbeid og disponering av faglige ressurser.

Tverrfaglige grupper som fatter vedtak om tjenester

Tjenester overfor enkeltpersoner kan koordineres ved at tverrfaglige grupper fatter vedtak om tjenester. 119 av kommunene – 47 prosent – svarer at de har én eller flere slike grupper som fatter vedtak om tjenester overfor voksne innbyggere (evt. for både voksne og barn).

Individuell plan

Kommunehelsetjenesteloven (§ 6.2) pålegger kommunene å utforme individuell plan for brukere med langvarige og sammensatte behov for tjenester (Kjellevold 2002:61). Hensikten med individuelle planer er å sikre mennesker ”et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten” (Sosial- og helsedepartementet 2001). Slike planer har også som mål å styrke samarbeid mellom tjenesteytere innen eller på tvers av forvaltningsnivåene, og mellom tjenesteytere og brukeren, eventuelt også brukerens pårørende. Blant de kommunene som har besvart spørreskjemaet svarer 38 (15%) at de *ikke* benytter individuelle planer, mens 141 kommuner (59%) utformer planer overfor enkelte brukere, og 63 kommuner (26%) sier at alle brukere med langvarige og sammensatte behov får tilbud om individuell plan. Det er viktig å være klar over at det bare er spurt om *tilbud* om plan.

Tabell 2.3 *Antall innbyggere med individuell plan blant kommuner som sier de gir tilbud om individuell plan.*

| Antall innbyggere som har individuell plan | Antall kommuner | Prosent kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| Ingen innbyggere har individuell plan | 49 | 24 |
| 1-5 innbyggere har individuell plan | 88 | 43 |
| 6-10 innbyggere har individuell plan | 19 | 9 |
| 11 innbyggere eller flere har individuell plan | 20 | 10 |
| Spørsmålet ubesvart | 30 | 15 |
| Totalt | 206 | 101 |

Blant kommunene som svarer at de gir tilbud om individuell plan til innbyggere med behov for dette, svarer 24 prosent at de ikke har noen voksne brukere som har en slik plan, mens 15 prosent av kommunene ikke svarer på spørsmålet om hvor mange voksne som har fått

utarbeidet individuell plan (Tabell 2.3). Nesten halvparten av de kommunene som gir tilbud om individuell plan har utarbeidet en slik plan for mellom 1 og 5 innbyggere, mens ni prosent av kommunene har 6-10 innbyggere med slik plan. Like mange kommuner har 11 eller flere innbyggere med psykiske lidelser som har individuell plan. Det er med andre ord et fåtall kommuner som har omfattende erfaring med bruk av individuelle planer overfor innbyggere med langvarige psykiske lidelser.

Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper er en vanlig metode for å sikre at tjenester overfor enkeltpersoner koordineres (Borge 2000c:95). En ansvarsgruppe settes vanligvis sammen slik at alle enhetene en bruker har behov for tjenester fra, enten disse er kommunale eller statlige, er representert i gruppen (Robberstad 2002:97). Brukerne selv og/eller deres pårørende er også som regel med i ansvarsgruppen. Kommunene i undersøkelsen ble spurt om de etablerer ansvarsgrupper for samordning av tjenester overfor voksne brukere med psykiske lidelser. 11 kommuner svarer at de ikke bruker ansvarsgrupper eller en tilsvarende modell. 182 kommuner – 72 prosent – bruker ansvarsgrupper for noen voksne brukere, mens 53 kommuner (21 prosent) sier de bruker slike grupper overfor de aller fleste brukerne.

Primærkontakter

Primærkontakter oppnevnes gjerne for at den enkelte bruker med behov for tjenester fra flere enheter skal slippe å forholde seg til en rekke fagpersoner. Kommunene ble bedt om å svare på om de oppnevner primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker av kommunale tjenester. 149 kommuner (59 %) svarer at de vanligvis oppnevner en slik kontakt, mens 68 kommuner (27 %) sier at de av og til gjør dette. 20 kommuner (8 %) sier at de ikke benytter slike primærkontakter.

2.3.2 Er det en sammenheng mellom organisasjonsmodell og koordinerende tiltak i kommunene?

Vi har sett på ulike metoder kommunene kan ta i bruk for å sikre innbyggere med problemer relatert til psykisk helse et samordnet tjenestetilbud. På bakgrunn av gjennomgangen over, skal vi undersøke nærmere hva som totalt sett finnes av koordinerende tiltak i kommunene, og om omfanget av slike tiltak henger sammen med hvilken overordnet organisasjonsmodell kommunene har valgt for sitt psykiske helsearbeid.

Opptrappingsplanen legger som tidligere nevnt vekt på at kommunene ikke skal etablere egne tjenester utelukkende for innbyggere med psykiske problemer. Likevel har ganske mange kommuner (17%) en enhet for psykisk helsearbeid. Enda flere har en egen psykiatritjeneste innenfor en annen kommunal tjeneste (68%), for eksempel i pleie og omsorg. I hvilken grad utvikles det koordinerende mekanismer for relevante tjenester innenfor de overordnede modellene? Er det f.eks. slik at de modellene som i størst grad innebærer at psykisk helsearbeid er skilt ut fra andre tjenester har etablert flest samordnende tiltak, fordi en slik "særtjeneste" vil ha behov for å se utover egen tjeneste for å skape helhetlige tilbud?

Vi ser foreløpig bare på samordning av tjenester *internt* i kommunene. Samarbeid og samordning i forhold til aktører utenfor kommunen blir behandlet i et senere avsnitt.

Koordinatorernes ansvarsområder

Som vi allerede har sett, har 70 prosent av kommunene i undersøkelsen minst en koordinator knyttet til tjenester for voksne innbyggere med psykiske problemer. Koordinatorernes ansvarsområde kan imidlertid variere, fra ulike typer oppgaver på systemnivå (økonomi, personell, plan, veiledning), til oppgaver knyttet til oppfølging av enkeltbrukere. Koordinatorer med omfattende ansvar vil trolig ha flere virkemidler til rådighet i sitt arbeid enn koordinatorer med et snevrere ansvarsområde. Vi har spurt kommunene om hvilke oppgaver som ivaretas av koordinatoren for psykisk helse (Tabell 2.4).

Koordinatorerne har ganske ulike roller innenfor de forskjellige modellene. Ansvarsområdene til koordinatorerne er totalt sett betydelig færre innenfor den integrerte modellen, og det er svært få koordinatorer som har økonomi- og personellansvar innenfor denne modellen. Resultatet speiler sannsynligvis at disposisjonen over økonomi- og personellressursene i den integrerte modellen er lagt til de tjenesteenhetene der det psykiske helsearbeidet inngår.

Den integrerte modellen innebærer imidlertid heller ikke at koordinatorernes oppgaver først og fremst blir knyttet til veiledning av personell eller oppfølging av enkeltbrukere. Mens dette er viktige områder for koordinatorerne i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid, er det et lite mindretall av koordinatorerne i kommuner med integrerte tjenester som har slike funksjoner.

Tabell 2.4 *Andel kommuner som har koordinator (for voksne) med ulike funksjoner, etter organisasjonsmodell. Prosent*

| | Modell 1 Egen enhet | Modell 2 Egen tjeneste | Modell 3 I stab | Modell 4 Integrert tjeneste |
|-----------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Økonomisk ansvar | 73 | 47 | 9 | 13 |
| Personellansvar | 68 | 48 | 18 | 8 |
| Planansvar | 78 | 65 | 36 | 33 |
| Veiledningsansvar | 54 | 61 | 36 | 13 |
| Oppfølging av enkeltbrukere | 68 | 64 | 46 | 17 |
| N= | 41 | 176 | 11 | 24 |

I kommuner med integrert modell fremstår ansvar knyttet til planarbeid som viktigste funksjon for koordinatoren for psykisk helse, men det er bare en tredel av koordinatorene som har slike oppgaver. Tallene kan tyde på at koordinatorene i kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid eller som har en egen tjeneste for dette arbeidet, har betydelig flere virkemidler til rådighet i sitt arbeid sammenliknet med koordinatorene i kommuner med en integrert tjenestemodell.

Koordinerende faktorer på systemnivå

Samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer kan skje på et overordnet nivå – på systemnivå – ved at ulike tjenester behandles i sammenheng, for eksempel i forbindelse med kommunens planarbeid, økonomistyring og personell disponering. Samordning på systemnivå kan også skje ved at kommunen benytter en overordnet modell som integrerer tjenestene. Hvorvidt en integrert modell for psykisk helsearbeid faktisk gir økt koordinering av tjenester, lar vi foreløpig stå åpent. Vi velger å se på følgende indikatorer for koordinering på systemnivå:

- koordinator med overordnet ansvar (plan, økonomi, personell, veiledning/kompetanse)
- tverrfaglig team med overordnet ansvar (plan, økonomi, personell, veiledning/kompetanse)
- deltakelse i planarbeid

Tabellen under viser gjennomsnittlig antall koordineringsmekanismer for kommuner med ulike modeller for organisering av det psykiske helsearbeidet. Vi vil understreke at dette er et svært grovt mål som

kun kan gi visse indikasjoner på koordineringsambisjonene i kommuneorganisasjonen.

Tabell 2.5 *Koordinering på systemnivå, tjenester for voksne med psykiske problemer. Gjennomsnitt (0=ingen koordineringsfaktorer; 9=alle koordineringsfaktorer). Koordinatorer, tverrfaglige team og deltakelse i planarbeid*

| | Gjennomsnittlig antall koordineringsfaktorer systemnivå, voksne | Antall kommuner |
|---|---|-----------------|
| Modell 1: Egen enhet for psykisk helsearbeid | 3,5 | 42 |
| Modell 2: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 3,1 | 173 |
| Modell 3: Ansvaret i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef | 2,0 | 11 |
| Modell 4: Integrert tjeneste | 1,9 | 24 |
| Totalt | 3,0 | 250 |

Totalt sett har kommunene i snitt relativt få koordinerende faktorer på systemnivå. Det er med andre ord få kommuner som har gitt koordinatorene eller tverrfaglige team omfattende ansvar for personell, økonomi, plan og kompetanseoppbygging innenfor psykisk helsearbeid.

Resultatene i Tabell 2.5 viser det samme bildet som vi så for koordinatorene spesielt. Kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid har klart flere slike faktorer enn kommuner med en integrert modell. Dette kan bety at kommuner med integrerte tjenester har bakt koordineringen inn i sin overordnede modell, og derfor har mindre *behov* for slike koordineringsfaktorer. Men det kan heller ikke utelukkes at kommuner med en slik modell er mindre dyktige til å etablere ordninger for å koordinere tjenestene for innbyggere med psykiske lidelser.

Koordinerende tiltak på individnivå

Tjenester for mennesker med psykiske problemer kan også koordineres på individnivå, overfor den enkelte tjenestemottaker. Som

vi allerede har sett, finnes det en rekke metoder for samordning på dette nivået:

- Koordinator med oppfølging av tjenester overfor enkeltbrukere
- Tverrfaglig team med oppfølging av tjenester overfor enkeltbrukere
- Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester overfor enkeltpersoner
- Individuell plan
- Ansvarsgruppe
- Annen modell for samordning
- Primærkontakt

Tabell 2.2 ga en oversikt over utbredelsen av ulike samordningstiltak på system- og individnivå i kommunene. Tabellen viste at enkelte modeller for samordning på individnivå er relativt utbredt i kommunene. Dette gjelder for eksempel ansvarsgrupper, som $\frac{3}{4}$ av kommunene har erfaring med. Enda flere kommuner sier at de gir tilbud om individuelle planer for noen eller for alle innbyggere med langvarige og sammensatte behov.

Vi har sett på om det eksisterer noen sammenheng mellom kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet og antall koordineringstiltak de rapporterer å ha på individnivå. Vi må imidlertid ta forbehold om at det ikke nødvendigvis er slik at jo flere metoder en kommune bruker for å samordne tilbudet, jo bedre er det for tjenestemottakerne. Likevel kan dette målet gi en indikasjon på kommunenes innsats for å gi den enkelte bruker et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Resultatene for antall koordineringstiltak på individnivå gir det samme bildet som for systemnivået. Kommuner med integrerte tjenester har i snitt et lavere antall slike ordninger enn kommuner med andre modeller for organisering av det psykiske helsearbeidet. Igjen er det imidlertid vanskelig å fastslå hvorvidt dette skyldes et mindre *behov* for slik koordinering eller mindre *evne* til å iverksette koordinerende tiltak. Dette er spørsmål som må analyseres nærmere ved hjelp av kvalitative studier i et mindre utvalg kommuner.

Tabell 2.6 *Koordinering på individnivå, tjenester for voksne med psykiske problemer. Gjennomsnitt (0=ingen koordineringstiltak; 7=alle koordineringstiltak). Koordinatorer, tverrfaglige team og grupper, individuell plan, ansvarsgrupper, annen koordineringsmodell, primærkontakter.*

| | Gjennomsnittlig antall koordineringstiltak individnivå, voksne | Antall kommuner |
|---|--|-----------------|
| Modell 1: Egen enhet for psykisk helsearbeid | 4,5 | 42 |
| Modell 2: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 4,2 | 173 |
| Modell 3: Ansvaret i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef | 3,9 | 11 |
| Modell 4: Integrert tjeneste | 3,3 | 24 |
| Totalt | 4,2 | 250 |

Vi skal gå videre til å se på samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester innenfor det psykiske helsearbeidet. Er flere tjenester involvert i tjenestene i kommuner med integrert modell, og vurderes samarbeidet som bedre i disse kommunene?

2.4 Bredder og samarbeidsrelasjoner i kommunalt psykisk helsearbeid

2.4.1 Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet?

Opptappingsplanen har som klart mål å utvide kunnskapsgrunnlaget for ivaretagelsen av behovene til mennesker med psykiske problemer. For å skape et bredt og helhetlig tilbud må tjenestene til denne gruppen favne bredt, og settes sammen på en måte som er tilpasset den enkeltes situasjon, ønsker og behov. I spørreundersøkelsen til

kommunene ble de bedt om å angi hvilke tjenesteområder som deltar i ulike deler av det psykiske helsearbeidet for voksne (Tabell 2.7).

Vi ser at legetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten oppleves å være sentrale aktører i det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne. Det er få kommuner som nevner kultursektoren og fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjenesten som sterkt involvert i dette arbeidet. Hvis vi ser spesielt på planarbeidet og på deltakelsen i tverrfaglige team, blir bildet noe annerledes. Dette skyldes blant annet at mange kommuner har planer og tverrfaglige team som dekker både voksne og barn/unge, slik at tjenestespekteret blir videre. Også i arbeidet med planer og i tverrfaglige team er pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten sterkt involvert. I tillegg er helsestasjonen/skolehelsetjenesten en sentral aktør i arbeidet med planer for det psykiske helsearbeidet og i tverrfaglige team. I de fleste kommunene oppfattes også legetjenesten, og i noen grad også fysioterapi mv, som viktig i de tverrfaglige teamene, men disse oppleves ikke som like sentrale i planarbeidet. Minst aktive er Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnehager/grunnskoler og kultursektoren. Langt på vei kan vi si at det psykiske helsearbeidet i kommunene synes å ha en klar helse- og sosialfaglig profil.

Tabell 2.7 *Hvilke tjenesteområder er involvert i det psykiske helsearbeidet? Prosent kommuner som nevner ulike tjenester, generelt (voksne), i planarbeid (voksne og voksne/barn) og i tverrfaglige team (voksne og voksne/barn)?*

| | Tjenester sterkt involvert i psykisk helsearbeid, voksne* Prosent (N=254) | Tjenester sterkt involvert i planarbeidet Prosent (N=254) | Prosent av tverrfaglige team med tjenester representert (N=120) |
|--------------------------------|---|---|--|
| Pleie og omsorg | 51 % | 61 % | 81 % |
| Sosialtjenesten | 43 % | 61 % | 89 % |
| Barnevern-tjenesten | - % | 34 % | 55 % |
| PPT | - % | 23 % | 21 % |
| Barnehager/ grunnskole | - % | 14 % | 20 % |
| Helsestasjon/ skolehelsetj. | - % | 64 % | 62 % |
| Legetjenesten | 53 % | 38 % | 66 % |
| Fysioterapi mv | 7 % | 11 % | 40 % |
| Kultur | 4 % | 21 % | 23 % |

* I spørsmålet som bare gjelder voksne, har vi ikke spurt om barneverntjenesten, PPT, barnehager, grunnskoler og helsestasjon (skolehelsetjeneste)

Vurdering av samarbeidsrelasjoner

Vi har bedt våre respondenter om å vurdere samarbeidet med ulike instanser knyttet til det psykiske helsearbeidet i kommunen. Det er viktig å være oppmerksom på at vi her har spurt koordinator/kontaktperson for psykisk helsearbeid om å besvare spørsmålene ut fra egen erfaring. Vurderingene er subjektive, og vil med stor sannsynlighet være influert av hvor i organisasjonen vedkommende er plassert. Likevel vil tallene kunne gi en pekepinn om hvor i kommuneorganisasjonen en finner de største utfordringene når det gjelder samarbeid om tjenester overfor mennesker med psykiske problemer.

Tabell 2.8 *Respondentenes vurdering av samarbeidet med ulike kommunale instanser. Prosent. N=263*

| | Vurdering av samarbeidsrelasjoner | | | | Totalt |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------|
| | Svært godt samarbeid | Ganske godt samarbeid | Lite/ikke noe/mindre godt samarbeid | Ubesvart/har ikke slik enhet | |
| Pleie og omsorg | 22 | 67 | 9 | 2 | 100 |
| Sosialtjenesten | 31 | 59 | 10 | 0 | 100 |
| Barneverntjenesten | 22 | 51 | 24 | 4 | 101 |
| PPT | 6 | 35 | 51 | 8 | 100 |
| Barnehage/grunnskole | 5 | 41 | 47 | 7 | 100 |
| Helsestasjon/skolehelsetj. | 27 | 53 | 16 | 5 | 101 |
| Legetjeneste | 22 | 57 | 21 | 1 | 101 |
| Fysioterapi mv | 13 | 54 | 30 | 3 | 100 |
| Kultur | 6 | 33 | 54 | 7 | 100 |

Tabell 2.8 viser at sosialtjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og helsestasjons-/skolehelsetjenesten vurderes som de 'beste' samarbeidspartnere i det psykiske helsearbeidet. Også barnevernet og legetjenesten kommer relativt bra ut, men her er meningene mer polariserte. Mellom en femtedel og en fjerdedel av respondentene melder om at samarbeidet med disse instansene er ikke-eksisterende eller mindre godt. Ellers rapporterer våre respondenter om lite samarbeid med PPT, barnehage/grunnskole og kultursektoren. Dette synes å speile rimelig godt det bilde vi har av samarbeidsrelasjoner i det psykiske helsearbeidet. De helse-/pleiefaglige tjenestene er relativt sterkt involvert, mens det fortsatt er mye som gjenstår når det gjelder å trekke skole og kultur inn i dette arbeidet. Det samme gjelder tjenester som fysioterapi, ergoterapi og rehabilitering. Mer overraskende er det kanskje at PPT i så liten grad samhandler med øvrige kommunale tjenester for innbyggere med psykiske problemer. Sosialtjenestens

sterke samarbeidsposisjon må sees som en utvidelse av det mer tradisjonelle pleie- og helseperspektivet på psykisk helsearbeid.

2.4.2 Sammenhengen mellom organisasjonsmodell og bredde i det psykiske helsearbeidet

Innledningsvis stilte vi spørsmål om en integrert modell for det kommunale psykiske helsearbeidet innebærer større bredde i tjenester involvert i arbeidet. En viktig grunn til å anbefale en integrert modell var antakelsen om at etableringen av en særtjeneste for psykisk helsearbeid ville bety manglende engasjement og kompetanseoppbygging i det ordinære tjenesteapparatet. Er det mulig å spore slike forskjeller mellom ulike hovedmodeller for organiseringen av arbeidet?

Hvor mange tjenester involveres?

Tabell 2.9 viser hvor mange tjenester kommuner med ulike modeller i gjennomsnitt sier er sterkt involvert i det psykiske helsearbeidet. Det synes å være noe bredere involvering i det psykiske helsearbeidet i kommuner med integrert modell enn i kommuner med andre modeller. For arbeidet generelt er ikke forskjellene store, mens det er noe større forskjeller mellom kommuner med ulike modeller når det gjelder antall tjenester med i tverrfaglige team. Mens tverrfaglige team i kommuner med integrert modell i snitt har 3,2 tjenester involvert i teamet, er tilsvarende for kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid 2,4 og egen tjeneste 2,7.

Det samme bildet gjør seg gjeldende for involvering i det kommunale planarbeidet knyttet til psykisk helse. Mens det i snitt er i overkant av to 'ordinære' tjenester (dvs. ikke enheten for psykisk helsearbeid) involvert i planarbeidet i kommuner med egen enhet for psykisk helse, er tilsvarende i kommuner med integrert modell 3 tjenester.

Tabell 2.9 *Hvor mange kommunale tjenester er sterkt involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne, i tverrfaglige team og i planarbeid Gjennomsnitt generelt (0=ingen tjenester; 5=alle tjenester). Gjennomsnitt tverrfaglig team og planarbeid (0=ingen tjenester; 9=alle tjenester). Evt. enhet for psykisk helse er ikke tatt med*

| | Snitt tjenester involvert i psykisk helsearbeid generelt, voksne | Snitt tjenester involvert i tverrfaglig team | Snitt tjenester involvert i planarbeid |
|--|--|--|--|
| Modell 1: Egen enhet for psykisk helsearbeid | 3,6 | 2,4 | 2,1 |
| Modell 2: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 3,6 | 2,7 | 2,6 |
| Modell 3: Ansvar i stab hos rådmann el helse- og sosialsjef | 4,0 | 2,3 | 3,6 |
| Modell 4: Integrert tjeneste | 3,9 | 3,2 | 3,0 |
| Totalt (N=) | 3,6 (250) | 2,7 (120) | 2,6 (252) |

Det ser altså ut som om en integrert modell kan innebære bredere engasjement, slik intensjonen med modellen er. Variasjonen mellom kommunene med integrerte tjenester er imidlertid stor, noe som indikerer at noen av disse kommunene har mange tjenester representert i teamet, mens andre kommuner ikke kommer opp mot gjennomsnittet for kommunene. Dette resultatet styrker inntrykket av den integrerte modellen som langt fra entydig.

Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet?

Opptrappingsplanen understreker behovet for å trekke med tjenester som tradisjonelt ikke har vært sentrale i det psykiske helsearbeidet, bl.a. innenfor kultursektoren. Tanken er at denne typen tjenester, knyttet til fritid og sosialt liv, er et nødvendig supplement til helsetjenestene for å skape et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer, og for å sikre at de integreres i det lokalsamfunnet de bor i.

Tabell 2.10 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent av kommunene som svarer 'i stor grad involvert'*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|------------------|------------|---------------|--------|------------------|--------|
| Pleie/omsorg | 33 | 51 | 46 | 88 | 51 |
| Sosial | 41 | 43 | 55 | 42 | 43 |
| Legetjenesten | 50 | 54 | 46 | 58 | 53 |
| Fysioterapi m.v. | 7 | 6 | 9 | 13 | 7 |
| Kultur | 5 | 5 | 9 | 0 | 4 |
| (N=) | (42) | (173) | (11) | (24) | (243) |

Tabellen viser at pleie- og omsorgstjenesten er betydelig sterkere involvert i arbeidet rettet mot voksne innbyggere med psykiske problemer i kommuner med integrert modell sammenliknet med andre kommuner. Dette skyldes sannsynligvis at mange kommuner med integrert modell har valgt å legge hovedtyngden av det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgstjenesten. Legetjenesten og fysioterapi m.v. er også noe hyppigere representert, men her er forskjellene svært små. En analyse av gjennomsnittlig grad av involvering av de ulike tjenestene i kommuner med forskjellige modeller, viser samme tendens: det er pleie- og omsorg som fremstår som den mest fremtredende tjenesten i kommuner med en integrert modell.

En annen mulig indikator på hvilke tjenester som involveres i det psykiske helsearbeidet er knyttet til kommunens planarbeid innenfor psykisk helse. Tabell 2.11 viser hvilke tjenester som oppfattes som sterkt involvert i planarbeidet, etter kommunens organisasjonsmodell.

Tabell 2.11 *Hvilke tjenester er involvert i planarbeidet?
Prosent av kommunene som svarer 'sterkt involvert'
eller 'koordinerende ansvar' (enhet for psykisk
helsearbeid er ikke tatt med)*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Total |
|-------------------------|---------------|------------------|--------|---------------------|-------|
| Pleie- og omsorg | 33 | 60 | 82 | 88 | 61 |
| Sosialtjenesten | 52 | 62 | 64 | 70 | 61 |
| Barneverntjenesten | 34 | 40 | 55 | 52 | 41 |
| PPT | 23 | 20 | 0 | 26 | 18 |
| Barnehage/grunnskole | 14 | 17 | 22 | 15 | 15 |
| Helsestasjon/skolehelse | 64 | 54 | 82 | 65 | 58 |
| Legetjenesten | 38 | 46 | 36 | 38 | 43 |
| Fysioterapi mm | 11 | 16 | 44 | 14 | 15 |
| Kultur | 21 | 17 | 13 | 6 | 15 |
| (N=) | (42) | (173) | (11) | (24) | (243) |

Tabell 2.11 indikerer en noe større bredde i involveringen i planarbeidet i kommuner med en integrert modell for psykisk helsearbeid. I disse kommunene er pleie og omsorg, sosialtjenesten og barnevernet oftere sterkt involvert i planleggingen sammenliknet med kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid. Kultursektoren representerer et unntak fra dette bildet. Mens hele én av fem kommuner med egen enhet sier at kultursektoren er sterkt involvert, svarer bare drøyt en av tyve kommuner med integrert modell det samme.

Hvordan oppleves samarbeidet?

Vi har spurt respondentene om hvordan de vurderer samarbeidet med ulike kommunale tjenester når det gjelder psykisk helsearbeid. Hvis samarbeidsrelasjonene til ulike tjenester oppleves som godt, kan dette være en indikasjon på at kommunen klarer å involvere et bredt spekter av tjenester.

Tabell 2.12 *Vurdering av samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, etter organisasjonsmodell. Prosent som sier samarbeidet er "svært godt". N=220-237*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|--|---------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| Pleie og omsorg | 16 | 26 | 20 | 26 | 24 |
| Sosialtjenesten | 34 | 34 | 30 | 22 | 33 |
| Barneverntjenesten | 24 | 26 | 11 | 17 | 24 |
| PPT | 6 | 7 | 0 | 14 | 7 |
| Barnehager/grunn- skoler | 3 | 5 | 0 | 9 | 5 |
| Helsestasjon/ skole- helsetjenesten | 30 | 30 | 11 | 29 | 29 |
| Legetjenesten | 18 | 25 | 20 | 13 | 23 |
| Fysioterapi mv. | 11 | 14 | 22 | 13 | 14 |
| Kultur | 3 | 7 | 11 | 5 | 6 |

Selv om flere tjenester oppfattes som involvert i det psykiske helsearbeidet i kommuner med integrert modell, viser tallene i Tabell 2.12 at samarbeidet med de ulike tjenestene generelt sett ikke vurderes som bedre i disse kommunene. Pleie- og omsorgstjenesten og PPT oppleves som bedre samarbeidspartnere i kommuner med integrerte tjenester, mens samarbeidet med sosialtjenesten, barneverntjenesten og legetjenesten sees som bedre i kommuner der det psykiske helsearbeidet er lagt til en egen enhet eller tjeneste. Ellers er forskjellene mellom kommuner med ulike modeller relativt beskjedne.

En opptelling av antall tjenester som oppleves som "svært gode" samarbeidspartnere, viser at det ikke er flere tjenester som får denne karakteristikken i kommuner med integrert psykisk helsearbeid sammenliknet med kommuner med andre modeller.

2.4.3 Oppfattes organisering og manglende samarbeid som hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen?

Vi har bedt respondentene om å vurdere betydningen av ulike hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. I hvilken grad opplever ansatte i kommunene at samarbeidsproblemer i eller organiseringen av det psykiske helsearbeidet er viktige faktorer i

oppbyggingen av tjenestene? Tabell 2.13 viser svarfordelingen for noen av de faktorene det ble spurt om i undersøkelsen.

Tabell 2.13 *Respondentenes vurdering av ulike hindringer for arbeidet med Opptappingsplanen i egen kommune. Prosent. N=250-261*

| | Vurdering av mulige hindringer | | | | Totalt |
|--|--------------------------------|---------------|-------------|----------------------------|--------|
| | Svært viktig | Ganske viktig | Litt viktig | Ikke viktig/i kke relevant | |
| Kommunens generelle økonomiske situasjon | 41 | 31 | 18 | 10 | 100 |
| For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse | 23 | 33 | 33 | 12 | 101 |
| For få ansatte som jobber med psykisk helse | 22 | 34 | 28 | 17 | 101 |
| Problemer med å rekruttere fagfolk | 15 | 17 | 31 | 38 | 101 |
| Kompetansemangel i det ordinære tjenesteapparatet | 14 | 35 | 34 | 17 | 100 |
| Organisering av arbeidet med psykisk helse | 13 | 21 | 30 | 35 | 99 |
| Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen | 10 | 25 | 35 | 30 | 100 |
| Samarbeidsproblemer internt i kommunen | 9 | 22 | 27 | 42 | 100 |

Blant de forholdene som er tatt med her, er det kommuneøkonomien som vurderes som den klart viktigste hindringen for arbeidet med Opptappingsplanen. Et flertall av respondentene mener det er en ganske eller svært viktig hindring at politisk ledelse har for liten kunnskap om psykisk helsearbeid. Like mange synes det er for få ansatte som jobber med psykisk helse i deres kommune. Omtrent halvparten mener at det ordinære tjenesteapparatet er preget av kompetansemangel, og at dette er en ganske viktig eller svært viktig hindring for arbeidet. En tredel av de som har svart synes deres kommune har en uhensiktsmessig organisering av det psykiske helsearbeidet. Det er om lag like mange som nevner samarbeids-

problemer internt i kommunen og samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen som ganske eller svært viktige hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen.

Er det noen sammenheng mellom organisering og oppfatning av hindringer?

Hvordan vurderer de ansatte innenfor det psykiske helsearbeidet den organisasjonsmodellen egen kommune har valgt for arbeidet? Er det noen sammenheng mellom hvilken organisasjonsmodell kommunen har og respondentenes syn på om organiseringen av det psykiske helsearbeidet er en hindring for arbeidet med Opptrappingsplanen?

Tabell 2.14 *Er organiseringen av det psykiske helsearbeidet en hindring for arbeidet med Opptrappingsplanen? Prosent*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|---------------|---------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| Svært viktig | 17 | 11 | 20 | 14 | 12 |
| Ganske viktig | 8 | 23 | 20 | 43 | 23 |
| Litt viktig | 25 | 30 | 30 | 29 | 29 |
| Ikke viktig | 50 | 37 | 30 | 14 | 36 |
| Totalt | 100 | 101 | 100 | 100 | 100 |
| (N) | (36) | (159) | (10) | (21) | (226) |

Respondentene fra kommuner med integrerte tjenester tillegger organiseringen av det psykiske helsearbeidet større betydning som hinder for arbeidet med opptrappingsplanen enn respondenter fra andre kommuner. 57 prosent av de som har besvart skjemaene fra kommuner med en integrert modell for psykisk helsearbeid, mener at organiseringen er en ganske eller svært viktig hindring i arbeidet. Blant respondenter fra kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid, svarer hhv. 25 prosent og 34 prosent det samme.

Nærmere analyser av forskjeller i vurderinger viser at respondentene i kommuner med integrert modell i større grad enn ansatte i kommuner med andre organisasjonsmodeller mener at fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt. De hevder også at folk med kompetanse innenfor psykiatri spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen, og er mindre tilbøyelige til å synes at deres fagmiljø blir styrket gjennom samarbeid og kontakt med fagfolk i andre kommuner. Som vi skal se

noe nærmere i et senere avsnitt, kan det være indikasjoner på at en integrert modell vanskeliggjør interkommunalt samarbeid. Hvorvidt dette skyldes modellen i seg selv, eller at få andre potensielle samarbeidskommuner har samme modell, vet vi foreløpig ikke. Andre studier av interkommunalt samarbeid har vist at ulikhet i organisering mellom kommuner kan oppleves å vanskeliggjøre samarbeid (Hovik og Myrvold 2001).

På spørsmål om hvilke hindringer som oppleves som viktige for kommunen i arbeidet med Opptappingsplanen, svarer respondenter i kommuner med integrert modell i større grad enn andre at det er for få ansatte som jobber med psykisk helse totalt sett, og særlig at det er for få ansatte *på systemnivå* som jobber med psykisk helse. De opplever dessuten at manglende lokal politisk prioritering av området svekker arbeidet.

Det er gjennomgående en høyere andel av kommunene med integrert modell som rapporterer at de har eller har hatt problemer med å rekruttere fagpersonell. Dette gjelder særlig psykologer, psykiatriske sykepleiere og ulike typer høyskoleutdannet personell (både med og uten videreutdanning i psykiatri).

Alt i alt ser det altså ut til at ansatte i kommuner der det psykiske helsearbeidet er integrert i det ordinære tjenesteapparatet er mindre fornøyd med sin arbeidssituasjon, og i større grad enn ansatte i kommuner med andre modeller ser organiseringen av arbeidet som en hindring i gjennomføringen av Opptappingsplanen. Det er imidlertid grunn til å påpeke at forskjellene ikke er svært store.

2.4.4 Hva betyr organiseringsmodell for rekruttering og kompetanseheving?

I dette avsnittet stiller vi spørsmålet om hvorvidt bredden i kommunal kompetanseoppbygging og rekruttering innenfor psykisk helsearbeid avhenger av hvilken modell kommunen har valgt for arbeidet.

Utgangshypotesen er at kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid i større grad vil rekruttere og lære opp ansatte i denne enheten, mens kommuner med integrert modell vil ha en bredere tilnærming i rekrutteringen og kompetanseoppbyggingen.

I spørreskjemaet til kommunene ba vi dem angi hvilke tjenester som hadde gjennomgått kompetansehevende tiltak innenfor rammen av Opptappingsplanen. Vi har ikke noe mål på hvor mange eller hvor omfattende tiltak tjenestene har fått, kun hvilke tjenester som har vært involvert.

Tabell 2.15 *Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen? Gjennomsnitt*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|-----------------|------------|---------------|--------|------------------|--------|
| Kurs | 3,6 | 3,7 | 3,1 | 4,6 | 3,8 |
| Voksenopplæring | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| Etterutdanning | 0,9 | 1,1 | 0,7 | 1,3 | 1,0 |
| Videreutdanning | 0,9 | 1,0 | 0,8 | 1,6 | 1,0 |
| (N=) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

I tråd med forventningene ser kommuner med integrert modell ut til å tilby opplæringstiltak til et bredere spekter av tjenester enn kommuner som har egen psykiatrienhet eller –tjeneste. Dette gjelder særlig kurs og videreutdanningstiltak.

Tabell 2.16 *Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak?*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|-----------------------------------|------------|---------------|--------|------------------|--------|
| Pleie og omsorg | 1,5 | 1,6 | 1,4 | 2,1 | 1,6 |
| Sosialtjenesten | 0,9 | 1,0 | 0,7 | 1,2 | 1,0 |
| Barneverntjenesten | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 1,0 | 0,8 |
| PPT | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,5 | 0,3 |
| Barnehager/grunnskoler | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,6 | 0,5 |
| Helsestasjon/ skolehelsetjenesten | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,8 |
| Legetjenesten | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,4 |
| Fysioterapi mv. | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,4 |
| Kultur | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| (N=) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

En nærmere undersøkelse av hvilke tjenester det er som omfattes av opplæringstiltakene viser at det særlig er pleie/omsorg, sosialtjenesten og barnevernet som i større grad styrkes med slike tiltak i kommuner med integrerte tjenester sammenliknet med kommuner med andre organisasjonsmodeller. Opplysningene gir altså indikasjoner på at en

integreert modell fører til større bredde i opplæringen innenfor psykisk helsearbeid.

Det er relativt små forskjeller i rekrutteringsprofil mellom kommuner med ulik organisasjonsmodell. Det er først og fremst innenfor pleie og omsorg kommunene med integreert psykiatritjeneste har sterkere rekruttering enn andre kommuner. Hvis vi ser på totaltallene, er det flest kommuner som har benyttet Opptrappingsplanens midler til rekruttering av personale innenfor pleie og omsorg og helsestasjon/skolehelsetjenesten. Også sosialtjenesten og barnevernet er i noen grad styrket.

2.5 Hva betyr organisasjonsmodell for samarbeid utenfor kommunen?

2.5.1 Hva betyr organisering for samarbeidet med brukerorganisasjonene?

Vi spurte respondentene om hvordan de vurderer kommunens samarbeid med brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse. Over halvparten av respondentene som har besvart spørreskjemaet gir uttrykk for at det ikke er noe samarbeid med brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse, eller at samarbeidet er vanskelig (Tabell 2.17). En tredel vurderer samarbeidet som stort sett bra, mens en liten andel på 13 prosent mener samarbeidet er svært godt.

Tabell 2.17 *Avhenger samarbeidet med brukerorganisasjonene av organiseringsmodell? Prosent*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integreert modell | Totalt |
|----------------------------|---------------|------------------|--------|----------------------|--------|
| Svært bra | 18 | 12 | 10 | 13 | 13 |
| Stort sett bra | 42 | 31 | 40 | 35 | 34 |
| Vanskelig | 5 | 9 | 20 | 9 | 9 |
| Lite/ikke noe samarbeid | 34 | 47 | 30 | 44 | 44 |
| Totalt | 99 | 99 | 100 | 101 | 100 |
| (N) | (38) | (159) | (10) | (23) | (203) |

Tabellen viser ingen klare systematiske forskjeller mellom kommuner med integrert modell og kommuner med andre modeller for psykisk helsearbeid. Respondenter fra kommuner med egen enhet med ansvar for dette arbeidet vurderer samarbeidet med brukerorganisasjonene noe bedre enn respondenter fra andre kommuner.

2.5.2 Hva betyr organisering for samarbeid med andre kommuner?

Vi refererte kort tidligere at respondenter fra kommuner med integrert modell for psykisk helsearbeid i mindre utstrekning enn andre mener at samarbeid med andre kommuner styrker fagmiljøet. Tabellen under viser at disse kommunene har mindre grad av faglig samarbeid med andre kommuner.

Tabell 2.18 *Inngår kommunen i noe faglig samarbeid med andre kommuner, etter organisasjonsmodell. Prosent**

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|---------------------|------------|---------------|--------|------------------|--------|
| Ikke noe samarbeid | 24 | 27 | 36 | 42 | 28 |
| Deler fagstillinger | 5 | 8 | 9 | 4 | 7 |
| Felles kurs | 33 | 23 | 27 | 13 | 24 |
| Felles veiledning | 36 | 36 | 46 | 33 | 36 |
| Felles samlinger | 38 | 36 | 55 | 21 | 36 |
| (N) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

*pga muligheten for å krysse av på flere alternativer, summerer ikke prosentene seg til 100

Sammenliknet med kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid, er det flere i kommuner med integrert tjeneste som rapporterer at det *ikke* er noe faglig samarbeid med andre kommuner innenfor arbeidet med psykisk helse. 42 prosent av kommunene med integrert modell sier at det ikke finnes noe slikt faglig samarbeid. Det er mindre grad av felles kurs og felles samlinger for fagfolk i kommuner med integrert modell, mens det er små forskjeller mellom kommunene når det gjelder veiledning.

Når det gjelder tjenestesamarbeid, skiller kommunene med integrerte tjenester seg ikke på noen systematisk måte fra kommuner med andre modeller. Det er først og fremst kommuner med *egen enhet for psykisk helsearbeid* som ser ut til å være noe sterkere involvert i samarbeid

enn andre kommuner. Samarbeidet er primært knyttet til felles dagsenter og felles tilbud om sysselsetting/arbeid.

Tabell 2.19 *Avhenger interkommunalt tjenestesamarbeid av organiseringsmodell? Prosent**

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|--------------------------------------|---------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| Ikke noe samarbeid | 33 | 56 | 55 | 50 | 51 |
| Felles botilbud | 2 | 1 | 0 | 4 | 2 |
| Felles dagsenter | 10 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Andre sosiale/ kulturelle tiltak | 17 | 17 | 18 | 4 | 16 |
| Samarb. om syssel- setting/arbeid | 24 | 16 | 18 | 21 | 18 |
| (N) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

*pga muligheten for å krysse av på flere alternativer, summerer ikke prosentene seg til 100

2.5.3 Hva betyr organisering for samarbeid med 2. og 3. linjen?

En helhetlig behandlingsskjed for mennesker med psykiske lidelser innebærer at de kommunale tjenestene må samordnes med tjenester fra andre- og tredjelinjen. Distriktpsikiatriske sentre (DPS), Barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikker (BUP) og sykehusene gir tilbud om spesialisttjenester som kommunene ikke har, i tillegg til at de representerer en mulig kompetanseressurs som kommunene kan benytte seg av i sitt psykiske helsearbeid. Samarbeidet mellom kommunen og andre- og tredjelinjen kan skje på flere måter: ved formelle samarbeidsavtaler knyttet til kompetanseheving, utskrivning og konflikthåndtering, og ved at kommunens personell får veiledning og bistand, bl.a. fra ambulerende team.

Samarbeidet mellom den enkelte kommune og andre- og tredjelinjetjenesten vil avhenge av flere forhold. Geografisk avstand mellom kommunen og nærmeste DPS vil for eksempel kunne være av betydning for hyppigheten i kontakt. I noen grad vil imidlertid ulempen ved usentral beliggenhet kunne avhjelpes ved at kommunen får besøk av ambulerende fagteam.

Kommunens egen dyktighet til å etterspørre bistand vil også kunne være viktig for forholdet mellom kommunen og andrelinjen. Et sterkt fagmiljø vil kanskje være ”flinkere” til å benytte seg av det tilbudet andrelinjen kan gi, selv om behovet for bistand kan være større i kommune med et mindre eller svakere fagmiljø.

Finnes det formelle samarbeidsavtaler?

Vi har spurt kommunene om de har inngått noen formelle samarbeidsavtaler med andre- og tredjelinjen (Tabell 2.20).

Tabell 2.20 *Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale på administrativt nivå mellom kommunen og 2. linjetjenesten? Prosent*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Total (N) |
|---|------------|---------------|--------|------------------|-----------|
| Ikke etablert noen formell samarbeidsavtale | 46 | 44 | 55 | 42 | 44 (112) |
| Avtale ved konflikt ml. kommunen og 2. linjen | 7 | 7 | 9 | 0 | 6 (16) |
| Avtale om kompetanseheving | 22 | 31 | 9 | 17 | 27 (69) |
| Avtale om rutiner ved utskriving | 24 | 35 | 36 | 29 | 33 (82) |
| Avtale om andre forhold | 20 | 24 | 9 | 21 | 22 (56) |
| (N=) | (41) | (176) | (11) | (24) | (252) |

Nesten halvparten av kommunene har ikke etablert noen formell samarbeidsavtale med andrelinjetjenesten. En tredel av kommunene har en avtale som regulerer utskrivningsprosessen i fra sykehus, mens svært få ha inngått avtale for å håndtere konfliktsituasjoner.

Det er små systematiske forskjeller mellom kommuner med ulike modeller når det gjelder formelle samarbeidsavtaler mellom kommunen og andrelinjen. Det er en svak tendens til at kommuner som har organisert det psykiske helsearbeidet i en egen tjeneste noe hyppigere har avtaler om kompetanseheving og utskrivningsrutiner.

Er ambulerende team og annen veiledning tilgjengelig for kommunene?

Psykisk helsearbeid er kompetansekrevende arbeid. Særlig gjelder dette tyngre lidelser og sammensatte problemer. En del tilstander opptrer dessuten så sjelden at selv ikke større kommuner opparbeider seg erfaring på disse områdene. Det er derfor mulig for kommunene å få veiledning fra andrelinjen, i form av ambulerende fagteam eller direkte fra DPS. Tabell 2.21 viser at nesten seks av ti kommuner får besøk av ambulerende team. Sammenliknet med kommuner med andre modeller for organisering av psykisk helsearbeid, oppgir kommuner med en egen tjeneste for dette arbeidet noe hyppigere at de får besøk av slike team.

Tabell 2.21 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? Prosent*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Total (N) |
|------------------------------|------------|---------------|----------|------------------|-----------|
| Nei, kommunen får ikke besøk | 55 | 36 | 91 | 55 | 43 (106) |
| Ja, kommunen får besøk | 45 | 64 | 9 | 46 | 57 (140) |
| Totalt (N=) | 100 (40) | 100 (173) | 100 (11) | 101 (22) | 100 (246) |

Vi ser av Tabell 2.22 at de aller fleste kommunene benytter seg av muligheten til å få veiledning fra andrelinjen. Over 90 prosent av kommunene sier at de får slik veiledning, enten til faste tider eller ved behov.

Tabell 2.22 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjen? Voksne. Prosent*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Total (N=) |
|---------------------|------------|---------------|----------|------------------|------------|
| Ja, til faste tider | 20 | 23 | 9 | 5 | 20 (48) |
| Ja, ved behov | 68 | 71 | 82 | 91 | 72 (173) |
| Nei/svært sjelden | 13 | 7 | 9 | 5 | 8 (18) |
| Totalt (N=) | 101 (40) | 101 (166) | 100 (11) | 101 (22) | 100 (239) |

Kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid oppgir i større grad enn kommuner med integrert modell at de får veiledning til faste tider. Vårt materiale gir imidlertid ingen indikasjoner på at kommuner med integrert modell totalt sett har mindre tilgang på veiledning fra andrelinjen enn kommuner med andre modeller. En krysskjøring av dataene viser at andelen kommuner som verken får besøk av ambulerende team eller mottar veiledning fra andrelinjen er noe høyere i kommuner der psykisk helsearbeid er integrert i det ordinære tjenesteapparatet (8,3%) enn i kommuner med egen enhet (4,9%) eller egen tjeneste (5,7%) for psykisk helsearbeid, men forskjellene er små.

2.5.4 Hva betyr organisering for samarbeidet med statlige instanser?

Opptrappingsplanens mål om et mer helhetlig tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser innebærer også et tettere samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Her ser vi spesielt på kommunens samarbeid med statlige instanser – Aetat, trygdekontor og fylkeslegen.

Samarbeidet med Aetat

Opptrappingsplanen legger stor vekt på at folk som har psykiske problemer må sees som hele mennesker, ikke bare med behov for behandling og pleie, men også med behov for meningsfylt aktivitet. Normalisering av livssituasjonen vil dessuten innebære at det må legges til rette for at de som er i stand til det, kan få bruke sin arbeidskapasitet. Det har vært et mål å bedre samarbeidet mellom kommunene og arbeidsmarkedsetaten. Vi har spurt kommunene om hvordan dette samarbeidet skjer.

Tabell 2.23 *Er det noen sammenheng mellom organiseringsmodell og samarbeid med Aetat? Prosent**

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|------------------------------------|---------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| Ikke vanlig med møter | 19 | 24 | 9 | 13 | 22 |
| Samarbeidsmøter på overordnet nivå | 17 | 17 | 9 | 25 | 17 |
| Av og til møter om enkeltbrukere | 69 | 62 | 73 | 67 | 64 |
| Ofte møter om enkeltbrukere | 10 | 13 | 9 | 17 | 13 |
| (N) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

*pga muligheten for å krysse av på flere alternativer, summerer ikke prosentene seg til 100

Nesten $\frac{1}{4}$ av kommunene oppgir at de ikke har møter med Aetat om innbyggere med psykiske problemer. To tredeler av kommunene sier at de av og til har møter med Aetat om enkeltbrukere, mens relativt få sier at slike møter ofte finner sted.

Tabellen tyder på at kommuner med integrert modell har noe nærere samarbeid med Aetat enn andre kommuner. Dette gjelder først og fremst samarbeid på overordnet nivå, mens møter om enkeltbrukere ikke i samme grad varierer mellom kommuner.

Samarbeidet med Trygdekontoret

Bildet for samarbeid mellom kommunene og trygdekontoret har mange likhetstrekk med det vi fant for Aetat. Kommuner med integrert modell ser i noen grad ut til å ha et nærere samarbeid med trygdekontoret enn kommuner med andre modeller, men denne forskjellen gjelder primært på overordnet nivå, ikke individnivå.

Tabell 2.24 *Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og trygdekontoret? Prosent**

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|------------------------------------|---------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| Ikke vanlig med møter | 12 | 21 | 0 | 4 | 17 |
| Samarbeidsmøter på overordnet nivå | 10 | 14 | 9 | 25 | 14 |
| Av og til møter om enkeltbrukere | 76 | 66 | 82 | 71 | 69 |
| Ofte møter om enkeltbrukere | 10 | 14 | 9 | 13 | 13 |
| (N) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

*pga muligheten for å krysse av på flere alternativer, summerer ikke prosentene seg til 100

Kommunenes vurdering av rådgiveren hos fylkeslegen

I forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse ble det etablert rådgiverstillinger for planen i alle fylkeslegeembetene. Rådgiveren skulle blant annet bistå kommunene i oppbyggingen og utviklingen av det psykiske helsearbeidet, men også ha en kontrollfunksjon, spesielt i forhold til disponeringen av øremerkede midler og utviklingen av kommunale planer.

Vi spurte våre informanter i kommunene om hvordan de oppfatter rollen(e) til rådgiverne for Opptappingsplanen hos fylkeslegen. Halvparten av samtlige respondenter mener rådgiveren i stor grad fyller rollen som kontrollør (Tabell 2.25). Knappt en tredel opplever rådgiveren som en viktig støttespiller i arbeidet med Opptappingsplanen.

Tabellen viser en interessant forskjell mellom kommuner med integrert modell og kommuner med andre modeller: Kommuner med integrerte tjenester oppfatter rådgiveren mye mer som kontrollør enn andre kommuner gjør. Hele 75 prosent fra denne kategorien kommuner sier rådgiverens rolle i stor grad er å være kontrollør, mens bare 38 prosent svarer tilsvarende i kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid. Rådgiverne oppfattes i større grad som støttespillere i kommuner som ikke har en integrert tjeneste. Det kan være vanskelig å tolke disse resultatene. Det kan synes paradoksalt at de kommunene som er 'flinkest' i forhold til Opptappingsplanens mål om organisering også synes å føle kontrollen fra staten sterkest.

En mulig forklaring på at kontrollfunksjonen betones sterkere av kommuner der psykisk helsearbeid er integrert i det ordinære tjenestetilbudet kan være at det kan oppleves som vanskeligere å ”spore” de øremerkede midlene i disse kommunene. Kommuner med en integrert modell kan føle sterkere behov eller press for å synliggjøre og skaffe dokumentasjon for at midlene de mottar faktisk går til innbyggere med psykiske problemer.

Tabell 2.25 *Hvordan oppfattes rådgiverne hos fylkeslegen? Prosent som svarer at rollen fylles ”i stor grad”**

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Totalt |
|----------------------------|---------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| Pådriver | 17 | 22 | 33 | 20 | 21 |
| Støttespiller | 31 | 31 | 44 | 23 | 31 |
| Erfaringsformidler | 24 | 25 | 22 | 22 | 25 |
| Dialogpartner/ Veileder | 19 | 15 | 22 | 14 | 16 |
| Kontrollør | 38 | 50 | 50 | 75 | 50 |
| Kurs-arrangør | 23 | 23 | 20 | 10 | 21 |
| (N) | (42) | (173) | (11) | (24) | (250) |

*pga muligheten for å krysse av på flere alternativer, summerer ikke prosentene seg til 100

Vi har bedt kommunene angi hvilke tjenester som vanligvis møter rådgiveren for opptrappingsplanen hos fylkeslegen. Jevnt over er det flere kommuner med integrerte psykiatritjenester som oppgir at ulike tjenester er representert i møter med rådgiveren. Mens 79 prosent av kommunene med integrert modell har pleie- og omsorgstjenestene representert, er tilsvarende bare 24 prosent blant kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid. Et liknende bilde gjør seg gjeldende for sosialtjenesten, barnevern, barnehage/grunnskole, helsestasjon, lege-tjenesten og kultur.

Hvis vi ser på antall tjenester som vanligvis er representert i møte med rådgiveren, er snittet betydelig høyere i kommuner med integrert modell sammenliknet med kommuner med andre modeller. Dette kan være nok en indikasjon på at den integrerte tjenestemodellen medfører et bredere ansvar for å yte tjenester til kommunens innbyggere med psykiske problemer.

2.6 Oppsummering

Dataene om organisering, koordinering og samarbeid i det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne innbyggere viser at det foreløpig er få kommuner som har valgt å integrere dette arbeidet i kommunens ordinære tjenesteapparat, slik Opptappingsplanen for psykisk helse forutsetter. De kommunene som har valgt en integrert modell er dessuten svært ulike, noe som kan være en indikator på at den integrerte modellen ikke er én spesifikk modell. Hvordan integreringen av det psykiske helsearbeidet skjer i praksis vil være helt avhengig av hvordan kommunen har organisert sine ordinære tjenester.

Det datamaterialet som er presentert her tyder på at kommuner med integrert modell for psykisk helsearbeid jevnt over har færre koordinerende tiltak enn kommuner som har valgt andre modeller. Dette gjelder både på systemnivå og individnivå. Hvorvidt dette skyldes at en integrering av tjenestene overflødiggjør en del koordinerende tiltak, eller om fagmiljøene i denne modellen ikke er tilstrekkelig sterke til å ta i bruk slike virkemidler, vet vi foreløpig ikke.

I tråd med intensjonene viser våre tall at kommuner med en integrert tjenestemodell involverer et noe bredere spekter av de ordinære kommunale tjenestene i det psykiske helsearbeidet. Det er imidlertid grunn til å understreke at forskjellene mellom kommuner med ulike modeller er små, og at resultatene foreløpig er usikre.

Det er også noe større bredde i rekruttering og opplæring av personell i kommuner der det psykiske helsearbeidet er integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat. Men heller ikke i disse kommunene inngår for eksempel kulturetaten som en viktig del av arbeidet for innbyggere med psykiske problemer.

Selv om flere tjenester er involvert i kommuner med integrert modell, vurderes ikke samarbeidet mellom tjenestene som bedre innenfor denne modellen. Integrering av det psykiske helsearbeidet i kommunens øvrige tjenester oppleves i stor grad som et problem av respondentene i de kommunene som har en slik modell. Det sees som en hindring for arbeidet med styrkingen av det kommunale psykiske helsearbeidet at fagmiljøene blir små og at fagfolkene spres for tynt utover når tjenestene integreres.

3 Organiseringsplanen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge

I forbindelse med gjennomgang av status for Opptrappingsplanen i 2002, ble det klart at det var behov for en mer eksplisitt satsing på utbyggingen av tilbudet for barn og unge. Oppfatningen var at planen ikke hadde gitt tilstrekkelig fokus på denne gruppen, særlig i kommunene. Det ble lagt inn en forutsetning om at minst 20 prosent av midlene skulle gå til psykisk helsearbeid blant barn og unge. Denne eksplisitte formuleringen kom inn i planen etter at vår survey ble gjennomført våren 2002.

Etter å ha gått gjennom samtlige spørreskjema som er utfylt av en respondent fra hver kommune, er inntrykket at resultatene for barn og unge sannsynligvis er noe mer usikre enn resultatene for voksne. Det er blant annet flere missing i spørsmålene som dreier seg om barn og unge. Dette kan skyldes at skjemaet ble sendt koordinatoren for psykisk helsearbeid i de kommunene som har slik koordinatør. I ganske mange kommuner er koordinatorens hovedansvar knyttet til voksne brukere av tjenestene. Dette kan bety at den som har besvart skjemaet har hatt mindre inngående kjennskap til hva som gjøres for barn og unge. Selv om vi har bedt respondenten hente inn opplysninger fra andre i tilfeller der hun/han ikke har tilstrekkelig kunnskap, vil tilbøyeligheten til å ta kontakt med andre relevante personer og etater kunne variere.

3.1 Overordnet organisering av arbeidet rettet mot barn/unge

Opptrappingsplanen sier ikke noe eksplisitt om kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Også for denne

gruppen antas helheten i tilbudet å fremmes ved integrering av det psykiske helsearbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. I og med at mye av arbeidet for barn og unge består av forebyggende arbeid, er det kanskje særlige grunner til at dette bør integreres i de tjenestene som allerede har etablert kontakt med barn, unge og deres familier – bl.a. helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern, sosial- og miljøarbeidere, PPT, barnehager og grunnskoler. Ved å bygge opp kompetansen i psykisk helsearbeid i disse tjenestene, vil barn og unge med problemer relatert til psykisk helse kunne få hjelp tidlig, og situasjoner som kan gi slike problemer vil kunne avhjelpes før de utvikler seg videre.

Vi har spurt kommunene hvordan de har organisert det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge (Tabell 3.1). Spørsmålet var stilt relativt åpent, ved at kommuner som *ikke* har organisert arbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne, ble bedt om å gi en kort beskrivelse av organiseringen av dette arbeidet (se Vedlegg 2, spørsmål 20b).

Tabell 3.1 viser et fragmentert bilde av kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant yngre innbyggere. Ni prosent av kommunene sier at dette arbeidet er organisert i en egen enhet for psykisk helsearbeid. Disse enhetene omfatter nesten uten unntak arbeid både for voksne og barn/unge.

Nesten 60 prosent av kommunene som har svart på spørreskjemaet sier at de har en egen tjeneste som har ansvar for psykisk helsearbeid blant barn og unge, plassert innenfor en etablert kommunal tjeneste-enhet. Omtrent halvparten av disse (28% av alle kommunene i undersøkelsen) oppgir at tjenesten er forankret i helsetjenesten, og en firedel (14% av alle) i pleie- og omsorgstjenesten. Ellers er det et stort mangfold blant kommunene mht. hvor det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge er forankret: i sosialetaten, i en kombinert helse- og sosialetat, i oppvekstetaten, i barnevernet, i familieetaten mv.

Mens bare ni prosent av kommunene har en integrert modell for psykisk helsearbeid blant voksne, svarer 21 prosent at tjenestene for barn og unge med problemer relatert til psykisk helse er integrert i det ordinære tjenesteapparatet rettet mot denne aldersgruppen.

Tabell 3.1 *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 | 22 | 9 |
| En egen tjeneste for psykisk helsearbeid | | 58 |
| • innenfor helse (primært helsestasjon) | 71 | 28,0 |
| • innenfor sosialtjenesten | 9 | 3,5 |
| • innenfor pleie-/omsorgstjenesten | 35 | 13,8 |
| • innenfor barneverntjenesten | 1 | 0,4 |
| • innenfor helse- og sosialtjenesten | 14 | 5,5 |
| • innenfor oppvekstetat/barne- og ungdomstjenesten/miljøarbeidertjenesten | 7 | 2,8 |
| • innenfor forebyggende enhet | 1 | 0,4 |
| • innenfor rehabiliteringsavdeling | 2 | 0,8 |
| • innenfor familieetat/-avdeling | 4 | 1,6 |
| • annet/ikke oppgitt | 6 | 2,4 |
| I stab hos rådmannen/helse- og sosialsjef | 6 | 2 |
| Integrert modell | 52 | 21 |
| Ingen konkret modell for psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge | 12 | 5 |
| Ubesvart | 15 | 6 |
| Totalt | 254 | 101 |

Det er stor grad av parallellorganisering av kommunenes arbeid med barn og unge og arbeidet rettet mot voksne. I nesten 60 prosent av kommunene som har en *egen enhet* for psykisk helsearbeid, har denne enheten også ansvar for barn og unge. Blant kommunene som har en *egen tjeneste* for psykisk helsearbeid for voksne innenfor en etablert etat, har 80 prosent også en tjeneste for barn. For barn er det imidlertid gjerne helsetjenesten (helsesøster/-stasjon) som har ansvar for det psykiske helsearbeidet, mens dette arbeidet for voksne oftere er lagt til pleie- og omsorgstjenesten.

87 prosent av kommunene med *integrert modell* for voksne, har også dette for barn. Vi ser imidlertid at det er flere kommuner som oppgir å ha integrerte tjenester for barn, som ikke har dette for voksne.

Som tidligere påpekt kan det være vanskelig å skille *bevisst* integrert organisering og ”ingen” organisering. Det som i én kommune sees som en integrert tjenestemodell kan oppfattes som ”ingen konkret modell” i andre kommuner. Mens ingen av kommunene som har

besvart spørreskjemaet oppgir at de ikke har noen klar organisering av det psykiske helsearbeidet for voksne, sier 5 prosent av kommunene eksplisitt at de ikke benytter noen konkret modell for arbeidet rettet mot barn og unge. I tillegg har 6 prosent av kommunene ikke besvart spørsmålet. At psykisk helsearbeid skal ivaretas av det ordinære tjenesteapparatet kan innebære at det ikke skjer noe (nytt) i forhold til arbeid og samarbeid på området. Det kan dessuten være vanskelig å synliggjøre det arbeidet som eventuelt blir gjort.

Alt i alt fremstår bildet av organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge som fragmentert og noe uklart. Dette behøver ikke bety at organiseringen er uklar i den enkelte kommune, men kan skyldes at vårt skjema ikke har klart å fange opp nyanser i organiseringen. Likevel mener vi det er grunn til å stille spørsmål ved om det psykiske helsearbeidet blant barn og unge i en del kommuner har et klart forankringspunkt i kommuneorganisasjonen. Dette vil være viktig å følge opp med nærmere undersøkelser i et mindre antall kommuner.

3.2 Koordinerende tiltak i kommunenes arbeid for barn og unge

3.2.1 Utbredelsen av koordinerende tiltak

Koordinering av tjenester for innbyggere med psykiske problemer kan – som diskutert i kapittel 2 – skje både på systemnivå og individnivå. Samordning på systemnivå vil kunne være et resultat av at relevante tjenester er organisert sammen, og derved sees i sammenheng, eller ved at kommunen gir én eller flere ansatte eksplisitt ansvar for koordinering av tjenestene.

I avsnittet over har vi sett at en av fem kommuner oppgir å ha en integrert modell for psykisk helsearbeid. At slik integrering i seg selv innebærer økt samordning mellom tjenester, er imidlertid ikke åpenbart. I og med at innbyggere med sammensatte problemer vil ha behov for tjenester fra flere deler av det ordinære tjenesteapparatet, vil det uansett kunne være behov for samordning av tjenester utover det som skjer innenfor tjenestene. Mange kommuner har valgt å styrke samordningen ved å oppnevne koordinatorene for det psykiske helsearbeidet.

Koordinatorer for barn og unge

Blant de kommunene som har besvart spørreskjemaet, oppgir 107 kommuner (42 %) at de har felleskoordinator for voksne og barn/unge, mens 27 kommuner sier at de har separate koordinatorene for voksne og barn/unge (11 %). Ingen av kommunene svarer at de har koordinatorene for barn, men ikke for voksne. Dette betyr at i 80 prosent av kommunene som har en koordinator med ansvar for å samordne tjenestene for barn og unge, har koordinatoren også ansvar for voksne. Hvorvidt slike felleskoordinatorene ivaretar barnas behov på lik linje med de voksnes, er ikke undersøkt i denne analysen, men vil være interessant å følge opp i case-studier. Det er imidlertid interessant å observere at nesten halvparten av kommunene ikke har noen koordinator på systemnivå med ansvar for å samordne tjenestene for barn og unge med problemer relatert til psykisk helse.

Felleskoordinatorene (for både voksne og barn/unge) er stort sett forankret i egen enhet for psykisk helsearbeid, i pleie/omsorg eller i helsetjenesten, mens en noe mindre andel av felleskoordinatorene er plassert i sosialtjenesten. Barnekoordinatorene er i all hovedsak plassert i helsetjenesten (helsestasjon/skolehelsetjenesten), mens noen også er forankret i sosialtjenesten eller i en egen oppvekstetat el.l.

Tverrfaglig team

Som navnet tilsier settes tverrfaglige team sammen av fagfolk fra ulike tjenester. Hensikten er å skape et koordinert tjenestetilbud på system- og/eller individnivå. På systemnivå består teamene av de tjenestene kommunen oppfatter som relevante for mennesker med psykiske problemer. På individnivå er det – ideelt sett – den enkelte brukers tjenestebehov som bestemmer sammensetningen av det tverrfaglige temaet.

Blant kommunene i undersøkelsen, svarer 46 prosent (116 kommuner) at de har etablert tverrfaglige team for arbeidet med barn og unge med problemer relatert til psykisk helse. De aller fleste av disse teamene er fellesteam for voksne og barn/unge. Bare 14 prosent av de kommunene som har besvart skjemaet sier at de har egne tverrfaglige team med ansvar for psykisk helsearbeid blant yngre innbyggere.

De fleste kommuner med eget team for barn benytter teamet også til barn med andre typer sammensatte vansker (26 kommuner). Svært få kommuner (7 kommuner) har tverrfaglige team spesielt for barn/unge med psykiske problemer. Fellesteamene for voksne og barn dekker også ofte andre sammensatte vansker i tillegg (46 kommuner), men en

del kommuner har fellesteam spesielt beregnet på innbyggere med psykiske problemer (34 kommuner).

Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper benyttes gjerne som et tiltak for å koordinere tjenestene overfor enkeltbrukere. De tjenestene som er involvert i brukerens behandling, skal være representert i gruppen, enten dette er tjenester på kommunalt nivå, tjenester i andrelinjen eller tjenester som Aetat eller trygdekontor. Den enkelte bruker og/eller brukerens pårørende er som oftest med i ansvarsgruppen. Slike grupper er blitt en utbredt metode for å bedre koordineringen på individnivå, men erfaringene er noe delte. En hovedinnvending mot ansvarsgrupper er at gruppene ofte blir svært store, slik at den enkelte bruker føler seg overveldet av antall eksperter som er tilstede i møtene. Det kan også være vanskeligheter forbundet med å få samtlige tjenester til å møte i ansvarsgruppen.

Tabell 3.2 *Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse?*

| | Antall kommuner | Prosent |
|--|------------------------|----------------|
| Nei, kommunen bruker ikke ansvarsgrupper for barn/unge | 39 | 15 |
| Ja, kommunen bruker ansvarsgrupper for noen barn/unge | 136 | 54 |
| Ja, kommunen bruker ansvarsgrupper for de aller fleste | 59 | 23 |
| Ubesvart | 20 | 8 |
| Totalt | 254 | 100 |

I kapittel 2 så vi at omtrent samtlige kommuner (over 90 prosent) i vårt materiale sier at de bruker ansvarsgrupper eller tilsvarende modell overfor noen eller alle voksne brukere med psykiske lidelser. Et klart flertall av kommunene (77 prosent) oppgir også at de praktiserer ordningen med ansvarsgrupper for ”barn og unge med problemer relatert til psykisk helse” (Tabell 3.2). I og med at formuleringen er så pass vid, og derfor ikke bare inkluderer barn og unge med alvorlige og sammensatte problemer, synes det naturlig at de fleste sier at de har ansvarsgrupper for noen, men ikke for alle.

Individuell plan

Som vi så i kapittel 2 svarer 85 prosent av kommunene i undersøkelsen at de gir tilbud om individuell plan til noen eller alle brukere med langvarige og sammensatte behov for hjelp. Vi har ikke spurt kommunene spesielt om de bruker individuell plan som redskap for å samordne tjenestene overfor barn og unge, og vi kan derfor ikke si noe om hvor mange kommuner som gir tilbud om individuell plan til denne gruppen. Kommunene ble imidlertid bedt om å angi hvor mange av kommunens barn/unge med problemer relatert til psykisk helse som det er utarbeidet individuell plan for. Bare 34 kommuner har oppgitt at de har barn/unge med slik plan. Over en tredel av disse kommunene har bare ett barn med individuell plan. Individuell plan kan derfor så langt ikke sies å være utbredt blant kommunene som en aktiv metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med psykiske problemer.

3.2.2 Sammenheng mellom organisasjonsmodell og koordinerende tiltak i kommunenes arbeid for barn og unge

I det psykiske helsearbeidet for voksne fant vi i kapittel 2 en tendens til at kommuner med integrerte tjenester hadde færre samordnende tiltak både på system- og individnivå sammenliknet med kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Vi har undersøkt om det er noen sammenheng mellom kommunens overordnede organisering av det psykiske helsearbeidet for barn og unge, og hvorvidt kommunen har en koordinator på systemnivå med ansvar for yngre innbyggere med problemer relatert til psykisk helse.

I motsetning til hva vi fant for voksne brukere, viser Tabell 3.3 at kommuner med integrerte tjenester har en større tendens til å ha en koordinator for arbeidet med barn og unge. Omtrent fire av ti kommuner med en integrert modell for det psykiske helsearbeidet blant barn og unge har en koordinator på systemnivå. Både i kommuner med integrert modell og i kommuner med annen organisering er det imidlertid slik at koordinatoren i de aller fleste tilfeller har ansvar både for voksne og barn.

Tabell 3.3 *Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) for barn/ unge på systemnivå, etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn/unge (Prosent)*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert tjeneste | Ingen modell | Totalt |
|---|-------------|---------------|------------|--------------------|--------------|--------------|
| Har koordinator for barn/unge | 18 | 25 | 17 | 42 | 33 | 28 |
| Har <i>ikke</i> koordinator for barn/unge | 82 | 76 | 83 | 58 | 67 | 72 |
| Totalt (N) | 100 (22) | 101 (143) | 100 (6) | 100 (52) | 100 (12) | 100 (235) |

Vi ser av Tabell 3.4 at et integrert tjenestetilbud innenfor psykisk helsearbeid heller ikke ser ut til å bety at kommunene i mindre grad satser på ansvarsgrupper som metode for å samordne tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Over åtti prosent av kommunene med en integrert modell for arbeidet bruker ansvarsgrupper for noen eller alle.

Tabell 3.4 *Har kommunen etablert ansvarsgrupper som metode for å samordne kommunens psykiske helsearbeid for barn og unge, etter overordnet modell for organisering av arbeidet for barn/unge (Prosent)*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert tjeneste | Ingen modell | Totalt |
|--|-------------|---------------|------------|--------------------|--------------|--------------|
| Har ansvarsgrupper for de aller fleste | 18 | 24 | 0 | 31 | 27 | 25 |
| Har ansvarsgrupper for noen | 55 | 65 | 67 | 52 | 36 | 60 |
| Nei, har ikke ansvarsgrupper | 27 | 11 | 33 | 17 | 36 | 16 |
| Totalt (N) | 100 (22) | 100 (132) | 100 (6) | 100 (52) | 99 (11) | 101 (235) |

Dette bildet styrkes når vi ser på utbredelsen av tverrfaglige team for barn og unge relatert til psykisk helse (Tabell 3.5). Det er beskjedne forskjeller mellom modellene. Uansett hovedmodell for organiser-

ingen av arbeidet, har omtrent halvparten av kommunene tverrfaglige team for barn og unge (inkl. fellesteam barn/unge og voksne).

Tabell 3.5 *Har kommunen tverrfaglige team for barn og unge med problemer relatert til psykisk helse, etter overordnet modell for organisering av arbeidet (Prosent)*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert tjeneste | Ingen modell | Totalt |
|--|-------------|---------------|------------|--------------------|--------------|--------------|
| Har tverrfaglig team for barn/unge | 46 | 44 | 50 | 52 | 42 | 46 |
| Har <i>ikke</i> tverrfaglig team for barn/unge | 55 | 56 | 50 | 48 | 58 | 54 |
| Totalt (N) | 101 (22) | 100 (147) | 100 (6) | 100 (52) | 100 (12) | 100 (239) |

Vi har i dette avsnittet sett at bildet av kommunenes koordinerende tiltak i det psykiske helsearbeidet for barn og unge ikke viser det samme mønsteret som for voksne. Det er flere kommuner som har integrert det psykiske helsearbeidet for barn og unge i det ordinære tjenesteapparatet enn tilfellet er for voksne. Dette kan skyldes at kommunene mener at integrering av tjenestetilbudet er mer hensiktsmessig for barn og unge, i og med at mye av arbeidet er av forebyggende art. En annen mulig forklaring kan være at en del kommuner ikke har hatt noen klar satsing på psykisk helsearbeid for denne aldersgruppen, og har latt de tjenestene som har møtt unge med problemer relatert til psykisk helse takle disse problemene.

Hvilken modell kommunen har valgt for sin overordnede organisering av det psykiske helsearbeidet ser i liten grad ut til å ha betydning for hvilke koordinerende tiltak som er iverksatt i kommunen. Mens vi for tilbudet til voksne fant en tendens til at kommuner med integrert modell hadde færre koordineringstiltak enn kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid, finner vi ikke dette for barn og unge.

3.3 Bredden i det psykiske helsearbeidet for barn og unge

En viktig intensjon med Opptrappingsplanen for psykisk helse er å bygge opp kompetanse i psykisk helsearbeid bredt i kommuneorganisasjonen. De etablerte tjenestene skal få innsikt i dette feltet, slik at arbeidet rettet mot å bedre innbyggernes psykiske helse, eller forebygge psykiske problemer, kan skje i ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet. I tillegg vil slikt bredt engasjement kunne gi et bredere og mer helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser. På denne måten antas det at tjenestene til sammen bedre vil kunne ivareta de forskjellige sidene ved menneskelivet – som helse, bolig, kulturelle aktiviteter og sysselsetting – som er viktige for folks psykiske helse.

3.3.1 Hvilke tjenester involveres i arbeidet?

Vi har bedt kommunene angi hvilke tjenester som er direkte involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, samt graden av involvering i arbeidet (Tabell 3.6).

Tabell 3.6 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?*

| | I liten grad involvert | Noe involvert | I stor grad involvert | Totalt (N) |
|--------------------------------|------------------------|---------------|-----------------------|------------|
| Pleie/omsorg | 59 | 37 | 5 | 101 (198) |
| Sosialtjenesten | 18 | 53 | 29 | 100 (209) |
| Barnevernet | 3 | 35 | 62 | 100 (227) |
| PPT | 6 | 42 | 52 | 100 (114) |
| Barnehage/ grunnskole | 8 | 53 | 39 | 100 (215) |
| Helsestasjon/ skolehelsetj. | 1 | 23 | 76 | 100 (233) |
| Legetjenesten | 11 | 55 | 34 | 100 (219) |
| Fysioterapi m.v. | 47 | 46 | 7 | 100 (203) |
| Kultur | 65 | 29 | 5 | 99 (185) |

Tabell 3.6 viser at helsestasjonene og skolehelsetjenesten har en særlig sterk stilling i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge. Hele tre av fire kommuner oppgir disse som ”i stor grad involvert” i dette arbeidet. Også barnevernet er relativt sterkt involvert, mens PPTs stilling er noe svakere. Bare en tredel av kommunene ser barnehagene og grunnskolene som sentrale i arbeidet. Omtrent én av fire kommuner oppgir at legetjenesten og sosialtjenesten er sterkt involvert i arbeidet med barn og unges psykiske helse, men det er relativt få kommuner som mener at disse instansene i liten grad er med. Pleie og omsorg, fysioterapi/rehabiliteringstjenesten og kultursektoren oppleves derimot i de aller fleste kommunene å være svært lite involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge.

Tverrfaglige team

En måte å engasjerer ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet på er å trekke representanter for tjenestene inn i tverrfaglige team. For å få et innblikk i hvordan de tverrfaglige teamene er sammensatt, har vi bedt kommunene angi hvilke tjenester som vanligvis er representert i teamene (se Tabell 3.7).

Tabell 3.7 *Hvilke tjenesteområder er representert i det tverrfaglige teamet? N=116 (team med ansvar for barn evt. fellesteam voksne/barn)*

| Tjenestesteder representert i tverrfaglig team | Prosent av teamene som har ansvar for barn |
|--|--|
| Enhet for psykisk helsearbeid | 44 % |
| Pleie og omsorg | 53 % |
| Sosialtjenesten | 77 % |
| Barneverntjenesten | 76 % |
| PPT | 43 % |
| Barnehager/grunnskole | 39 % |
| Helsestasjon/skolehelsetjenesten | 82 % |
| Legetjenesten | 59 % |
| Fysioterapi/ergoterapi/rehab.tjeneste | 34 % |
| Kultur | 26 % |

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevernet og sosialtjenesten er representert i de tverrfaglige teamene i de aller fleste kommunene som har slike team. Legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er

relativt hyppig involvert, mens PPT samt barnehager og skoler ikke står like sentralt. Som for tverrfaglige team som bare betjener voksne brukere, er kultur med i bare ett av fire team.

Tallene i tabellen bærer preg av at ganske mange av de tverrfaglige teamene er kombinerte team for barn og voksne. Vi har ikke noe grunnlag for å uttale oss om hvor klart fokus barn/unge har i disse fellesteamene. Relativt til antall voksne vil det ofte være få barn med sammensatte problemer, og særlig i de mindre kommunene vil erfaringsgrunnlaget for å behandle slike tilstander hos barn og unge gjerne være begrenset.

3.3.2 Sammenheng mellom organiseringsmodell og bredde i engasjement og samarbeid i psykisk helsearbeid blant barn og unge

Hvor mange tjenester involveres i arbeidet med barn og unge?

I analysen av voksne brukere fant vi at bredden i involveringen i det psykiske helsearbeidet er noe større i kommuner der dette arbeidet er integrert i det ordinære kommunale tjenesteapparatet. Flere tjenester blir ansett som viktige samarbeidspartnere i arbeidet, og flere tjenestesteder inngår i tverrfaglige team etc. Særlig er pleie- og omsorgstjenesten mer sentral i kommuner med integrerte tjenester.

Vi har også studert bredden i involveringen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i forhold til hvordan dette arbeidet er organisert (Tabell 3.8).

Tabellen viser en viss tendens til at flere tjenester involveres i arbeidet med barn og unge i kommuner med integrerte tjenester, sammenliknet med kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Forskjellene er ikke veldig markante. Likevel bidrar det konsistente mønsteret vi finner gjennom flere ulike analyser til å styrke bildet av en (svak) sammenheng mellom organisering og bredde i deltakelsen. Dataene indikerer at en integrert modell for psykisk helsearbeid kan bety at flere av kommunens ordinære tjenester involveres i arbeidet knyttet til barn og unge med psykiske problemer.

Det kan være grunn til å påpeke at antall tjenester involvert ikke sier noen ting om den faktiske koordineringen eller om hvordan samarbeidet mellom tjenestene fungerer.

Tabell 3.8 *Hvor mange kommunale tjenester er noe eller sterkt involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, etter organisasjonsmodell for barn/unge. Gjennomsnitt (0=ingen tjenester; 9=alle tjenester). Evt. enhet for psykisk helse er ikke tatt med.*

| | Snitt antall tjenester sterkt involvert | Snitt antall tjenester noe eller sterkt involvert | N |
|--|---|---|-----|
| Modell 1: Egen enhet for psykisk helsearbeid | 2,4 | 5,6 | 22 |
| Modell 2: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 2,7 | 5,8 | 147 |
| Modell 3: Ansvaret i stab hos rådmann/helse- og sosialsjef | 2,8 | 6,7 | 6 |
| Modell 4: Integrert tjeneste | 2,8 | 6,3 | 52 |
| Ingen konkret modell | 3,3 | 5,7 | 12 |
| Totalt | 2,7 | 5,9 | 239 |

Hvilke tjenester involveres i det psykisk helsearbeidet?

Vi har sett noe nærmere på hvilke tjenesteområder som er sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge i kommuner der tjenestene for denne gruppen er integrert i det ordinære tjenestetilbudet (Tabell 3.9).

Barnevernet, PPT og barnehage/grunnskole rapporteres å være noe sterkere involvert i kommuner med integrert modell, selv om forskjellene mellom ulike modeller er relativt beskjeden. På den annen side oppleves helsestasjons-/skolehelsetjenesten som viktigere i kommuner med egen tjeneste med ansvar for psykisk helsearbeid for barn/unge. Det samme gjør legetjenesten, som også står relativt sterkt i kommuner som har en egen enhet for dette arbeidet. Kultursektoren samt fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjenesten står svakt i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge i alle typer kommuner.

Tabell 3.9 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Prosent av kommunene som svarer at tjenesten i stor grad er involvert*

| | Egen enhet | Egen tjeneste | I stab | Integrert modell | Ingen konkret modell | Totalt |
|--------------------------------|------------|---------------|--------|------------------|----------------------|-----------|
| Pleie/omsorg | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Sosialtjenesten | 17 | 30 | 33 | 28 | 50 | 29 |
| Barnevernet | 60 | 59 | 83 | 69 | 80 | 63 |
| PPT | 56 | 49 | 33 | 60 | 70 | 53 |
| Barnehage/ grunnskole | 26 | 38 | 20 | 43 | 58 | 39 |
| Helsestasjon/ skolehelsetj. | 70 | 78 | 67 | 69 | 73 | 75 |
| Legetjenesten | 35 | 36 | 33 | 22 | 50 | 33 |
| Fysioterapi m.v. | 0 | 7 | 20 | 9 | 11 | 7 |
| Kultur | 7 | 7 | 0 | 2 | 0 | 6 |
| (N=) | (14-20) | (112-134) | (4-6) | (43-52) | (7-11) | (180-223) |

3.4 Samarbeid med andre instanser om tjenester til barn og unge

De fleste spørsmålene i surveyen om samarbeid med instanser utenfor kommunen (brukerorganisasjoner, andre kommuner, Aetat, trygdekontor, 2. og 3. linjen samt andre statlige instanser) var av generell karakter og ikke spesielt rettet inn mot visse aldersgrupper blant innbyggere med behov for hjelp. For noen av spørsmålene var det imidlertid mulig å se spesielt på tilbudet til barn og unge. Dette gjelder særlig kommunenes bruk av andrelinjen for å styrke tjenestene til yngre innbyggere med psykiske problemer.

141 kommuner – 56 prosent av kommunene i vårt materiale – oppgir at de får besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten. Av disse sier 21 kommuner at teamene arbeider både med voksne og barn/unge, mens 72 kommuner får besøk av team som bare arbeider med barn og unge. Til sammen er det 93 kommuner (66 prosent av kommunene som får besøk av ambulerende team, 37 prosent av alle kommunene i

undersøkelsen) som får besøk av ambulerende team med ansvar for barn og unge.

Tabell 3.10 *Hvilke oppgaver ivaretar det ambulerende teamet overfor kommunen? Prosent av kommuner som oppgir at de får besøk av ambulerende team*

| | Felles team voksne og barn/unge | Team bare for barn/unge |
|--|---------------------------------|-------------------------|
| Generell faglig veiledning av ansatte | 57 | 53 |
| Faglig veiledning av ansatte knyttet til enkeltbrukere | 67 | 79 |
| Individuell hjelp overfor enkeltbrukere | 67 | 72 |
| (N =) | (21) | (72) |

Kommunene oppgir at de ambulerende teamene både har generelle veiledningsoppgaver og oppgaver knyttet til enkeltmennesker med psykiske problemer (Tabell 3.10). For teamene som bare har ansvar for barn er veiledning og hjelp i forhold til den enkelte bruker særlig dominerende.

Vi har spurt kommunene om de ellers – ut over den muligheten en del av kommunene har gjennom besøk fra ambulerende team – mottar veiledning fra andrelinjen når det gjelder enkeltbrukere blant barn og unge (Tabell 3.11).

Tabell 3.11 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til enkeltbrukere blant barn og unge?*

| | Antall | Prosent |
|---------------------|--------|---------|
| Ja, til faste tider | 15 | 6 |
| Ja, ved behov | 139 | 55 |
| Nei/svært sjelden | 11 | 4 |
| Ikke svart | 89 | 35 |
| Totalt | 254 | 100 |

55 prosent av kommunene i undersøkelsen sier at de benytter seg av muligheten til å få veiledning ved behov, mens 6 prosent oppgir at de får veiledning knyttet til enkeltbrukere til faste tider. Det er ganske få kommuner som sier at de *ikke* bruker veiledningsmuligheten knyttet til barn og unge med behov for hjelp, men hele 35 prosent av kommunene har ikke besvart spørsmålet.

Gitt de mange små kommunene i Norge, er det mange kommuner som ikke kan holde seg med særlig spesialisert kompetanse på psykisk helsearbeid for barn og unge. I de små kommunene vil det ofte heller ikke være mulig å bygge opp erfaring på relativt sjeldne tilstander, da befolkningsgrunnlaget er for lite. Muligheten til å trekke på kompetansen i andrelinjen vil kunne være viktig for disse kommunene. Spørsmål knyttet til kommunestørrelse, tjenestetilbud og kompetanse skal vi analysere nærmere i neste kapittel.

3.5 Oppsummering

Organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge viser større variasjon enn tilsvarende for voksne. I mange kommuner er arbeidet for barn og unge forankret i helsestasjonenes og skolehelse-tjenestens virksomhet. Det psykiske helsearbeidet for disse aldersgruppene er noe oftere integrert i det ordinære tjenesteapparatet. Det store innslaget av forebyggende tiltak i arbeidet for barn og unge er trolig én viktig årsak til dette. Vi kan imidlertid ikke utelukke at det for enkelte kommuner kan være slik at en mer diffus forankring av arbeidet for barn og unge, og manglende eksplisitt satsing på dette området, gjør at de mener den integrerte modellen best beskriver deres psykiske helsearbeid blant barn og unge.

Mens analysene av organiseringen av tjenestetilbudet til voksne ga indikasjoner på at kommuner med integrerte modell for det psykiske helsearbeidet har færre samordnende tiltak på system- og individnivå, fant vi ingen tilsvarende tendens for arbeidet blant barn og unge. Det er ingen vesentlige forskjeller i antall koordinerende tiltak mellom kommuner med ulik overordnet organisering av det psykiske helsearbeidet.

Både for voksne og for barn/unge fant vi imidlertid en svak tendens til at kommuner med integrerte tjenester for innbyggere med psykiske problemer involverer et noe bredere spekter av tjenester i arbeidet.

4 De sårbare småkommunene

4.1 Innledning

De norske kommunene har ansvar for et bredt spekter av oppgaver. Samtlige kommuner forventes å ivareta disse oppgavene på en forsvarlig måte. Det er dette som kalles systemet med *generalistkommuner*. Uavhengig av innbyggertall, bosettingsstruktur eller andre kjennetegn, stiller staten krav om at kommunene fyller de samme funksjonene knyttet til demokrati, tjenesteproduksjon, rettssikkerhet og lokale utviklingsoppgaver (Myrvold 2001, Hovik og Myrvold 2001a).

Kommunene har gjennom hele etterkrigstiden fått ansvar for stadig flere oppgaver. Mange av oppgavene som er lagt til kommunesektoren er tunge, i den forstand at de fordrer faglig spisskompetanse og evne til samordning mellom tjenester og mellom tjenestenivåer. Den sterke trenden i retning av nedbygging av institusjonsplasser innenfor helse- og sosialsektoren, og desentralisering av ansvar til kommunalt nivå, er en del av denne utviklingen.

Samtidig som oppgavene for kommunene er blitt flere og tyngre, har kommunestrukturen vært omtrent uendret de siste 30 – 35 årene. Godt over 50 prosent av dagens norske kommuner har under 5000 innbyggere, og over en tredel har under 3000 innbyggere. Mange mener at det nå er et misforhold mellom kommunenes oppgaveansvar og størrelsen på mange kommuner. Kommunenes håndtering av tjenesteproduksjonen utgjør et viktig moment i vurderingen av om ytterligere delegasjon til kommunalt nivå er mulig og ønskelig (Myrvold 2001, Hovik og Myrvold 2001a, 2001b, Myrvold og Toresen 2003). Spørsmålet er om alle kommunene har ressurser og kompetanse til å ta hånd om det store spekteret av tjenester som de har ansvar for.

Kommunenes produksjon av tjenester skal ideelt sett både ha et stort omfang, være av god kvalitet, og utføres effektivt. På en del områder

har småkommunene en styrke i tjenesteproduksjonen. Nærheten mellom tjenesteytere og –mottakere i små kommuner kan bidra til at tjenestene som ytes blir gode, og tilpasset den enkeltes behov. Når f.eks. pleieren kjenner den gamle og hans familie, vil hun strekke seg langt for å sikre en best mulig omsorg. Små forhold innebærer også oversiktighet i kommuneorganisasjonen, noe som kan gi fleksibilitet og stor evne til omstilling ved endringer i ressurser eller behov (Hovik og Myrvold 2001a). Mange småkommuner ivaretar produksjonen av slike ansikt-til-ansikt tjenester som retter seg mot store grupper av befolkningen, på en god måte. Dette speiles også i en rekke undersøkelser av tilfredsheten med kommunale tjenester. Sammenliknet med innbyggere i større kommuner er innbyggerne i småkommuner mer fornøyd med tjenestetilbudet – primært de direkte personrettede tjenestene.

Men det mangler heller ikke på utfordringer for små kommuner i tjenesteproduksjonen. De største utfordringene for de små kommunene ligger i ivaretagelsen av oppgaver som krever spisskompetanse og oppgaver som retter seg mot små grupper blant innbyggerne. Generelle målinger av innbyggertilfredshet fanger i liten grad opp situasjonen for slike små befolkningsgrupper. For mange kommuner er hovedproblemer rekruttering av fagpersonale. Små forhold innebærer få brukere av visse tjenester, og derfor små stillingsbrøker og små fagmiljøer. Kommunen kan ikke forsvare å ha spisskompetanse til grupper med spesielle behov, og spesielle tilfeller vil oppstå så sjelden at de ansatte ikke opparbeider erfaring med slike saker. Små kommuner kan dessuten ha problemer med å gi innbyggerne et differensiert tilbud. Mange småkommuner opplever også problemer med å ivareta det langsiktige og forebyggende arbeidet (Hovik og Myrvold 2001a).

Oversiktligheten i småkommunene kan gi gode betingelser for samarbeid og samordning mellom tjenester, men personavhengigheten kan representere en utfordring (Kvelling og Wendelborg 2003a, 2003b). Små forhold betyr at tjenestene gjerne blir svært avhengige av den enkelte tjenesteyters kompetanse, egnethet og tilstedeværelse. Samarbeid skjer ikke mellom tjenesteenheter, men mellom personer. Dette kan gjøre både tjenestene og samarbeidsrelasjonene mellom dem sårbare.

Generelt ser det ut til å være betydelig mer variasjon mellom små kommuner enn mellom større kommuner når det gjelder kvaliteten på tjenestene som produseres. Dette betyr at noen små kommuner ivaretar sine oppgaver på en utmerket måte, mens andre småkommuner har atskillig større problemer.

Psykisk helsearbeid – en potensielt sårbar tjeneste

Mange av oppgavene innenfor det psykiske helsearbeidet er nettopp av en slik karakter at de krever spisskompetanse. De er rettet inn mot en relativt beskjeden del av befolkningen, og spesielle tilfeller vil oppstå såpass sjelden at de færreste småkommuner vil kunne opparbeide seg erfaring på disse områdene. Psykisk helsearbeid – eller i alle fall deler av det – er derfor en tjeneste som potensielt er særlig sårbar i små kommuner.

Søkelyset i dette kapitlet er satt på kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet i lys av kommunestørrelse. Kan vi spore systematiske forskjeller mellom små og større kommuner når det gjelder organiseringen av arbeidet, og synes kommuner av ulik størrelse å stå overfor ulike utfordringer? Er det tegn som tyder på at måten småkommunene arbeider med dette feltet på gjør deres tjenester mer sårbare enn større kommuners tjenester?

I de foregående kapitlene har vi drøftet kommunenes tiltak for å koordinere det psykiske helsearbeidet på ulike nivåer. Vi vil følge denne strukturen også her. Først analyserer vi kommunestørrelse i forhold til overordnet organisering av kommunens psykiske helsearbeid, deretter koordinerende mekanismer på hhv. system- og individnivå. I slutten av kapitlet drøfter vi kommunestørrelsens betydning for samarbeid med instanser utenfor kommunen.

4.2 Overordnet organisering

Som drøftet i kapitlene 1 og 2, forutsetter Opptappingsplanen at oppbyggingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene ikke skjer ved at det dannes spesialenheter for psykiatri, men at dette arbeidet integreres i de ordinære tjenestene. Våre data tyder på at et fåtall kommuner hadde fulgt denne anbefalingen ved årsskiftet 2001-2002.

Også blant de minste kommunene er det et overveldende flertall som har en egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid (Tabell 4.1). Tjenesten og fagmiljøet i disse kommunene må med nødvendighet bestå av få personer, og mange kommuner ser ut til å ha samlet de fagressursene de har innenfor en egen tjeneste.

I de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) har omtrent én av fem kommuner en integrert modell for det psykiske helsearbeidet. Dette er en høyere andel enn for de noe større kommunene, og på linje med andelen i de største kommunene. De mellomstore kommunene har i større grad valgt å etablere en egen enhet eller egen tjeneste for

psykisk helsearbeid. Dette kan skyldes at fagmiljøet for det psykiske helsearbeidet i disse kommunene ikke blir veldig stort, slik at kommunene har valgt å samle kompetansen i en sterkere enhet i stedet for å spre kompetansen på de ordinære tjenestene. Dette kan oppleves som hensiktsmessig både for fagmiljøets skyld, og for å stå sterkere utad i forhold til andre tjenester. I de største kommunene, hvor antall fagfolk totalt sett er større, vil det kunne etableres fagmiljøer i psykisk helsearbeid også innenfor det ordinære tjenesteapparatet, slik at det kan sees som mindre problematisk faglig sett å integrere tjenestene for innbyggere med psykiske problemer i andre tjenester. I de minste kommunene, derimot, er fagmiljøet i psykisk helsearbeid ofte så lite at det ikke er verken mulig eller ønskelig å danne en egen enhet for dette arbeidet.

Tabell 4.1 *Organisering av det psykiske helsearbeidet, etter kommunestørrelse. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | To- tal | (N) |
|---|------------------------------|---------------|----------------|-----------------|------------|------------|-------|
| | < 2000 | 2001- 5000 | 5001- 10000 | 10001- 30000 | > 30000 | | |
| Egen enhet for psykisk helsearbeid | 18 | 7 | 24 | 25 | 14 | 17 | (42) |
| Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 60 | 81 | 72 | 63 | 50 | 69 | (173) |
| Ansvar i stab | 4 | 6 | 2 | 2 | 14 | 4 | (11) |
| Integrerte tjenester | 18 | 5 | 2 | 10 | 21 | 10 | (24) |
| Total (N) | 100 (55) | 99 (83) | 100 (50) | 100 (48) | 99 (14) | 100 | (250) |

Spørsmålet er også om den integrerte modellen kanskje innebærer noe annet i de små kommunene enn i de store. Som nevnt i kapittel 2, er det mulig at enkelte av kommunene som har krysset av for ”integrert modell” i praksis ikke har en klar organisering av tjenestene for innbyggere med psykiske problemer. Problemene takles der de måtte komme til syne, men uten at det er en bevisst og helhetlig satsing på integrering av tjenestene. Det er det ordinære tjenesteapparatet som må ta seg av denne gruppen, i den grad disse innbyggerne får et tilbud. En hypotese kan være at en del av de største kommunene bevisst har valgt å integrere tjenestene med andre tjenester, men at småkommunene med sine svært begrensede personellressurser i mindre grad

har en klar organisering av det psykiske helsearbeidet. Hvorvidt dette er tilfelle, må belyses ved hjelp av dybdestudier.

4.3 Koordinerende tiltak i det psykiske helsearbeidet

4.3.1 Koordinerende tiltak på systemnivå

For å få til en avveining og et samarbeid mellom ulike kommunale tjenester som retter seg mot samme brukergruppe, kan kommunene velge å etablere koordinerende tiltak på administrativt nivå. Vi skal her se på to slike tiltak, koordinatorene og tverrfaglige team.

Gitt småkommunenes mer oversiktlige struktur, vil en kunne forvente mindre behov for samordning på systemnivå. På den annen side vil personavhengigheten i tjenestene også kunne bety at administrative rutiner blir viktige for å unngå at tjenestene blir for sårbare, for eksempel ved sykdom og annet fravær.

Koordinatorer

Koordinatorer i psykisk helsearbeid kan ha flere funksjoner, og koordinatorens administrative ressurser vil variere. Mens noen disponerer personal- og økonomiresurser, har andre samordningsansvar uten spesielle ressurser (utover egen arbeidstid) avsatt til oppgaven. Det eksisterer ingen "minstestandard" for jobben som koordinator. Noen koordinatorene har samordning av det psykiske helsearbeidet som sitt primære – kanskje eneste – arbeidsfelt, mens dette for andre er en liten bioppgave.

Våre data viser ikke vesentlige forskjeller mellom store og små kommuner når det gjelder tilbøyeligheten til å ha en person med klart ansvar for å samordne det psykiske helsearbeidet (Tabell 4.2). De små forholdene i de minste kommunene ser ikke ut til å overflødiggjøre behovet for samordning av arbeidet. Flexibiliteten i definisjonen av denne oppgaven, samt i ressursene brukt til samordning, bidrar kanskje også til at flere av de små kommunene kan ha en koordinator.

Tabell 4.2 *Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) på systemnivå? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|------------------------------|------------------------------|---------------|----------------|-----------------|-------------|--------------|
| | < 2000 | 2001- 5000 | 5001- 10000 | 10001- 30000 | > 30000 | |
| Ja, kommunen har koordinator | 70 | 72 | 69 | 71 | 79 | 71 (177) |
| Nei, kommunen har ikke | 30 | 28 | 31 | 29 | 21 | 29 (72) |
| Totalt (N) | 100 (56) | 100 (81) | 100 (49) | 100 (49) | 100 (14) | 100 (249) |

Vi har spurt våre respondenter i kommunene hvilke oppgaver som er lagt til koordinatorene (Tabell 4.3).

Tabell 4.3 *Andel kommuner som har koordinator (for voksne) med ulike funksjoner. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---------------|----------------|-----------------|------------|
| | < 2000 | 2001- 5000 | 5001- 10000 | 10001- 30000 | > 30000 |
| Økonomisk ansvar | 46 | 37 | 55 | 57 | 29 |
| Personellansvar | 38 | 44 | 55 | 62 | 7 |
| Planansvar | 59 | 61 | 55 | 71 | 79 |
| Veiledningsansvar | 57 | 55 | 49 | 55 | 43 |
| Oppfølging av enkeltbrukere | 68 | 66 | 55 | 59 | 7 |
| (N=) | (56) | (84) | (51) | (49) | (14) |

Koordinatorer i de mellomstore kommunene (5000 – 30000 innbyggere) har et bredere ansvar enn koordinatorer i andre kommuner. Dette gjelder særlig personell- og økonomiansvar. I de aller største kommunene er koordinatorenes oppgaver primært knyttet til planlegging og veiledning, mens få har ansvar for personellressurser eller for å følge opp enkeltbrukere. I mindre kommuner er trolig oppgavene knyttet til overordnet koordinering ikke tilstrekkelig store, slik at koordinatorene får et mer allsidig ansvar innenfor det psykiske helse-

arbeidet. Dette innebærer at koordinatorene inngår i det ordinære arbeidet med brukere, i tillegg til at de har ansvar på systemnivå.

Tverrfaglige team på administrativt nivå

Tverrfaglige team på systemnivå er sammensatt av folk fra ulike deler av kommuneorganisasjonen, og har som oppgave å samordne tjenester rettet mot samme brukergruppe.

Tabell 4.4 *Har kommunen et tverrfaglig team på administrativt nivå som har psykisk helsearbeid innenfor sitt ansvarsområde? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|----------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Ja, kommunen har tverrfaglig team | 51 | 61 | 44 | 44 | 57 | 52 (127) |
| Nei, kommunen har ikke | 49 | 40 | 56 | 56 | 43 | 48 (119) |
| Totalt (N) | 100 (55) | 101 (81) | 100 (48) | 100 (48) | 100 (14) | 100 (246) |

Ut i fra opplysningene gitt i spørreskjemaundersøkelsen, er det ingenting som tyder på at småkommunene i mindre grad enn større kommuner har tverrfaglige team med ansvar innenfor det psykiske helsearbeidet. Det ser altså ut til at også mindre kommuner har mekanismer på administrativt nivå som skal ivareta koordineringen av tjenester for innbyggere med problemer relatert til psykisk helse. Hvorvidt disse oppgavene har et annet preg og løses på en annen måte i små og store kommuner, har vi ikke grunnlag for å si noe om her.

4.3.2 Koordinerende mekanismer på individnivå

Mennesker med psykiske problemer og lidelser vil som oftest ha behov for hjelp fra flere kommunale tjenester. Tjenestene kan inkludere praktisk hjelp i hjemmet, bolig, sysselsetting, kulturtiltak, i tillegg til helse- og sosialtjenester. Opptappingsplanen legger avgjørende vekt på at den enkelte bruker skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Slik samordning på individnivå kan skje på ulike måter, for eksempel ved tverrfaglige grupper, ansvarsgrupper og individuell plan.

Vi har undersøkt hvorvidt kommunene har tatt i bruk slike metoder for samordning av tjenester overfor den enkelte bruker. Tabell 4.5 viser en oversikt over andelen kommuner som *ikke* har etablert forskjellige typer tiltak på individnivå. Senere går vi nærmere inn på de ulike tiltakene.

Tabell 4.5 *Andel kommuner som ikke har etablert ulike koordinerende tiltak på individnivå, etter kommunestørrelse. Prosent av kommuner som har besvart de ulike spørsmålene*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|--|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Bruker ikke individuell plan | 25 | 16 | 14 | 10 | 0 | 16 (238) |
| Bruker ikke ansvarsgrupper el. l. for voksne | 17 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 (220) |
| Bruker ikke ansvarsgrupper el. l. for barn | 29 | 18 | 15 | 9 | 0 | 17 (229) |
| Har ikke tverrfaglig gruppe* | 72 | 52 | 48 | 33 | 23 | 50 (246) |
| Har ikke annen modell for samordning | 94 | 82 | 81 | 71 | 58 | 81 (222) |
| Oppnevner ikke/sjelden primærkontakt | 15 | 11 | 4 | 2 | 0 | 8 (250) |

* Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak overfor enkeltpersoner

Ut fra det kommunene selv har oppgitt er det en klar og entydig sammenheng mellom kommunestørrelse og tendensen til å ha etablert samordnende tiltak. Små kommuner rapporterer gjennomgående i mindre grad at de benytter tverrfaglige grupper, ansvarsgrupper eller individuell plan i det psykiske helsearbeidet. Hvorvidt dette skyldes at mindre kommuner ikke ser det samme behovet for slike verktøy, eller om de mangler kompetansen til å ta dem i bruk, vet vi imidlertid ikke.

Individuell plan

Retten til individuell plan er som tidligere nevnt hjemlet bl.a. i Lov om kommunehelsetjenester. Alle mennesker med langvarige og

sammensatte behov for tjenester skal få tilbud om individuell plan. Hensikten med planen er å etablere et helhetlig og forpliktende tjenestetilbud til den enkelte bruker. Vi har tidligere i rapporten sett at et klart flertall av kommunene sier at de gir tilbud om individuell plan til i alle fall noen brukere med problemer relatert til psykisk helse. I hvilken grad benytter ulike kategorier kommuner individuell plan som et verktøy i det psykiske helsearbeidet?

Tabell 4.6 *Får kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse tilbud om individuell plan, etter kommune-størrelse. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|--|------------------------------|-----------|------------|-------------|----------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei | 25 | 16 | 14 | 10 | 0 | 16 (38) |
| Ja, tilbud til <i>noen</i> brukere med langvarige og sammensatte behov | 40 | 59 | 63 | 67 | 85 | 59 (143) |
| Ja, tilbud til <i>alle</i> brukere med langvarige og sammensatte behov | 36 | 25 | 22 | 22 | 15 | 26 (63) |
| Totalt (N) | 101 (53) | 100 (80) | 99 (49) | 99 (49) | 100 (13) | 101 (244) |

Bruken av individuell plan varierer mellom kommuner av ulik størrelse. Det er flest småkommuner som sier at de *aldri* gir et tilbud om individuell plan, mens ingen av de største kommunene sier dette. Samtidig er det også flest små kommuner som oppgir at de gir et slikt tilbud til *alle* brukere med langvarige og sammensatte behov. Det synes med andre ord å være store forskjeller mellom småkommunene i bruken av individuelle planer. Blant større kommuner er det godt over halvparten, for de største hele 85 prosent, som sier at de gir tilbud om individuell plan for noen, men ikke alle, brukere med behov for slik plan.

Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper benyttes for å koordinere tjenester overfor enkeltbrukere fra ulike kommunale sektorer – eventuelt også fra andrelinjen,

Aetat, etc. Ansvarsgruppemøtene kan ofte være store, med representanter fra mange tjenester. Vanligvis møter også brukeren, så sant brukeren ønsker det selv.

Tabell 4.7 *Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor voksne brukere med psykiske lidelser, etter kommunestørrelse. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|-------------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei | 17 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 (11) |
| Ja, for noen | 69 | 80 | 74 | 75 | 57 | 74 (182) |
| Ja, for de aller fleste | 14 | 18 | 26 | 26 | 43 | 22 (53) |
| Totalt (N) | 100 (52) | 100 (83) | 100 (50) | 101 (47) | 100 (14) | 101 (246) |

Vi ser av Tabell 4.7 at bruk av ansvarsgrupper henger klart sammen med folketallet i kommunene. En av seks kommuner med under 2000 innbyggere benytter ikke ansvarsgrupper for voksne med psykiske lidelser, mens samtlige større kommuner sier at de bruker slike grupper for alle eller noen brukere. Nesten halvparten av de største kommunene oppgir at de benytter ansvarsgrupper for de aller fleste brukere.

Et liknende mønster gjør seg gjeldende for barn og unge med psykiske problemer. Blant de minste kommunene svarer tre av ti kommuner at de ikke benytter ansvarsgrupper, mens ingen av de største kommunene svarer dette (Tabell 4.8).

Tabell 4.8 *Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse, etter kommunestørrelse. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|-------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|----------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei | 29 | 18 | 15 | 9 | 0 | 17 (39) |
| Ja, for noen | 56 | 47 | 63 | 74 | 57 | 58 (136) |
| Ja, for de aller fleste | 15 | 35 | 23 | 17 | 43 | 25 (59) |
| Totalt (N) | 100 (52) | 100 (74) | 101 (48) | 101 (46) | 100 (14) | 100 (234) |

Primærkontakt

En primærkontakt fungerer som koordinator og kontaktperson overfor den enkelte bruker der flere tjenester er involvert. Hensikten er å hindre at brukeren skal behøve å forholde seg til en rekke ulike tjenester og personer. Innenfor en ansvarsgruppe kan det for eksempel være oppnevnt en primærkontakt for brukeren.

Tabell 4.9 *Oppnevner kommunen primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|---------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|----------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei/sjelden | 15 | 11 | 4 | 2 | 0 | 8 (20) |
| Ja, av og til | 44 | 29 | 24 | 17 | 23 | 29 (68) |
| Ja, vanligvis | 40 | 60 | 71 | 81 | 77 | 63 (149) |
| Totalt | 99 (52) | 100 (80) | 99 (45) | 100 (47) | 100 (13) | 100 (237) |

Tabell 4.9 viser at det er de store kommunene som i størst grad benytter primærkontakter. Omtrent åtte av ti kommuner over 10 000 innbyggere sier at de vanligvis oppnevner primærkontakt for den enkelte bruker med psykiske problemer. Andelen blant de minste kommunene er bare det halve, fire av ti.

4.4 Betyr kommunestørrelse noe for bredden i involveringen i psykisk helsearbeid?

De minste norske kommunene vil naturlig nok ha en annen og mindre kompleks organisasjonsstruktur enn større kommuner. Selv om tjenestene kommunene skal yte er de samme, vil spesialiseringen være betydelig mindre i småkommunene. Oppdelingen i enheter vil gjerne avspeile dette, slik at hver enhet i de minste kommunene ofte vil ha et videre arbeidsfelt enn det enhetene i de store kommunene har. Når vi skal analysere bredden i engasjementet i psykisk helsearbeid i kommuner av ulik størrelse, må vi være oppmerksomme på at de minste kommunene kanskje har færre tjenesteenheter som potensielt kan inngå som samarbeidspartnere i det psykiske helsearbeidet. På den annen side har vi bedt kommunene om å krysse av for om bestemte tjenester er involvert. Det burde derfor ikke være noe i veien for at kommunene krysser av for eksempel to steder hvis to tjenester organisert i samme enhet er involvert.

Tabell 4.10 *Antall tjenester involvert i psykisk helsearbeid generelt, i tverrfaglige team og i planarbeid, etter kommune-størrelse. Gjennomsnitt*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|---|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Bredde i psykisk helsearbeid, voksne | 3,4 | 3,6 | 3,5 | 3,8 | 4,3 | 3,6 |
| Bredde i psykisk helsearbeid, barn/unge | 5,7 | 6,3 | 6,0 | 6,6 | 6,4 | 6,2 |
| Bredde i tverrfaglig team | 5,0 | 5,1 | 5,1 | 5,1 | 4,0 | 5,0 |
| Bredde i planlegging | 1,6 | 1,8 | 1,8 | 2,0 | 2,1 | 1,8 |
| (N=) | (28-56) | (49-84) | (21-51) | (20-49) | (8-14) | (126-254) |

Tallene for bredden i engasjement i psykisk helsearbeid viser litt ulike tendenser (Tabell 4.10). Hvis vi ser på spørsmålet om deltakelse i psykisk helsearbeid generelt blant voksne, finner vi at de store kommunene har noe større bredde enn småkommunene. For tjenestene for barn og unge er det bare de aller minste som skiller seg ut med litt

færre tjenester involvert i gjennomsnitt. Det samme mønsteret finner vi for bredden i planarbeidet. Deltakelsen i tverrfaglige team viser imidlertid den motsatte tendensen. Her det de aller største som oppgir at det er færre tjenester representert enn hva som er tilfellet for de mindre kommunene.

Tabell 4.11 *Vurdering av samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid. Prosent som sier samarbeidet er "svært godt"*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Pleie og omsorg | 34 | 27 | 23 | 14 | 7 | 24 |
| Sosialtjenesten | 44 | 38 | 31 | 18 | 14 | 33 |
| Barneverntjenesten | 33 | 23 | 29 | 14 | 14 | 24 |
| PPT | 9 | 8 | 5 | 7 | 8 | 7 |
| Barnehager/ grunnskoler | 10 | 3 | 2 | 5 | 0 | 4 |
| Helsestasjon/ skolehelsetjenesten | 38 | 27 | 30 | 26 | 21 | 29 |
| Legetjenesten | 24 | 28 | 24 | 24 | 7 | 23 |
| Fysioterapi mv. | 14 | 13 | 19 | 14 | 0 | 14 |
| Kultur | 4 | 5 | 4 | 10 | 14 | 6 |
| (N=) | (52) | (83) | (50) | (47) | (14) | (246) |

Tabell 4.11 viser at ansatte i de små kommunene vurderer samarbeidet med de aller fleste tjenestene som bedre enn det ansatte i store kommuner gjør. Særlig vurderes samarbeidet med pleie- og omsorg, sosialtjenesten, barnevernet, helsestasjonene og legetjenesten som bedre i småkommunene. Det er bare kultursektoren som oppleves som bedre samarbeidspartnere i de store kommunene, men her er tallene for alle kommunegruppene ganske lave.

Hvis vi teller opp antall tjenester respondentene fra kommunene sier de har et "svært godt" samarbeidsforhold til, er dette tallet i snitt dobbelt så stort i de minste kommunene som i de største (Tabell 4.12). For kommuner med over 10 000 innbyggere blir antall tjenester som vurderes til å samarbeide svært godt markant lavere enn for mindre kommuner. I følge de som selv jobber med psykisk helsearbeid i

kommunene synes altså samarbeidsklimaet mellom tjenestene å være vesentlig bedre i småkommunene enn i mer folkerike kommuner.

Tabell 4.12 *Respondentenes vurdering av hvor mange relevante tjenester som samarbeider "svært godt", etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt*

| | Antall tjenester som samarbeider "svært godt", gjennomsnitt | N |
|------------------|---|-----|
| Tom. 2000 innb | 1,8 | 56 |
| 2001-5000 innb | 1,6 | 84 |
| 5001-10000 innb | 1,6 | 51 |
| 10001-30000 innb | 1,1 | 49 |
| Over 30000 innb | 0,9 | 14 |
| Total | 1,5 | 254 |

4.5 Samarbeid mellom kommunen og eksterne instanser

4.5.1 Interkommunalt samarbeid

Kommunenes tjenestesamarbeid

De minste kommunene vil ofte ha problemer med å etablere et bredt spekter av tilbud til små grupper med spesielle behov (Hovik og Myrvold 2001a). Kommunene kan imidlertid velge å samarbeid med nabokommuner for å styrke tjenestetilbudet til innbyggere med psykiske problemer. I hvilken grad samarbeider kommunene med andre kommuner om tjenestetilbudet til denne gruppen innbyggere?

Våre data viser at småkommunene ikke har noe mer utstrakt tjenestesamarbeid med nabokommuner enn større kommuner. Tendensen til interkommunalt tjenestesamarbeid ser ut til å være ganske jevnt fordelt, og ikke avhengig av kommunens folketall. Omtrent halvparten av alle kommunene sier at de inngår i en eller annen form for slikt samarbeid.

Tabell 4.13 *Samarbeider kommunen med andre kommuner om tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser? Prosent av kommunene som har besvart de ulike spørsmålene. N=254*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|--|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Felles botilbud | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| Felles dagsenter | 2 | 7 | 4 | 4 | 7 | 5 |
| Samarbeider om andre sosiale el. kulturelle tiltak | 9 | 16 | 16 | 22 | 14 | 15 |
| Samarbeider om sysselsetting og arbeid | 18 | 19 | 22 | 16 | 0 | 18 |
| Annet tjeneste-samarbeid | 18 | 23 | 16 | 20 | 36 | 21 |
| Samarbeider ikke om tjenester | 55 | 50 | 55 | 47 | 50 | 52 |
| (N =) | (56) | (84) | (51) | (49) | (14) | (254) |

En mulig hindring for interkommunalt samarbeid i småkommunene er at mange av de mindre kommunene ligger usentralt til, med lang reisevei. For en del innbyggere med psykiske problemer betyr transport, og særlig over lengre strekninger, en belastning. Dette kan gjøre det uaktuelt for kommuner å etablere for eksempel felles dagsenter for denne gruppen.

Faglig samarbeid mellom kommuner

De mange småkommunene må med nødvendighet ha et svært lite fagmiljø med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. En måte å utvide miljøet på kan være å inngå samarbeid med nabokommuner om mer spesialiserte fagstillinger eller om kompetanseutvikling. I hvilken grad gjøres dette i kommunene?

Tabell 4.14 *Har kommunen et faglig samarbeid med andre kommuner når det gjelder det psykiske helsearbeidet? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|--|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Deler visse fagstillinger | 5 | 8 | 8 | 6 | 7 | 7 |
| Felles kursing av ansatte | 20 | 29 | 22 | 25 | 14 | 24 |
| Felles veiledning av ansatte | 41 | 45 | 31 | 22 | 14 | 35 |
| Felles samlinger for ansatte | 32 | 41 | 26 | 45 | 21 | 35 |
| Annet faglig samarbeid | 9 | 17 | 14 | 18 | 29 | 15 |
| Kommunen har ikke noe faglig samarbeid | 34 | 20 | 39 | 27 | 36 | 29 |
| (N =) | (56) | (84) | (51) | (49) | (14) | (254) |

Det er flere kommuner som samarbeider om faglige spørsmål enn om tjenester. Omtrent tre av ti kommuner sier at de ikke har noe faglig samarbeid med andre. Fagsamarbeid er i mange tilfeller ikke like følsomt for reiseavstander som tjenestesamarbeid.

Det er ikke generelt mer fagsamarbeid i småkommunene sammenliknet med i større kommuner. De aller største kommunene skiller seg noe ut med lite samarbeid med andre når det gjelder kurs, samlinger og veiledning. Graden av samarbeid i de ulike aktivitetene, kan imidlertid diskuteres. Felles kursing, veiledning og samlinger behøver ikke bety direkte samarbeid, men kan gi mulighet for erfaringsoverføringer mellom kommuner innenfor det psykiske helsearbeidet.

Tallene sier ingen ting om hvem som har tatt initiativet til samarbeid. Det er sannsynlig at Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og rådgiveren hos fylkeslegen står bak en del av det faglige "samarbeidet" mellom kommuner ved at de innkaller mindre kommuner til felles veiledning og samlinger.

4.5.2 Samarbeid med 2. og 3. linjen

Kommunenes psykiske helsearbeid utgjør bare en del av behandlingsskjeden for mennesker med psykiske lidelser. Spesialistfunksjonene ivaretas bl.a. av Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), i tillegg til sykehusene. For å sikre at behandlingen for den enkelte bruker blir koordinert og helhetlig, er det viktig at samarbeidet mellom de ulike leddene i behandlingsskjeden fungerer godt. Kommunene – særlig de små – har dessuten ikke muligheter til å holde seg med egen kompetanse på viktige felt. For kommunene blir det derfor nødvendig å støtte seg på den kompetansen som finnes i regionen, særlig i andrelinjen.

Flere forhold kan være av betydning for forholdet mellom den enkelte kommune og andrelinjetjenesten. Kommunens geografiske beliggenhet i forhold til nærmeste DPS vil kunne være viktig for hvor hyppig kontakten mellom de to vil være, men ulempen ved å ligge langt fra et DPS (eller BUP) vil trolig i noen grad oppveies ved besøk av ambulerende fagteam.

Forholdet mellom kommunen og andrelinjen vil også kunne avhenge av hvilken kompetanse kommunen selv har på feltet. Liten egen kompetanse vil gi stort behov for bistand, men et sterkt kommunalt fagmiljø kan bety større evne til å benytte seg av det tilbudet andrelinjen kan gi.

Besøk av ambulerende team

Vi har spurt kommunene om deres forhold til andre- og tredje linjen. Vi ser av Tabell 4.15 at kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere noe hyppigere oppgir at de får besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten enn større kommuner. Seks av ti kommuner sier at de mottar slike besøk. Ambulerende team ser altså ikke ut til å være spesielt viktig for de aller minste kommunenes psykiske helsearbeid. Også kommuner med betydelig større fagmiljø på feltet får hjelp fra slike team.

Tabell 4.15 *Får kommunen besøk av såkalte ambulerende team fra 2. linjetjenesten? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|------------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|----------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei, kommunen får ikke besøk | 40 | 39 | 39 | 56 | 50 | 43 (106) |
| Ja, kommunen får besøk | 60 | 61 | 61 | 44 | 50 | 57 (141) |
| Totalt (N=) | 100 (55) | 100 (84) | 100 (49) | 100 (45) | 100 (14) | 100 (247) |

Veiledning fra andrelinjen

I tillegg til muligheten en del kommuner har for å få bistand fra ambulerende team, kan kommunene også få veiledning knyttet til enkeltbrukere fra andrelinjens poliklinikker (BUP, DPS). Vi har spurt kommunene om de benytter seg av denne muligheten (Tabell 4.16 og Tabell 4.17).

Tabell 4.16 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjen, etter kommunistørrelse. Voksne. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|---------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|----------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Ja, til faste tider | 14 | 19 | 23 | 24 | 29 | 20 |
| Ja, ved behov | 77 | 78 | 65 | 67 | 71 | 73 |
| Nei/svært sjelden | 10 | 4 | 13 | 9 | 0 | 8 |
| Totalt (N) | 101 (52) | 101 (80) | 101 (48) | 100 (46) | 100 (14) | 101 (240) |

Svarene fra kommunene når det gjelder voksne brukere tyder på at de større kommunene er noe flinkere til å benytte muligheten til veiledning fra andrelinjen enn de minste kommunene. Generelt sett ser det imidlertid ut til at dette er et tilbud som de aller fleste kommunene kan ta i bruk hvis de opplever behov for det.

Tabell 4.17 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjen, etter kommunestørrelse. Barn og unge. Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|---------------------|------------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Ja, til faste tider | 12 | 2 | 17 | 10 | 9 | 9 |
| Ja, ved behov | 84 | 96 | 63 | 83 | 91 | 84 |
| Nei/svært sjelden | 5 | 2 | 20 | 7 | 0 | 7 |
| Totalt (N) | 101 (43) | (100) (52) | 100 (30) | 100 (29) | 100 (11) | 100 (165) |

Det er færre kommuner som har besvart spørsmålet om veiledning for barn og unge enkeltbrukere. Dette er ett blant flere eksempler på at noen av våre respondenter synes å ha mindre oversikt over det psykiske helsearbeidet blant barn og unge.

Det er bare små forskjeller mellom små og store kommuner når det gjelder bruken av andrelinjen til veiledning i forhold til barn og unge. Det er først og fremst de mellomstore kommunene med mellom 5000 og 10 000 innbyggere som skiller seg ut ved at relativt mange sier at de aldri eller svært sjelden benytter seg av muligheten for veiledning for barn og unge fra andrelinjen.

Avtaler med andre- og tredjelinjen?

Vi har også undersøkt hva slags formelle ordninger kommunene har med andre- og tredjelinjen. Resultatene tyder på at det er de mest folkerike kommunene som i størst utstrekning har avtaler med andrelinjen (Tabell 4.18).

Hele åtte av ti kommuner med over 30 000 innbyggere har etablert en formell samarbeidsavtale med andrelinjen. Drøyt en tredel av disse kommunene har en avtale som regulerer situasjoner der det oppstår konflikter mellom kommunen og andrelinjen. Syv av ti av de største kommunene har avtale om rutiner ved utskrivning; dette er over dobbelt så stor andel som for de andre kommunene. Det er også særlig de største kommunene som har sikret seg avtaler med andrelinjen om kompetanseheving for kommunens personell.

Tabell 4.18 *Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale på administrativt nivå mellom kommunen og 2. linjetjenesten? Prosent (N=254)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|---|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Etablert formell samarbeidsavtale | 50 | 61 | 51 | 53 | 79 | 56 (142) |
| Avtale ved konflikt ml. kommunen og 2. linjen | 5 | 7 | 4 | 0 | 36 | 6 (16) |
| Avtale om kompetanseheving | 20 | 26 | 33 | 29 | 43 | 28 (70) |
| Avtale om rutiner ved utskriving | 21 | 30 | 35 | 35 | 71 | 32 (82) |
| Avtale om andre forhold | 16 | 24 | 24 | 18 | 43 | 22 (56) |

Resultatene kan tyde på at kommunene med høyest folketall – og antallsmessig de største fagmiljøene – oftere har inngått formelle avtaler som regulerer forholdet til andrelinjen. Behovet for å etablere faste rutiner vil trolig føles størst i de kommunene som har flest sykdomstilfeller. I tillegg vil sannsynligvis de største kommunene og de mest profesjonelle fagmiljøene oppleves som viktigere samarbeidspartnere for andrelinjen – det er tross alt fra disse kommunene de fleste pasientene kommer.

Resultatene er ikke like entydige når det gjelder kommunenes involvering i beslutninger om utskrivelser fra psykiatriske sykehus eller sykehjem (Tabell 4.19). Her er det de aller minste og de mellomstore kommunene som i størst grad mener de ikke blir tatt med på råd.

Tabell 4.19 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus eller sykehjem?*
Prosent

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei, 2. linjen rådfører seg sjelden | 21 | 13 | 16 | 38 | 7 | 20 (49) |
| Ja, kommunen involveres av og til | 71 | 61 | 55 | 48 | 71 | 60 (147) |
| Ja, kommunen får vanligvis delta | 8 | 26 | 29 | 15 | 21 | 20 (49) |
| Total (N) | 100 (52) | 100 (82) | 100 (49) | 100 (48) | 99 (14) | 100 (245) |

Tilgang på tilbud fra andrelinjen

Bildet blir ganske annerledes når vi spør kommunene om hvordan de vurderer innbyggernes tilgang på tjenester fra andrelinjen (Tabell 4.20 og Tabell 4.21). Graden av tilfredshet med tilbudet er omvendt proporsjonal med kommunens størrelse. De største kommunene er langt mindre fornøyd med tilgangen på andrelinjetjenester enn mindre kommuner. Dette gjelder både for voksne og barn/unge. Hvorvidt dette er reelle forskjeller, eller om et sterkere, trolig også mer profesjonelt, fagmiljø i større grad ser behovene for ytterligere tilbud, vet vi imidlertid ikke. En mulig forklaring kan være at småkommunene befinner seg i områder av landet der kapasiteten er relativt bedre utbygget. En annen mulighet er at kapasiteten til å ivareta hver enkelt pasient er større i mange av de minste kommunene, slik at det kommunale behandlingsapparatet i større grad makter å følge opp at deres innbyggere får et tilbud fra andrelinjen. Dette har vi ikke sett på her, men vil være mulig å se nærmere på i forbindelse med case-studiene.

Tabell 4.20 *Hvordan vurderer du voksne innbyggers tilgang på 2. linjetjenester? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|---|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Tilgangen på 2. linjetjenester langt mindre enn behovet | 32 | 37 | 42 | 68 | 79 | 45 (106) |
| Rimelig god tilgang på 2. linjetjenester | 62 | 62 | 54 | 32 | 21 | 52 (122) |
| Svært god tilgang på 2. linjetjenester | 6 | 1 | 4 | 0 | 0 | 3 (6) |
| Totalt (N) | 100 (50) | 100 (78) | 100 (48) | 100 (44) | 100 (14) | 100 (234) |

Tabell 4.21 *Hvordan vurderer du barn og unge innbyggers tilgang på 2. linjetjenester? Prosent*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|---|------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Tilgangen på 2. linjetjenester langt mindre enn behovet | 46 | 49 | 61 | 77 | 79 | 58 (128) |
| Rimelig god tilgang på 2. linjetjenester | 54 | 49 | 40 | 23 | 21 | 42 (92) |
| Svært god tilgang på 2. linjetjenester | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 (1) |
| Totalt (N) | 100 (48) | 99 (73) | 101 (43) | 100 (43) | 100 (14) | 100 (221) |

Hovedbildet av kommunenes vurdering av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester synes klart. Det er stor enighet om at tilgangen på tjenester i alle fall ikke er svært god, verken for voksne eller barn. Men mens et (knapt) flertall blant de minste kommunene mener at tilgangen på tjenester er rimelig god, mener et overveldende flertall blant de større kommunene at tilgangen på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

Vi har spurt respondentene i kommunene om hvilken betydning Opptrappingsplanen har hatt for tjenestetilbudet til ulike målgrupper, etter deres mening (Tabell 4.22).

Tabell 4.22 *Har Opptrappingsplanen ført til bedre tjenester for følgende grupper i din kommune? Prosent som svarer "Vesentlig bedre tilbud" (N=227-235)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|--|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| For voksne med alvorlige psykiske lidelser | 47 | 47 | 77 | 55 | 57 | 55 |
| For voksne med lette og moderate psykiske lidelser | 33 | 40 | 58 | 42 | 14 | 41 |
| For barn og unge med alvorlige psykiske lidelser | 4 | 15 | 18 | 14 | 7 | 12 |
| For barn og unge med lette/moderate problemer | 8 | 18 | 13 | 11 | 14 | 14 |
| Forebyggende tj. mot lokalsamf. | 10 | 9 | 13 | 9 | 0 | 10 |

Kommunene mener jevnt over at Opptrappingsplanen så langt har hatt størst betydning for tilbudet til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Særlig i mellomstore kommuner mener de at denne gruppen har fått "et vesentlig bedre tilbud", sett med respondentenes øyne. For voksne med lette og moderate lidelser opplever kommunene også at tilbudet er blitt bedre med satsningen i Opptrappingsplanen. Unntaket her er de største kommunene, der få mener tilbudet er bedret. Blant respondentene er det ikke mange som mener at tilbudet til barn og unge er vesentlig styrket. Dette synes i liten grad å avhenge av kommunestørrelse.

Samarbeid med Aetat

Opptrappingsplanen legger vekt på at kommunene skal legge til rette for at innbyggere med psykiske problemer så langt det er mulig skal ha en meningsfylt aktivitet i hverdagen, i form av arbeid eller annen aktivitet. Mennesker med psykiske problemer vil gjerne, i alle fall i

perioder, ha behov for at arbeidsdagen tilrettelegges for dem. Denne type tilrettelegging kan skje i samarbeid mellom kommunen og Aetat.

Vi har spurt kommunene om de har et samarbeid med Aetat om arbeidstilbud til innbyggere med psykiske problemer (Tabell 4.23). De minste kommunene ser ut til å ha relativt liten kontakt med Aetat når det gjelder å skape eller legge til rette et tilbud til denne gruppen. Det er svært få småkommuner som har møter med Aetat på overordnet nivå. Et flertall av kommuner i alle størrelsesgrupper oppgir imidlertid at de har møter med Aetat om enkeltbrukere.

Tabell 4.23 *Samarbeider kommunen med Aetat? Prosent (N=254)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Nei, det er ikke vanlig med møter | 36 | 16 | 20 | 16 | 29 | 22 (55) |
| Ja, møter på overordnet nivå | 7 | 16 | 20 | 25 | 36 | 17 (44) |
| Ja, av og til om enkeltbrukere | 61 | 58 | 65 | 74 | 64 | 63 (161) |
| Ja, ofte om enkeltbrukere | 0 | 23 | 14 | 10 | 14 | 13 (33) |

Samarbeid med trygdekantoret

Mange mennesker med mer alvorlige psykiske problemer vil trenge hjelp fra trygdekantoret. For å skape en trygg og levelig hverdag for denne gruppen av innbyggere, og for å samordne hjelp fra trygdekantoret med annen hjelp, kan kommunen inngå et samarbeid med trygdekantoret. Snaut en femtedel av kommunene sier at de ikke inngår i et slikt samarbeid. Det er få kommuner som har møter med trygdekantoret på et overordnet nivå. Møtene dreier seg som oftest om enkeltbrukere. Mens vi så visse forskjeller mellom store og små kommuner i samarbeidet med Aetat, finner vi ikke de samme forskjellene når det gjelder kontakten med trygdekantoret.

Tabell 4.24 *Samarbeider kommunen med trygdekontoret? Prosent (N=254)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|-----------------------------------|------------------------------|------------|-------------|--------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001- 5000 | 5001- 10000 | 10001- 30000 | > 30000 | |
| Nei, det er ikke vanlig med møter | 21 | 16 | 16 | 16 | 21 | 17 |
| Ja, møter på overordnet nivå | 7 | 13 | 16 | 22 | 14 | 14 |
| Ja, av og til om enkeltbrukere | 70 | 62 | 67 | 78 | 71 | 68 |
| Ja, ofte om enkeltbrukere | 5 | 19 | 18 | 6 | 7 | 13 |

Vurderingen av rådgiveren hos fylkeslegen

I forbindelse med Opptrappingsplanen ble det innført stillinger som rådgivere for planen hos alle fylkeslegene. Rådgiveren skulle ivareta flere oppgaver overfor kommunene, men hovedhensikten med stillingen var å sikre – ved hjelp av veiledning, erfaringsformidling og kontroll – at kommunene bygget opp sitt psykiske helsearbeid i tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen. Rådgiveren skulle med andre ord være en ressurs for kommunene, i tillegg til oppgavene knyttet til kontroll med bruk av midlene.

Vi har spurt kommunene om hvordan de opplever rollene til rådgiveren for Opptrappingsplanen (Tabell 4.25). De folkerike kommunene mener i betydelig større grad enn andre kommuner at rådgiveren fungerer som pådriver og støttespiller i kommunens arbeid med Opptrappingsplanen. Rollen som erfaringsformidler oppleves også mye mer markant i de store kommunene. Det samme gjelder i noen grad rollen som dialogpartner og veileder for styrkingen av det psykiske helsearbeidet. Forskjellene mellom store og små kommuner er ikke like betydelige når det gjelder vurderingen av rådgiverens rolle som kontrollør.

Tabell 4.25 *I hvilken grad fyller rådgiveren for Opptrappingsplanen hos fylkeslegen følgende roller i forhold til din kommune? Prosent som svarer "I stor grad" (N=221-231)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|---|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Pådriver i arbeidet med Opptr.planen | 19 | 15 | 22 | 25 | 54 | 22 (223) |
| Støttespiller for kommunen i arbeidet | 18 | 32 | 28 | 44 | 46 | 31 (236) |
| Erfaringsformidler mellom kommuner | 13 | 22 | 21 | 37 | 62 | 25 (224) |
| Dialogpartner/veileder i arbeidet | 12 | 11 | 18 | 22 | 29 | 16 (225) |
| Kontrollør ifht. statlige midler/regler | 49 | 41 | 61 | 57 | 62 | 51 (229) |
| Kursarrangør | 14 | 23 | 31 | 15 | 33 | 22 (227) |

Resultatene fra surveyen viser et interessant mønster: De små kommunene opplever generelt i mindre utstrekning at rådgiveren "i stor grad" fyller de ulike rollene. Sammenliknet med større kommuner, svarer småkommunene (under 5000 innbyggere) i gjennomsnitt at rådgiverne i mindre grad fyller *alle* rollene. Dette mønsteret kan skyldes både kommunenes kapasitet til å benytte seg av rådgiverne, og rådgivernes oppmerksomhet overfor kommunene. Spørsmålet er om de små kommunene klarer å nyttiggjøre seg rådgiverne i like stor grad som de større kommunene. Har småkommunene et tilstrekkelig sterkt fagmiljø, og en klar nok forankring av det psykiske helsearbeidet til at de får brukt rådgiverens kompetanse og ressurser? Og tilsvarende: Er rådgiverne like opptatt av å betjene de små kommunene, eller er deres oppmerksomhet først og fremst rettet mot de mer folkerike kommunene, der de fleste brukerne er, og dit de største ressursene kanaliseres?

4.5.3 Samarbeidet med brukerorganisasjonene

Opptrappingsplanen har et klart fokus på brukerorientering i utviklingen i det psykiske helsearbeidet. Betydelige ressurser er tilført

brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse. Det understrekes at også kommunene skal innrette sitt tilbud i forhold til brukernes ønsker og behov. Brukerorientering kan skje på ulike nivåer: på systemnivå som et samarbeid mellom kommunen og representanter for brukerne, og på individnivå. I dette avsnittet skal vi se noe nærmere på betydningen av kommunistørrelse for kommunens samarbeid med brukerne på systemnivå. I hvilken grad eksisterer det et samarbeid mellom kommunene og brukerorganisasjonene, og hvor godt mener kommunene at dette samarbeidet er?

Tabell 4.26 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Prosent (N=254)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total (N) |
|-------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Lite/ikke noe samarbeid | 70 | 55 | 27 | 23 | 14 | 44 (103) |
| Samarbeidet er ofte vanskelig | 4 | 9 | 4 | 11 | 36 | 9 (21) |
| Samarbeidet er stort sett bra | 18 | 24 | 52 | 50 | 29 | 34 (79) |
| Samarbeidet er svært godt | 8 | 12 | 17 | 16 | 21 | 13 (31) |
| Totalt (N) | 100 (50) | 100 (78) | 100 (48) | 100 (44) | 100 (14) | 100 (234) |

Hele 44 prosent av kommunene sier de har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene (Tabell 4.26). Manglende samarbeid er særlig utbredt i kommunene med under 5000 innbyggere. Syv av ti av de minste kommunene samarbeider i liten grad med brukerorganisasjonene. Årsaken til dette kan bl.a. være at relativt få av de små kommunene har lokallag av brukerorganisasjonene innenfor kommunegrensene. Et lite befolkningsgrunnlag innebærer dessuten et lavt antall brukere, noe som kan bety at kommunen ikke finner det hensiktsmessig å etablere et samarbeid. På den annen side kan det hevdes at små kommuner med lite erfaringsgrunnlag kan ha særlig nytte av den kompetansen som er samlet i brukernes organisasjoner.

Samtidig ser vi av Tabell 4.26 at det er relativt mange – over 1/3 – av de største kommunene som synes samarbeidet med brukerorganisa-

sjonene er vanskelig. Det synes å være i de mellomstore kommunene samarbeidet oppleves som best, sett fra kommunens side.

4.6 Fagmiljøet i kommunene

De minste kommunenes små fagmiljøer er allerede nevnt en rekke ganger i rapporten. Arbeidssituasjonen og fagpersonalets totale kompetanse vil være ganske forskjellig i store og små kommuner. I småkommunene kan fagmiljøet oppleves å bli i minste laget for fagfolkene som arbeider med psykisk helse. På den annen side har de minste kommunene vanligvis mer ressurser pr. innbygger, og arbeidsforholdene vil ofte være mer oversiktlige, sammenliknet med større kommuner. Som vi har sett tidligere i kapitlet, mener dessuten småkommunene at deres innbyggere har bedre tilgang på tjenester fra andrelinjen, og at samarbeidsforholdene mellom tjenester innad i kommunen er bedre. Dette er forhold som kan bidra til at arbeidssituasjonen oppfattes som mer tilfredsstillende i mindre kommuner enn i store.

Respondentene er spurt om ulike forhold knyttet til fagmiljøet for psykisk helsearbeid i deres kommune (Tabell 4.27). Vi ser av resultatene i tabellen at respondenter fra mindre kommuner på enkelte punkter opplever forhold i fagmiljøet som relativt problematiske. For det første synes småkommunene at fagmiljøet blir for lite, og derfor ikke fungerer godt. Her scorer også de største kommunene overraskende høyt. En mulig forklaring kan være at fagmiljøet i store kommuner blir så spesialisert at forventningene til arbeidssituasjonen blir ganske annerledes i disse kommunene.

For det andre mener de mindre kommunene i ganske stor grad at kompetansen som eksisterer i kommunen spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen, og at personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet. Samtidig oppleves ikke Opptrappingsplanen å styrke fagmiljøet i de minste kommunene like mye som i mer folkerike kommuner.

En tredje observasjon er at samarbeid og kontakt med andre kommuner oppfattes å være en fordel for fagmiljøet, særlig for kommuner under 10 000 innbyggere. Vi har tidligere sett at de mindre kommunene bare i begrenset grad samarbeider – spesielt når det gjelder tjenester – med nabokommunene innenfor psykisk helsearbeid. Selv om kommunene ser nytten av samarbeid, ser det altså ikke ut til at de klarer å realisere dette.

Tabell 4.27 *Hvor enig/uenig er du i påstandene om fagmiljøet i din kommune? Prosent som svarer "Helt enig". (N=230-239)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|---|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Fagmiljøet er for lite til at det kan fungere godt | 26 | 17 | 4 | 9 | 21 | 15 |
| Nært samarbeid med andre tjenester gir impulser | 32 | 40 | 40 | 21 | 29 | 34 |
| Gode muligheter for kurs, veiledning | 44 | 39 | 49 | 49 | 43 | 44 |
| Kompetanse spres for tynt utover | 35 | 21 | 19 | 5 | 21 | 20 |
| Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet | 35 | 23 | 20 | 7 | 0 | 21 |
| Opptrepp.planen styrker fagmiljøet | 32 | 51 | 51 | 73 | 71 | 52 |
| Samarbeid/kontakt med andre kom. styrker fagmiljøet | 62 | 65 | 65 | 46 | 21 | 58 |
| Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet | 44 | 28 | 29 | 7 | 21 | 27 |

Totalt sett fremstår de mellomstore kommunene – med mellom 5000 og 30 000 innbyggere – som mest tilfreds med fagmiljøet i psykisk helsearbeid. Disse kommunene er ikke så små at fagmiljøene blir veldig små og sårbare, samtidig som de unngår en del av problemene knyttet til store og mer uoversiktige organisasjoner.

Tabell 4.28 *Hvor viktig er følgende faktorer som hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen i kommunen, etter kommunestørrelse. Prosent som svarer "Svært viktig" (N=226-241)*

| | Antall innbyggere i kommunen | | | | | Total |
|--|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
| | < 2000 | 2001-5000 | 5001-10000 | 10001-30000 | > 30000 | |
| Problemer med å rekruttere fagfolk | 28 | 14 | 17 | 7 | 7 | 16 |
| Kommunens generelle økonomi | 29 | 41 | 46 | 43 | 21 | 39 |
| Samarbeidsprobl. internt i kommunen | 14 | 6 | 10 | 2 | 7 | 8 |
| Samarbeidsprobl. med 2. linjen | 10 | 5 | 11 | 9 | 21 | 9 |
| For få ansatte som jobber m psyk. | 28 | 24 | 20 | 14 | 7 | 21 |
| For få som jobber m psyk. helse på systemnivå | 18 | 24 | 19 | 10 | 0 | 18 |
| Manglende lokal politisk prioritering | 12 | 20 | 18 | 19 | 14 | 17 |
| Manglende administrativ prioritering | 10 | 13 | 19 | 10 | 21 | 13 |
| Organiseringen av psykisk helsearb. | 12 | 14 | 17 | 2 | 14 | 12 |
| Manglende kunnskap om Opptr.pl. | 6 | 5 | 13 | 4 | 7 | 7 |
| Dårlig sammenheng mål - midler | 12 | 17 | 13 | 16 | 15 | 15 |
| For liten kunnskap i pol. Ledelse | 14 | 23 | 34 | 28 | 7 | 23 |
| Liten kunnskap om behovene for psykisk helsearbeid | 12 | 14 | 27 | 27 | 7 | 19 |
| Kompetansemangel i de ord. tjenestene | 28 | 7 | 17 | 7 | 14 | 14 |

Vi har spurt kommunene om forhold knyttet til fagmiljøet eller andre forhold er viktige for kommunens arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse (Tabell 4.28). Tabellen viser at over ¼ av kommunene

under 2000 innbyggere opplever at problemer med å rekruttere fagfolk er en svært viktig hindring for deres arbeid med Opptrappingsplanen. Dette problemet har de store kommunene i meget begrenset grad. Kompetansemangel i det ordinære tjenesteapparatet fremstår også som vanskeligere i småkommunene.

De mindre kommunene mener i noe større grad at samarbeidsproblemer internt vanskeliggjør arbeidet, men her er tallene ganske små. Resultatet kan synes underlig, gitt at vi tidligere fant at ansatte i småkommunene mente at de hadde svært godt samarbeid med flere tjenester enn tilfellet var for større kommuner. Kanskje kan dette forklares med at små kommuner jevnt over opplever bedre samarbeidsforhold, men at personavhengigheten i tjenesteytingen gjør at enkeltpersoner kan blokkere samarbeid hvis det oppstår uenighet.

Det er de største kommunene som særlig synes samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen utgjør en svært viktig hindring for arbeidet med Opptrappingsplanen. Opplevde samarbeidsproblemer kan kanskje være én grunn til at samarbeidet med andrelinjen er mer formalisert i de største kommunene. Samtidig skulle man forvente at eksistensen av samarbeidsavtaler ville regulere uenighet på en effektiv måte, og derfor forhindre at slike problemer får betydning for arbeidet med Opptrappingsplanen.

De mindre kommunene synes det er for få som jobber med psykisk helse i kommunen, både i tjenesten og på systemnivå. Ellers er de mellomstore kommunene – med fra 5000 til 30 000 innbyggere – mest misfornøyd med kunnskapen om psykisk helsearbeid i kommunen.

Vanskelig kommuneøkonomi oppleves som viktig for alle typer kommuner, men de aller minste og de aller største oppgir dette noe sjeldnere som en særlig viktig hindring for kommunens arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Når det gjelder de andre faktorene som potensielt kunne være hindringer for arbeidet med Opptrappingsplanen, er forskjellene mellom kommuner av ulik størrelse forholdsvis små og ikke systematiske.

4.7 Oppsummering

I kapitlet har vi sett på hvordan kommuner av ulik størrelse – målt i folketall – har organisert sitt psykisk helsearbeid. I Norge har over halvparten av kommunene under 5000 innbyggere. En tredel av kommunene har færre enn 3000 innbyggere. I disse små kommunene

blir fagmiljøet innenfor det psykiske helsearbeidet svært lite, og derfor særlig sårbart og personavhengig.

Respondentene fra småkommunene gir uttrykk for at det er et problem at fagmiljøet innenfor psykisk helse i kommunen er så lite, og de mener arbeidet med Opptrappingsplanen hemmes av rekrutteringsproblemer, ustabilitet i personalet samt personell-, kompetanse- og ressursmangel. I små kommuner vurderes Opptrappingsplanen i mindre grad å bidra til å styrke ulike sider ved fagmiljøet.

Vi finner at småkommunenes valg av modell for overordnet organisering av arbeidet tilsynelatende er ganske lik de største kommunenes organisering, der omtrent en av fem kommuner har valgt en integrert modell for det psykiske helsearbeidet. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om ”integrert modell” betyr noe annet i små kommuner enn i store. Dette spørsmålet må følges opp i de intensive studiene i enkeltkommuner.

Småkommunene skiller seg ikke vesentlig fra større kommuner når det gjelder utbredelsen av koordinerende tiltak på systemnivå, men har klart færre slike tiltak på individnivå. Små kommuner synes å ha noe mindre bredde i involveringen i ulike sider ved det psykiske helsearbeidet, men vurderer samarbeidsforholdene til relevante tjenester som bedre.

Mindre kommuner kunne hatt særlig glede av å inngå både fagsamarbeid og samarbeid med andre kommuner om tjenester til innbyggere med psykiske problemer. Våre data tyder imidlertid ikke på at småkommunene er spesielt flinke til å etablere interkommunalt samarbeid innenfor psykisk helse.

Samarbeid med andrelinjetjenesten og andre statlige instanser synes mindre utbredt i de minste kommunene. På grunn av at befolkningsgrunnlaget er lite i de små kommunene, vil også antall innbyggere med psykiske lidelser jevnt over være ganske begrenset i disse kommunene. Vanskelige tilfeller oppstår relativt sjelden. Det kan virke som om dette bidrar til at småkommunene ikke etablerer noen faste samarbeidsrelasjoner for å takle slike tilfeller, men heller satser på å løse problemene når de måtte oppstå. Det er bl.a. færre små kommuner som har etablert samarbeidsavtaler med andrelinjen, og våre data kan tyde på at rådgiveren for opptrappingsplanen hos fylkeslegen spiller en mer perifer rolle for de minste kommunenes psykiske helsearbeid. Til gjengjeld er respondentene fra småkommunene betydelig mer fornøyd med tilgangen på andrelinjetjenester for sine innbyggere sammenliknet med respondenter fra større kommuner.

5 Konklusjoner

Det bildet som er tegnet i denne rapporten er ganske mangfoldig og fragmentert. Tatt i betraktning at datagrunnlaget på visse punkter er begrenset, og at enkelte av problemstillingene bare kan belyses indirekte, er det behov for å ta visse forbehold i konklusjonene. Nettopp derfor kan det være nyttig å se om det avtegner seg noen klarere mønstre når vi ser analysene i sammenheng. Vi trekker avslutningsvis frem noen punkter det kan være særlig grunn til å følge opp i videre undersøkelser.

5.1 Tjenester for voksne innbyggere

Det er foreløpig bare et fåtall kommuner som har valgt å følge de klare anbefalingene i Opptrappingsplanen om å integrere tjenestene for innbyggere med psykiske problemer i det ordinære tjenesteapparatet. Hvorvidt dette skyldes en utbredt motvilje mot denne modellen i kommunene, eller om det bare tar tid for kommunene å omstille seg, er foreløpig uvisst.

Gruppen av kommuner som har valgt en integrert modell viser stor variasjon. Dette kan være et tegn på at den integrerte modellen ikke utgjør en entydig modell, noe som kan skyldes både at kommunenes organisering av det ordinære tjenestetilbudet varierer og at ”integrert modell” for enkelte kommuner benyttes synonymt med ”ingen bevisst/klar organisering” av arbeidet for innbyggere med problemer relatert til psykisk helse.

Det synes å være flere koordinerende tiltak i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid enn i kommuner med integrerte tjenester. Dette gjelder både på systemnivå og individnivå. Hvorvidt kommuner som ikke har integrert det psykiske helsearbeidet i det ordinære tjenesteapparatet har større behov for slike sam-ordningstiltak, eller om de har et mer konsentrert fagmiljø med større gjennomføringskraft for å etablere tiltak, vet vi foreløpig ikke.

Analysene tyder på – i pakt med forventningene – at det er en bredere representasjon av tjenester og et bredere samarbeid mellom tjenester i kommuner med integrert modell sammenliknet med andre modeller. Det er også noe større bredde i rekruttering og opplæring av personell i kommuner der det psykiske helsearbeidet er integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat. Likevel ser vi at også i disse kommunene er det primært helse- og sosialfaglige tjenester som dominerer det psykiske helsearbeidet. Skolene, barnehagene og den kommunale kultursektoren er i liten grad aktive deltakere i arbeidet.

De av våre respondenter som selv jobber i kommuner med integrerte tjenester er i større grad enn andre respondenter misfornøyd med eget fagmiljø. Flere mener at organiseringen av tjenestene utgjør en hindring i arbeidet med Opptappingsplanen i kommunen.

5.2 Psykisk helsearbeid blant barn og unge

Organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge varierer sterkt mellom kommunene. Det er flere kommuner som har valgt en integrert modell for dette arbeidet blant barn sammenliknet med hva vi fant for voksne innbyggere med psykiske problemer. Hovedinntrykket er at det psykiske helsearbeidet for de yngre aldersgruppene har en mer diffus forankring i mange kommuners organisasjon.

Mange kommuner har valgt å la de enhetene, tjenestene og tiltakene som benyttes for voksne innbyggere også ha ansvar for barn og unge med psykiske problemer. Hvorvidt disse kommunale ”tiltakene” – som for eksempel koordinatorene og tverrfaglige team – klarer å ivareta barn og unges særlige behov, har vi ikke mulighet for å si noe om ut fra våre data. Dette er imidlertid et spørsmål som bør følges opp i videre studier av det kommunale psykiske helsearbeidet.

Et større spekter av tjenester er involvert i psykiske helsearbeid blant barn og unge sammenliknet med arbeidet for voksne. Helsestasjons-/skolehelsetjenesten, barnevernet og PPT oppleves som særlig sentrale aktører. Men heller ikke for barn og unge sees kultursektoren som en viktig del av det psykiske helsearbeidet.

Både på individ- og systemnivå er det relativt få kommuner som har etablert koordinerende tiltak for barn og unge. Våre data tyder på at det er svært få barn og unge som får utarbeidet et individuell plan.

5.3 Er små kommuner særlig sårbare?

Over halvparten av alle norske kommuner har under 5000 innbyggere. Tjenestene for små grupper av befolkningen kan være særlig sårbare i kommuner med så lavt befolkningsgrunnlag. Fagmiljøene blir svært små, og muligheten for å opparbeide seg et erfaringsgrunnlag om relativt sjeldne tilstander blir også liten.

Småkommunene mener at det er et problem at fagmiljøet innenfor psykisk helse i kommunen er for lite, og de mener arbeidet med Opptappingsplanen hemmes av rekrutteringsproblemer, ustabilitet i personalet samt personell-, kompetanse- og ressursmangel. I små kommuner vurderes Opptappingsplanen i mindre grad å bidra til å styrke ulike sider ved fagmiljøet.

De minste kommunene synes jevnt over å ha noen færre koordinerende tiltak og mindre bredde i involveringen i det psykiske helsearbeidet enn større kommuner. Samtidig opplever de at samarbeidet mellom tjenestene fungerer bedre. Småkommunene er også stort sett mer fornøyd med innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester.

Respondenter fra de minste kommunene gir uttrykk for at samarbeid med instanser utenfor kommunen er viktig, men det er få kommuner som klarer å etablere slikt samarbeid. Det er særlig interessant å merke seg at rådgiveren for Opptappingsplanen hos fylkeslegene synes å spille en betydelig mindre markant rolle i småkommunene sammenliknet med større kommuner. En kan spørre seg om de minste kommunene klarer å nyttiggjøre seg den ressursen som rådgiverne kan representere.

Nesten halvparten av kommunene sier de har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene. Manglende samarbeid er særlig utbredt i kommunene med under 5000 innbyggere. Syv av ti av de minste kommunene samarbeider i liten grad med brukerorganisasjonene. Samtidig er det relativt mange – over en tredel – av de største kommunene som synes samarbeidet med brukerorganisasjonene er vanskelig. Det synes å være i de mellomstore kommunene samarbeidet oppleves som best, sett fra kommunens side.

5.4 Avsluttende refleksjoner

Den undersøkelsen som er dokumentert i denne rapporten utgjør bare første del av et mer omfattende prosjekt som skal følge kommunenes

psykiske helsearbeid i perioden for Opptrappingsplanen. Foreløpig er det gjort en kartlegging av organisering av arbeidet i kommunene, men den dypere forståelsen av *hvorfor* kommunene handler som de gjør, og *virkningene* av ulike organisasjonsformer, forutsetter videre kvalitative og kvantitative analyser. Rapporten peker derfor på en del spørsmål som krever nærmere oppfølging.

Hvilken betydning organiseringen av det kommunal psykiske helsearbeidet har for samarbeid og samordning mellom tjenester er foreløpig usikker. Det er etter vårt syn ikke uten videre gitt at integrering av tjenestene rettet mot innbyggere med psykiske problemer med nødvendighet betyr større samordning av tjenestene, eller at det psykiske helseperspektivet i sterkere grad preger det kommunale tjenesteapparatet.

Et sentralt spørsmål er knyttet til hvordan samordning ivaretas i integrerte modeller i kommuner der det ordinære tjenesteapparat er fragmentert. Innebærer denne modellen en tilstrekkelig klar forankring av arbeidet? Betyr integrerte tjenester en svekkelse av fagmiljøet ved at det splittes opp? Makter en integrert tjeneste å hevde seg i konkurransen med andre kommunale oppgaver om oppmerksomhet og økonomiske ressurser når det psykiske helsearbeidet i mange kommuner er i en etableringsfase?

Et annet viktig spørsmål dreier seg om hvordan ulike modeller for organisering forholder seg til de innbyggerne de skal betjene. Innebærer etableringen av egne enheter for psykisk helsearbeid et større behov for å definere klare målgrupper for virksomheten? Betyr dette en økt fare for at enkelte mennesker med behov for tjenester defineres ut, og havner som svarteper i et spill mellom spesialiserte kommunale enheter?

Det vil også være nødvendig å undersøke om det finnes gode eksempler blant kommunene når det gjelder organisering av tjenestene for barn og unge. Hvordan sikrer kommunene en klar forankring av det psykiske helsearbeidet for denne gruppen?

Dagens norske kommunestruktur er preget av mange små kommuner. Småkommunene står overfor særlige utfordringer i løsningen av spisskompetansekrevende oppgaver rettet mot små grupper i befolkningen. Makter de minste kommunene å gi et tilfredsstillende tilbud til innbyggere med psykiske problemer, og klarer de å trekke veksler på erfaring og kompetanse utenfor egen kommune – hos nabokommuner, andrelinjen og andre statlige instanser?

Disse spørsmålene vil stå sentralt i det videre arbeidet med evalueringen av Opptrappingsplanen, både gjennom case-studier i kommunene og ved oppfølging av spørreskjemaundersøkelsen. Kommunene står overfor flere store utfordringer hvis de skal klare å realisere målet om et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk for innbyggere med psykiske problemer. Utfordringene er knyttet både til organiseringen av tjenestetilbudet og til utvidelsen av kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet. Vil Opptrappingsplanen lykkes i å etablere psykisk helse som et perspektiv som inngår i alle de kommunale tjenestene, og vil de ulike delene av tjenesteapparatet klare å arbeide sammen for å skape et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer?

Litteratur

- Almvik, A. og L. Borge (red.) (2000): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Almvik, A. (2000a): "Utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene – sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk", i A. Almvik. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Almvik, A. (2000b): ""De gjør det så forskjellig". Om organisering av psykisk helsearbeid i kommunene", i A. Almvik. og L. Borge (red.): *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
- Borge, L. (2000a): "Psykisk helsearbeid i et psykososialt perspektiv", i Almvik, A. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Borge, L. (2000b): "Verdigrunnlag, sentrale prinsipper og utfordringer i psykisk helsearbeid", i Almvik, A. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Borge, L. (2000c): "Samarbeid gjennom et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk", i Almvik, A. og L. Borge

-
- (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Egeberg, M. (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Aschehoug/Tanum Norli, 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
- Kjellevoid, A. (2002): *Retten til individuell plan*. Fagbokforlaget, Bergen
- 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
- 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

- Scott, W.R. (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Prentice Hall Int., London
- 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*
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet*
- St.prp.nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplanen for psykisk helse*
- 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)*

Vedlegg 1

Frafallsanalyse

Spørreskjemaundersøkelsen til samtlige norske kommuner bestod av to skjema: ett hovedskjema med spørsmål om tjenester, dekningsgrad og organisering (delene I – III)(Vedlegg 2), og et kort tilleggsskjema med spørsmål om respondentenes egne vurderinger av samarbeidsforhold mv. i det kommunale psykiske helsearbeidet (del IV)(Vedlegg 3). Knappt 60 prosent av kommunene returnerte hovedskjemaet i utfylt stand. Vi har da trukket fra skjemaene fra bydelene i Bergen og Oslo, som vanskelig kan inkluderes i en analyse der kommunene er analyseenhet. Svarprosenten var noe høyere på tilleggsskjemaet.

I dette vedlegget analyseres frafallet i materialet, for å sjekke om de kommunene som har besvart skjemaet skiller seg fra de kommunene som ikke har svart på noen systematisk måte. Frafallsanalysen som presenteres her er gjort med utgangspunkt i hovedskjemaet.

Det interne frafallet (fracfallet på enkeltspørsmål) varierer ganske mye. Det er først og fremst en del av spørsmålene om tjenestene til barn og unge som mange har unnlatt å svare på.

Geografiske variasjoner i svarprosent

Vi har gjennomført en analyse av hvilke fylker svar-kommunene ligger i.

Tabell v.1 *Andel kommuner som har besvart spørreskjema, etter fylke*

| | Besvart spørreskjema? | | | (N) |
|------------------|-----------------------|-------|--------|-----|
| | Ja | Nei | Totalt | |
| Østfold | 61,1% | 38,9% | 100,0% | 18 |
| Akershus | 72,7% | 27,3% | 100,0% | 22 |
| Hedmark | 68,2% | 31,8% | 100,0% | 22 |
| Oppland | 53,9% | 46,2% | 100,1% | 26 |
| Buskerud | 57,1% | 42,9% | 100,0% | 21 |
| Vestfold | 40,0% | 60,0% | 100,0% | 15 |
| Telemark | 66,7% | 33,3% | 100,0% | 18 |
| Aust-Agder | 40,0% | 60,0% | 100,0% | 15 |
| Vest-Agder | 66,7% | 33,3% | 100,0% | 15 |
| Rogaland | 61,5% | 38,5% | 100,0% | 26 |
| Hordaland | 55,9% | 44,1% | 100,0% | 34 |
| Sogn og Fjordane | 38,5% | 61,5% | 100,0% | 26 |
| Møre og Romsdal | 63,2% | 36,8% | 100,0% | 38 |
| Sør-Trøndelag | 87,5% | 12,5% | 100,0% | 24 |
| Nord-Trøndelag | 58,3% | 41,7% | 100,0% | 24 |
| Nordland | 46,7% | 53,3% | 100,0% | 45 |
| Troms | 64,0% | 36,0% | 100,0% | 25 |
| Finnmark | 57,9% | 42,1% | 100,0% | 19 |
| Totalt | 58,5% | 41,5% | 100,0% | 434 |

Tabellen viser ganske store forskjeller mellom fylkene når det gjelder svarprosent. Mens bare 38,5 prosent av kommunene i Sogn og Fjordane og 40 prosent av kommunene i Aust-Agder har besvart skjemaet, i er tilsvarende for Sør-Trøndelag hele 87,5 prosent. Det er interessant å merke seg at profilen på svarprosenten i denne undersøkelsen på enkelte områder skiller seg fra det som er vanlig når det gjelder spørreskjemaundersøkelser. For eksempel pleier kommunene i Sogn og Fjordane å være blant de 'beste' i landet når det gjelder

returnering av skjema. Tilsvarende ligger Nord-Norge ofte relativt lavt. I denne undersøkelsen har imidlertid både Troms og Finnmark en rimelig høy svarprosent. Det er vanskelig å se noen åpenbar årsak til de geografiske skjevhetene i svarprosent, og derfor heller ikke lett å vite om disse kan ha noen betydning for datamaterialet.

Kommunestørrelse

Tabell v.2 *Andel kommuner som har besvart spørreskjemaet, etter størrelse. Prosent*

| | Besvart spørreskjema | | |
|--------------------------|----------------------|------|-------------|
| | Ja | Nei | Totalt (N) |
| Tom. 2000 innbyggere | 58,9 | 41,1 | 100,0 (95) |
| 2001-5000 innbyggere | 55,6 | 44,4 | 100,0 (151) |
| 5001-10 000 innbyggere | 57,3 | 42,7 | 100,0 (89) |
| 10 001-30 000 innbyggere | 64,5 | 35,5 | 100,0 (76) |
| Over 30 000 innbyggere | 58,3 | 41,7 | 100,0 (24) |
| Totalt | 58,4 | 41,6 | 100,0 (435) |

Hvis vi sammenlikner andel ubesvarte skjema for kommuner av ulik størrelse, ser vi at det særlig er kommuner mellom 10 000 og 30 000 innbyggere som skiller seg ut med relativt høy svarprosent.

Kommuner med et innbyggertall mellom 2000 og 5000 har en noe lavere svarprosent enn andre kommuner. Det er imidlertid ingen størrelseskategori som markerer seg med særlig lav svarprosent.

Økonomiske, sosiale og demografiske forhold

Tabell v.3 *Gjennomsnittlig score på en del økonomiske, sosiale og demografiske indikatorer, etter on kommunen har svart på spørreskjemaet (N=434, Oslo er utelatt)*

| | Besvart spørreskjema | | |
|---|----------------------|----------|--------------|
| | Ja | Nei | Snitt totalt |
| Antall innbyggere 2001 | 9657 | 8566 | 9204 |
| Netto driftsutgifter pr. capita 1999 | 24019 kr | 24719 kr | 24309 kr |
| Sosialhjelpsmottakere pr. 100 innbyggere | 2,73 | 2,72 | 2,73 |
| Årsverk i barnevernet pr 1000 barn 0-17 år | 2,24 | 2,25 | 2,24 |
| Legeårsverk pr. 1000 innbyggere 1998 | 1,01 | 1,03 | 1,02 |
| Andel enslige forsørgere av tot. antall familier m/barn | 16,5 | 16,6 | 16,5 |
| Levekårsindeks | 5,5 | 5,4 | 5,4 |
| Andel av befolkningen over 80 år | 5,2 | 5,3 | 5,2 |
| Andel av befolkningen 0-17 år | 23,8 | 24,2 | 24,0 |
| Bosettingstetthet | 4,1 | 3,9 | 4,0 |

I snitt ser vi at de kommunene som har besvart spørreskjemaet er noe større enn de som ikke har svart, men som vi tidligere har vist, er ikke utslagene for enkeltgrupper av kommuner veldig stort.

Kommunene som har svart har noe lavere netto driftsutgifter pr. capita, men dette kan skyldes at kommunene i utvalget er større. På grunn av det statlige overføringssystemet synker driftsutgiftene stort sett med stigende kommunistørrelse.

Når det gjelder sosiale indikatorer, som andel sosialhjelpsmottakere, årsverk i barnevernet, legeårsverk og andel aleneforsørgere, skiller svarkommunene seg ikke fra de kommunene som ikke har besvart

spørreskjemaet. Levekårsindeksen er også så å si lik for de to gruppene av kommuner.

Demografisk sett skiller heller ikke de kommunene som har returnert spørreskjemaet seg fra de kommunene som ikke har svart på undersøkelsen. Både når det gjelder andel barn og andel av de aller eldste ligger kommunene i undersøkelsen omtrent på landsgjennomsnittet.

Vedlegg 2

Spørreskjema I-III

L



T



OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE
Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------|--|--|--|
| Kommune: _____ | Kommunenr. | | | | Antall bydeler/ distrikter i kommunen |
| 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: 73 55 06 17
 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. alderssvækkelse). 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. alderssvækkelse, 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 utfylt vil oppfattes som ikke besvart.

Hvordan fylle ut skjemaet?

Det er viktig at du markerer kryssene du setter tydelig. Bruk svart eller blå penn og sett kryssene slik: og ikke slik: Hvis du krysser av i feil rute, markerer du dette ved å skravere hele ruten slik:

I noen spørsmål skal du ikke krysse av, men skrive inn antall eller årstall. Begynn fra høyre side! Skjemaene leses maskinelt, og det er viktig at du skriver tydelig og kun ett siffer i hver rute slik:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 2001? Oppgi antall brukere etter type botilbud. (*Ingen' angis med null*)

| Type botilbud | Antall personer med botilbud i | | | Av sum (a+b), oppgi antall som bor i bolig med bemanning |
|--|--|--------------------------------|--------------|--|
| | Bokollektiv/ samlokaliserte boliger (a) | Frittstående boliger (b) | Sum (a+b) | |
| Omsorgsboliger | | | | |
| 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. *Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.*

Dekningsgrad botilbud: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100%

Hjemmebaserte tjenester

- 2a. Hvor mange personer med psykiske lidelser var registrert som brukere av hjemmebaserte tjenester ved utgangen av 2001? (*Ingen' angis med null*)

Antall brukere: _____

- 2b. Hvor stor andel av innbyggere med psykiske lidelser som har behov for hjemmebaserte tjenester, mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for hjemmebaserte tjenester. *Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.*

Dekningsgrad hjemmetjenester: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100%

Arbeids-, aktivitets- og fritidstilbud til voksne

- 3a. Finnes det dagsentertilbud for mennesker med psykiske lidelser i kommunen?

Nei → **Gå til spørsmål 4.**
 Ja

- 3b. Er 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 4.**

L

2

T

T

L

Spørsmål 3.c-3.g 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 dagsenteret tilrettelagte aktivitetstilbud? Nei Ja
- Hvis **ja**, er brukerne med på å bestemme aktivitetstilbudet? Nei Ja
- 3f. Har kommunen oversikt over hvor mange voksne med psykiske lidelser som benyttet dagsentertilbudet ved utgangen av 2001? Hvis **ja**, oppgi antall brukere ved utgangen av 2001.
- Nei
- Ja → Antall brukere: _____
- 3g. Er det plass til alle som ønsker å benytte seg av dagsentertilbudet?
- Ja, alle som ønsker det kan benytte seg av tilbudet
- Nei, men det er relativt få som blir avvist
- Nei, det er et stort udekket behov
- 4a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde støttekontakt ved utgangen av 2001? (*'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. *Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.*
- Dekningsgrad støttekontakt: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100%
- 5a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tjenester fra fritidsassistent ved utgangen av 2001? (*'Ingen' angis med null*)
- Antall med tjenester fra fritidsassistent: _____
- 5b. Har kommunen på andre måter tilrettelagt kultur- og/eller fritidsaktiviteter til voksne med psykiske lidelser?
- Nei Ja
- Hvis **ja**, oppgi hvilke typer aktiviteter:
- _____
- _____

L

3

T

T

L

- 6a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tilbud om opplæring i henhold til lov om voksenopplæring ved utgangen av 2001? (*'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. *Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.*
- Dekningsgrad voksenopplæring: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100%
- 7a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tilbud om arbeid/sysselsettingstiltak i kommunal regi ved utgangen av 2001? (*'Ingen' angis med null*)
- Antall: _____
- 7b. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tilbud om arbeid/sysselsettingstiltak i regi av Aetat ved utgangen av 2001? (*'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. *Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.*
- Dekningsgrad arbeid/sysselsetting: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100%

Tilrettelagte tilbud innenfor det psykiske helsearbeidet overfor voksne

8. Er det etablert kriseteam i kommunen? Nei Ja
9. I hvilken grad bruker kommunen de tilbud som er listet opp nedenfor som tilnærming i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne med psykiske lidelser? *Sett ett kryss på hver linje.*
- | | Ikke/
i liten grad | I noen
grad | I stor
grad |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Individuelle samtaler/støttesamtaler (vi ser her bort fra det ordinære tilbudet fra allmennlege/fastlege) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samtaler i grupper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| Psykomotorisk behandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapi og/eller ergoterapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
10. Har kommunen andre tilrettelagte tilbud innen psykisk helsearbeid for voksne? Nei Ja
- Hvis **ja**, oppgi hvilke:
- _____
- _____

L

4

T

T

L

Tiltak og tjenester rettet mot barn og unge

11a. Har kommunen satt i gang forebyggende tiltak innen det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?

Nei → **Gå til spørsmål 12**

Ja

11b. Her ønsker vi å kartlegge det forebyggende arbeidet rettet mot spesifikke temaer/grupper, og hvilke tjenester som er involvert. For hver tema/gruppe som er listet opp kryss av for de tjenestene hvor kommunen har satt i gang tiltak.

| 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.

12a. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse hadde støttekontakt ved utgangen av 2001? (*Ingen' angis med null*)

Antall med støttekontakt: _____

12b. 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. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad støttekontakt: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100%

13a. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse hadde tjenester fra fritidsassistent ved utgangen av 2001? (*Ingen' angis med null*)

Antall med tjenester fra fritidsassistent: _____

L

5

T

T

L

- 13b. 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:

14. I hvilken grad bruker kommunen de tilbud som er listet opp nedenfor som tilnærming i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? *Sett ett kryss på hver linje.*

| | Ikke/ i liten grad | I noen grad | I stor grad |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Individuelle samtaler/støttesamtaler (vi ser her bort fra det ordinære tilbudet fra allmennlege/fastlege)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samtaler i grupper..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| Psykomotorisk behandling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapi og/eller ergoterapi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Har kommunen andre tilrettelagte tilbud innen psykisk helsearbeid for barn og unge? Nei Ja

Hvis **ja**, oppgi hvilke:

Informasjonstiltak

16. Har kommunen benyttet noen av de følgende tiltak for å informere om kommunens tilbud til mennesker med problemer relatert til psykisk helse i perioden 1999-2001? *Kryss av for aktuelle tiltak etter målgruppe.*

| | Befolkningen generelt | Brukere/pårørende | Ansatte i kommunen |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brosjyrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informasjonsmøter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Temadag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Internett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lokalavis/lokalradio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Markering av verdensdagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre informasjonstiltak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L

6

T

T

L

Likemannsarbeid og samarbeid med organisasjoner

- 17a. Finnes det lokallag av Mental Helse i kommunen? Nei Ja
- 17b. Finnes det lokallag av Landsforeningen for pårørende innen psykiatri i kommunen? Nei Ja
- 17c. Ga kommunen økonomisk støtte til bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner med formål psykisk helsearbeid i 2001? Har kommunen inngått 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 hverken 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 2001 | Tjenester det er inngått samarbeid om i 2001 | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Dagsenter | Arbeid/aktiviteter | Kultur/fritid | Annet |
| Mental Helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Landsforeningen for pårørende innen psykiatri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre bruker-/pårørende organisasjoner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frivillige organisasjoner, lokale lag og -foreninger, o.l. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 17d. Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? Nei Ja

Kompetanseheving

- 18a. Har kommunen utarbeidet en samlet plan for kompetanseheving i psykisk helsearbeid for kommunens ansatte? *Sett ett kryss.*
- Nei
- Ja, kommunen har en egen plan for psykisk helsearbeid
- Ja, psykisk helsearbeid inngår i plan for helse- og sosialpersonell (evt. annen plan)

L

7

T

T

L

- 18b. Hva har kommunen gjort for å øke kompetansen i psykisk helsearbeid til ansatte innen ulike tjenesteområder i perioden 1999-2001? 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.

Rekruttering av personell

- 19a. Hvilke typer personell er rekruttert til psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001? Angi antall årsverk etter personellkategori.

| Type personell | Rekruttert til psykisk helsearbeid 1999-2001 |
|---|---|
| Lege | |
| Psykolog | |
| Psykiatrisk sykepleier | |
| Annet høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid | |
| Annet høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell | |
| Personell med lavere helse-/sosialfaglig utdanning | |
| Annet personell | |

L

8

T

T

L

- 19b. Med utgangspunkt i det personell som er rekruttert, jfr. spørsmål 19.a, hvilke tjenesteområder er disse ment å dekke? For hver personellkategori kryss av for hvilke tjenesteområder som er blitt styrket gjennom nyrekruttering.

| | 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: |
|--|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lege | <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"/> |
| Psykolog | <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"/> |
| Psykiatrisk sykepleier | <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"/> |
| Annet høysk. utd. helse-/sosial personell med videreutd. i psykisk helsearbeid | <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"/> |
| Annet høyskole-utdannet helse-/sosial personell | <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"/> |
| Personell med lavere helse-/sosial-faglig utdanning | <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"/> |
| Annet, jfr. 19a. | <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.

- 19c. Har kommunen de siste to årene 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 lykket |
|--|--------------------------|---|--|
| 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

9

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.

- 20a. 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? <i>Sett ett kryss.</i></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> |

- 20b. Er kommunens psykiske helsearbeid rettet mot **barn og unge** organisert innenfor modellen valgt i spørsmålet ovenfor?
- 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.

L

T

T

L

21a. Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) på systemnivå?

- Nei → **Gå til spørsmål 22**
 Ja

21b. 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.

21c. 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.

21d. 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"/> |

L

11

T

T

L

21e. Hvilken formell kompetanse har koordinatoren? *Kryss av det som passer for din kommune.*

| | A For kommuner med felles koordinatør for voksne og barn | B For kommuner med egen koordinatør for voksne | C For kommuner med egen koordinatør 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"/> |

22a. Har kommunen et tverrfaglig team på administrativt nivå som har psykisk helsearbeid innenfor sitt ansvarsområde?

- Nei → **Gå til spørsmål 23**
 Ja

22b. Har det tverrfaglige teamet ansvar både for arbeidet rettet mot voksne og for arbeidet rettet mot barn? *Sett ett kryss.*

- Teamet har ansvar for både voksne og barn/unge
 Teamet har bare ansvar for voksne
 Teamet har bare ansvar for barn/unge
 Det er separate team for voksne og barn/unge

I spørsmålene nedenfor ber vi deg krysse av i kolonne A hvis kommunen har felles team for voksne og barn/unge, i kolonne B og C hvis kommunen har separate team og i kolonne B eller C hvis kommunen har team bare for voksne eller barn/unge.

22c. Arbeider det tverrfaglige teamet i forhold til andre brukergrupper enn personer med problemer relatert til psykisk helse? *Sett kryss.*

| | 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 |
|--|---|---|---|
| Felles team for personer med sammensatte behov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eget team for psykisk helsearbeid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L

12

T

T

L

- 22d. 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"/> |

- 22e. Vilke 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.

23. 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

- 24a. 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 25**
 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

L

T

T

L

- 24b. Hvor mange av kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse er det utarbeidet individuelle planer for? (*Ingen' angis med null*)
- Antall voksne: _____ Antall barn/unge: _____
- 25a. 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 26**
- Ja, for noen
- Ja, for de aller fleste
- 25b. Deltar **voksne** brukere selv i ansvarsgruppene? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 25c. Deltar representanter for 2. linjetjenesten i ansvarsgruppene for voksne? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 26a. Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor **barn og unge** med problemer relatert til psykisk? *Sett ett kryss.*
- Nei → **Gå til spørsmål 27**
- Ja, for noen
- Ja, for de aller fleste
- 26b. Deltar **barn og unge** brukere og/eller deres pårørende i ansvarsgruppene? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 26c. Deltar representanter for 2. linjetjenesten i ansvarsgruppene for barn/unge? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
27. 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: _____
28. Oppnevner kommunen primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker? *Sett ett kryss.*
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis

L

14

T

T

L

- 29a. 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.

- 29b. Nedenfor har vi listet opp en rekke kommunale tjenester. I hvilken grad er de ulike tjenestene direkte involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot **barn og unge** i din kommune? *Sett ett kryss på hver linje.*

| | I liten grad involvert | Noe involvert | I stor grad involvert |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enhet for psykisk helsearbeid* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleie og omsorg..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosialtjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barneverntjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PPT..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barnehager/ grunnskole..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helsestasjon/ skolehelsetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjeneste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kultur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet, spesifiser:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*For kommuner som har en slik enhet.

Interkommunalt samarbeid

30. 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:.....

L

15

T

T

L

31. 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.

32. 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 utskrivning av pasienter
- Ja, kommunen har avtale som regulerer andre forhold mellom kommunen og 2. linjetjenesten. Vennligst spesifiser: _____
33. Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus eller sykehjem? *Sett ett kryss.*
- Nei, 2. linjetjenesten rådfører seg sjelden med kommunen ved utskrivning av pasienter
- Ja, kommunen blir av og til involvert i utskrivningen av pasienter
- Ja, kommunen får vanligvis delta i beslutningene om utskrivning av pasienter
- 34a. Får kommunen besøk av såkalte 'ambulerende team' fra 2. linjetjenesten?
- Nei → **Gå til spørsmål 35**
- Ja
- 34b. 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.

L

16

T

T

L

- 34c. 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"/> |

- 34d. 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.

- 34e. 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"/> |

35. 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"/> |

L

T

T

L

Samarbeid med statlige instanser

Vi er her interessert i å vite hvordan samarbeidet mellom kommunen og statlige instanser som Aetat, trygdekontor og rådgiverne hos fylkeslegen, arter seg.

36. 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

37. 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

- 38a. I hvilken grad fyller rådgiveren for Opptappingsplanen hos 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 Opptappingsplanen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Støttespiller for kommunen i arbeidet med Opptappingsplanen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erfaringsformidler mellom kommuner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dialogpartner/veileder i utviklingsarbeidet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollør i forhold til statlige midler og statlig regelverk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kursarrangør for kommunalt personell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 38b. Hvilke tjenester i kommunen er vanligvis representert i møte med rådgiveren fra fylkeslegen? Sett kryss for de aktuelle tjenestene.

- Enhet for psykisk helsearbeid (for kommuner som har en slik enhet)
 Pleie og omsorg
 Sosialtjenesten
 Barneverntjenesten
 PPT
 Barnehager/ grunnskole
 Helsestasjon/ skolehelsetjenesten
 Legetjenesten
 Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjeneste
 Kultur
 Annet, spesifiser: _____

L

18

T

T

L

Del III – Kommunens arbeid med planer for psykisk helsearbeid

Innenfor Opptreppingsplanen 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.

39. 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: _____
- Kommunen utarbeider ikke egne planer for det psykiske helsearbeidet, men integrerer dette området i kommunens øvrige planarbeid

40. 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 | Koordiner- ende ansvar |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 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/ skolehelsetj..... | <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"/> |
| Representanter for bruker- og pårørende- organisasjoner..... | <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.

Det er satt som minimumskrav til innhold i plan for det psykiske helsearbeidet at kommunen gir et anslag over brukergruppens omfang og en omtale av udekkede behov for tjenester.

41. Hvilken framgangsmåte har kommunen brukt for å anslå brukergruppens omfang og udekkede behov for tjenester? Sett *gjerne flere kryss.*

- Brukt nasjonale anslag over utbredelse av psykiske lidelser
- Systematisk gjennomgang av registrerte behov mv. innen ulike tjenesteområder i kommunen
- Bruk av planleggingsverktøy som HPP (Helhetlig Psykiatri Planlegging) eller lignende
- Kartlegging av innbyggernes bruk av 2. linjetjenester
- Annet

L

19

T

Vedlegg 3

Spørreskjema IV



OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE
Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene
Del IV – Vurdering av tjenester og samarbeidsrelasjoner

| | | | | |
|---|--------------------------|--|-----------|--|
| Kommune: _____ | Kommunenr: | | | |
| Bydel/distrikt: _____ | Bydel/distriktnr: | | | |
| Bakgrunnsopplysninger | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann | Alder: | | Stilling: | |
| Antall år i stillingen i den kommunen du er ansatt i nå: | | | | |
| Antall år i tilsvarende stilling i andre kommuner (hvis aktuelt): | | | | |
| Antall år som ansatt i kommunesektoren totalt: | | | | |

Vi ønsker at du gir uttrykk for *dine egne* vurderinger av tjenestene og samarbeidsrelasjonene innenfor det psykiske helsearbeidet i den kommunen du jobber i.

1. Hvordan vil du karakterisere det tverrfaglige samarbeidet knyttet til det psykiske helsearbeidet i din kommune? Vi ber deg svare ut fra dine egne erfaringer med de ulike tjenestenes vilje til samarbeid. *Sett ett kryss på hver linje.*

| | Lite/ikke noe samarbeid | Sam-arbeidet er mindre bra | Sam-arbeidet er ganske godt | Sam-arbeidet er svært godt |
|---|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Enhet for psykisk helsearbeid*..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleie og omsorg..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosialtjenesten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barneverntjenesten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PPT..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barnehager/ grunnskole..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helsestasjon/ skolehelsetj..... | <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"/> |
| 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

2. 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

3. 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"/> |

4. Vi er her interessert i å få vite hvordan du vurderer arbeidet med Opptappingsplanen i din kommune. Synes du arbeidet med Opptappingsplanen går bra eller mindre bra *i forhold til de kommunale målene for dette arbeidet?* *Sett ett kryss.*

- Arbeidet med opptappingsplanen går tregt
 Arbeidet med opptappingsplanen går stort sett bra
 Arbeidet med opptappingsplanen går som planlagt

- 5a. Hvor viktig mener du følgende faktorer er som *hindringer* for arbeidet med opptappingsplanen 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"/> |

T

2

L

L

T

| | Ikke viktig/ ikke relevant | Litt viktig | Ganske viktig | Svært viktig |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Manglende administrativ prioritering av området..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manglende kunnskaper om lover og regler..... | <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"/> |
| Manglende kunnskap om Opptreppingsplanen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dårlig sammenheng mellom mål og midler i det psykiske helsearbeidet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manglende kunnskap om <i>behovene</i> for psykisk helsearbeid i kommunen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kompetansemangel i det ordinære tjenesteapparatet.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 5b. Dersom det er andre faktorer, som ikke er nevnt i spørsmålet over, som du mener er viktig som hindring for arbeidet med opptreppingsplanen i din kommune, kan du oppgi dette her:

6. 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.*

| | Forverret tilbud | Små endringer | Moderat bedre tilbud | Vesentlig bedre tilbud |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser, eller som har forhøyet risiko for å utvikle psykiske problemer/lidelser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet generelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 7.a. Hvordan vurderer du **voksne** innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? *Sett ett kryss.*

- Innbyggernes tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester
 Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester
 Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester

- 7.b. Hvordan vurderer du **barn og unge** innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? *Sett ett kryss.*

- Innbyggernes tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester
 Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester
 Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester

Tusen takk for hjelpen!

T

3

L