

Trond Tjerbo
Hilde Zeiner
Marit Helgesen

Kommunalt psykisk helsearbeid 2012



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Kommunalt psykisk helsearbeid 2012

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2009:4	Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning.
NIBR-rapport 2008:32	Psykisk sykes levekår.
NIBR-rapport 2008:16	Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger.
NIBR-rapport 2007:2	Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter.
NIBR-rapport 2006:11	Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005.

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Trond Tjerbo, Hilde Zeiner, Marit Helgesen

Kommunalt psykisk helsearbeid 2012

NIBR-rapport 2012:4

Tittel: **Kommunalt psykisk helsearbeid 2012**

Forfatter: Trond Tjerbo, Hilde Zeiner, Marit Helgesen

NIBR-rapport: 2012:4

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-920-4

Prosjektnummer: O-2923

Prosjektnavn: Kommunal organisering og samordning av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Trond Tjerbo

Referat: Rapporten tar for seg utviklingen i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. Hovedinntrykket er at kommunenes arbeid ikke har endret seg vesentlig siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Rapporten ser på organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant voksne og blant barn/unge.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: januar 2012

Antall sider: 94

Pris: 250

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 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 2011

Forord

Det foreliggende arbeidet utgjør sluttrapporteringen fra prosjektet *Kommunal organisering og samordning av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer*, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Trond Tjerbo er prosjektleder. Trond Tjerbo og Hilde Zeiner har gjennomført den kvantitative delen, og har skrevet kapitlene 2 og 3. Kapittel 1, 5 og 6 er skrevet av Tjerbo. Marit Kristine Helgesen, Hilde Zeiner og Lillin Cathrine Knudtzon har gjennomført den kvalitative delen av prosjektet. Helgesen har skrevet kapittel 4.

Prosjektet er en oppfølging av prosjektet *Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid*, og det foreliggende arbeidet er i stor grad basert på dette prosjektet. Surveydata innhentet i 2011 er basert på spørreskjemaet som ble brukt i 2008. Vi har også valgt å legge analyser og rapportering tett opp til Myrvold og Helgesens sluttrapport fra 2009.

Takk til alle informanter som har deltatt i intervjuer eller med å fylle ut spørreskjema.

Oslo, januar 2012

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	7
Sammendrag.....	8
Summary.....	12
1 Innledning.....	16
1.1 Kommunal organisering og samarbeid i psykisk helsearbeid.....	16
1.2 Data og metode	17
1.2.1 Surveydata	17
1.2.2 Case studiene	18
1.3 Om analysene og det metodiske grunnlaget for å forstå organisering av kommunenes tjenester innenfor psykisk helse	19
2 Utvikling i kommunenes organisering etter Opptrappingsplanen	21
2.1 Organisasjonsmodeller for kommunalt psykisk helsearbeid.....	21
2.2 Samarbeid og samordning internt i kommunen	28
2.2.1 Tiltak for samordning.....	28
2.2.2 Bruk av individuell plan	30
2.2.3 Et bredt og helhetlig tilbud.....	33
2.3 Betydningen av organisering	37
2.4 Samarbeid med andre kommuner.....	39
2.5 Samarbeid med andrelinjen	41
2.6 Samarbeid med NAV	44
2.7 Oppsummering	46
3 Tjenestene for barn og unge.....	48
3.1 Organisering av tjenestene.....	48
3.2 Involvering og koordinering.....	49
3.3 Samarbeid med andre	54

3.4	Vurdering av egne tjenester	55
3.5	Tilbudet til barn og unge – oppsummering	56
4	Kommunenes organisering – det kvalitative materialet.....	57
4.1	Innledning	57
4.2	Presentasjon av kommunene.....	57
4.3	Oppsummering	79
5	Betydningen av kommunistørrelse.....	83
5.1	Organisering av psykisk helsearbeid i store og små kommuner	84
5.2	Fagmiljø og kommunistørrelse.....	85
5.3	Oppsummering	89
6	Vurdering av egne tjenester	90
6.1	Vurdering av kvaliteten på tjenestene	90
6.2	Vurdering av utviklingen etter Opptrappingsplanen.....	91
6.3	Vurdering av utviklingen i tjenestene fremover	92
6.4	Oppsummering	93
	Litteraturliste	94

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Frafallsanalyse. Korrelasjon mellom å ha svart på surveyen, antall innbyggere i kommunen, og antall årsverk i psykisk helse rettet mot voksne per 1000 innbygger.....	18
Tabell 1.2	Oversikt over casekommunene.....	19
Tabell 2.1	Kommunenes overordnede organisering av tjenester til voksne med psykiske lidelser, 2002, 2005, 2008 og 2011	23
Tabell 2.2	For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Hvor er det psykiske helsearbeidet plassert i kommuneorganisasjonen? 2005, 2008 og 2011	24
Tabell 2.3	For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Har kommunen egen leder for det psykiske helsearbeidet? Prosent 2011.....	24
Tabell 2.4	Organisasjonsmodell for voksne. Prosentandel etter fylke. 2011	25
Tabell 2.5	Sammenligning av rapportert organisering i IS-24 (2009) og surveydata (2011). Prosent.....	26
Tabell 2.6	Sammenligning av rapportert organisering IS-24 og surveydata. Kun kommuner som har svart at de ikke har gjennomført endringer i organiseringen de tre siste årene. Prosent (antall)	27
Tabell 2.7	Tiltak for samordning 2002-2011. Tiltak for voksne eller for både voksne og barn/unge. Tiltak bare for barn/unge behandles i kapittel 3.....	29
Tabell 2.8	Kommuner som har et bestemt kontor der mennesker med psykiske lidelser kan henvende seg (utover fastlegen). 2008 og 2011	30
Tabell 2.9	Kommuner med bestillerkontor. 2008 og 2011. Prosent.....	30

Tabell 2.10	Kommunenes bruk av individuell plan. Prosent, 2008 og 2011.....	31
Tabell 2.11	Oversikt over antall brukere med behov for/rett til individuell plan. Prosent 2011	31
Tabell 2.12	Påstander om individuell plan (IP). Prosent helt eller delvis enig, 2008 og 2011.....	33
Tabell 2.13	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent som har svart ”I stor grad involvert”	34
Tabell 2.14	I hvilken grad er rusfeltet involvert i det psykiske helsearbeidet i kommunen? 2011.....	35
Tabell 2.15	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent som har svart ”I stor grad involvert”. Tall fra 2008 i (kursiv)	36
Tabell 2.16	Er kommunens innsats innenfor rus organisert sammen med det psykiske helsearbeidet?.....	37
Tabell 2.17	Oppfatning av involvering av rusfeltet i det psykiske helsearbeidet, etter om rus er organisert sammen med psykisk helsearbeid	37
Tabell 2.18	Hvordan vurderer du kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2011. Andel.....	39
Tabell 2.19	Kommuner som har tjenestesamarbeid med andre kommuner. 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent	40
Tabell 2.20	Kommuner som har faglig samarbeid med andre kommuner. 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent	41
Tabell 2.21	Har kommunen noe samarbeid med 2.linjen? 2002, 2005, 2008 og 2011	42
Tabell 2.22	Får kommunen delta i beslutninger om utskrivingsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem? 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent.....	43
Tabell 2.23	Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent.....	43
Tabell 2.24	Jobber det ambulerende teamet både med voksne og med barn/unge? Prosent. 2011	44
Tabell 2.25	Samarbeid med NAV arbeid. 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent	45
Tabell 2.26	Samarbeid med NAV trygd. 2002, 2005, 2008 og 2011	46

Tabell 3.1	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Prosent som har svart "I stor grad involvert".....	50
Tabell 3.2	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Prosent som har svart "I stor grad involvert".....	51
Tabell 3.3	Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge relatert til psykisk helse? Prosent.	53
Tabell 3.4	Vurdering av barn og unges tilgang på andrelinjetjenester innenfor psykisk helsevern. 2008 og 2011. Prosent.....	55
Tabell 3.5	Vurdering av utviklingen i kommunens tilbud etter avslutningen av opptrappingsplanen til barn og unge med psykiske problemer. Prosent (N)	56
Tabell 5.1	Organisering av det psykiske helsearbeidet for voksne etter kommunestørrelse. Prosent. 2011.....	85
Tabell 5.2	Påstander om fagmiljø og kommunestørrelse	86
Tabell 5.3	Interkommunalt tjenestesamarbeid etter kommunestørrelse. Prosent. 2011. Tall fra 2008 i (kursiv)	89
Tabell 6.1	Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune etter Opptrappingsplanens slutt. Prosent som svarer "vesentlig bedre tilbud". 2011	92

Figuroversikt

Figur 1.1	Frafallsanalyse. Geografisk variasjon i svarprosent....	18
Figur 2.1	Grad av integrasjon av psykisk helsearbeid i ordinære tjenester.....	27
Figur 2.2	Påstander om fagmiljø etter organisasjonsmodell. Prosent som har svart enig eller helt enig i påstandene.....	38
Figur 3.1	Koordinatorers ansvarsområde. Prosent. N=174	52
Figur 3.2	Ansvarsområdet til kommunens tverrfaglige team. Prosent. N=118.....	54
Figur 5.1	Andelen som sier seg ”helt enig” i påstanden ”Opptrappingsplanen for psykisk helse har styrket fagmiljøet i kommunen” etter kommunestørrelse. Prosent.....	87
Figur 5.2	Vurdering av kommunens innsats innenfor psykisk helsearbeid. Andelen som sier at den er svært god og andelen som sier den er tilfredsstillende.	88
Figur 6.1	Vurdering av egen kommunes innsats. 2005, 2008 og 2011.....	91
Figur 6.2	Andelen som tror arbeidet med tjenestene vil bli styrket de neste fem årene. Prosent.....	93

Sammendrag

Trond Tjerbo, Hilde Zeiner og Marit Helgesen

Kommunalt psykisk helsearbeid 2012

NIBR-rapport 2012:4

NIBR har tidligere gjennomført et prosjekt der utviklingen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet ble kartlagt (Myrvold og Helgesen 2009). På oppdrag fra Helse- direktoratet har NIBR nå gjentatt denne studien slik at vi får nye og oppdaterte data om kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet.

Hovedinntrykket er at kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet ikke ser ut til å ha endret seg vesentlig siden 2008. Flesteparten av kommunene organiserer psykisk helsearbeid som en egen tjeneste innenfor en større tjenesteenhet. Andelen av kommunene som har en egen enhet for psykisk helsearbeid har økt noe fra 2008, men denne økningen er ikke spesielt stor (5 prosentpoeng).

Erfaringer fra casestudiene samt en sammenligning av svarene som er rapportert inn til IS-24 indikerer at det ikke nødvendigvis er slik at vi klarer å fange opp variasjoner i kommunens organisering på en entydig måte gjennom bruk av et lite antall kategorier. Det kan være at organiseringen av psykisk helsearbeid ikke alltid lar seg fange opp gjennom enkle kategorier, og at skillet mellom f. eks egen tjeneste og integrerte tjenester ikke er så enkelt å fastslå. Dette gjør at vi bør være forsiktige med å diskutere ulike effekter av valgt organisasjonsmodell.

Når det gjelder hvilke tjenester som involveres i kommunenes psykiske helsearbeid bekrefter undersøkelsen tendenser fra tidligere undersøkelser. Pleie- og omsorgstjenestene er i noe mindre grad involvert enn i 2008, det samme gjelder for sosialtjenesten, samt fysioterapi, ergoterapi og rehabilitering. Lege-

tjenestens involvering ligger stabilt på et relativt høyt nivå. Kultursektoren er fremdeles lite involvert i kommunenes psykiske helsearbeid.

Opptappingsplanen for rusfeltet spesifiserer at kommunenes arbeid på rusfeltet skal ses i sammenheng med det psykiske helsearbeidet. Vår undersøkelse tyder på at dette også skjer i kommunene, om enn i noe ulik grad. Uavhengig av hvilken organisasjonsmodell kommunene har valgt, svarer omtrent halvparten at rus i stor grad er involvert i det psykiske helsearbeidet. Om lag halvparten av kommunene har valgt å organisere innsatsen innenfor rus sammen med det psykiske helsearbeidet. En større andel av disse kommunene oppgir at rus ”i stor grad er involvert” i det psykiske helsearbeidet sammenlignet med kommuner som har valgt å ikke organisere rus og psykisk helsearbeid sammen.

Heller ikke bruken av ulike samordningstiltak og individuell plan har endret seg vesentlig siden 2008. Kommunene har flere ulike tiltak de kan benytte seg av for å ivareta koordineringen av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Majoriteten av kommunene benytter seg f. eks av koordinatorene på systemnivå og ansvarsgrupper enten for alle eller for noen brukere. 9 av 10 kommuner har også et bestemt kontor/adresse der brukere kan henvende seg. Det er små endringer på dette området siden 2008.

Individuelle planer ble fremhevet av myndighetene som et viktig koordineringstiltak under opptappingsplanperioden. Bruken av individuell plan økte også sterkt i perioden (Myrvold og Helgesen 2009). Den relativt høye andelen av norske kommuner som benytter seg av individuell plan har ikke endret seg vesentlig mellom 2008 og 2011. Det ser derfor ut til at dette er et virkemiddel som har festet seg. Når det gjelder holdningene til bruk av individuell plan er heller ikke disse endret i nevneverdig grad siden 2008.

Samarbeid med andre utenfor kommunen er viktig innenfor flere av tjenestene kommunene leverer til sine innbyggere. Dette gjelder også for psykisk helse. Tidligere studier har vist at kommunene i forholdsvis liten grad samarbeider med andre kommuner når det gjelder psykisk helsearbeid (Myrvold og Helgesen 2009). Igjen viser våre data små endringer siden 2008. Det samme gjelder for samarbeidet med andrelinjen. Det kan virke som at samarbeidet

mellom NAV og kommunene i større grad enn tidligere har blitt formalisert, flere kommuner sier at de har samarbeidsmøter med NAV på et overordnet nivå og færre sier at kommunen har møter med NAV ”av og til” om enkeltbrukere.

Tjenestene for barn og unge

I starten av opptrappingsplansperioden ble det uttrykt bekymring for tjenestene til barn og unge (Myrvold og Helgesen 2009), dette førte til krav fra sentrale myndigheter om at en større andel av midlene skulle brukes på tjenestene til barn og unge. Våre respondenter gir i hovedsak uttrykk for at tjenestene for barn og unge enten er på samme nivå som i 2008 eller har blitt forbedret. Det er også flere som tror at tjenestene til denne gruppen vil bli ytterligere forbedret i tiden fremover enn det er for voksne.

Kommunestørrelse

Størrelsen på norske kommuner varierer i stor grad. Likevel er det en klar målsetting at brukerne skal motta tjenester av lik kvalitet uavhengig av hvilken kommune de bor i. For små kommuner kan det være utfordrende å etablere et fagmiljø med tilstrekkelig kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. Dette kan tenkes å påvirke kvaliteten på tjenestene. Det er derfor viktig at små kommuner har virkemidler som kan tas i bruk for å motvirke eventuelle negative effekter av denne typen. Det virker som små kommuner i høyere grad enn store kommuner organiserer tjenestene som en egen tjeneste, mens de større kommunene oftere organiserer arbeidet som en egen enhet. For mindre kommuner er det kanskje mindre hensiktsmessig å etablere tjenestene som en egen enhet, og tjenestene blir derfor i større grad integrert i øvrige tjenester.

Våre respondenter fra mindre kommuner oppgir i høyere grad at fagmiljøet kan bli for lite. Samtidig er det flere som sier seg enige i at mulighetene for å oppdatere kunnskapen gjennom kurs o.l er gode blant de små kommunene. Når det gjelder vurderingen av egne tjenester sier det aller fleste av våre respondenter at tjenestene er ”tilfredsstillende” og det er ingen klare sammenhenger mellom dette og kommunestørrelse.

Case studiene

Ut fra det kvalitative datamaterialet er det ikke mulig å si at en organisasjonsmodell legger bedre til rette for samarbeid enn andre. Materialet gir likevel indikasjoner på at den integrerte modellen fungerer noe dårligere for samarbeidet internt i kommunen enn de andre. Tre faktorer ser ut til å være bestemmende for dette. Den første er at intervjupersoner fra kommuner der denne modellen er valgt gir uttrykk for at de har domenekonflikter. Disse konfliktene innebærer, for det andre, at psykisk helse oppleves som lite tydelig i den kommunale organisasjonen. For det tredje kan det se ut til at samarbeid i kommuner som har valgt denne organisasjonsmodellen i større grad har problemer med å innarbeide rutiner for samarbeid enn i de andre kommunene.

Det pekes på at andre faktorer som hindrer samarbeid innad i kommunene er manglende prioritering av tid til samarbeid, manglende avtaler på systemnivå, manglende struktur for møter og kjennetegn ved personer. Det siste er en faktor som også hindrer samarbeid med andrelinjen. Andre faktorer som hindrer samarbeid med andrelinjen er inngåtte avtaler ikke overholdes og at avtaler ikke inngås.

Faktorer som fremmer samarbeid er, i tillegg til de omvendte av de som hindrer, at kommunene behandles som likeverdige og at det er gode strukturer på samarbeidet, for eksempel at møter er regelmessige.

Små kommuner opplever ikke større vansker med sitt samarbeid enn større kommuner, men geografisk avstand oppleves som en faktor som kan være hindrende for samarbeid.

Summary

Trond Tjerbo, Hilde Zeiner and Marit Helgesen

Mental health work in Norwegian Municipalities, 2012

NIBR-rapport 2012:4

NIBR has previously studied the development of involvement and cooperation within the mental health work during the period of the National Action Programme on Mental Health (Myrvold and Helgesen 2009). On commission of the Norwegian Directorate of Health NIBR has repeated this study in order to obtain new and updated data on the organization of mental health work in Norwegian municipalities.

The main finding is that of continuity. There has been little change in how the municipalities organize their mental health work. The majority of municipalities have chosen to organize their mental health work as a service within a larger unit. Since 2008, a growing number of municipalities organize their services according to a “unit model”, but the growth is modest (approximately 5 percentage points).

Comparing data from a national survey, case studies and data from IS-24, we find that it is difficult to capture the variation in organization of mental health work using a limited number of categories. Sometimes the categories do not capture the municipalities’ actual organization of mental health services, and the difference between – for instance – a separate mental health service and an integrated service may be difficult to establish in practice. We exercise caution, therefore, when exploring the effects of organization on mental health work in the municipalities.

Concerning the involvement of various municipal services in the provision of mental health services, our findings confirm those of previous studies. Health and social care providers tend to be less involved, local medical practitioners are more involved, and the

cultural sector is to a very little degree mobilized in local mental health work.

The National Action Programme on Substance Abuse calls for a coordination of substance abuse and mental health work in the municipalities. We find that such coordination is taking place in the municipalities, albeit to a varying degree. Regardless of their chosen model of organization, approximately 50 % of the respondents claim that they integrate substance abuse and mental health work, and in approximately half of the municipalities the two services are organized within the same unit. Municipalities that have opted for the co-organization of the two services are more likely to consider substance abuse to be a central concern in mental health work than municipalities that have organized the services separately.

Municipalities' use of measures to coordinate services to citizens with mental health problems and "individual plans" has not changed significantly since 2008. The municipalities have various measures at their disposal when coordinating mental health services. Popular measures include: the use of coordinators and responsibility groups. 9 out of 10 municipalities have a permanent office/address where citizens with mental health problems can call.

The National Action Plan on Mental Health specified that "individual plans" should be a preferred coordination measure. And the use of individual plans increased during that period (Myrvold and Helgesen 2009). Our data indicate that there has been little change since 2008. The same holds for cooperation between municipalities and services provided by the state. There are indications of more formalized cooperation between the municipalities and the Norwegian Labour and Welfare Service (NAV). An increasing number of municipalities claim that cooperation occurs on a system level, and a decreasing number claim that cooperation is sporadic and case specific.

Services to children and adolescents

At the start of the National Action Plan period, one concern was the provision of services to children and adolescents (Myrvold and Helgesen 2009), leading to a call for a redirection of funding from services to adults to services to children and adolescents. Our

respondents consider that the quantity and quality of services to the young are unchanged or have slightly improved since 2008. They are also more likely to expect a further improvement in services to the young than in services to adults.

Municipality size

Norwegian municipalities vary greatly in size. Nevertheless the ambition is that citizens should receive the same quality services throughout the country. The smallest municipalities more often than others report problems in recruiting professionals in this field of work, which may, in turn, affect the quality of the services provided. It is important, therefore, that the municipalities have access to measures that may counteract negative effects of this type. The impression is that the smallest municipalities are more likely to organize their mental health work as an own service, and that larger municipalities are more likely to organize their work in an independent unit. Smaller municipalities may find the unit model less suitable, and mental health services are therefore to a larger degree integrated in other services.

Respondents from smaller municipalities are more likely to acknowledge a lack of competence on mental health. At the same time they claim to have ample opportunity to improve and update their competence, through courses and other activities. Regardless of municipality size, most respondents report that mental health services are “satisfactory.”

The case study

Our qualitative data does not provide clear indications that any mode of organization is more favourable to cooperation than others. Nevertheless, there are indications that the integrated model is somewhat less conducive to cooperation internally in the municipality than the other models. There appears to be three determining factors: Respondents from municipalities that have chosen an integrated model point to conflicts over divisions of labour and authority. These conflicts, moreover, have rendered mental health services less visible in the municipal organization. Finally, it seems that municipalities with an integrated model find it more problematic to establish routines for cooperation. Other complicating factors include: lack of time, lack of agreements on a system level, lack of meetings and meeting points, as well as

personal factors. The latter is also a factor that hampers cooperation between municipalities and services provided by the state.

Conversely, good interpersonal relationships, the establishment of agreements and meeting points, and more time, are factors conducive to cooperation. In addition, the municipalities demand to be treated as equal partners when cooperating with state services, and cooperation needs to be well-structured, for instance through regular meetings.

The smaller municipalities do not experience more difficulties in cooperation with state services than do larger municipalities. Geographical distance is however a factor that may hamper cooperation.

1 Innledning

1.1 Kommunal organisering og samarbeid i psykisk helsearbeid

Kommuneloven av 1992 gir kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet slik de finner hensiktsmessig. Hva som anses som hensiktsmessig organisering vil blant annet avhenge av lokale forhold, så som kommunestørrelse, beliggenhet og demografisk struktur. Også kommunens økonomi og tidligere erfaringer med ulike organisasjonsmodeller vil kunne ha betydning for hvordan kommunen organiserer sin virksomhet. Fordi norske kommuner er svært forskjellige, vil det også være forskjeller i valg av organisatoriske løsninger. Variasjonen i kommunal organisering generelt er derfor stor, noe som også gjelder organiseringen av det psykiske helsearbeidet.

Evalueringen av Opptrappingsplanens effekter på organisering av psykisk helsearbeid tyder på at kommunene i løpet av opptrappingsperioden fikk styrket sine tjenester til innbyggere med psykiske problemer og lidelser, men at mange kommuner strever med å finne en hensiktsmessig organisering av arbeidet (Myrvold 2009:630). Det har vært gjennomført omfattende omorganiseringer av det kommunale psykiske helsearbeidet gjennom hele Opptrappingsplanens virkeperiode.

En bekymring har vært at kommunene skulle bygge ned det psykiske helsearbeidet når de øremerkede midlene forsvant ved avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. I denne rapporten undersøker vi hvordan organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene har utviklet seg i tiden etter Opptrappingsplanperioden.

1.2 Data og metode

I denne rapporten benytter vi data fra fire forskjellige kilder:

- Data fra tre tidligere undersøkelser om det samme temaet, gjennomført innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (se Myrvold og Helgesen 2009)
- Nye surveydata innhentet i 2011 basert på spørreskjemaet som ble brukt i 2008
- Data fra kommunenes rapportering på IS-24 (se Ose m.fl 2011)
- Case studier i et mindre utvalg kommuner (8) samt tilhørende Distriktpsykiatriske sentra (DPS)

I og med at det er samlet inn sammenlignbare data om kommunal organisering av psykisk helsearbeid ved flere anledninger, er det mulig å studere utviklingen i organisering av dette området over tid. Som vi skal drøfte nærmere i avsnitt 1.3, er det imidlertid visse svakheter knyttet til kvantitative studier av organisering i kommunene, både generelt og når det gjelder psykisk helsearbeid.

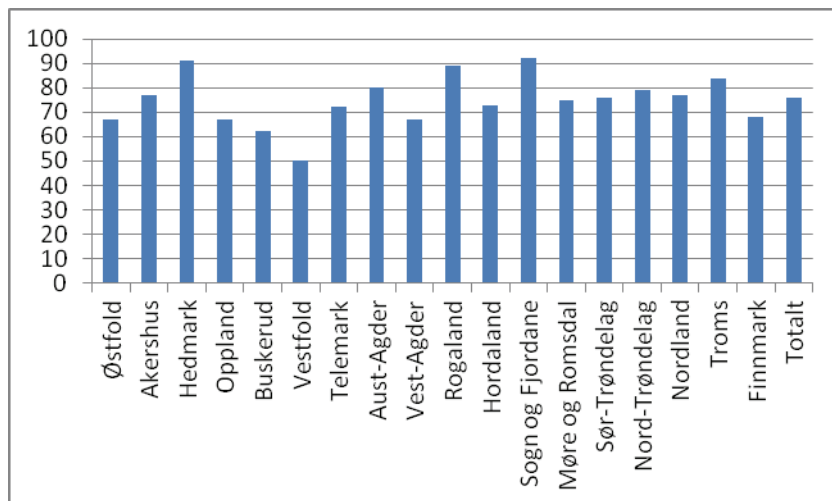
1.2.1 Surveydata

Surveyen ble sendt ut elektronisk til kontaktpersonene for psykisk helsearbeid i den enkelte kommune. I noen tilfeller fikk vi ikke på forhånd tak i navnet på kontaktpersonen, og surveyen ble derfor sendt til postmottaket i kommunen og videreformidlet til den rette personen derfra. 18 av de epostadressene vi benyttet oss av fungerte ikke, og vi endte derfor opp med 412 kommuner som fikk surveyen tilsendt. Av disse 412 har 329 kommuner startet med å svare på surveyen (har besvart enkelte spørsmål), og 241 har avsluttet surveyen. Svarprosenten er derfor 80 eller 58, avhengig av hva man betrakter som ”svart”.

Vi har ingen indikasjoner på noen systematiske forskjeller mellom de som har svart og de som ikke har svart på surveyen. Det er ingen signifikante korrelasjoner mellom det å ha svart og kommunestørrelse eller årsverk innenfor psykisk helse (Tabell 1.1), og det ser heller ikke ut til å være stor geografisk variasjon i svarprosenten (Figur 1.1). Selv om enkelte fylker, særlig Vestfold,

ligger lavt i andel kommuner som har besvart skjemaet, er det ikke store forskjeller mellom regionene.

Figur 1.1 *Frafallsanalyse. Geografisk variasjon i svarprosent*



Tabell 1.1 *Frafallsanalyse. Korrelasjon mellom å ha svart på surveyen, antall innbyggere i kommunen, og antall årsverk i psykisk helse rettet mot voksne per 1000 innbygger*

	Kommune- størrelse	Årsverk rettet mot voksne pr. innbygger	Svart
Kommunestørrelse	1	-0,09	0,05
Årsverk rettet mot voksne pr. innbygger	-0,09	1	0,03
Svart	0,05	0,03	1

1.2.2 Case studiene

Det er gjennomført intervjuer i 8 kommuner som tilhører forskjellige sykehusregioner. Kommunene ble valgt i forhold til kriterier om variasjon. For det første er de spredd i landet og hører til ulike Helseforetaksområder. For det andre varierer de i sentralitet i forhold til DPS og BUP. Det vil si at noen kommuner

har slike fasiliteter innenfor sine kommunegrenser eller forholdsvis nært, mens det for andre er større avstand. For det tredje varierer de i størrelse fra en forholdsvis liten kommune med under 2000 innbyggere til en kommune over 100 000 innbyggere. For det fjerde var det en målsetting at kommunene skulle ha ulike organisasjonsmodeller fordi kommunal organisering er uavhengig variabel i to av evalueringens problemstillinger. Tabellen nedenfor presenterer hovedtrekk ved kommunene. Kommuner fra alle de regionale helseforetaksområdene er representert. Kommune-størrelse er rangert fra 1- 4, der 1 er små kommuner og 4 er store.

Tabell 1.2 *Oversikt over casekommunene*

Helseforetaks-område	Størrelse (1-5)	Organisering av psykisk helearbeid	Overordnet kommunal organisering
1	3	Egen tjeneste (2)	
1	1	Integrert modell (4)	Flat struktur
2	1	Integrert modell (4)	
2	2	I stab hos rådmann eller helse- og sossialsjef (3)	
3	4	Egen tjeneste (2)	Flat struktur
3	4	Integrert modell (4)	Flat struktur
4	2	I stab hos rådmann eller helse- og sossialsjef (3)	
4	3	Egen enhet (1)	Flat struktur

1.3 Om analysene og det metodiske grunnlaget for å forstå organisering av kommunenes tjenester innenfor psykisk helse

Bruk av surveys til kartlegging av faktiske forhold er utbredt, men kan samtidig ha enkelte svakheter. En respondent med god tid og høy interesse for temaet og spørreskjemaet vil antagelig prøve å gjøre sitt svar så nøyaktig som mulig. Samtidig er det begrenset hvor mye ressurser en person kan bruke på å svare på et skjema. Dette er et argument for korte og relativt enkle spørreskjemaer.

Kanskje vil svært detaljerte spørsmål knyttet f. eks til organisasjonsform stille for store krav til respondenten og dermed påvirke kvaliteten på de svarene en mottar. Dette vil da kunne ha en negativ effekt både på svarprosenten og på kvaliteten på de innsendte svarene.

Når skjemaet er krevende å svare på, må respondenten enten ha egeninteresse av å bruke tid og ressurser på å innhente tilstrekkelig informasjon, eller så bør skjemaet inngå i et regime der rapporteringen gjøres obligatorisk. Trolig vil en detaljert kartlegging av forholdsvis kompliserte forhold være bedre egnet som en del av et eksisterende rapporteringssystem som f. eks kommuner er forpliktet til å svare på. Dersom man likevel vil benytte seg av spørreskjemametoden kreves det en betydelig innsats i oppfølging av enkeltrespondenter og kvalitetssikring av svarene.

Når det gjelder kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet er vårt inntrykk at det ikke er entydig hvordan man skal fange opp variasjonene. Dette gjør at vi mener de konklusjoner som trekkes om effekter av ulike organisasjonsformer bør tolkes med stor varsomhet. Både fordi det er en ikke-ubetydelig usikkerhet knyttet til hvor godt man fanger opp variasjonene i organisering og fordi analyser av *effekter* av ulike organisasjonsformer er komplisert. Det er f. eks rimelig å anta at organisering i mange tilfeller kan være en indirekte effekt fra andre variabler. Med andre ord kan det tenkes at en observert sammenheng mellom organisering og en avhengig variabel er en skinnsammenheng som skyldes påvirkning av en variabel som påvirker både organisering og den avhengige variabelen.

NIBR har siden 1995 samlet inn data om kommunal organisering til Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. Erfaringer fra disse innsamlingene tyder også på at kompliserte spørsmål om faktiske forhold medfører en risiko for lav datakvalitet i tillegg til en mulig negativ effekt på svarprosenten. F. eks beskriver Hovik og Stigen (2008:224) hvordan forholdsvis komplekse spørsmål om lovhjemler for ulike organisatoriske valg, medførte svak kvalitet på de innsamlede dataene. Det kan være flere grunner til dette. Det mest åpenbare er at de krever for mye av respondenten, og at han/hun ikke har anledning til å sette av tilstrekkelig med ressurser til å besvare slike spørsmål på en nøyaktig måte.

2 Utvikling i kommunenes organisering etter Opptrappingsplanen

2.1 Organisasjonsmodeller for kommunalt psykisk helsearbeid

En målsetting i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse var å gi et overordnet bilde av organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene. På grunnlag av fire forenklete modellbeskrivelser, ble kommunene bedt om å identifisere den modellen som passet best for deres kommune.

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

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

Modell 3: Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse i stab hos rådmannen/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 innbyggerne med psykiske problemer benytter. Ansatte i de etablerte tjenestene har eller bygger opp kompetanse i psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.

Opprinnelig ble det i Opptrappingsplanen lagt til grunn at psykisk helsearbeid skulle integreres i det ordinære kommunale tjenesteapparatet (modell 4). Undersøkelsene fra 2002, 2005 og 2008 viste imidlertid at få kommuner valgte en integrert løsning (Myrvold 2009:1; Myrvold 2004:734; Myrvold 2006:735). Modellen ble blant annet oppfattet som lite heldig for fagmiljøet. Det viste seg også at en integrert modell ikke nødvendigvis medfører økt samarbeid og samordning av det psykiske helsearbeidet (Myrvold 2005:677). I 2008 oppga kun en prosent av kommunene at de hadde en integrert modell (Tabell 2.1).

Omtrent midtveis i Opptrappingsplanperioden la Helsedirektoratet om sin holdning til kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet. Helsedirektoratets veileder fra 2005 inneholder ikke noe krav om integrerte tjenester. I stedet velger direktoratet å presisere noen grunnleggende krav som skal ivaretas uavhengig av valgt organisasjonsmodell. Kravene inkluderer et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, et godt fagmiljø, at brukeren behandles med respekt, samt kontinuitet for brukeren (Sosial og Helsedepartementet 2005:8).

I 2011 oppgir nesten 8 prosent av kommunene at de har en integrert modell for psykisk helsearbeid for voksne (Tabell 2.1). Det er også en økning i andel kommuner som oppgir at ansvaret for psykisk helse er plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef.

Fortsatt velger flest kommuner å organisere psykisk helsearbeid som en egen tjeneste innenfor en større tjenesteenheter. Tendensen er imidlertid at stadig færre kommuner velger denne modellen. I 2002 og 2005 var andelen kommuner som organiserte arbeidet som en egen tjeneste henholdsvis 68 og 74 prosent. I 2011 er det kun halvparten som oppgir at psykisk helsearbeid organiseres som en egen tjeneste. Andelen kommuner som oppgir at de har en egen enhet for psykisk helsearbeid fortsetter å øke, dog ikke like markant som tidligere år.

Tabell 2.1 *Kommunenes overordnede organisering av tjenester til voksne med psykiske lidelser, 2002, 2005, 2008 og 2011*

	2002	2005	2008	2011
Egen enhet (modell 1)	17	16	34	39
Egen tjeneste (modell 2)	68	74	59	50
Ansvar hos rådmann/ helse og sosialsjef (modell 3)	4	4	0	3
Integrerte tjenester (modell 4)	9	6	1	8
Totalt	100 (N=254)	101 (N=274)	100 (N=219)	100 (N=287)

Det er viktig å merke seg at skillet mellom modellene kan være klarere i teorien enn i praksis. Dette gjelder særlig skillet mellom modell 1 og modell 2. I modell 1 utøves det psykiske helsearbeidet i prinsippet i en egen spesialisert enhet, med egen leder og eget budsjett. I modell 2 er det psykiske helsearbeidet i hovedsak lagt som en egen tjeneste innenfor en enhet som også omfatter andre tjenester. Her vil imidlertid ressurser også i større grad kanaliseres til de ordinære tjenestene. Tjenestemodellen innebærer at det psykiske helsearbeidet er plassert innenfor en større kommunal tjeneste, for eksempel sosialtjenesten eller pleie- og omsorgstjenesten. Det psykiske helsearbeidet vil da være en egen faglig enhet, samtidig som det legges opp til at arbeidet skal ses i sammenheng med andre relevante kommunale tjenester. I tjenestemodellen vil det variere hvorvidt kommunen har en egen leder for det psykiske helsearbeidet, eller om personalet inngår i en gruppe med leder fra et annet fagfelt (Myrvold og Helgesen 2009:1).

Vi har bedt de kommunene som har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid om å angi hvor i kommuneorganisasjonen ansvaret for det psykiske helsearbeidet er plassert. Mønsteret i 2011 er forholdsvis identisk med det vi så i 2005, og at det er færre som svarer pleie og omsorg i 2011 enn det var i 2008. Flere kommuner ser ut til å ha plassert det psykiske helsearbeidet i helse/rehabilitering eller i helse og pleie og omsorg.

Tabell 2.2 *For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Hvor er det psykiske helsearbeidet plassert i kommuneorganisasjonen? 2005, 2008 og 2011*

	2005	2008	2011
I pleie og omsorg	39	70	30
I helse/rehabilitering	38	13	27
I sosialtjenesten	8	1	2
I helse og pleie og omsorg	2	2	12
I helse/sosial/velferd	7	5	9
I levekår	2	-	1
I familie, oppvekst/helse	2	10	15
I oppvekst og kultur	1	-	1
Annet	3	1	4
Totalt	102	102	101
(N=)	(196)	(130)	(124)

For kommunene med en egen tjeneste for psykisk helsearbeid har om lag halvparten en egen leder for det psykiske helsearbeidet.

Tabell 2.3 *For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Har kommunen egen leder for det psykiske helsearbeidet? Prosent 2011*

Ja, det er egen (fag-)leder for det psykiske helsearbeidet	52
Nei, det er ikke en egen leder for det psykiske helsearbeidet	36
Vet ikke/ikke svart	12
Totalt	100
(N=)	(124)

Tabell 2.4 Organisasjonsmodell for voksne. Prosentandel etter fylke. 2011

	Egen enhet	Egen tjeneste	Ansvar hos rådmann/helse- og sosialsjef	Integrert modell	Totalt
Østfold	36	64	0	0	100
Akershus	69	25	0	6	101
Oslo		100			100
Hedmark	50	44	6	0	100
Oppland	47	40	7	7	101
Buskerud	67	25	0	8	100
Vestfold	50	33	0	17	100
Telemark	58	42	0	0	100
Aust-Agder	30	70	0	0	100
Vest-Agder	25	50	13	13	101
Rogaland	60	30	5	5	100
Hordaland	41	55	0	5	101
Sogn og Fjordane	36	50	5	9	100
Møre og Romsdal	13	65	4	17	99
Sør- Trøndelag	17	78	0	6	101
Nord- Trøndelag	31	56	6	6	99
Nordland	37	48	4	11	100
Troms	33	50	0	17	100
Finnmark	27	55	9	9	100
Totalt	39	50	3	8	100

I rapporteringen gjennom IS/24 (se Ose m.fl 2011) rapporterer kommunene også om organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Her ble det i 2009 benyttet tre kategorier, egen enhet/tjeneste (1), integrerte tjenester (2) og ansvar hos rådmann/helsesjef (3). Sammenligner vi kategoriene som ble benyttet i vår utsendelse, og som er basert på Myrvold og Helgesen (2009) ser vi at kategoriene egen enhet og egen tjeneste er slått sammen til én kategori (Tabell 2.5). Et argument for å gjøre dette er at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er en egen enhet og hva som er en egen tjeneste.

Tabell 2.5 *Sammenligning av rapportert organisering i IS-24 (2009) og surveydata (2011). Prosent*

Survey (2011)	IS-24 (2009)			
	<i>Modell 1 (egen enhet/ tjeneste)</i>	<i>Modell 2 (integrerte tjenester)</i>	<i>Modell 3 (ansvar hos rådmann/ helsesjef)</i>	<i>Blandet modell</i>
<i>Egen enhet</i>	49	11	11	57
<i>Egen tjeneste</i>	49	54	63	29
<i>Ansvar hos rådmann</i>	2	4	16	14
<i>Integrert</i>	2	32	11	0
Sum	102	101	101	100
(N=)	(206)	(54)	(19)	(7)

Tabell 2.5 viser hva de kommunene som har rapportert i IS-24 (2009) har svart på vår survey. Her ser vi at av de som har rapportert at de har en integrert modell i 2009 (dvs modell 2 i IS-24), har om lag halvparten svart at de har organisert arbeidet som "egen tjeneste" i våre data. Det er nærliggende å tolke dette som at det er vanskelig å skille mellom egen tjeneste (der psykisk helsearbeid er organisert innenfor en større enhet som også omfatter andre tjenester) og integrerte tjenester (der psykisk helsearbeid i sin helhet utføres av andre etablerte tjenester). Det kan hende at denne distinksjonen er for vanskelig å forholde seg til for kommunene. Kommunenes faktiske organisering faller sjelden innenfor en "ren" modell. Det kan være uklart hva forskjellen mellom egen tjeneste og integrerte tjenester innebærer i praksis, slik som spørsmålene er formulert i undersøkelsene. Distinksjonen vil trolig særlig være vanskelig i tilfeller der kommunen ikke har en egen leder av det psykiske helsearbeidet.

Samtidig kan også forskjellen mellom egen enhet og egen tjeneste fremstå som uklar når kommunen har en egen leder for det psykiske helsearbeidet. I dette tilfellet er det lederens posisjon i det kommunale hierarkiet som avgjør om modellen vil kalles egen enhet eller egen tjeneste.

En innvending mot dette resonnementet er at dataene ikke er samlet inn på samme tidspunkt, og at kommunene kan ha endret organisering i perioden 2009-2011. Dersom det er tilfellet vil den

inkonsistensen som indikeres av resultatene i tabell 2.3 kunne være et resultat av at kommunene har endret organisering. For å kontrollere for dette har vi gjort tilsvarende analyser men utelatt kommuner som har svart bekreftende på at de har endret organisering i perioden 2008-2011. Resultatet av disse er gjengitt i tabell 2.4.

Tabell 2.6 *Sammenligning av rapportert organisering IS-24 og surveydata. Kun kommuner som har svart at de ikke har gjennomført endringer i organiseringen de tre siste årene. Prosent (antall)*

	IS-24 (2009)			
Survey (2011)	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>	<i>Blandet</i>
<i>Egen enhet</i>	51 (75)	11 (4)	7 (1)	50 (3)
<i>Egen tjeneste</i>	46 (68)	54 (20)	57 (8)	33 (2)
<i>Ansvar hos rådmann</i>	2 (3)	3 (1)	21 (3)	17 (1)
<i>Integrert</i>	1 (2)	32 (12)	14 (2)	0
<i>SUM</i>	100	100	100	100
<i>(N=)</i>	(148)	(37)	(14)	(6)

Dette endrer ikke på inntrykket. De som har svart modell 2 i IS-24 (dvs integrert modell) har i relativt stor grad svart egen tjeneste i våre data. Dette antyder at de kommunale organisasjonsmodellene ofte ikke på noen enkel måte passer inn i én hovedmodell, men snarere kan ha trekk fra flere modeller.

Figur 2.1 *Grad av integrasjon av psykisk helsearbeid i ordinære tjenester*

<i>Lite integrerte tjenester</i>		<i>Fullstendig integrerte tjenester</i>	
Egen enhet	Egen tjeneste med egen leder	Egen tjeneste uten egen leder	Integrerte tjenester

Den store variasjonen innenfor hovedmodellene, og mangel på ”rene” modeller i kommunal praksis, innebærer at vi må være varsomme med å trekke bastante konklusjoner om *effekten* av organisering i de kvantitative analysene. Jmf også diskusjonen innledningsvis om metodologiske utfordringer knyttet til å

kartlegge kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet gjennom forhåndsdefinerte kategorier i et spørreskjema.

2.2 Samarbeid og samordning internt i kommunen

Samarbeid og samordning var nøkkelord i Opptrappingsplanen. Halvveis i opptrappingsperioden ble det erkjent at mye fremdeles var ugjort i forhold til samarbeid og samordning av tjenestene for mennesker med psykiske problemer og lidelser (St.prp. nr. 1 (2004-2005):185). En ny veileder fra Sosial- og helsedirektoratet understreket betydningen av samarbeid i alle delene av det psykiske helsearbeidet – både på systemnivå, i planleggingen og i arbeidet med den enkelte bruker (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Myrvold og Helgesen (2009) fant positive tendenser i utviklingen av samarbeid mellom tjenester internt i kommunene. Vi skal her se nærmere på hvordan samarbeidet og samordningen internt i kommunen har utviklet seg i årene etter avslutningen av Opptrappingsplanen i 2008. Nærmere bestemt vil vi se på utviklingen når det gjelder tiltak for samordning, individuelle planer, hvilke tjenester som involveres og hvordan, samt vurderingen av fagmiljøet innenfor psykisk helsearbeid.

2.2.1 Tiltak for samordning

Kommunene kan ta i bruk ulike tiltak på system- og individnivå for å koordinere arbeidet med psykisk helse. Vi har spurt kommunene om de har ulike koordineringstiltak, så som koordinator for psykisk helsearbeid, tverrfaglig team, ansvarsgrupper med mer. Spørsmål knyttet til individuell plan diskuteres separat.

Tabell 2.7 *Tiltak for samordning 2002-2011. Tiltak for voksne eller for både voksne og barn/ unge. Tiltak bare for barn/ unge behandles i kapittel 3.*

	2002	2005	2008	2011
Koordinator med ansvar på systemnivå	70	72	75	64
Ansvarsgruppe for noen	72	68	56	59
for de aller fleste	21	28	42	39
Tverrfaglig team	40	39	37	40
Individuell plan for noen	59	35	24	29
for alle	26	63	76	70
Bestillerkontor		22	35	39
Bestemt kontor/adresse for henvendelser		87	91	92

Fra 2002 til 2008 ble det registrert en økning i antall kommuner som oppga at de hadde en koordinator for psykisk helsearbeid. Derimot var det ingen økning i antall kommuner som oppga at de hadde tverrfaglige team, snarere en viss tilbakegang. Nesten alle kommunene oppga at de benyttet seg av ansvarsgrupper (Myrvold og Helgesen 2009:1).

2011-undersøkelsen viser ingen vesentlige endringer hva gjelder kommunes bruk av koordinerende virkemidler som tverrfaglige team og ansvarsgrupper. Derimot tyder undersøkelsen på at noen av kommunene fra 2008 til 2011 har redusert bruken av koordinator for det psykiske helsearbeidet.

Hva gjelder andre koordinerende tiltak, så som bestillerkontor og bestemt adresse hvor mennesker med psykiske problemer kan henvende seg, er bildet stort sett det samme som i 2008 (Tabell 2.8 og Tabell 2.9). Nesten 40 prosent av kommunene oppgir at de har et bestillerkontor som behandler søknader om hjelp fra innbyggere (voksne eller både voksne og barn) med psykiske problemer og lidelser. I 2008 var tallet 35 prosent. Sammenlignet med tallene fra Organisasjonsdatabasen er dette høye tall. Av Organisasjonsdatabasen framgår det at 23 prosent av kommunene i 2008 hadde bestillerkontor på alle eller noen tjenesteområder (Hovik og Stigen 2008:9).

Tabell 2.8 *Kommuner som har et bestemt kontor der mennesker med psykiske lidelser kan henvende seg (utover fastlegen). 2008 og 2011*

Har kommunen et bestemt kontor der mennesker med psykiske lidelser kan henvende seg?	Andel 2008	Andel 2011
Nei	8	7
Ja, med ansvar både for barn og voksne	74	73
Ja, med ansvar bare for voksne	17	19
Ja, med ansvar bare for barn/unge	1	1
Totalt (N=)	100 (200)	100 (260)

Tabell 2.9 *Kommuner med bestillerkontor. 2008 og 2011. Prosent*

Har kommunen et bestillerkontor der det fattes vedtak om tjenester, blant annet for innbyggere med psykiske lidelser?	Andel 2008	Andel 2011
Nei	65	61
Ja, med ansvar både for barn og voksne	27	25
Ja, med ansvar bare for voksne	8	14
Ja, med ansvar bare for barn/unge	0	0
Totalt (N=)	100 (202)	100 (257)

2.2.2 Bruk av individuell plan

Opptappingsplanen fremholdt individuell plan som en sentral samordningsmekanisme. Individuell plan ble betraktet som et viktig verktøy for og ”sikre samarbeid med bruker og pårørende og for å sikre kontinuitet og tydelige ansvarsforhold” (St.prp. nr. 1, (2004-2005):178). Fra og med 2005 ble det derfor satt som vilkår for øremerkede tiltak til kommunene at de hadde etablerte skriftlige rutiner for individuell plan. Ny forskrift om individuell plan forelå 1. januar 2005, og i oktober 2005 ga Sosial- og helsedirektoratet ut en ny veileder for arbeidet med slike planer. Kommunenes ansvar for å utarbeide og følge opp individuell plan for innbyggere med behov for langvarig hjelp fra flere tjenester ble

også understreket i Sosial- og helsedirektoratets veileder for psykisk helsearbeid for voksne (Myrvold og Helgesen 2009).

Tabell 2.10 *Kommunenes bruk av individuell plan. Prosent, 2008 og 2011.*

Får kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse tilbud om individuell plan?	Andel 2008	Andel 2011
Nei	0	1
Ja, noen	24	29
Ja, alle	76	70
Totalt (N=)	100 (207)	100 (253)

I 2008 oppga så å si alle kommunene at de anvendte individuell plan for alle eller noen brukere med langvarige og sammensatte behov. I 2011 er det overordnede bildet det samme (Tabell 2.10). Imidlertid er det en svak nedgang i antall kommuner som oppgir at de tilbyr individuell plan til *alle* brukere, og en tilsvarende svak økning i antall kommuner som oppgir at de kun tilbyr slik plan til *noen* brukere.

Tabell 2.11 *Oversikt over antall brukere med behov for/ rett til individuell plan. Prosent 2011*

Har kommunen anslagsvis oversikt over antall brukere med problemer relatert til psykisk helse med behov for/rett til individuell plan?	Andel
Nei	15
Ja, både for barn og voksne	73
Ja, for barn	1
Ja, for voksne	10
Totalt (N=)	99 (169)

15 prosent av kommunene oppgir at de ikke har oversikt over antall brukere med behov for eller rett til individuell plan (Tabell 2.11). I 2008 svarte 41 prosent av kommunene at de ikke hadde oversikt over voksne med behov for individuell plan, og 50 at de ikke hadde oversikt over barn/unge med slikt behov (Myrvold og Helgesen 2009:86). Ut fra svarene i de to undersøkelsene kan det synes som om kommunene de siste årene har fått en bedre

oversikt over innbyggere med psykiske lidelser med behov for individuell plan.

Fremdeles er det imidlertid en del kommuner som mener at de tilbyr individuell plan til alle med behov, men uten at omfanget av behov er kartlagt. I 2011 oppgir over halvparten av de kommunene som svarer at de ikke har oversikt over behovene at de tilbyr individuell plan til alle med behov. Tre av fire kommuner som oppgir at de har en omtrentlig oversikt over behovet for individuell plan oppgir også at de tilbyr individuell plan til alle som har behov for det. En av fire kommuner oppgir at de har oversikt over behov, men tilbyr bare individuell plan til noen av brukerne med behov for slik plan.

Som i 2005 og 2008, ba 2011-undersøkelsen kommunene vurdere ulike sider ved bruk av individuell plan. I likhet med de to foregående undersøkelsene er det generelle inntrykket at kommunene er positive til bruken av individuell plan (Tabell 2.12). Flertallet av respondentene oppgir at bruk av individuell plan bidrar til samordning og tilpasning av tjenester til den enkeltes behov. Et klart flertall er også enig i at utarbeidelsen av individuelle planer er en fornuftig bruk av ressurser. Det er også en sterk nedgang i andelen som oppgir at kommunens ressursituasjon gjør det vanskelig å prioritere individuell plan, og sammenlignet med 2008 oppgir også færre at individuell plan er et ressurskrevende verktøy. Vi ser samtidig en økning i andelen som fremholder at det er vanskelig å involvere alle tjenestene, fra 41 % i 2008 til 59 % i 2011, mens noe færre opplever at individuell plan bidrar sterkt til samordning. Imidlertid svarer nesten 9 av 10 fremdeles at individuell plan bidrar sterkt til samordning, og at bruk av individuell plan bidrar til at tjenestene tilpasses brukernes behov. I Tabell 2.12 sammenligner vi andelen som sier seg enige (helt eller delvis enig) i ulike påstander knyttet til individuelle planer.

Tabell 2.12 *Påstander om individuell plan (IP). Prosent helt eller delvis enig, 2008 og 2011*

	2008	2011
IP er et ressurskrevende verktøy	63	55
Vanskelig å prioriterer IP pga ressursituasjonen i kommunen	73	41
Vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester	41	59
IP bidrar sterkt til samordning	94	89
Vanskelig å følge opp IP	48	55
Den enkelte bruker reserverer seg	48	51
Den enkelte deltar sterkt i utformingen av egen IP	73	62
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	19	23
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	92	87
Bedre å bruke ressursene på tjenester enn IP	21	26

Våre data kan tyde på at bruk av individuell plan er blitt rutinisert i de fleste kommunene i løpet av de siste årene. Samtidig som flere kommuner får mer erfaring i utarbeidelse av individuelle planer, opplever mange også at det kan være utfordringer i bruken av dette verktøyet. Dette gjelder for eksempel mulighetene for å involvere aktuelle tjenester og brukeren selv i utarbeidelsen av planen, og oppfølgingen av utarbeidede planer.

2.2.3 Et bredt og helhetlig tilbud

Opptappingsplanen la til grunn at mennesker med psykiske problemer skal behandles som hele mennesker. I dette ligger det at hjelpen skal være mangfoldig. Ikke bare de helsemessige behovene, men også åndelige og sosiale behov skal ivaretas (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Opptappingsplanen legger med dette vekt på at bredden i tjenestetilbudet til innbyggere med problemer relatert til psykisk helse måtte bli større enn det i mange tilfeller tidligere hadde vært. Behovet for bolig, meningsfylt aktivitet, sosial omgang og kulturell og åndelig stimulans ble nevnt eksplisitt.

Psykisk helsearbeid forutsetter samordning og koordinering av et bredt spekter av tjenester. Utfordringen for kommunene har dermed vært å engasjere tjenester som i utgangspunktet ikke har arbeidet med mennesker med psykiske problemer, samt å koordinere innsatsen slik at tilbudet blir helhetlig. Vi vil her diskutere hvilke tjenester som involveres i psykisk helsearbeid i kommunene og hvordan samarbeidet med de ulike tjenestene vurderes. Særlig vekt vil bli lagt på samordning med rusfeltet, som har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Når ikke annet er spesifisert vil tallene gjelde kommunenes tilbud til voksne innbyggere med psykiske problemer. Samarbeid og samordning i psykisk helsearbeid for barn og unge behandles nærmere i kapittel 3.

I Opprappingsplanens første fase var helse- og sosialfeltet toneangivende i kommunenes psykiske helsearbeid, mens skolene, barnehagene og den kommunale kultursektoren spilte en begrenset rolle (Myrvold 2004:4). Det viste seg også at primærlegene spilte en mindre sentral rolle enn de var tiltenkt. Det ble derfor satt i gang et arbeid for å klargjøre fastlegens ansvar i det psykiske helsearbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2005:8). 2005-undersøkelsen viser at legetjenesten var sterkere involvert i arbeidet. Også sosialtjenesten var mer aktiv. For de øvrige tjenestene var endringene små (Myrvold 2006:5). I 2008 vurderte kommunene pleie- og omsorgstjenesten som mindre sentral enn tidligere år. For de andre tjenestene var det små endringer, og det var ingen tegn på at kultursektoren over tid er blitt mer involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne (Myrvold 2009:1).

Tabell 2.13 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent som har svart "I stor grad involvert"*

	2002	2005	2008	2011
Pleie og omsorg	51	49	41	38
Sosialtjenesten	43	49	46	42
Legetjenesten	53	66	64	66
Fysioterapi m.v	7	7	10	6
Kultur	4	4	3	5
Rusarbeid	-	-	-	52

Tallene fra 2011 bekrefter tendensene fra tidligere undersøkelser (Tabell 2.13). Andelen som oppgir at pleie- og omsorgstjenestene i stor grad er involvert i det kommunale psykiske helsearbeidet er synkende, selv om nedgangen fra 2008 til 2011 er marginal. Etter at fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet ble presisert i 2005 har legetjenestens involvering ligget stabilt på et relativt høyt nivå. Sosialtjenesten er involvert i noe mindre grad enn i 2008. Det samme gjelder for fysioterapi, ergoterapi og rehabilitering. Tabellen viser også at kun 5 prosent av respondentene oppgir at kultursektoren i stor grad er involvert i kommunens psykiske helsearbeid.

I 2006 ble Opptrappingsplanen for rusfeltet lansert. Planen omfatter hele rusområdet og inkluderer tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging, og spesifiserer at arbeidet på rusfeltet skal ses i samarbeid med kommunenes psykiske helsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2008:11). Vår undersøkelse tyder da også på at kommunene, i større eller mindre grad, involverer rusarbeid i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne. Kun 8 prosent av respondentene oppgir at rusfeltet i liten grad er involvert i kommunens psykiske helsearbeid, mens halvparten oppgir at rus i stor grad er involvert (Tabell 2.14).

Tabell 2.14 *I hvilken grad er rusfeltet involvert i det psykiske helsearbeidet i kommunen? 2011*

	Antall	Andel
I liten grad involvert	19	8
Noe involvert	94	40
I stor grad involvert	120	52
Totalt	233	100

Organisasjonsmodell og involvering av tjenester

Det er fremdeles til dels store forskjeller mellom kommuner med ulik organisering av det psykiske helsearbeidet (Tabell 2.15). Sett under ett oppgir kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid større involvering av andre tjenester i arbeidet, men for noen tjenester er forskjellene mellom de to modellene små.

Forskjellen er særlig stor når det gjelder i hvilken grad pleie- og omsorgstjenestene er involvert i kommunenes psykiske helsearbeid. Dette skyldes sannsynligvis at kommuner som har

organisert det psykiske helsearbeidet som en egen tjeneste ofte har organisert dette arbeidet sammen med pleie- og omsorgstjenesten (Myrvold og Helgesen 2009:1). Også legetjenesten synes å være mer involvert i kommuner som har organisert psykisk helsearbeid i en egen tjeneste sammenlignet med kommuner som har lagt det psykiske helsearbeidet til en egen enhet. Det er imidlertid i sistnevnte kommuner at vi ser en økning i involvering av legetjenesten fra 2008 til 2011.

Tabell 2.15 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent som har svart "I stor grad involvert". Tall fra 2008 i (kursiv)*

	Egen enhet	Egen tjeneste	Totalt
Pleie og omsorg	25 (30)	41 (48)	38 (41)
Sosialtjenesten	40 (43)	43 (49)	42 (46)
Legetjenesten	63 (52)	71 (72)	66 (64)
Fysioterapi mv.	2 (3)	7 (17)	6 (10)
Kultur	9 (3)	3 (3)	5 (3)
Rus	58 (-)	51 (-)	52 (-)

Det ene unntaket fra hovedtendensen er kultursektoren i kommunene. Kultursektoren oppgis å være noe mer involvert i kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid. Dette kan henge sammen med at det – som vi senere skal se – oftere er større kommuner som har egen enhet. Større kommuner har ofte en større, mer variert og mer utbygd kultursektor, noe som kan bidra til at kulturområdet blir trukket mer med i det psykiske helsearbeidet.

Når det gjelder rusfeltet og involvering i det psykiske helsearbeidet, så er det ingen klare forskjeller basert på organisasjonsmodell. Uavhengig av hvilken modell kommunene har oppgitt svarer omtrent halvparten at rus i stor grad er involvert i det psykiske helsearbeidet.

Tabell 2.16 *Er kommunens innsats innenfor rus organisert sammen med det psykiske helsearbeidet?*

	Antall	Andel
Nei	134	51
Ja	131	49
Totalt	265	100

Det er en klar forskjell i andelen som mener rus ”i stor grad er involvert” avhengig av om rus er samorganisert med psykisk helsearbeid (Tabell 2.17). Dette er kanskje ikke overraskende, men støtter uansett en antagelse om at når tjenestene er organisert sammen blir de ulike tjenestene mer involvert. Hvorvidt man velger å organisere to tjenester sammen har med andre ord også en innvirkning på i hvilken grad de sees i sammenheng når tjenestene skal leveres.

Tabell 2.17 *Oppfatning av involvering av rusfeltet i det psykiske helsearbeidet, etter om rus er organisert sammen med psykisk helsearbeid*

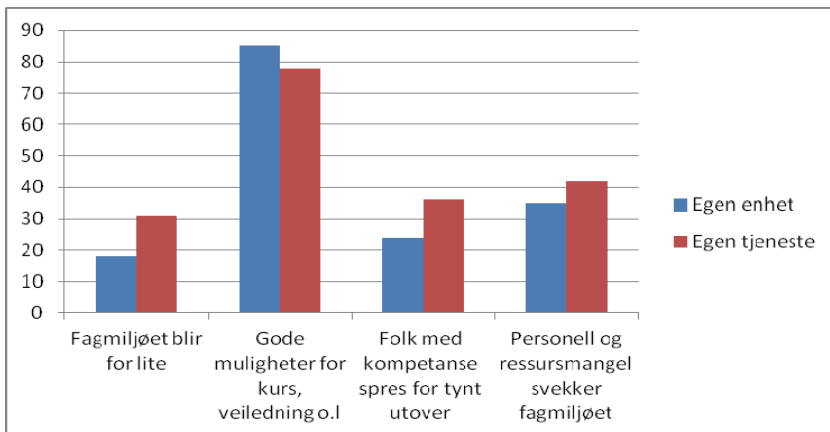
	Ikke organisert sammen	Organisert sammen	Totalt
I liten grad involvert	12	4	8
Noe involvert	54	25	40
I stor grad involvert	34	70	53
Totalt (N=)	100 (109)	99 (114)	101 (223)

2.3 Betydningen av organisering

Som nevnt tidligere er det ikke helt entydig hvordan man skal fange opp variasjoner i organiseringen av tjenester for innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Kommunenes faktiske organisering faller ikke nødvendigvis innenfor en av de ”rene” hovedmodellene, men kan ha trekk av flere modeller. En nærmere inspeksjon av dataene gir grunn til å tro at det i noen tilfeller har vært vanskelig for respondentene å skille mellom ulike modeller. Dette gjelder særlig skillet mellom egen tjeneste og integrerte tjenester, men kan også i noen grad gjelde forskjellen mellom

kategoriene egen enhet og egen tjeneste). En bør derfor være forsiktig med å tilskrive disse modellene noen klare effekter basert på de svarene som er gitt i denne surveyen. I tillegg vil det på et mer generelt plan også være problematisk å skille effekten av organisering fra effekten av andre variabler som igjen kan påvirke organisering (som f. eks kommunestørrelse). Vi understreker derfor at disse resultatene bør tolkes med stor varsomhet.

Figur 2.2 *Påstander om fagmiljø etter organisasjonsmodell. Prosent som har svart enig eller helt enig i påstandene.*



Figur 2.2 viser at det er visse forskjeller mellom kommuner der kontaktpersonen har svart at tjenestene er organisert som en egen enhet og kommuner der tjenestene er organisert som en egen tjeneste. Det er flere av respondentene i kommunene med egen tjeneste som mener at fagmiljøet blir for lite, og at folk med kompetanse spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen. Dette kan synes rimelig, da organisering av psykisk helsearbeid i en tjeneste innenfor en større enhet, slik denne modellen er definert i spørreundersøkelsen, innebærer at flere tjenester får styrket sin kompetanse i psykisk helsearbeid. Det er også en liten tendens til at disse kommunene i større grad opplever personell- og ressursmangel som svekker fagmiljøet.

Det samme finner vi når vi sammenligner andelen av respondentene som sier at kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet er svært god. Andelene som mener kommunens innsats er ”tilfredsstillende” varierer i liten grad, men det er flere

som mener innsatsen er ”for dårlig” blant de som har oppgitt at tjenestene er integrert i øvrige tjenester i kommunen. Her har vi imidlertid et svært lavt antall kommuner som basis for analysene. Det er derfor ikke forsvarlig å trekke noen konklusjoner om en sammenheng mellom organisering og innsats innenfor det psykiske helsearbeidet basert på disse tallene.

Tabell 2.18 *Hvordan vurderer du kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2011. Andel*

	Egen enhet	Egen tjeneste	Integrerte tjenester	Totalt
Svært god	27	29	11	27
Tilfredsstillende	65	64	68	65
For dårlig	8	7	21	9
Totalt (N=)	100 (89)	100 (119)	100 (19)	101 (227)

Det er i hele tatt vanskelig å finne noen vesentlige forskjeller mellom kommunene her basert på hva de har svart om organiseringen av tjenestene. Tatt i betraktning at skillet mellom egen enhet og egen tjeneste i praksis også kan være vanskelig å avgrense, er det derfor ikke mulig å konkludere om noen forskjeller på dette området.

2.4 Samarbeid med andre kommuner

Ulike former for interkommunalt samarbeid er en viktig måte for mange kommuner å sikre sin tjenesteproduksjon på. Norge har mange små kommuner spredt over et stort område, dette gjør at samarbeid med andre kan kompensere for eventuelle ulemper som følger av liten størrelse. Disse ulempene kan være knyttet til forhold som muligheten til å ta ut skalafordeler, samt det å skape og opprettholde et godt fagmiljø. Dermed kan samarbeid med andre kommuner også være viktig for å sikre kvaliteten på de tjenestene kommunene leverer til sine innbyggere.

Samarbeid med andre kommuner kan ta ulike former, og være mer eller mindre institusjonalisert. På noen tjenesteområder opprettes for eksempel interkommunale selskaper, eller kommunene deler på

visse fagstillinger, mens andre oppgaver kan dra nytte av mer uformelt samarbeid i form av felles samlinger, kurs, osv.

For enkelte oppgaver innenfor psykisk helsearbeid vil mange kommuner kunne dra fordeler av interkommunalt samarbeid, enten i form av samarbeid om selve tjenesteytingen, eller i form faglig samarbeid mellom medarbeidere i kommunene.

Vi har – i likhet med i 2002, 2005 og 2008 – spurt kommunene om de samarbeider med andre kommuner om psykisk helsearbeid. Våre data indikerer at andelen kommuner som inngår i ulike typer tjenestesamarbeid med andre kommuner holder seg forholdsvis stabil. Tabell 2.19 viser utviklingen fra 2002 til 2011. Det er ingen vesentlige endringer i kommunenes tendens til å inngå i tjenestesamarbeid innenfor psykisk helseområdet. Bildet har holdt seg forholdsvis stabilt i hele perioden, og det er heller ingen vesentlige endringer mellom 2008 og 2010.

Tabell 2.19 *Kommuner som har tjenestesamarbeid med andre kommuner. 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent*

	2002	2005	2008	2011
Ikke noe samarbeid	51	55	49	49
Felles botilbud	2	3	4	5
Felles dagsenter	5	6	5	2
Andre sosiale/kulturelle tiltak	16	16	19	20
Samarbeid om sysselsetting/arbeid	18	19	22	18

Vi har også spurt kommunene om de har noe faglig samarbeid med andre kommuner innenfor sitt psykiske helsearbeid (Tabell 2.20). Her ser utviklingen å ha gått i retning av mer samarbeid de siste årene. En av fire kommuner svarer at de ikke har noe faglig samarbeid med andre kommuner. Det vanligste er å ha felles samlinger for fagfolk innenfor det psykiske helsearbeidet. Nesten halvparten av kommunene deltar i slike fellessamlinger. Drøyt en av fire kommuner har kursing av sine medarbeidere sammen med medarbeidere i andre kommuner. Slike felles samlinger og kurs innebærer at fagfolkene møter andre som arbeider med samme type oppgaver, og gir blant annet en mulighet til å utveksle

kunnskap og erfaringer, selv om kommunene ikke nødvendigvis samarbeider i selve oppgaveløsningen.

Tabell 2.20 *Kommuner som har faglig samarbeid med andre kommuner. 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent*

	2002	2005	2008	2011
Ikke noe samarbeid	28	32	36	25
Delers fagstillinger	7	4	4	10
Felles kurs	24	21	24	28
Felles veiledning	36	24	19	20
Felles samlinger	36	36	39	45

2.5 Samarbeid med andrelinjen

Med Opptappingsplanen for psykisk helse ble kommunenes rolle i det psykiske helsearbeidet styrket og presisert. En sentral tanke i planen var at mennesker med psykiske lidelser og problemer så langt som mulig skal bo i sitt lokalsamfunn, og få tjenester fra sin kommune, på lik linje med andre som trenger hjelp og tjenester fra kommunen. Institusjonsplasser for langtidsopphold skulle bygges ned, til fordel for boliger i kommunene. De menneskene som ville trenge spesialistbehandling skulle i all hovedsak få slik behandling poliklinisk, eller ved korttidsopphold i andrelinjen.

Opptappingsplanen understreket at et godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ville være svært viktig for å oppnå gode behandlingsskjeder. I tidligere surveyer har vi spurt lederen for det psykiske helsearbeidet i kommunene hvordan samarbeidet med andrelinjen fungerer, og hva slags avtaler som finnes mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsavtaler mellom kommunen og andrelinjen

I første del av opptappingsplanperioden hadde omtrent halvparten av kommunene ikke inngått noen formell samarbeidsavtale med andrelinjen. I 2008 kunne vi imidlertid registrere at et stort flertall av kommunene svarte at de hadde formell samarbeidsavtale med andrelinjen. Denne utviklingen er ytterligere styrket i 2011 (Tabell 2.21). Bare omtrent én av ti kommuner oppgir ikke å ha en slik avtale.

Tabell 2.21 *Har kommunen noe samarbeid med 2.linjen? 2002, 2005, 2008 og 2011*

	2002	2005	2008	2011
Ikke noen formell samarbeidsavtale	44	48	15	11
Avtale som regulerer konflikter	6	6	17	25
Avtale om kompetanseheving	27	20	39	34
Avtaler om rutiner ved utskriving	33	36	62	70
Avtale som regulerer andre forhold	22	18	54	42

I 2011 svarer syv av ti kommuner at de har avtale med andrelinjen om rutiner ved utskriving av pasienter. En av tre kommuner har avtale om kompetanseheving av kommunens ansatte innenfor det psykiske helsearbeidet. Andelen kommuner som har avtaler som regulerer konflikter mellom kommunen og andrelinjetjenesten har også økt noe fra 2008 til 2011. En av fire kommuner oppgir nå å ha en slik avtale.

Som vi akkurat har sett er det et stort flertall av kommunene som sier at de har avtaler knyttet til rutiner ved utskriving. Andelen har økt fra 2008 til 2011. Et godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten vil være viktig for å få til en smidig tilbakeføring av pasienten til sitt hjemmemiljø, og for at kommunen skal kunne være forberedt på tjenesteyting til den utskrevne pasienten.

Nærmere spørsmål om kommunen får delta i beslutninger om utskrivningsprosesser fra andrelinjens institusjoner, som psykiatriske avdelinger ved sykehus, DPSer eller sykehjem, tyder imidlertid ikke på at kommunene opplever større grad av medvirkning i slike prosesser (Tabell 2.22). Riktig nok er det en svak økning i andelen kommuner som svarer at de vanligvis får delta i beslutninger rundt utskrivningsprosesser, men dette mer enn motsvares av en klar nedgang i kommuner som svarer at de av og til involveres i slike prosesser.

Tabell 2.22 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivingsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem? 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent.*

	2002	2005	2008	2011
Nei, 2.linjen rådfører seg sjelden med kommunen	20	21	14	20
Ja, kommunen blir av og til involvert	61	62	65	55
Ja, kommunen får vanligvis delta i beslutningene	20	17	20	25
N	101 (250)	100 (268)	99 (205)	100 (240)

Besøk av ambulerende team fra andrelinjen

Myrvold og Helgesen (2009) fant at det i perioden 2005-2008 hadde funnet sted en økning i andelen kommuner som fikk besøk av ambulerende team fra andrelinjen. Disse ambulerende teamene medvirker til å heve kompetansenivået i kommunene og tilbyr rådgivning og hjelp fra spesialister. Dette tilbudet vil til en viss grad kunne motvirke uheldige effekter av ulik kompetanse i forskjellige kommuner. Disse teamene utgjør derfor en viktig faglig støtte for kommunene.

Tabell 2.23 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? 2002, 2005, 2008 og 2011. Prosent*

	2002	2005	2008	2011
Nei	43	43	35	37
Ja	57	57	65	63
Totalt (N=)	100 (247)	100 (268)	100 (205)	100 (239)

Andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra andrelinjen er stabil fra 2008 til 2011. Omtrent to av tre kommuner mottar slike besøk.

Tabell 2.24 *Jobber det ambulerende teamet både med voksne og med barn/unge? Prosent. 2011*

	Prosent
Teamet jobber både med barn/unge og voksne	18
Teamet jobber bare med voksne	47
Teamet jobber bare med barn/unge	0
Det er separate team for barn/unge og voksne	34
Totalt (N=)	99 (150)

Vi ser av Tabell 2.24 at alle kommunene som har besvart spørsmålet om hvilke grupper det ambulerende teamet jobber med har svart at teamet jobber med voksne innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Omtrent halvparten av kommunene får hjelp av ambulerende team til arbeidet med barn og unges psykiske helse.

2.6 Samarbeid med NAV

Tilrettelegging av tjenester for personer med psykiske problemer vil i mange tilfeller forutsette samarbeid med NAV. I Opptrappingsplanen ble det lagt vekt på å forbedre brukernes hverdag, og NAV vil i slike tilfeller være en viktig bidragsyter i form av å kunne legge til rette for blant annet yrkesdeltakelse.

Kommunenes rapportering av samarbeidet med NAV arbeid viser en klar positiv utvikling over tid (Tabell 2.25). Det er nå svært få kommuner som svarer at det ikke er vanlig med møter mellom kommunen og NAV arbeid om innbyggere med psykiske problemer. En av tre kommuner rapporterer at de har samarbeidsmøter med NAV arbeid på overordnet nivå (systemnivå). Mens en halvpart av kommunene oppgir av og til å ha møter med NAV arbeid om enkeltbrukere med psykiske problemer, svarer den andre halvparten at de ofte har slike møter.

Tabell 2.25 *Samarbeid med NAV arbeid. 2002, 2005, 2008 og 2011.*
Prosent

	2002	2005	2008	2011
Nei, det er ikke vanlig med slike møter mellom kommunen og NAV arbeid	22	17	13	9
Ja, kommunen har samarbeidsmøter med NAV arbeid på et overordnet nivå	17	14	19	33
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med NAV arbeid om enkeltbrukere	64	67	60	50
Kommunen har ofte møter med NAV arbeid om enkeltbrukere	13	18	28	48

Noe av den samme trenden ser vi også for samarbeidet mellom kommunen og NAV trygd, selv om utviklingen ikke er like markant og like positiv som for NAV arbeid. Også her oppgir nesten alle kommunene at det er vanlig med møter mellom kommunen og NAV trygd. Det er imidlertid enn noe lavere andel kommuner som svarer at de har samarbeidsmøter på overordnet nivå med trygdedelen av NAV sammenliknet med NAV arbeid. Det er også relativt færre som oppgir at de ofte har møter om trygdespørsmål knyttet til enkeltbrukere med psykiske problemer og lidelser.

Tabell 2.26 *Samarbeid med NAV trygd. 2002, 2005, 2008 og 2011*

	2002	2005	2008	2011
Nei, det er ikke vanlig med slike møter mellom kommunen og NAV trygd	17	13	13	10
Ja, kommunen har samarbeidsmøter med NAV trygd på et overordnet nivå	14	11	12	22
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med NAV trygd om enkeltbrukere	69	70	61	44
Kommunen har ofte møter med NAV trygd om enkeltbrukere	13	19	26	30

En større andel kommuner har svart at kommunene har samarbeidsmøter med NAV trygd på et overordnet nivå i 2011 sammenlignet med 2008. Samtidig er det nesten 20 prosentpoeng færre som svarer at kommunen har ”av og til samarbeidsmøter med NAV trygd om enkeltbrukere”. En mulig tolkning av dette er at samarbeidet mellom kommunene og NAV trygd i større grad har blitt formalisert og at dette har redusert behovet for samarbeidsmøter om enkeltbrukere. Noen entydig tolkning av dette er det imidlertid vanskelig å gi.

2.7 Oppsummering

Det er ingen vesentlige forskjeller mellom hvilke organisasjonsmodeller kommunene oppgir i 2011 og 2008. 9 av 10 kommuner mener at deres organisasjonsmodell kan beskrives som enten ”egen enhet” eller ”egen tjeneste”. Omtrent det samme mønsteret så vi i 2008. Erfaringer fra datainnsamlingen og en sammenligning med svarene fra IS-24 viser at de kommunale organisasjonsmodellene ikke alltid lar seg beskrive innenfor ulike hovedmodeller på en enkel måte. Det er antagelig større variasjon i organiseringen enn hva vi klarer å fange opp gjennom et spørreskjema. Sett bort i

fra dette er imidlertid kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet relativt likt i 2011 som i 2008.

Også når det gjelder samordning og bruk av individuell plan er mønsteret i 2011 i det store og hele sammenfallende med hva vi fant i 2008. Når det gjelder rusfeltet, som det ikke ble spurt om i 2008, finner vi at dette er sterkt integrert i det psykiske helsearbeidet. Om lag halvparten av våre respondenter svarer at rus i høy grad er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne. Andelen av kommunene som samarbeider med andre kommuner synes ikke å ha endret seg nevneverdig siden 2008. Når det gjelder samarbeidet med andrelinjen er også dette stabilt. I det store og hele er altså konklusjonen basert på disse resultatene at bildet i 2001 ikke skiller seg nevneverdig fra det i 2008.

3 Tjenestene for barn og unge

I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det satt et spesielt fokus på tjenestene til barn og unge. Det ble også pekt på at det var en betydelig variasjon mellom volumet og kvaliteten på tilbudene i forskjellige kommuner (Myrvold og Helgesen 2009:143). Basert på surveydata fant Myrvold og Helgesen (2009) at det hadde skjedd en vesentlig forbedring av tjenestene til barn og unge i perioden 2002 til 2008, men at tilgangen på andrelinjetjenester fortsatt ble vurdert som langt mindre enn hva behovet skulle tilsi av halvparten av kommunene.

I dette delkapitlet skal vi se nærmere på hva våre respondenter i kommunene mener om tjenestene til barn og unge innenfor psykisk helse. Vi starter med å se på hvordan tjenestene til barn og unge er organisert.

3.1 Organisering av tjenestene

Vi har spurt om tjenestene til barn og unge er organisert innenfor den samme modellen som tjenestene til voksne. Om lag halvparten av våre respondenter svarer bekreftende på dette, hvilket betyr at den andre halvparten av respondentene har valgt å organisere tjenestene rettet mot barn og unge innenfor en egen modell. Vi ba disse om å beskrive organiseringen, og har på grunnlag av disse beskrivelsene kodet spørsmålet manuelt. Gjennomgangen viser at kommunene i hovedsak velger å organisere arbeidet rettet mot barn og unge enten som en egen tjeneste eller som en integrert tjeneste. Et fåtall oppgir at arbeidet rettet mot barn og unge er organisert i en egen enhet, ingen oppgir at ansvaret ligger i stab, mens noen ikke har beskrevet organisasjonsmodellen nærmere eller har oppgitt at de ikke vet hvordan arbeidet er organisert.

Av de 141 respondentene som oppgir at de har en egen modell for tjenester til barn og unge, svarer 124 at arbeidet er organisert enten som en integrert tjeneste eller som en egen tjeneste. Om lag halvparten av disse oppgir at tjenester til barn og unge er organisert som en egen tjeneste. Hovedinntrykket er at kommunene da har valgt å plassere ansvaret hos helsesøster, helsestasjon eller kommunehelsetjenesten. Den andre halvparten oppgir at ansvaret for tjenester til barn og unge er integrert i to eller flere tjenester. Helsestasjon, helsesøster, barnevern, skole, barnehage og pp-tjenesten er gjengangere.

Videre ble respondentene spurt om eventuelle endringer i organiseringen av arbeidet rettet mot barn og unge. En av fire oppgir at kommunen har gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge i løpet av de tre siste årene. Respondentene ble bedt om å gi en kort beskrivelse av organisasjonsendringene. Vi har gått gjennom alle skjemaene og kodet dem manuelt. Hovedinntrykket er at organisasjonsendringene i første rekke dreier seg om innføring av ulike koordinerende tiltak, så som opprettelse av koordinatorstillinger, barne- og ungdomsteam eller Familiens Hus. Det kan også dreie seg om at ansvaret for tjenestene er flyttet, for eksempel fra sosialtjenesten til helsetjenesten. Endringer i ressursituasjonen faller også inn under organisasjonsendringer. Her oppgir noen respondenter at de har fått tilført ressurser, mens andre opplever reduksjoner. Det dreier seg imidlertid om et lite antall respondenter – 20 i alt – hvorav 14 oppgir en bedret ressursituasjon mens 6 oppgir at de har mistet ressurser. Andre organisasjonsendringer som nevnes er at arbeidet rettet mot barn og unge er blitt skilt ut fra det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne, eller at kommunens prioriteringer er blitt endret, for eksempel gjennom økt oppmerksomhet på tidlig intervensjon, opprettelse av lavterskeltilbud eller inkludering av rusarbeid.

3.2 Involvering og koordinering

Veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene lister en rekke tjenester som aktuelle samarbeidspartnere i arbeidet for barn og unges psykiske helse (Sosial- og helsedirektoratet 2007:12): barnehager, skoler, skolefritidsordningen, kultur, fritid og fysisk aktivitet, pp-tjenesten, oppfølgingstjenesten, helsestasjons-

og skolehelsetjenesten, fastlegene, psykologkompetanse i kommunene, tannhelsetjenesten, kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne, hjemmebaserte tjenester, barnevernstjenesten, familievernkontorene, sosialtjenesten, bolig, oppsøkende tjeneste/utekontakt, politiet, kriminalomsorgen, og frivillige organisasjoner.

Vi har spurt om i hvilken grad noen av disse tjenestene bidrar i det psykiske helsetilbudet til barn og unge i kommunene. Det er ganske mange tjenester som oppgis å være involvert ”i stor grad” (Tabell 3.1). 8 av 10 kommuner sier at helsestasjonene/skolehelsetjenesten i stor grad er involvert i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge. Rundt halvparten svarer dessuten at barnevernstjenesten, PPT og legetjenesten er svært involvert, og 4 av 10 oppgir at barnehager og grunnskoler er involvert i stor grad.

Tabell 3.1 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Prosent som har svart ”I stor grad involvert”.*

	2008	2011	Endring 2008-2011
Pleie og omsorg	4	5	1
Sosialtjenesten	22	13	-9
Barneverntjenesten	55	50	-5
PPT	53	48	-5
Barnehage/grunnskole	42	38	-4
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	87	80	-7
Legetjenesten	52	50	-2
Fysioterapi mv.	13	9	-4
Kultur	5	4	-1
Rus	-	12	-

Tidligere undersøkelser har avdekket en dreining i involveringen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge fra sosialtjenesten og barneverntjenesten – som kanskje primært møter barn og unge i vanskelige situasjoner – til tjenester som møter de fleste barn og unge, så som helsestasjonene og legene (Myrvold 2009:1; Myrvold 2004:3; Myrvold 2006:4). Som det framgår av tabell 3.1 er det kun små endringer i involvering av ulike tjenester fra 2008 til 2011. Størst nedgang i involvering er det for sosialtjenesten og

helsestasjon/skolehelsetjenesten, mens det kun er mindre endringer for de øvrige tjenestene.

Vi har også undersøkt om grad av involvering varierer mellom kommuner som har organisert arbeidet rettet mot barn og unge sammen med tjenestene for voksne og kommuner som har organisert tjenestene rettet mot barn og unge etter en separat modell.

Tabell 3.2 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Prosent som har svart "I stor grad involvert".*

	Sammen med voksne	Separat modell for barn og unge
Pleie og omsorg	7	4
Sosialtjenesten	10	14
Barneverntjenesten	48	53
PP-tjenesten	42	53
Barnehage/grunnskole	31	44
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	78	82
Legetjenesten	48	50
Fysioterapi mv.	13	6
Kultur	6	3
Rus	17	8

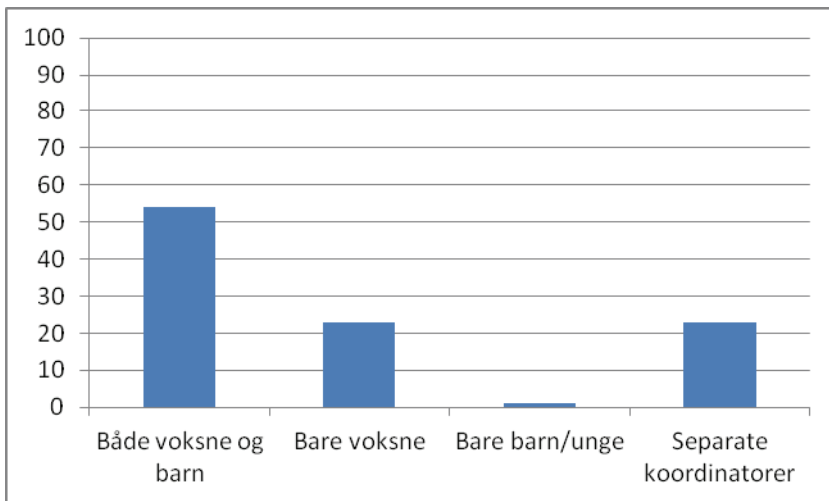
Som det fremgår av Tabell 3.2 er det små forskjeller mellom kommuner som har organisert arbeidet sammen med tjenestene til voksne og kommuner som ikke har det. Det er likevel verdt å merke seg at kommuner som har organisert arbeidet rettet mot barn og unge sammen med arbeidet rettet mot voksne i større grad oppgir at rus "i stor grad" er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge. Motsatt er det en større andel av kommunene som har organisert arbeidet rettet mot barn og unge i en separat modell som oppgir at pp-tjenesten og barnehager/grunnskole "i stor grad" er involvert.

Bredden i involvering av ulike tjenester reiser spørsmål om samordning av tjenester. Som vi har sett i kapittel to kan kommunene ta i bruk ulike samordningstiltak, så som

ansvarsgrupper, koordinator, bestillerkontor, tverrfaglige team og individuell plan. Vi har spurt hvorvidt kommunene bruker slike samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

Om lag 2 av 3 respondenter oppgir at de har en koordinator med ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid. Disse ble spurt om koordinatorens ansvarsområde inkluderte både voksne og barn/unge, bare voksne eller bare barn/unge, eller om det er separate koordinatorene for voksne og for barn/unge. Figur 3.1 viser hvordan respondentene fordeler seg på de ulike svaralternativene. Rundt halvparten av respondentene oppgir at koordinatoren har ansvar for både voksne og barn/unge, mens cirka $\frac{1}{4}$ oppgir at koordinatoren bare har ansvar for arbeidet rettet mot voksne. En av fire oppgir å ha separate koordinatorene for voksne og barn/unge. En respondent oppgir at kommunen kun har koordinator for arbeidet rettet mot barn og unge.

Figur 3.1 *Koordinatorers ansvarsområde. Prosent. N=174*



Et stort flertall av kommunene har etablert ansvarsgrupper eller tilsvarende modell som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med psykiske problemer. Nærmere 60 prosent svarer at de har opprettet ansvarsgrupper for noen barn og unge, mens nærmere 40 prosent svarer at det er opprettet ansvarsgrupper for nestene alle barn og unge som bruker kommunens tjenester relatert til psykisk helse. Kun 3 prosent oppgir at det ikke

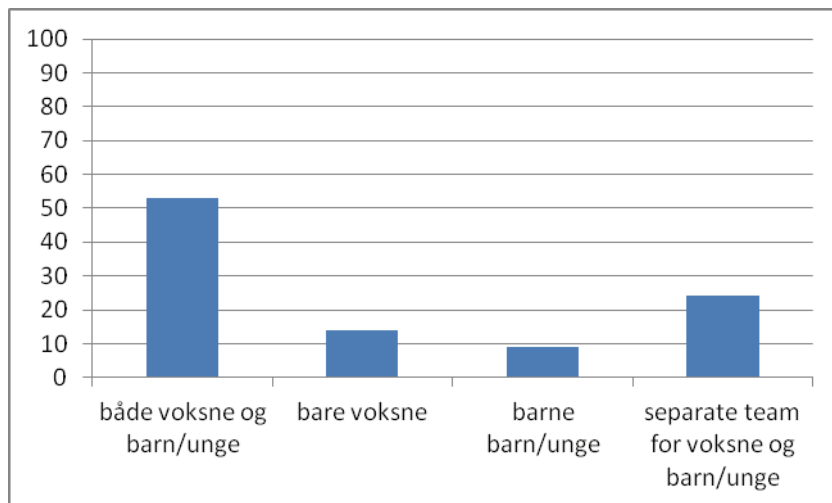
er etablert ansvarsgrupper. Som det fremgår av tabell 3.3 er det ikke nevneverdige forskjeller i bruk av ansvarsgrupper mellom voksne og barn/unge.

Tabell 3.3 *Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge relatert til psykisk helse? Prosent.*

	For voksne brukere	For barn/unge
Nei	3	5
Ja, for noen	59	52
Ja, for alle	39	43
Total	101 (N=236)	100 (N=237)

Respondentene ble også bedt om å svare på ulike spørsmål knyttet til bruken av tverrfaglige team. 40 prosent oppgir at kommunen har et tverrfaglig team på administrativt nivå som har psykisk helsearbeid innenfor sitt ansvarsområde. Av disse oppgir i overkant av 50 prosent at teamet har ansvar både for arbeidet rettet mot voksne og barn/unge, cirka 1/4 at kommunen har separate team for voksne og barn/unge. I overkant av ti prosent oppgir at kommunen kun har tverrfaglige for psykisk helsearbeid rettet mot voksne, mens i underkant av ti prosent oppgir at kommunens tverrfaglige team kun retter seg mot arbeidet for barn og unge (se figur 3.2).

Figur 3.2 *Ansvarsområdet til kommunens tverrfaglige team. Prosent.*
N=118



3.3 Samarbeid med andre

I kapittel 2 så vi at 63 prosent av kommunene får besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten (Tabell 2.23). Av disse svarer 47 prosent at teamet kun arbeider med voksne, mens resten sier at teamet jobber med barn og unge, enten i separate team for barn og unge (34 prosent) eller i team som omfatter både barn og voksne (18 prosent). Andelen som oppgir at de får besøk fra ambulerende team er uendret siden 2008.

Kommunene har også anledning til å be andrelinjen om hjelp i form av veiledning (Myrvold og Helgesen 2009:1). Benytter kommunene seg av denne muligheten og hvilken form tar veiledningene? Av kommunene som har besvart spørsmålene er det kun 6 prosent som ikke mottar veiledning fra andrelinjetjenesten. Det virker altså som dette er noe som i stor grad benyttes og som er tilgjengelige for kommunene når det er behov for det.

Når det gjelder tilgang til andrelinjetjenester for barn og unge er det kun ubetydelige endringer fra Opptrappingsplanens slutt og til i dag. Omtrent halvparten av kommunene mener at tilgangen til andrelinjetjenester for barn og unge er langt mindre enn behovet, mens den andre halvparten mener at tilgangen er rimelig god. Kun

3 prosent av respondentene sier seg godt fornøyd med tilgangen på andrelinjetjenester for barn og unge. Samlet sett peker dette mot at det er et opplevd behov for mer hjelp fra andrelinjetjenesten innenfor dette området.

Tabell 3.4 *Vurdering av barn og unges tilgang på andrelinjetjenester innenfor psykisk helsevern. 2008 og 2011. Prosent*

	2008	2011	Endring 2008-2011
Langt mindre enn behovet	50	47	-3
Rimelig god tilgang	47	50	3
Svært god tilgang	3	3	0
Totalt (N=)	100 (175)	100 (217)	

3.4 Vurdering av egne tjenester

En konklusjon fra 2008-undersøkelsen var at tjenestene for barn og unge har gjennomgått en vesentlig forbedring i løpet av opptrappingsplanperioden (Myrvold 2009:1). Vi har spurt hvordan kommunene vurderer arbeidet rettet mot barn og unge etter Opptrappingsplanens slutt.

9 av 10 respondenter svarer at kommunens psykiske helsearbeid er tilfredsstillende eller svært godt sett i forhold til innbyggernes behov. Vi har også bedt kommunene vurdere utviklingen i tjenester til barn og unge etter Opptrappingsplanens slutt. Respondentene ble spurt om tjenestene for barn og unge med henholdsvis alvorlige psykiske lidelser og lette til moderate psykiske lidelser er blitt vesentlig svekket, noe svekket uendret, moderat bedre eller vesentlig bedre.

Det er altså ikke så mange som mener at tilbudet har blitt vesentlig bedre etter avslutningen av opptrappingsplanen. Er det kun et ubetydelig antall mener at tilbudet er blitt vesentlig svekket, og færre av en av ti respondenter oppgir at tilbudet til barn og unge er blitt noe svekket (Tabell 3.5). Et klart flertall av respondentene vurderer derfor at tilbudet er uendret eller noe styrket siden Opptrappingsplanens slutt.

Tabell 3.5 *Vurdering av utviklingen i kommunens tilbud etter avslutningen av opptrappingsplanen til barn og unge med psykiske problemer. Prosent (N)*

	Alvorlige psykiske lidelser	Lette til moderate psykiske lidelser
Vesentlig svekket	2 (4)	2 (4)
Noe svekket	5 (11)	10 (22)
Uendret	46 (105)	39 (87)
Moderat bedre	33 (75)	32 (72)
Vesentlig bedre	14 (33)	18 (40)
Totalt (N)	100 (228)	101 (225)

3.5 Tilbudet til barn og unge – oppsummering

Kommunene organiserer tjenestene til barn og unge hovedsakelig etter de samme modellene som for voksne, enten som egen tjeneste eller som en integrert tjeneste. Det er ingen vesentlige forskjeller i forhold til involveringen av ulike tjenester i arbeidet sammenlignet med 2008. Når det gjelder våre respondenters vurderinger av tjenestene så er det lite som tyder på at tjenestene har blitt dårligere. Det kan virke som at de enten er på samme nivå, eller er blitt forbedret i løpet av perioden.

4 Kommunenes organisering – det kvalitative materialet

4.1 Innledning

Det er gjort intervjuer i 8 kommuner som varierer med hensyn på størrelse og organisasjon på sitt psykiske helsearbeid. I kapittelet beskrives kommunenes organisering av psykisk helsearbeid og de betingelsene den valgte organiseringen legger for samarbeid og psykisk helses tydelighet i organisasjonen. Kommunene presenteres hver for seg. Figurene er bygget opp slik at den grønne fargen representerer rådmannsnivået, den blå representerer enheten, rødt er avdelinger innenfor enheter, mens oransje er avdelinger eller seksjoner innenfor enten en enhet eller en avdeling. De lysere gule modulene representerer enkeltpersoners plassering i organisasjonen.

4.2 Presentasjon av kommunene

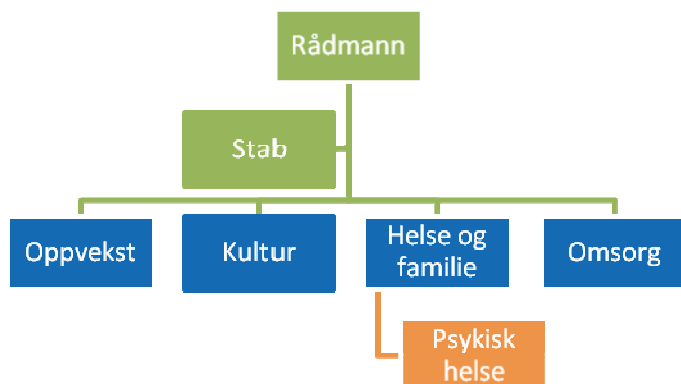
Kommune 1

Kommune 1 organiserer det psykiske helsearbeidet i en egen tjeneste innenfor helse- og familieenheten (modell 2). Kommunen har flat struktur, hvor lederne for de ulike resultatene rapporterer til rådmannsnivået. Leder for det psykiske helsearbeidet rapporterer til enhetsleder for helse og familie, og budsjettansvaret ligger hos enhetsleder.

Tjenesten er organisert i fem interne enheter: samtale, dagsenter, miljøterapi, bofellesskap og rus. Hver enhet har en gruppeleder. Det er mye samarbeid på tvers av enhetene, slik at det i realiteten ikke er lett å se hvem som gjør hva (Intervju 01.08.11). Tjenesten har 21 medarbeidere fordelt på 17 årsverk. Den faglige sammen-

setningen er bred, og inkluderer sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeut, førskolelærere, sosionomer, hjelpepleiere og en spesialpedagog. Brorparten av de ansatte har videreutdanning fra rus- eller psykiatrifeltet.

Figur 4.1 Organisasjonsmodell for psykisk helsearbeid kommune 1



Psykisk helsearbeid har vært organisert som en underliggende tjeneste i en større enhet siden 1997, men lå tidligere under omsorgsenheten. Denne organiseringen fungerte bra. Omsorgsenheten hadde betydelig kompetanse innenfor planarbeid, og organiseringen medførte at den psykiske helsetjenesten hadde god og uformell tilgang på pleie- og omsorgstjenester. I tillegg hadde man en ordning hvor hjemmesykepleien hadde ansvar for medisinerings, noe som frigjorde ressurser for annet psykisk helsearbeid. I forbindelse med etableringen av Nav opplevde kommunen imidlertid at barnevernstjenesten og rustjenesten ble ”hengende i luften” (Intervju 01.08.11).

Løsningen ble å flytte alle helse- og familierelaterte tjenester til en enhet. Følgelig er psykisk helse nå organisert sammen med barnevern, helsestasjon, lege, PP-tjenesten, fysioterapi, med mer. Samtlige tjenester innenfor helse- og familieenheten har forebygging som en viktig oppgave. Som et ledd i omorganiseringen ble rustjenesten en del av kommunens psykiske helsetjeneste. Rustjenesten lå tidligere under sosialkontoret, men ble oppfattet som å høre under psykisk helsevern.

Samorganiseringen har ført til økt samarbeid mellom psykisk helse og rus. Plassproblemer har imidlertid medført at rusenheten ikke er samlokalisert med de øvrige enhetene, noe som kanskje har gjort

samarbeidet mindre omfattende enn det ideelt sett burde være (Intervju 01.08.11). Sett under ett vurderes omorganiseringen som positiv. Samhandling med blant annet helsestasjon er blitt bedre, og leder opplever at den psykiske helsetjenesten er kommet på offensiven når det gjelder forebygging (Intervju 01.08.11). Samarbeidet med omsorgstjenesten har imidlertid blitt noe mer tungvint, selv om lederen er svært fornøyd med at ordningen hvor hjemmetjenesten har ansvar for medisinerer er videreført.

Utover samarbeid med de øvrige tjenestene innenfor helse- og familieenheten og pleie- og omsorgstjenestene, samarbeider psykisk helse med Nav og flyktningtjenesten. Der er ikke noe formalisert samarbeid med kulturenheten, men mulighet for uformell kontakt. Med unntak av Nav beskrives samarbeidet med øvrige kommunale tjenester som nært og godt. Blant annet har et tidligere anstrengt forhold til barnevernet blitt bedre, noe som settes i forbindelse med omorganiseringen og med personutskiftninger. Intervjupersonen er misfornøyd både med kommunikasjonen mellom Nav og psykisk helse og med måten Nav-systemet møter klientene.

Psykisk helse deltar i et forebyggende forum sammen med representanter fra PP-tjenesten, rustjenesten, helsestasjon, flyktningtjenesten, videregående skole og politiet. Forumet møter hver 6. uke. I tillegg har BUP region på et regionalt forum som samler tjenester som arbeider med barn og unge med psykiske problemer. Psykisk helse har også et omfattende samarbeid med DPS. Avdelingen møter DPS en gang i måneden, det er leger med på disse møtene. Møtene gjelder i første rekke enkeltsaker, men det er også rom for å diskutere på systemnivå. I tillegg innkaller sykehuset alle kommunene i regionen til møte to ganger i året. Samarbeidet med voksenpsykiatrien oppleves som svært godt, og det hender at tjenesten har tatt direkte kontakt med når legevakten oppleves som treg (Intervju 01.08.11).

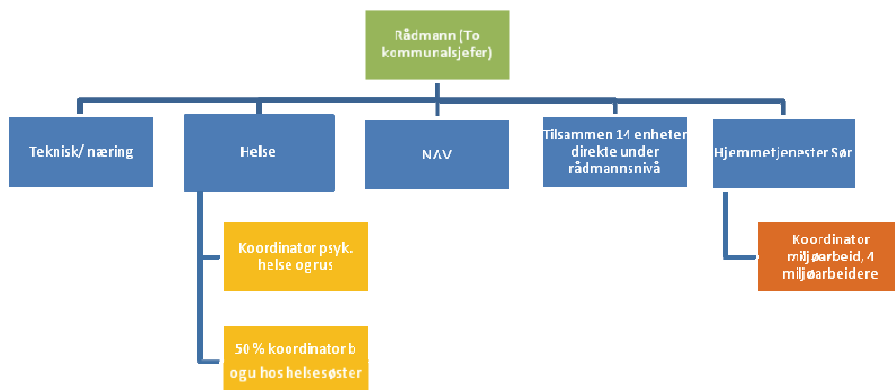
Når det gjelder faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid nevnes personkjemi, organisasjonskultur og organisasjonsstruktur. Ulike organisasjonskulturer fremheves som den viktigste forklaringen på det dårlige samarbeidsklimaet mellom psykisk helse og Nav. Organisasjonsstruktur er også viktig. Opprettelsene av helse- og familieenheten har bedret samhandling mellom de ulike tjenestene som arbeider forebyggende. Samarbeidet med lege-

kontoret fungerer også svært bra etter omorganiseringen. Dette kan imidlertid også skyldes at kommunen har kommunalt ansatte leger, og at lederen for det kommunale legekantoret er med på møter i lederforumet. Kvaliteten på samarbeidet med andrelinjetjenesten vurderes som et resultat av personkjempe, fleksibilitet og interesser. Gode personlige relasjoner i kombinasjon med gode administrative systemer letter samarbeidet. Fleksibilitet og løsningsorientering er også viktig. Samarbeidet med andrelinjetjenesten vurderes som godt blant annet fordi det er preget av en fleksibel innstilling og fravær av interesse- eller profesjonskamp (Intervju 01.08.11).

Kommune 2

Kommune to er en liten kommune. Den har en integrert modell (4). Psykisk helsearbeid og rus er organisert sammen, det er en koordinator og vedkommende er lokalisert i helseavdelingen. Det var problemer med å rekruttere til koordinatorstillingen og den stod ledig en stund før nåværende koordinator ble ansatt. Det er en miljøarbeiderressurs på 2,9 stillinger og en koordinator som er lagt til hjemmetjenestene som også kan brukes opp mot psykisk syke voksne. Miljøarbeidertjenesten yter tjenester til psykisk syke, mennesker med rusrelaterte lidelser, psykisk utviklingshemmete og eldre med særskilte behov. Det er en 50 % stilling som koordinator for barn og unge hos helsesøster. Ressursene som brukes i psykisk helsearbeid er dermed integrert i flere avdelinger.

Figur 4.2 Organisasjonsmodell psykisk helsearbeid kommune 2



Koordinatoren i helseavdelingen oppgir å være fornøyd med organiseringen, koordinatoren for miljøtjenesten gir uttrykk for å være mindre fornøyd fordi miljøtjenesten får lite oppmerksomhet hos en travel enhetsleder i hjemmetjenesten. Koordinatoren for barn og unge opplever også å bli usynlig og gir uttrykk for lite gehør hos helsesøster. Det ønskes sammenslåing av ressursene fordi samordning oppfattes som krevende. Koordinator for psykisk helsetjeneste og for miljøarbeidet var tidligere lagt til samme stilling og samlokalisert i sosialtjenesten, men ble delt etter etablering av lokalt NAV-kontor. Koordinatoren for barn og unge hos helsesøster gir også uttrykk for at organiseringen er uklar og at koordinering opp mot andre ressurser innenfor psykisk helse er ressurskrevende (Intervjuer 10.06.11., 15.06.11., 21.06.11.).

Det er faste møter mellom hjemmetjenesten og miljøarbeider-tjenesten en gang i uken. Miljøarbeidertjenesten tar også kontakt med hjemmetjenesten, og enkelte medarbeidere i hjemmetjenesten, ved behov. Hjemmetjenesten tar alt av medisinerings på intervju-tidspunktet, men det opplyses at det har vært kamper om arbeidsdelingen mellom enhetene der også medisinerings inngikk. Miljøarbeidertjenesten har ikke kontakt med noen i andrelinjen.

Koordinator for hjemmetjenesten og koordinatoren for psykisk helse og rus har hver sine samarbeidsmøter med NAV. Koordinatoren for psykisk helse er samlokalisert med NAV og oppfatter samarbeidet som enkelt. Lokaliseringen oppfattes også som å forenkle samarbeidet med legene. Koordinatoren for miljøtjenesten og koordinatoren for barn og unge opplever ikke at deres lokalisering er positiv eller at den fremmer samarbeid (Intervjuer 10.06.11., 15.06.11., 21.06.11.).

Det har eksistert et fagteam i kommunen, bestående av kommunelegen, leder for pleie- og omsorg, leder i NAV, koordinatoren for psykisk helsearbeid og koordinatoren for barn og unge. Det har ligget nede en periode, men det arbeides med å reetablere det. Det samme gjøres det med samarbeid med instanser i andrelinjen, DPS og BUP. BUP yter veiledning i kommunen, generelt og angående spesifikke saker. Samarbeidet går gjennom helsestasjonen, den er en kanal for andre enheters saker inn til BUP. Det øker også vekten på samarbeidet. Både samarbeidet i kommunen, med skole, barnehager, barnevern og PPT og med

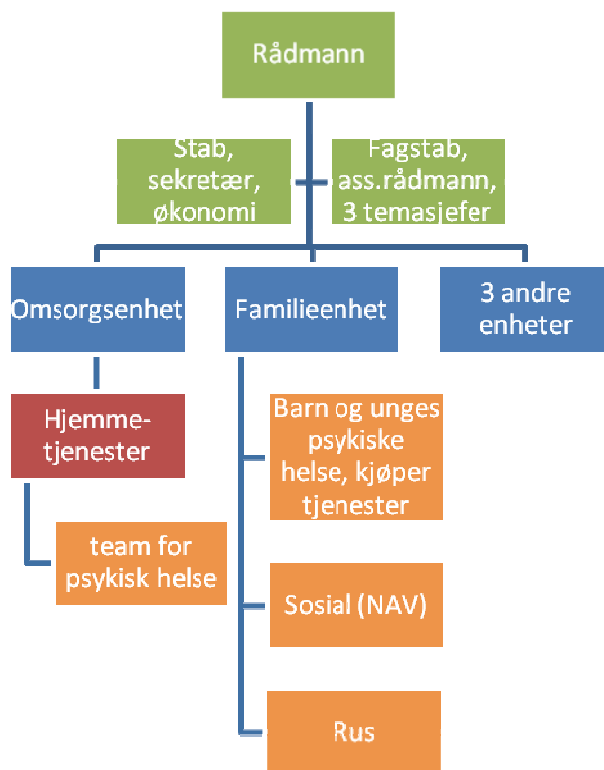
BUP, oppfattes som bra. Det er et ønske at også DPS skal tilby veiledning (Intervjuer 10.06.11., 15.06.11., 21.06.11.).

Hindre for samarbeid i kommunen oppfattes å være den spredte organiseringen og den lange vakansen de hadde hatt i koordinatorstillingen for psykisk helsearbeid. Begge deler oppfattes som årsaken til at det ikke er etablert felles møtepunkter mellom enhetene, verken formelle eller uformelle. Både koordinatoren for miljøtjenesten og for barn og unge opplever sin lokalisering som et hinder for samarbeid og som et uttrykk for at psykisk helsearbeid er lite tydelig i kommunen. Lange avstander både i kommunen og til instanser utenfor kommunen oppgis også som et hinder. Personavhengighet er både et hinder for og en faktor som fremmer samarbeid. Den gode relasjonen kommunen for tiden har til BUP karakteriseres som personavhengig (Intervjuer 10.06.11., 15.06.11., 21.06.11.).

Kommune 3

Kommune tre er en forholdsvis liten kommune med integrert modell for organisering av psykisk helsearbeid for voksne som ligger i omsorgsenheten. Psykiske helsetjenester for barn og unge kjøpes fra et interkommunalt samarbeid, det samme gjør kommunen angående barnvernstjenester. Tjenester for mennesker med rusrelaterte lidelser er lokalisert i familieenheten. Helhetlig i kommunen er det en flernivåmodell med egne ledere for både omsorgsenheten og familieenheten.

Figur 4.3 Organisasjonsmodell psykisk helsearbeid kommune 3



Det horisontale samarbeid internt i kommunen er preget av dette mangfoldige organisasjonsmønsteret, blant annet kan ikke barnevern delta i forebyggende arbeid mot barn og unge, helsestasjonen har derfor ansvaret for å gjennomføre dette. Samarbeid mellom rus og psykisk helsearbeid karakteriseres som ikke å ha vært bra nok. Dette er fordi teamet for psykisk helse ikke har koblet på familieenheten når det har dukket opp brukere med rusproblematikk. Det er etablert rutiner for å bedre dette samarbeidet. Med NAV er det etablert samarbeidsrutiner, men oppfatningen er at de bør utvikles. Ansvarsgrupper er et innarbeidet arbeidsredskap, ellers er oppfatningen at samarbeid foregår rundt den enkelte bruker, det er lite som er lagt til systemnivå internt i kommunen. Det vertikale samarbeidet mot rådmannsnivået fungerer godt med møter en gang per mnd., men likevel er det en oppfatning at psykisk helse ikke er spesielt synlig i den kommunale organisasjonen. Det uttrykkes ønske om å få til et

samarbeid med frivillige organisasjoner, for eksempel Mental Helse (Intervjuer 15.05.11., 21.06.11., 2).

Det eksterne samarbeidet mot sykehus og DPS er organisert rundt enkeltbrukere. Det preger også kontakten mot BUP. Representanter for DPS kommer til kommunen for å delta i ansvarsgruppemøter, de yter veiledning for kommunale medarbeidere, og driver ambulant virksomhet ut mot kommunens pasienter. DPS driver også prosjekt ut mot kommunene i sitt opptaksområde i relasjon til Samhandlingsreformen. Prosjektet tar opp problemstillinger rundt både somatisk og psykisk sykdom (Intervju 22.06.11.). Også kontakten med rusinstitusjoner er organisert rundt enkeltbrukere, det kan by på problemer ved akuttinnleggelser. Det ytes veiledning fra sykehuset, og i kommunen gis det uttrykk for at samarbeidet er godt (Intervjuer 15.05.11., 21.06.11., 2).

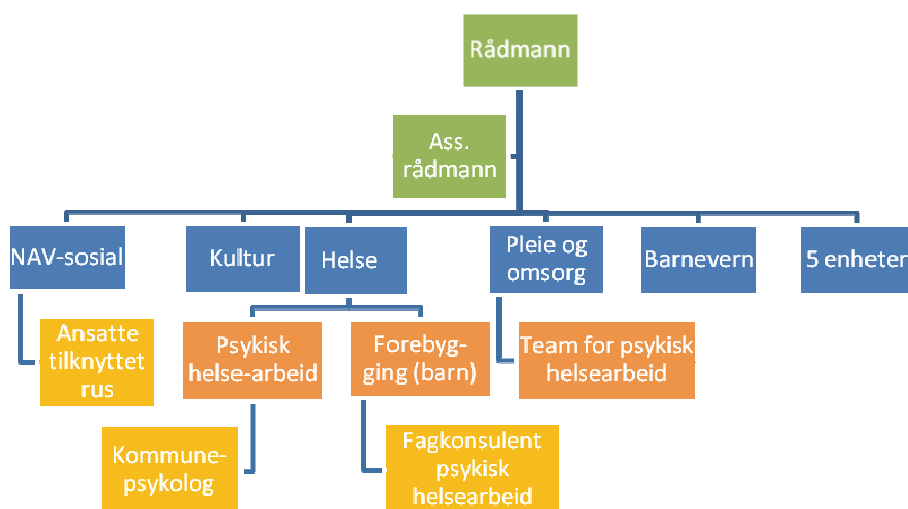
Intervjupersoner i kommunen mener at samarbeid må på dagsorden for at det skal flyte lettere, samt at det må rettes oppmerksomhet mot strukturer. Det uttrykkes optimisme med hensyn på små kommuners muligheter til å samarbeide, kommunen er gjennomsluktig, det er en god tone og alle er innstilt på å yte det beste for brukere (Intervju 15.06.11.). Samtidig vurderes situasjonen for små kommuner dit hen at de må samarbeide fordi de har ”huller i sin kompetanse”. Det settes videre fram et argument som kan tolkes som at dette gir muligheten for at kommuner kan spesialisere seg og selge tjenester på de områdene de har spesialkompetanse (Intervju 21.06.11., 2). Hinder for samarbeid er taushetsplikt, samt at medarbeidere ”rir sine kjepphester”, og mangel på tid. Samarbeid vurderes som tidkrevende. Det ønskes mer samarbeid med BUP, det påpekes at BUP bør være mer utadrettet og komme mer til kommunen. Til sist uttrykkes det en oppfatning om at legene og psykiatriske avdelinger ved sykehus skjærer seg for å unngå å måtte samarbeide med kommunene og at dette delvis begrunnes i dårlig tid (Intervju 21.06.11., 2).

Kommune 4

Kommune fire er noe større enn foregående kommune. Det oppgis at den er organisert med ansvar for psykisk helsearbeid i stab hos rådmann, altså modell 3, men helseavdelingen har budsjetansvar. Pleie og omsorg har et team for psykisk helsearbeid. Kommunen framstår som en blanding av egen

tjeneste (psykisk helsearbeid er en seksjon i helseavdelingen) og integrert modell (team for psykisk helsearbeid i pleie og omsorg). På intervjutidspunktet har organisasjonen vært slik i fem år, men nå er det vedtatt at barnevern og PPT også skal lokaliseres til helseavdelingen. Rus er lokalisert i NAV-sosial (14.06.11.).

Figur 4.4 Organisasjonsmodell psykisk helsearbeid kommune 4



Det uttrykkes ønske om å samlokalisere både rus og pleie- og omsorgsteam for psykisk helsearbeid med seksjon for psykisk helsearbeid, da dagens løsning ikke oppfattes som god angående koordinering. Dette er det uenighet om i kommunen fordi teamet også arbeider opp mot eldre og alzheimerproblematikk. Samarbeid mellom helseavdelingen og pleie og omsorg er løftet opp på systemnivå og det er laget avtaler mellom avdelingene, likevel er det uklare om ansvaret til dette teamet. Det er etablert en egen gruppe som skal ivareta kontakt mellom skole, barnehage, helse-søster og assisterende rådmann. I denne er det også meningen at politiet skal være medlem, men de oppgis å møte sjelden (Intervju 14.06.11.).

Psykisk helsearbeid for barn og unge er lagt til forebyggende seksjon barn. Det er ansatt en person som skal arbeide spesielt med psykisk helse for barn. Dette beskrives som et lavterskel-tilbud. Det er etablert samarbeid med kommunepsykologen som

kan yte psykologhjelp til barn og unge, samt veiledning. Kommunen har et tverrfaglig team der helsestasjon, barnehage, skole, PPT og barnevern møtes jevnlig. Det er på trappene at barnevern, PPT og helsestasjon skal samlokaliseres og samorganiseres, det ser intervjupersonen fram til. Helsestasjonen har samarbeidet med NAV om et prosjekt om ungdom og rus (Intervju 16.06.11).

Kommunen arbeider med ansvarsgrupper, men lite med individuelle planer. Det vertikale samarbeidet mellom avdelingene og rådmannsnivået omtales som bra. Kommunikasjonslinjene er gode og informasjonen flyter bra selv om det er et ledd mellom de to nivåene. Det er utarbeidet skriftlig avtale med DPS og BUP. BUP møter barnevern og helsestasjon en gang per måned. Det er et tilbud BUP har gått ut med. Samarbeidet vurderes som bedre med BUP enn med DPS (14.06.11). DPS vurderer denne kommunen som en de har forholdsvis lite, men godt samarbeid med. Samarbeidet er lite fordi få pasienter kommer fra denne kommunen. DPS reiser ut hver 6. uke, også til denne kommunen (Intervju 24.06.11.).

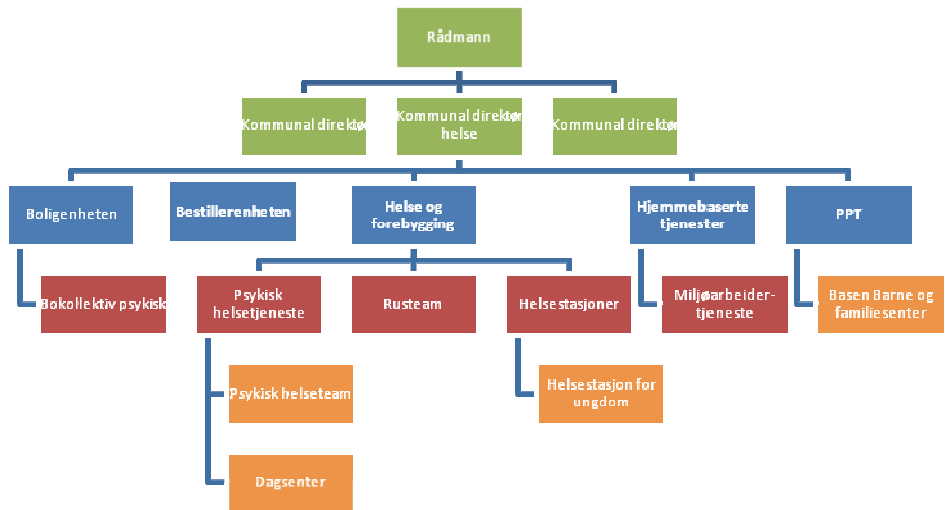
Som fremmede for samarbeid nevnes bedre organisasjonsstruktur som samlokalisering og skriftlige samarbeidsavtaler. Som hemmende nevnes gamle holdninger og profesjonsstrid, for samarbeidet med BUP og DPS nevnes avstand. Det oppfattes at samarbeid, både det gode og det dårlige, er personavhengig (Intervjuer 14.06.11., 16.06.11.).

Kommune 5

Kommune fem har organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne som egen tjeneste innenfor en enhet for helse og forebygging i en organisasjon som karakteriseres av intervjupersonen som flat, dvs. at det er ingen ledere mellom rådmannsnivå og lederne for de utøvende tjenestene. Ledere har resultatansvar og hver enhet rapporterer til rådmannsnivået. Som det kommer fram av modellen er det likevel ressurser for psykisk helsearbeid lokalisert til flere enheter. Det er en egen tjeneste for psykisk helsearbeid for voksne som har et psykisk helseteam og et dagsenter. Rus er lokalisert til samme enhet, og rus er en avdeling på linje med psykisk helsearbeid. Boliger for psykisk syke er et ansvar for boligenheten, samt at kommunen har en egen miljøarbeidertjeneste som er på nivå med psykisk helsearbeid og rus. Psykisk helsearbeid for barn er lokalisert i hovedsak i PPT-enheten, men også helse-

stasjonen, som også er egen avdeling, er involvert. Kommunen har etablert bestiller-utfører organisering i sine hjemmetjenester, det omfatter psykisk helsearbeid. På intervjudtidspunktet er denne organisasjonen to år gammel, og det er bebudet ny omorganisering.

Figur 4.5 Organisasjonsmodell for psykisk helsearbeid kommune 5



Det er ulike synspunkter på det organisatoriske skillet mellom psykisk helsearbeid og rus. Ledelsen i enhet for helse og forebygging begrunner skillet med at de to brukergruppene ikke passer sammen og derfor bør ha separate tjenester (Intervju 23.06.11). I avdelingen for rus vurderes det organisatoriske skillet som u hensiktsmessig og det karakteriseres som at det er vanntette skott mellom avdelingene, det er for eksempel ingen formelle møtepunkter mellom avdeling for psykisk helse og avdeling for rus, og det er foreslått endringer. Blant annet er det vedtatt at det skal etableres et fagteam med medlemmer fra psykisk helse, NAV (sosialtjenesten) og rus. Rusteamet arbeider ikke forebyggende mot ungdom og det er en oppfatning at grunnet dårlig økonomi er det et problem for enheten å etablere en felles faglig plattform (Intervju 17.06.11). PPT oppfattes som spesiell fordi det satses mye på psykisk helse. Dette var et valg som ble gjort i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helsearbeids satsning på barn og unge. Barne- og familiesenteret ble etablert som et samarbeid

mellom helsestasjonen, barnevern og PPT, som alle avga ressurser til det. Også BUF-etat samarbeider om dette senteret. Det er organisert på tvers av enheter, og det er etablert nettopp for å komme i inngrep med opplevde vanskeligheter med samarbeid på tvers av enheter. Vanskene med dette oppfattes å være et resultat av kommunenes valgte organisasjonsmodell (Intervju 21.06.11). Det kan likevel se ut til at ansvaret for psykiske helsetjenester til barn og unge er uavklart i kommunen.

Det oppfattes som negativt av en av intervjupersonene at psykisk helsearbeid er spredd på så mange enheter og avdelinger, ansvaret for barn og unge nevnes spesielt. Spredningen hindrer et helhetlig blikk på tjenestene, og det kan hemme den horisontale informasjonsstrømmen. Det oppfattes likevel som positivt at de har felles kommunaldirektør, noe som kan fremme den vertikale informasjonsstrømmen. Også utover Barne- og familiesenteret har kommunen tatt i bruk spesielle møter som virkemiddel for å sikre samarbeid mellom de forskjellige avdelingene som arbeider med psykisk helse. Det er møter mellom psykisk helse og bestillerkontoret, samt miljøarbeidertjenesten, og disse samarbeidsfora oppfattes som bra (Intervjuer 17.06.11., 21.06.11., 23.06.11).

Samarbeidet mellom avdelinger innad i kommunen kan vurderes som noe dårlig fundamentert, og som det kommer fram er det behov for spesielle arrangementer for å sikre at det blir gjennomført. Samarbeidet mot fastlegene vurderes som godt, mot DPS vurderes det som dårlig av de intervjuede. Årsaken legges på DPS som de oppfatter at har vært vanskelig. Samarbeidet med sykehuset går greit i perioder, men det er personavhengig. Både i relasjonen med sykehuset og DPS har det vært problemer både på systemnivå og angående enkelte brukere. Kommunens medarbeidere oppfatter at det har vært vanskelig å få lagt inn pasienter. Begge institusjonene har hatt høy turnover, spesielt blant ledere. Kulturen ved 2.linjetjenestene skaper dårlige betingelser for samarbeid fordi den oppfattes som ”ovenfra og ned”, det gis inntrykk av eksklusivitet ved at det velges ut bestemte pasienter (Intervjuer 17.06.11., 21.06.11., 23.06.11).

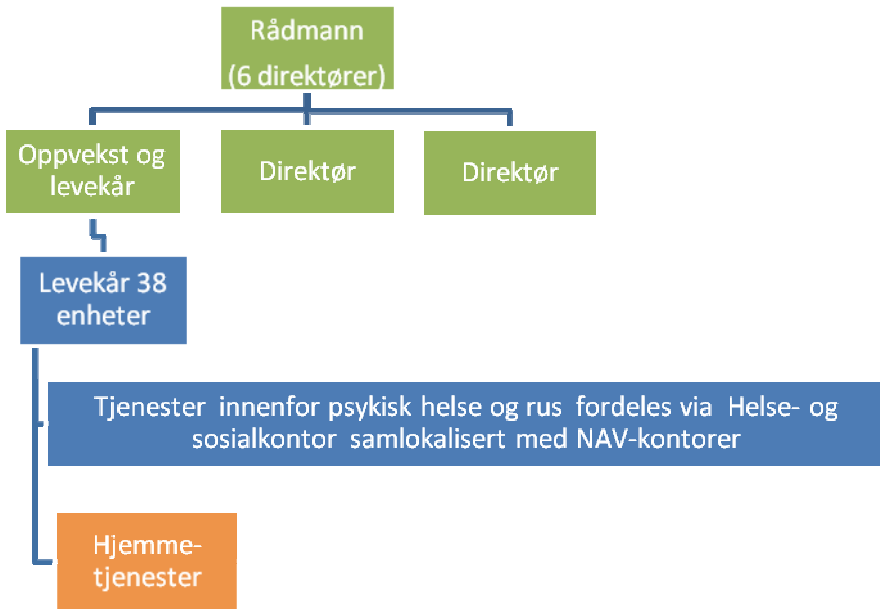
Fra 2. linjetjenesten er oppfatningen at samarbeidsrelasjonene er gode. De er formalisert i avtaler om utskrivning og oppfatter at man kjenner hverandre. Kommunens organisering med et bestillerkontor oppfattes imidlertid som en kompliserende faktor. 2.

linjetjenesten kommuniserer ikke nødvendigvis med bestillerkontoret om den enkelte bruker. Det oppfattes som en ”nøkkel som utløser ressurser”, men likevel som en byråkratisk barriere, selv når medarbeidere har kompetanse innenfor psykisk helsearbeid (Intervju 23.06.11., 2).

Kommune 6

Kommune seks har organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne, for barn og unge og sitt rusarbeid som en integrert modell. Tjenesteområdene er integrert i helse- og sosialkontorenes bestillerenheter. De ulike enhetene som det bestilles tjenester fra har kompetanse på psykisk helse og rus. Denne modellen har vært gjeldende siden 2004. Kommunen har også flat struktur og, som påpekt, er det etablert bestiller-utfører modell. Bestillerenhetene har ansvar for tjenester til psykisk syke, både voksne og barn og unge, samt til de som skal motta tjenester fordi de har en rusrelatert lidelse. De utøvende enhetene bestillerkontoret kan bestille tjenester hos er hjemmetjeneste og barnevern, for øvrig er rehabilitering, helsestasjon, PPT, samt fysioterapi- og ergoterapi-tjenestene involvert i arbeidet. Det er etablert en stilling som kommuneovergripende koordinator for de psykiske helse-tjenestene. Vedkommende er plassert i staben til leder for levekår. Årsverksinnsatsen i psykisk helsetjenesete for voksne er beregnet til ca. 165, da er ansatte i boliger inkludert. Det er ca. 94 årverk som arbeider opp mot psykisk helse for barn og unge.

Figur 4.6 Organisasjonsmodell psykisk helsearbeid kommune 6



Hvert bestillerkontor har to koordinatorene for psykisk helse og en for rus. De forholder seg til to hjemmetjenester som hver har to medarbeidere som er spesialisert på brukerrettet arbeid for psykisk syke og mennesker med rusrelaterte lidelser. Dette organisatoriske og faglige arrangementet oppleves som sårbart både i forhold til det praktiske arbeidet med å yte tjenester, men også i forhold til fag- og kompetanseutvikling. Intervjupersonen som er lokalisert sentralt i kommunen er klar på at kommunen mister mye i spørsmålet om kompetanse, men også om tiltaksutvikling, og det er ulike synspunkter i kommunen angående samling av ressurser for psykisk helse og rus til egne enheter. De som er i brukerrettet virksomhet og har den direkte kontakten med brukere ønsker samling av ressursene som går til psykisk helse, lengre opp i kommuneorganisasjonen mener man den integrerte modellen er den beste (Intervjuer 20.06.11., 26.06.211).

I tillegg til at det er etablert bestiller-utfører modell i kommunen, er det også etablert innsatsstyrt finansiering i enhetene. Det kalles både aktivitetsstyrt og arbeidsbasert inntekt. Det er opp til den enkelte medarbeider i brukerrettet tjeneste å fylle opp sin tid, eller nå sine mål. Vedtak er spesifisert i minutter og det er faste takster for forskjellige oppgaver. Det arbeides i hovedsak med samtaler på

kontoret, de er stipulert til 45 eller 60 minutter. Hvis en medarbeider ikke fyller sin tid kan det bli endringer i enhetens budsjett. Det oppleves som problematisk å fylle tiden når brukere er psykisk syke eller har en rusrelatert lidelse fordi dette kan gjøre dem upålitelige med hensyn på avtaler etc. Vedtakene som gjøres av koordinatorene på bestillerkontoret oppfattes som preget av mye skjønn, det gjør dem åpne for innspill fra medarbeidere i brukerrettete tjenester (29.06.11.).

I brukerrettet virksomhet oppfattes psykisk helse som lite synlig, rus oppfattes som enda mindre synlig. Intervjupersonene oppgir at psykisk helse ikke profileres innenfor hjemmetjenestene, i spørsmålet om rus oppfattes det at det heller ikke er kontakt med behandlingstilbudene. Det er ansatt koordinatorene som skal ha bestilleransvar for brukere med rusrelaterte lidelser, men oppfatningen er at det ofte gjøres feilvurderinger og at rusproblemet overses. Også i denne kommunen er det oppfatninger om at usynliggjøringen av psykisk helse, men også av rus, kommer til å bli verre når trykket øker på de somatiske tjenestene når Samhandlingsreformen settes i verk. Faktorer som informasjon, faglig oppdatering og samarbeid prioriteres ned, det oppfattes som å ha sammenheng både med fokuset på økonomi, som er resultat av finansieringssystemet, den integrerte modellen, den flate strukturen og bestiller-utfører organiseringen (Intervjuer 29.06.11., 21.06.11.).

Et av de viktigste samordningsgrepene denne kommunen har tatt er utstrakt samlokalisering mellom ulike typer enheter. Ut over det oppfatter medarbeidere ved bestillerkontoret at de koordinerer tjenester for og rundt brukere. De holder tak i kontakten med NAV, organiserer ansvarsgrupper og fatter beslutninger om etablering av individuelle planer. Mye av dette er formalisert. Det er faste møter med DPS en gang per mnd., det er møter med virksomhetsledere i hjemmetjenestene og bofellesskapene hver 2. mnd. og det er møter med sykepleiere og miljøtjenesten (Intervju 21.06.11.). Angående psykisk syke oppfattes samarbeidet internt i kommunen som relativt bra også i de brukerrettede tjenestene. Unntakene er samarbeidet med barnevernet, NAV-sosial – ingen vil ta ansvaret for brukeres dårlige økonomi, og boligenhetene. Samarbeidet oppfattes som spesielt påvirket av inntektssystemet som ikke legger til rette for samarbeid fordi det tar tid og dermed merkes det i budsjetter som manglende inntekt. Utad mot fastleger

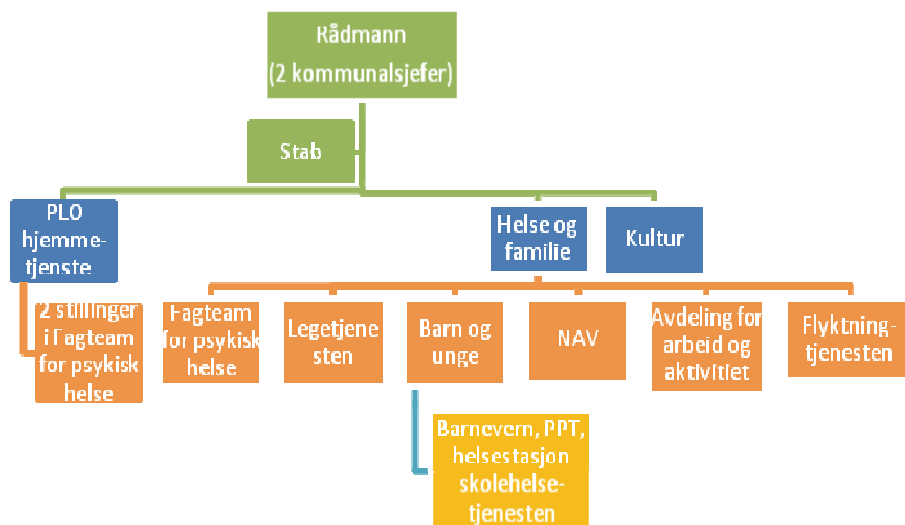
vrderes samarbeidet som spesielt godt, mot DPS og sykehus omtales samarbeidet som å ha varierende kvalitet avhengig av institusjon. Sykehuset oppfattes som å være i en maktposisjon med hensyn på utskriving av pasienter. Det er inngått avtale om utskriving mellom kommunen og sykehuset, likevel oppleves det ofte at pasientene blir utskrevet samme dag som kommunene får melding om at de skal utskrives. Pasienter som kommer fra sykehuset prioriteres i køen til tilrettelagte boliger, noe som oppfattes som frustrerende for medarbeidere i brukerrettete tjenester som arbeider tett på hjemmeboende psykisk syke (Intervju 29.06.11.).

Kommune 7

Kommune sju har siden 1996 hatt to administrative ledernivå: rådmannsnivå og virksomhetsledernivå. Virksomhetslederne har helhetsansvar for sine ansvarsområder, med utstrakt delegert myndighet og stort handlingsrom for utvikling og drift av virksomhetene. Kommunen har valgt en integrert modell for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Målsettingen er at psykisk helse skal integreres i alle kommunale tjenester. Også personal- og budsjettansvar er lagt til virksomhetsleder for Helse- og familietjenesten.

Helse- og familietjenesten har cirka 30 årsverk, og består av fagteam for psykisk helse, legetjenesten, enhet for barn og unge (barnevern, PPT, helsestasjon, skolehelsetjenesten), avdeling for arbeid og aktivitet, flyktningetjenesten og Nav. Fagteam for psykisk helse består av tre psykiatriske sykepleiere, hvorav en innehar rollen som koordinator. To av sykepleierne er ansatt i pleie- og omsorgstjenesten, mens koordinatoren er i helse- og familieenheten. I tillegg består teamet av en miljøarbeider som er ansatt i pleie- og omsorgstjenesten, samt en sykepleier i et 60 % vikariat. Koordinatoren har fagansvar. Fagteamet er organisert som en spesialistenhet, men skal også sørge for at psykisk helse integreres i kommunens øvrige tjenestetilbud. Dette innebærer blant annet at andre kommunale tjenester skal kunne få veiledning fra fagteamet.

Figur 4.7 Organisasjonsmodell psykisk helsearbeid kommune 7



Informantene er usikre på hvor lenge kommunen har hatt den valgte organisasjonsmodellen (Intervjuer 15.06.11; 20.06.11), men anslår at det dreier seg om 15 år. Opprinnelig bestod tjenesten av en psykiatrisk sykepleier som arbeidet innenfor pleie og omsorg. Hovedfokuset var da på kronisk syke. I forbindelse med utarbeidelsen av plan for psykisk helse ble ansvaret for psykisk helse lagt til helse- og familietjenesten. Begrunnelsen var at man ønsket et bredere nedslagsfelt for kommunens psykiske helsearbeid. Sosialtjenesten, samt tjenester rettet mot barn og unge, skulle involveres i arbeidet. Kommunen ønsket ikke at det psykiske helsearbeidet skulle være en ren klinisk tjeneste. Samtidig ble to av i alt fire stillinger lagt til pleie og omsorg for således å ivareta den kliniske delen.

I forbindelse med Nav-reformen vedtok kommunene å legge Nav til helse- og familieenheten, blant annet for å sikre at sosialtjenesten inkluderes i det psykiske helsearbeidet. Organisasjonsmodellen sikrer at tjenesten er integrert i det øvrige kommunale tjenesteapparatet, noe som blant annet øker fagteamets kjennskap til andre kommunale tjenester og de gir de andre tjenestene innsikt i fagteamets arbeid (Intervju 20.06.11).

Den valgte organisasjonsmodellen stiller store krav til samordning og koordinering. Her spiller koordinator for psykisk helse en nøkkelrolle. Koordinator skal sikre at den kliniske og den sosiale

dimensjonen ved arbeidet ivaretas, samt et godt tilbud til kronisk syke. Koordinatoren har ansvar for nye henvendelser, og for å koordinere og fordele saker mellom medarbeiderne på teamet. Sakene fordeles på faste ukentlige møter. Ledelsen er godt fornøyd med organisasjonsmodellen (Intervju 15.06.11). Koordinatoren sikrer god informasjonsflyt opp, ned og til siden. Videre sikrer koordinatoren bred involvering i arbeidet, slik at tjenesten fremstår som større enn den faktisk er. Det hjelper også at tjenesten er samlokalisert med helse, sosial og familietjenestene. Resultatet er en tjeneste som er godt synlig i den kommunale organisasjonen, et tjenestetilbud som er helhetlig og koordinert, og et godt fagmiljø. Samtidig erkjenner en av informantene at de fremdeles har utfordringer når det gjelder helhetlighet og koordinering av tjenestetilbudet (Intervju 20.06.11).

Den valgte organisasjonsmodellen stiller store krav til samarbeid mellom de ulike tjenestene, noe som til tider kan by på problemer. To grep er blitt gjort for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. For det første har de ansatte i fagteamet som hovedregel koordinatorkfunksjonen ved bruk av individuelle planer. Også på systemnivå er det etablert ulike arenaer for samarbeid. I følge informanten er disse imidlertid mer utviklet for tjenester til voksne enn for tjenester til barn og unge (Intervju 20.06.11).

Informantene understreker at organisasjonsmodellen forutsetter gode administrative samarbeidsrutiner (Intervjuer 15.06.11; 20.06.11). Leder for helse og familie deltar i lederforum hver 14. dag sammen med leder for pleie og omsorg, kommunalsjef for pleie og omsorg og kommunalsjef for helse og familie. Fagteam har faste møter med sosialtjenesten (Nav) og virksomhetsleder for pleie og omsorg en gang i måneden. Her drøftes både enkeltsaker og saker av mer generell karakter. Nav og fagteam inngår i kommunens psykososiale team som utarbeider tjenestetilbud til enkeltpersoner. Tilbudet inkluderer blant annet rusarbeid. Rus-samarbeidet lider imidlertid under mangelen på en ruskonsulent i Nav (Intervju 15.06.11). En informant skisserer et behov for å integrere rusarbeidet i det psykiske helsearbeidet, og ønsker å få opp kompetansen på rus i fagteamet (Intervju 20.06.11). Rusproblematikk er fremtredende i nesten alle av fagteamets saker, og ansvaret for rus bør derfor også delvis ligge hos psykisk helse.

Fagteamet er del av et barne- og ungdomsteam, som også inkluderer skolehelsetjenesten, helsesøster, barne- og ungdomsskoler, barnehager, PPT og barnevern. Barne- og ungdomsteamet har faste møter på alle skoler og barnehager. Fagteamet er med på alle møter på ungdomskolene – hvor behovet er størst – på barneskolene og i barnehagene stiller fagteamet kun ved behov. Møtene i barne- og ungdomsteamet oppleves som en viktig arena for å ta opp generelle problemstillinger, men fungerer mindre bra for å drøfte enkeltsaker. Til det er det for mange deltakere som ikke er direkte involvert i de enkelte sakene, og som derfor ikke kan være til stede når disse drøftes. For slike saker letes det nå etter nye samarbeidsarenaer (Intervju 20.06.11). Formen på møtene i barne- og ungdomsteamet er også krevende, og forutsetter at deltakerne prioriterer møtene. Tidspress medfører imidlertid at møtene ikke alltid blir gitt nødvendig prioritet (Intervju 20.06.11).

Fagteamet har få faste møtepunkter med fastlegene, noe som beskrives som et savn (Intervju 20.06.11). Også på kulturområdet er samarbeidet underutviklet (Intervju 15.06.11). Dette skyldes i første rekke at kommunen har liten kapasitet på kultursiden. Informantene peker på et regionalt kulturnettverk som et eksempel på kulturinstanser som de har litt samarbeid med.

Når det gjelder faktorer som fremmer samarbeid mellom fagteamet og det øvrige kommunale tjenestetilbudet vektlegger informantene samarbeidsstruktur og samlokalisering. Ansvar for psykisk helsearbeid er plassert flere steder i kommuneorganisasjonen, samtidig som det er flere prosjekter som går på tvers av de ulike tjenestene og enhetene (Intervju 20.06.11). Det hjelper også at ansatte i de ulike tjenestene sitter tett på hverandre, og at det er en liten kommune med stabile enheter (Intervju 15.06.11).

Samtidig kan kommunestørrelsen også skape problemer i samhandlingen. For mange har forutinntatte meninger og erfaringer basert på tidligere kontakt med familier eller privatpersoner enten ved at man tidligere har tilbudt tjenester til samme bruker eller som følge av privat kjennskap. De mange møtepunktene mellom de ulike tjenestene kan også skape samarbeidsproblemer. Det kan være manglende vilje og evne til å prioritere disse møtene, og at møtene ofte mangler møteplaner og struktur (Intervju 20.06.11).

Fagteamet samarbeider en del med politi og psykiatrisk sykehus. Kommunen har en basisavtale med sykehuset, men har ingen

samarbeidsavtale på systemnivå med politiet. Ved behov – særlig vedrørende rus- og atferdsproblemer – samarbeider fagteamet med lensmannskontoret og politikammeret. Fagteamet samarbeider mye med DPS og BUP, både om enkeltsaker og på systemnivå, og har samarbeidsavtaler med begge. Med DPS har fagteamet faste møter 3-4 ganger i året. Her drøftes enkeltsaker og mer generelle tema. Informantene mener samarbeidet fungerer bra, noe som bekreftes i intervju med representant for samarbeidende DPS (Intervju 04.07.11). Fagteamet har to faste, årlige møter med BUP. Her er både administrasjon og fagnivå representanter, samt representanter for andre kommuner. Aktuelle tema er fagutvikling og samhandlingsreformen. Også her fungerer samarbeidet bra.

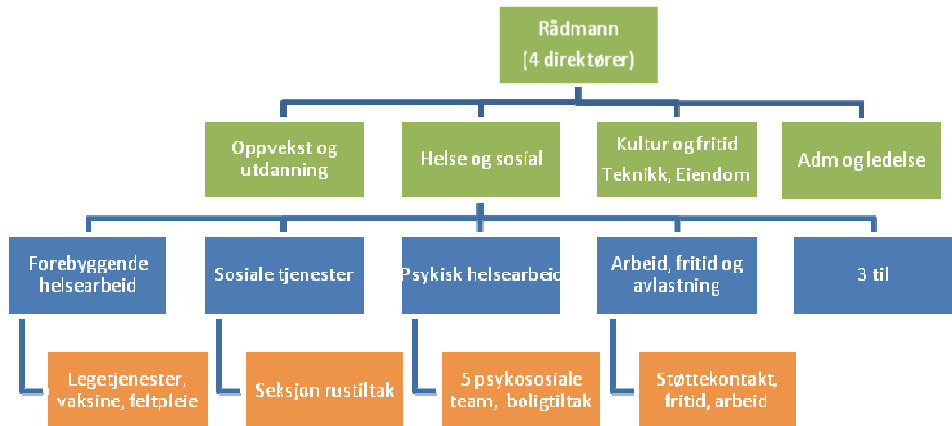
Samarbeidet med 2. linjetjenesten fremmes av stabilitet, erfaring og kunnskap, tillit, samt gode rutiner for samarbeid (Intervjuer 15.06.11; 20.06.11; 04.07.11). Faktorer som hemmer samarbeid er en til tider stor arbeidsbelastning hos alle samarbeidspartnere. Det kan være vanskelig å finne tid til møter og til å melde opp saker. Høy arbeidsbelastning fører til at møtene ofte nedprioriteres (Intervju 20.06.11). Fra DPS' side påpekes det at kommunenes legebemanning ofte er ustabil, samtidig som fastlegene ikke prioriterer møtene høyt nok (Intervju 20.06.11).

Kommune 8

Kommune åtte har oppgitt i surveyen at den har modell 1 der psykisk helse er egen enhet, og kommunen har flat struktur på sin organisasjon, dvs. en to-nivå-modell der enhetsleder i prinsippet rapporterer direkte til rådmannsnivået. Av en av intervjupersonene blir denne organisasjonsmodellen likevel karakterisert som 2,5 nivå. Avdeling for psykisk helse for voksne er på samme nivå som enheten for sosiale tjenester. Enhet for psykisk helsearbeid har fem psykososiale team og boligtiltak, enhet for sosiale tjenester har en seksjon for rustiltak.

Enheden for psykisk helsearbeid omfatter altså fem psykososiale team, samt fire boligtiltak og et aktivitetshus, og tre tiltak som er samarbeidstiltak med andrelinjen. Til sammen er det ca 100 årsverk og ca. 120 personer. Leder av enhet for psykisk helsearbeid har budsjett- og lederansvar for underliggende avdelinger.

Figur 4.8 Organisasjonsmodell psykisk helsearbeid kommune 8



Psykisk helsearbeid for barn og unge er en del av ansvarsområdet for kommunaldirektøren for oppvekst og utdanning som blant annet har en enhet for barn og familier som ble etablert i 2011. Under denne enheten er det to avdelinger for forebygging, henholdsvis for barn og unge, samt at det er en avdeling for tiltak. Under avdelingen for tiltak finner vi psykologisk forebyggingsteam og psykisk helse. Under avdeling for forebygging for ungdom er det en helsestasjon for unge og en spesielt for gutter, samt en utekontakt. Reorganiseringen er gjennomført for å kunne etablere samarbeidsrutiner med barnehager og skoler, samt at det er etablert rutiner for at alle aktører som har ansvar for barn og unge møtes, med foresatte, for å legge opp samarbeid. Dette inkluderer barnevern og PPT.

På denne måten treffes kompetansepersoner fra ulike deler av hjelpeapparatet. Det utadrettede samarbeidet med BUP oppfattes som å ha noen gråsoner. For eksempel stilles det spørsmål om når forebygging blir behandling, og ved det faktum at det kommunale forebyggingsteamet har vel så god kompetanse som BUP. Det er en oppfattning at BUP fakturerer kommunen for behandling, og BUP oppfattes også som mer interessert i å behandle enkeltpasienter enn å ha kontakt med kommunen i formaliserte møter. Det oppfattes også som et problem i kommunen at BUP er uvillig til å komme "ut". Disse to kjennetegnene ved relasjonen mellom

kommunen og BUP løftes fram som strukturelle hinder for godt samarbeid i denne relasjonen. Samarbeid med sykehuset oppfattes som bedre og det er flere prosjekter på gang (Intervju 24.06.11).

Både psykisk helse og rus inngår i mange avdelinger i denne kommunen. Det oppgis at den flate strukturen er valgt med hensyn på å bedre det tverretatlige samarbeidet, og organisering i egne enheter medfører at enhetene oppleves som synlige i den kommunale organisasjonen. Enhet for psykisk helse ble etablert i sin nåværende form i 2000, og det rapporteres at det har vært endringer mot det positive både angående kontinuitet i tjenesten, stabilitet i fagmiljøet, koordinering og helhetlige tjenester. Enheten for rus har en lengre historie, men at det er en egen enhet oppfattes som en styrke og det sikrer synlighet. Alternativet til dagens organisering er samorganisering med psykisk helse, noe intervjupersonen mener ville ha medført at rus ble ”slukt” av psykisk helsearbeid. Enheten for rus samarbeider med de psykososiale teamene om enkeltbrukere og det skal etableres faste møter. Det arbeides med felles fagutvikling (Intervjuer 24.06.11., 10.06.11.).

Psykisk helsearbeid samarbeider med avdeling rus, sosialtjeneste og NAV, samt kultur. Dette samarbeidet oppleves som godt. Samarbeidet mot pleie og omsorg oppfattes ikke som like godt. Intervjupersonen beskriver en situasjon der det må kjempes for å synliggjøre psykisk syke i alt fokuset som er på eldre og somatisk sykdom, og at det er vanskelig å få aksept for behovet for tjenester knyttet til psykisk sykdom. Det stilles også forventinger til avdelingen om at psykisk helse skal kunne stille opp i forhold til ”alle” psykiske reaksjoner, samtidig som det må kjempes for at eldre psykisk syke skal få tjenester. Det er felles møter for alle avdelingene hver 2. uke. Mot eksterne aktører er det godt samarbeid både med sykehus og DPS, det er formalisert og oppfattes som veletablert (Intervju 06.06.11). Fra DPS’ side oppfattes samarbeidet som godt, både samarbeidet om prosjekter og det daglige samarbeidet om pasienter. Faktorer som oppfattes å hemme samarbeid har lite med kommunal organisering å gjøre og spesifiseres som økonomiske innsparinger og Samhandlingsreformen, fordi det forventes at ressursene vil kanaliseres mot somatisk sykdom (Intervju 08.06.11.).

Fra de kommunale ledernes side oppfattes det som sentralt for etableringen av gode samarbeidsrutiner med andrelinjen at det er mulig å skape en situasjon der kommunene behandles som likeverdig part, der deres vurderinger anerkjennes og de blir hørt på. Forpliktende avtaler, tydelige ledere som signaliserer at samarbeid skal satses på, samt samarbeidskompetanse – en forståelse av at samarbeid lønner seg, samt at det skal måles på samarbeid, er videre betingelser som oppfattes som nødvendige. Forskjellige kulturer i andrelinjen oppfattes av kommunale ledere som et hinder for samarbeid (Intervjuer 06.06.11., 10.06.11., 24.06.11).

4.3 Oppsummering

Det som er tydelig etter gjennomgangen av kommunal organisering av psykisk helsearbeid i casestudien er at den varierer mye. Det er ikke mulig å peke på et enhetlig mønster der det velges modell for organisering av psykisk helsearbeid i tråd med overordnet administrativ organisering i kommunen. Valg av organisasjonsmodeller er heller ikke knyttet til kommunestørrelse.

Casestudien gir heller ikke et entydig grunnlag for å si at den kommunale organiseringen som kommunene har på sin administrasjon, som såkalt flat eller to-nivå, eller som flernivå-modell har betydning for samarbeid, verken innad i kommunen eller mellom kommunen og andrelinjen. Den gir heller ikke grunnlag for å trekke noen konklusjoner om at modellene for organisering av psykisk helsearbeid; egen enhet (1), egen tjeneste (2) og psykisk helsearbeid organisert i stab hos rådmannen (3) har betydning for noen av samarbeidsformene vi er interessert i. Vi får imidlertid indikasjoner på at integrert modell ikke oppfattes av kommunale aktører som å fungere bra med hensyn på samarbeid, og ikke minst med hensyn på tydelighet innad i den kommunale organisasjonen. Denne organisasjonsmodellen ser ut til å være preget av domenekonflikter for psykisk helsearbeid.

Casestudiene gir heller ikke grunnlag for å peke på at organisasjonsmodell bestemmer om det legges trykk på at samarbeid innad i kommunen skal avtales eller om det gjennomføres som ansvarsgrupper, arbeid med individuell plan eller omkring den enkelte bruker uten at det utarbeides individuelle planer. Det er likevel en del organisatoriske faktorer som ser ut til å ha betydning

for samarbeid. Innad i kommunen er det integrering av tjenester for mennesker med rusrelaterte lidelser i psykisk helsearbeid og samarbeid med hjemmetjenesten om medisinerer som ser ut til å være de viktigste faktorene. Utad mot andrelinjen kan det se ut til at kommunal bestiller-utfører modell i hjemmetjenesten kan ha betydning for samarbeid. Ellers nevnes faktorer som kommune-størrelse, økonomi, avstander, avtaler på systemnivå, organisasjonskultur og personavhengighet.

Integrert modell: Det er tre av de åtte kommunene i materialet som har integrert modell for sitt psykiske helsearbeid. En kommune har modell tre, som i praksis blir en integrert modell. Forskjellen er at i modell tre er psykisk helsearbeid forankret i stab hos rådmannen, det vil si at det er en overordnet ledelse som har mulighet til å se ressursene som brukes på psykisk helse i sammenheng. I den ”rene” integrerte modellen må det helhetlige blikket på samlede ressurser organiseres spesielt og det ser ut til at det må lages spesielle samarbeidsrutiner.

Vi observerer at medarbeidere vurderer den integrerte modellen ulikt avhengig av hvor de er lokalisert i den kommunale organisasjonen. De som er operative i brukerrettete tjenester er mindre fornøyd med den integrerte modellen enn de intervju-personene som er lokalisert høyere i den kommunale organisasjonen. Det kan se ut til at medarbeidere i brukerrettete tjenester oppfatter at den integrerte modellen medfører at det kanaliseres færre ressurser til psykisk helsearbeid enn de som er lokalisert høyere i organisasjonen i den forstand at de oppfatter at det må gjøres mer arbeid for å synliggjøre det psykiske helsearbeidet i enheter som har et sterkt fokus på somatisk sykdom. I den forbindelse er det flere som peker på at den kommende Samhandlingsreformen vil få negative konsekvenser for psykisk helse og tjenester til mennesker med rusrelaterte lidelser. Dette fordi oppmerksomheten mot somatisk sykdom vil bli enda sterkere enn den oppleves nå, på intervjutidspunktet, og den oppleves allerede som sterk. Med integrert modell kan altså kommunene fortsatt slite med domenekonflikter.

Der domenekonfliktene er overkommet omtales det som en fordel at det kan etableres en form for arbeidsdeling mellom enhetene der hjemmetjenesten kan ta deler av arbeidsoppgavene med utdeling

av medisiner også til psykisk syke og mennesker med rusrelaterte lidelser.

Generelt observerer vi at det er mye samarbeid uavhengig av valgt organisasjonsmodell og at det må rettes særskilt oppmerksomhet mot samarbeid og rutiner som er nødvendige for å få det til. Som en faktor som hemmer samarbeid generelt nevnes manglende prioritering av tid til samarbeid. Dette ble særlig markant i den kommunen der finansieringssystemet er knyttet opp mot konkrete arbeidsoppgaver og der samarbeid ikke var spesifisert som en av de oppgavene som utløste økonomiske midler til enhetene. Vi observerer også at manglende struktur i form av avtaler på systemnivå er hemmende for samarbeid, det samme er mangelen på struktur, møteplaner etc., for de enkelte møtene som avholdes for å gjennomføre selve samarbeidet. Dette er også en faktor som kan legges på ledelse; det oppfattes som ressurskrevende å samarbeide og som noe som eksplisitt må prioriteres, og det er en ledelsesoppgave.

Utad mot andrelinjen er det, som allerede påpekt, ikke mulig å si at valgt organisasjonsmodell har stor betydning for samarbeidet. Vi observerer heller at faktorer som hindrer eller fremmer samarbeid knyttes til personer. Kommunene poengterer at de på tidspunktet har et godt samarbeid med andrelinjen fordi det er en person der som er interessert i det og i å komme ut til kommunene. Motsatt har de et dårlig samarbeid fordi personer i andrelinjen oppfattes som ikke å være interessert i det. En kommune opplever også at andrelinjen er selektiv med hensyn på hvilke pasienter som tas inn til behandling. Det oppfattes som negativt for samarbeid. Det samme gjør det at inngåtte avtaler om utskriving av pasienter ikke overholdes. Kommunene gir uttrykk for at enheter i andrelinjen som de forholder seg til har ulike kulturer, det oppleves også som negativt for samarbeid. Dette kan involvere faktorer som informasjon, faglig oppdatering og et opplevd sterkt fokus på økonomi. Fra andrelinjens side kan bestillerkontorets rolle som koordinator for enkeltpasienter oppleves som et hinder for samarbeid fordi det ikke nødvendigvis er bestillerkontoret som har den nødvendige kunnskapen om den enkelte pasient.

Faktorer som fremmer samarbeid med andrelinjen er at kommunene opplever at de behandles som likeverdige. Som en del av å bli behandlet som likeverdig er at inngåtte avtaler overholdes

og at andrelinjen er interessert i å faktisk inngå avtaler. Det er noen kommuner i materialet som fortsatt ikke har avtaler som regulerer samarbeidet med andrelinjen. Videre oppleves det at gode strukturer fremmer samarbeid, et eksempel som gis er regelmessige møter.

De små kommunene i materialet oppgir at geografisk avstand til institusjoner i andrelinjen kan være en faktor som hindrer samarbeid. Ellers kan det se ut til at små kommuner opplever sitt samarbeid med andrelinjen som bedre enn større. Dette kan ha sammenheng med at kompetansen i andrelinjen i større grad oppleves som komplementær til egen kompetanse, at de har færre pasienter som er i behov av andrelinjens tjenester, og dermed færre pasientrelaterte møtepunkter med andrelinjen, samt at de i større grad oppgir at det er en fast struktur på møtepunktene de har med andrelinjen enn hva større kommuner gjør.

5 Betydningen av kommunestørrelse

Størrelsen på norske kommuner varierer betraktelig. En gjennomsnittlig norsk kommune har omtrent 11000 innbyggere (når Oslo er med i beregningen), men det er store forskjeller kommunene i mellom. Nesten 60 prosent av kommunene har under 5000 innbyggere, og en av tre norske kommuner har under 3000 innbyggere. Samtidig har Norge et generalistkommunesystem, som innebærer at alle kommuner – uansette størrelse, beliggenhet eller andre forhold – er forventet å ivareta det samme brede spekter av oppgaver som er lagt til kommunesektoren.

Den heterogene kommunestrukturen fører stadig til diskusjoner om hvor langt det er mulig og hensiktsmessig å gå i retning av å delegere oppgaver til kommunesektoren. Det har blant annet vært stilt spørsmål ved om de mange små kommunene makter å skape og opprettholde fagmiljøer innenfor visse tjenester. Spesielt kan det være vanskelig for småkommuner å tilby kvalitativt gode tjenester når tjenestene krever spesialisert kompetanse samtidig som det er en liten gruppe av innbyggerne som har behov for tjenesten. Det vil ofte være vanskelig for de minste kommunene å kunne differensiere tilbudet slik at små brukergrupper får tilstrekkelig kompetent hjelp. Mange kommuner opplever også problemer med å rekruttere fagpersonell til denne type oppgaver, fordi stillingsbrøkene og fagmiljøene ofte blir små.

Ulike løsninger på småkommunenes utfordringer er prøvd ut, blant annet i form av ulike varianter av interkommunalt samarbeid. Spørsmålet om små kommuners evne til å ivareta sine oppgaver er også relevant for det psykiske helsearbeidet. Psykisk helsearbeid omfatter tjenester som krever spesialkompetanse, samtidig som det i de minste kommunene vil være et fåtall brukere av tjenesten.

Myrvold og Helgesen (2009) satte et spesielt fokus på småkommunenes psykiske helsearbeid. I dette kapitlet skal vi gjenta noen av de samme analysene som de gjorde med nye data innsamlet i 2011. Vi vil blant annet se på:

- Om det er forskjeller i organiseringen av det psykiske helsearbeidet mellom store og små kommuner
- Er det forskjeller i hvordan kontaktpersonene i store og små kommuner vurderer egne tjenester og utviklingen etter opptrappingsplanen?

5.1 Organisering av psykisk helsearbeid i store og små kommuner

Vi har sett på hvordan kommuner av ulik størrelse har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid (Tabell 5.1). Det generelle bildet er at organisering av det psykiske helsearbeidet i en egen enhet oftere forekommer i større kommuner, mens mindre kommuner gjerne organiserer arbeidet innenfor en struktur som også omfatter andre tjenester. Samtidig viser dataene fra 2011 at en høyere andel av de minste og de største kommunene har valgt en integrert modell. Dette likner bildet fra undersøkelsen i 2002. Det er imidlertid grunn til å være oppmerksom på at det her er snakk om svært små tall, særlig for de største kommunene. Selv et lite antall kommuner med integrerte tjenester vil derfor slå ut som en stor andel.

Tabell 5.1 *Organisering av det psykiske helsearbeidet for voksne etter kommunestørrelse. Prosent. 2011.*

	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000	Totalt (N=)
Egen enhet	25	35	40	60	55	39 (112)
Egen tjeneste	56	56	55	33	29	50 (142)
I stab	8	2	2	0	5	3 (9)
Integrert	11	7	4	6	15	8 (22)
Totalt (N=)	100 (64)	100 (98)	101 (55)	99 (48)	100 (21)	100 (285)

5.2 Fagmiljø og kommunestørrelse

En potensiell utfordring knyttet til kommunestørrelse og tjenesteproduksjon er knyttet til opprettholdelsen av et godt fagmiljø. Små brukergrupper og små tjenesteenheter i mindre kommuner kan gjøre det vanskelig å skape et godt fagmiljø. Dette er en generell problemstilling knyttet til kommunestørrelse, og er derfor ikke bare relevant for psykisk helsearbeid. Som vi tidligere har pekt på, kjennetegnes imidlertid psykisk helsearbeid av at tjenesten krever spesialkompetanse, samtidig som det er relativt få i hver kommune som trenger hjelp. Det er derfor rimelig å anta at det kan være en utfordring for mindre kommuner å etablere et godt fagmiljø innenfor tjenester rettet mot innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

Tabell 5.2 støtter denne antagelsen. Mens 19 prosent av respondentene fra små kommuner er helt enig i påstanden ”fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt”, ingen av våre respondenter fra de største kommunene helt enige i dette. Det er også flere små kommuner som er enige i at ustabilitet i personalet bidrar til å svekke fagmiljøet, og at de (relativt få) fagfolkene som finnes i kommunen spres for mye utover i kommuneorganisasjonen. Ingen av respondentene fra de største kommunene er helt enige i denne påstanden. Omtrent 7 av 10 respondenter fra de minste kommunene er helt enige i at samarbeid med andre

kommuner styrker fagmiljøet, mens dette synes å være mindre viktig i de største kommunene. Samlet sett støtter dette en antagelse om at forhold knyttet til fagmiljøene kan være utfordrende i mindre kommuner og at faglig samarbeid med andre kommuner kan motvirke eventuelle uheldige effekter av dette.

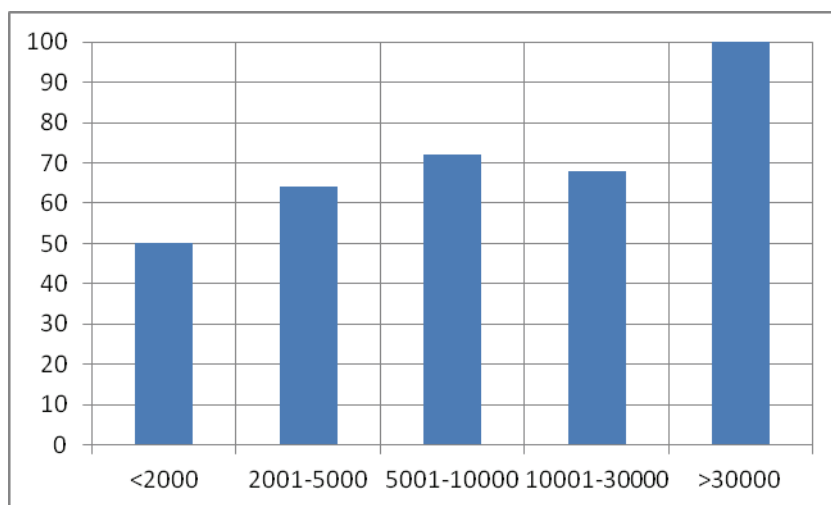
Tabell 5.2 *Påstander om fagmiljø og kommunestørrelse*

	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	19	3	2	3	0
Samarbeidet med andre fag og tjenester er nært, og dette bidrar til å gi nye impulser i arbeidet	29	33	26	45	24
Mulighetene for å oppdatere kunnskapen gjennom kurs veiledning og lignende er gode	31	33	20	48	47
Folk med kompetanse innenfor psykiatri spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen	16	5	7	8	0
Personell- og ressursmangel bidrar til å svekke fagmiljøet i kommunen	16	5	7	0	0
Samarbeid og kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	67	46	48	44	31
Ustabilitet i personalet bidrar til å svekke fagmiljøet	20	17	9	5	0

Figur 5.1 viser andelen av respondentene som er ”helt enige” i påstanden om at opptrappingsplanen har styrket fagmiljøet i kommunene etter kommunestørrelse. Her ser vi at det gjennomgående er slik at våre respondenter er enige i at planen har hatt en slik effekt. Her skiller de største kommunene seg fra de øvrige ved at samtlige av respondentene har sagt seg enige i påstanden. Antallet

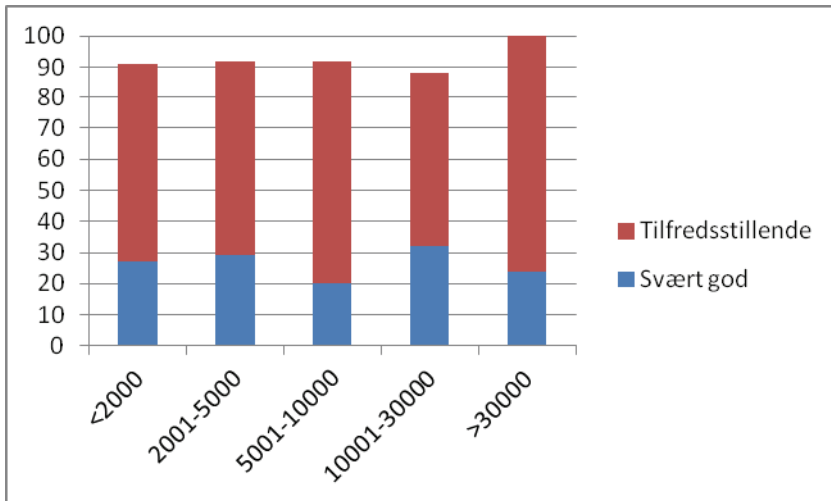
kommuner som er i denne kategorien er 25, og av disse er det 17 som har svart på spørsmålet om Opptrappingsplanens effekt. Det lave antallet kommuner i denne kategorien gjør at man bør være forsiktig med å tillegge forskjeller mellom denne og øvrige kategorier sterk vekt. Vi ser også at forskjellene mellom de øvrige størrelseskategoriene på dette spørsmålet er mindre, selv om det er en interessant forskjell mellom de minste kommunene og de øvrige på dette spørsmålet.

Figur 5.1 *Andelen som sier seg "helt enig" i påstanden "Opptrappingsplanen for psykisk helse har styrket fagmiljøet i kommunen" etter kommunestørrelse. Prosent.*



Når det gjelder vurderingen av egen kommunes innsats innenfor psykisk helsearbeid finner vi ingen klare forskjeller mellom store og små kommuner. Alt i alt er et flertall våre respondenter tilfredse med egen kommunes innsats på dette området (Figur 5.2).

Figur 5.2 *Vurdering av kommunens innsats innenfor psykisk helsearbeid. Andelen som sier at den er svært god og andelen som sier den er tilfredsstillende.*



En klar majoritet av våre respondenter mener at egen kommunes innsats enten er tilfredsstillende eller svært god. Basert på disse tallene må kommunenes innsats innenfor psykisk helse derfor kunne karakteriseres som god. Det er ingen betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Både i små og store kommuner ser det ut til at vurderingen av egen kommunes innsats er god.

Tabell 5.3 *Interkommunalt tjenestesamarbeid etter kommunestørrelse. Prosent. 2011. Tall fra 2008 i (kursiv)*

	<2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	>30000
Felles botilbud	2(2)	4(3)	8(0)	7(4)	5(19)
Felles dagsenter	0(2)	5(8)	0(2)	2(7)	0(6)
Samarbeid om sosiale/kulturelle tiltak	19(22)	23(21)	17(17)	23(20)	5(13)
Samarbeid om sysselsetting/arbeid	11(30)	27(22)	19(20)	14(17)	5(19)
Annet tjenestesamarbeid	13(13)	21(32)	27(29)	21(20)	16(25)
Samarbeider ikke om tjenester	56(50)	46(38)	41(54)	48(63)	68(56)

Det ser ut til at det ikke er noen entydig sammenheng mellom kommunestørrelse og tjenestesamarbeid av den typen som vi har spurt om her.

5.3 Oppsummering

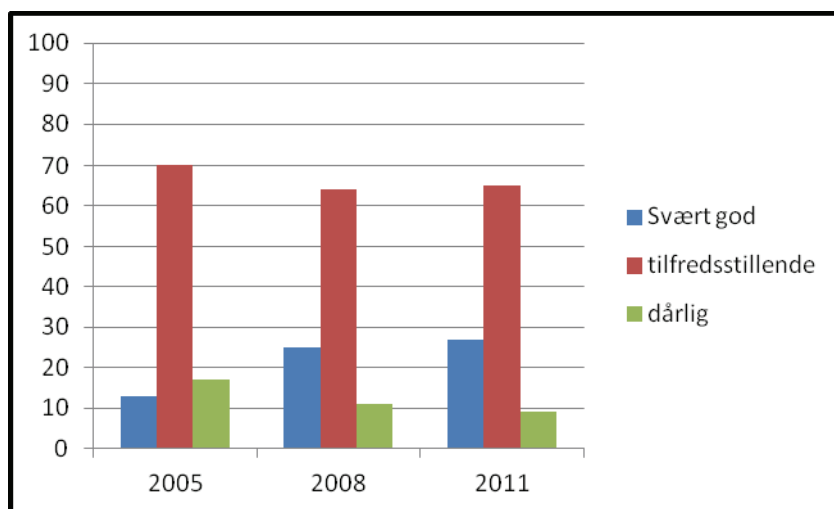
Små kommuner vil ha spesielle utfordringer som store kommuner ikke har. Dette gjelder spesielt knyttet til etablering av tilstrekkelig gode fagmiljø i kommunen. Som tidligere nevnt kan små kommuner inngå samarbeid med andre kommuner for å bøte på dette problemet, men det er uansett slik at kommunestørrelse er en sentral variabel i denne sammenheng. Våre resultater støtter dette. I de små kommunene oppgir flere at forhold knyttet til fagmiljøet og stabilitet i personalet kan være utfordrende. Samtidig er det klart flere i små kommuner som fremhever at mulighetene for kurs og kompetanseheving er gode, hvilket kan indikere at man går langt i å motvirke uheldige effekter for kvaliteten på de tjenestene som leveres.

6 Vurdering av egne tjenester

Opptappingsplanen for psykisk helse er avsluttet, og mange nærer en bekymring for at den positive utviklingen i kommunenes psykiske helsearbeid vil svekkes når de øremerkede midlene går inn i kommunenes rammefinansiering. Det er derfor interessant å se hvordan kontaktpersonene i kommunene vurderer tjenestene i egne kommuner, hvordan de mener tjenestene har utviklet seg etter opptappingsperioden, og hvordan de tror utviklingen vil være fremover. Her er det viktig å understreke at vi har spurt enkeltpersoner om deres vurdering av disse forholdene. Selv om disse personene antagelig er de som har de beste forutsetningene for å gjøre slike vurderinger må man være varsom i tolkningen av resultatene. Det kan det være vanskelig for en person som er ansatt i en kommune å gi negative svar om egen kommunes innsats. Både fordi dette vil kunne oppleves som illojalt og fordi denne personen også selv vil kunne ha delvis ansvar for utformingen av tjenestene i egen kommune. Det er derfor viktig å vise varsomhet i tolkningen av disse tallene.

6.1 Vurdering av kvaliteten på tjenestene

Vi starter med å se på hva kontaktpersonene i kommunene mener om hvor gode tjenestene i deres kommune er (Figur 6.1).

Figur 6.1 *Vurdering av egen kommunes innsats. 2005, 2008 og 2011*

Det er en liten endring mellom 2008 og 2011, men denne er så liten at den i praksis ikke har noen betydning. Endringen mellom 2005 og 2011 er imidlertid forholdsvis stor. Hovedkonklusjonen her er at vi ser det samme bildet i 2011 som vi så i 2008. Kontaktpersonene for psykisk helse sin vurdering av egen kommunes innsats er i det store og hele god. Om lag 9 av 10 mener at egen kommunes innsats er enten tilfredsstillende eller svært god. Det er en klar økning fra nivået i 2005, men det er ingen store endringer mellom 2008 og 2011. Samlet sett indikerer dette at den positive utviklingen vi så mellom 2005 og 2008 har holdt seg også etter avslutningen av opptrappingsplanen.

6.2 Vurdering av utviklingen etter Opptrappingsplanen

Undersøkelsene fra 2002, 2005 og 2008 viste at respondentene i kommunene mente at den største forbedringen i tilbud som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse kom i tjenestene for voksne, både med lettere/moderate lidelser og med alvorlige lidelser (Myrvold og Helgesen 2009:126). Færre mente de forebyggende tjenestene hadde utviklet seg like positivt.

Tabell 6.1 indikerer at utviklingen etter Opptrappingsplanen har klare likhetstrekk med utviklingen i opptrappingsperioden. Flere av

våre respondenter svarer at tjenestene er blitt vesentlig bedre etter Opptrappingsplanens slutt. Særlig vurderes tjenestene for voksne innbyggere med psykiske lidelser å ha utviklet seg positivt. Det er gjennomgående få som svarer at tjenestene er blitt svekket. Basert på disse tallene er det derfor lite grunnlag for å hevde at tjenestene har blitt dårligere etter 2008. Det er snarere slik at nivået enten er som det var i 2008 eller har blitt enda bedre etter avslutningen av opptrappingsplanen.

Tabell 6.1 *Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune etter Opptrappingsplanens slutt. Prosent som svarer "vesentlig bedre tilbud". 2011*

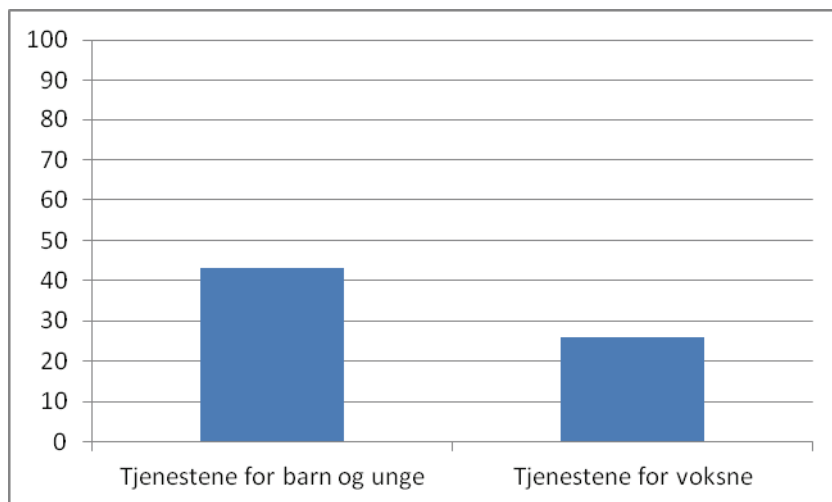
	2011
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser	28
Tjenestene for voksne med lette og moderate lidelser	24
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser	15
Tjenester for barn og unge med lette og moderate psykiske lidelser/problemer med mer	18
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet	12

6.3 Vurdering av utviklingen i tjenestene fremover

Hva tenker våre respondenter så om utviklingen videre? Dette fremkommer av Figur 6.2. En forholdsvis høy andel har inntrykket av at de kommunale tjenestene for innbyggere med psykiske vansker og lidelser er i en positiv utvikling. Det er 18 prosent som tror tjenestene for voksne vil bli svekket de neste fem årene, og 26 prosent som tror de vil bli styrket. De tilsvarende andelene når det gjelder tjenestene for barn og unge er 2 og 41. Dette indikerer to ting. For det første at kontaktpersonene for psykisk helse i kommunene er forholdsvis optimistiske når det gjelder den fremtidige utviklingen på sitt område. Videre kan det se ut som at det kanskje er et spesielt sterkt fokus mot tjenestene for barn og unge. I hvert fall dersom vi tar utgangspunkt i svarfordelingen på de to spørsmålene som er lagt til grunn her. Nesten halvparten av de som har svart tror tjenestene for denne gruppen kommer til å

bli styrket i løpet av de neste fem årene. Tatt i betraktning at det tidligere har vært uttrykt bekymring for tjenestene rettet mot barn og unge må dette sees på som positivt.

Figur 6.2 *Andelen som tror arbeidet med tjenestene vil bli styrket de neste fem årene. Prosent.*



6.4 Oppsummering

Samlet sett indikerer disse tallene en positiv utvikling. Det kan virke som at tjenestene i flere tilfeller har blitt bedre etter avslutningen av opptrappingsplanen, og nesten halvparten av våre respondenter tror arbeidet med tjenestene for barn og unge vil bli styrket i årene som kommer. Tatt i betraktning at Opptrappingsplanen for psykisk helse også medførte en økning i satstingen på psykisk helse, må dette kunne sies å være et positivt resultat.

Litteraturliste

- Helse- og omsorgsdepartementet. 2008. *Opptrappingsplan for rusfeltet: opptrappingsplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hovik, Sissel and Inger Marie Stigen. 2008. *Kommunal organisering 2008: redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*, vol. 2008:20. Oslo: NIBR.
- Myrvold, Trine Monica. 2004. *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer: kommunenes arbeid med integrering og koordinering*, vol. 2004:12. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- . 2006. *Kommunalt psykisk helsearbeid: utviklingstrekk 2002-2005*, vol. 2006:11. Oslo: NIBR.
- Myrvold, Trine Monica and Marit K. Helgesen. 2005. *Psykisk helsearbeid: en studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*, vol. 2005:108. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- . 2009. *Kommunalt psykisk helsearbeid: organisering, samarbeid og samordning*, vol. 2009:4. Oslo: NIBR.
- Ose, Solveig Osborg, Haus-Reve Silje & Silje L. Kaspersen (2011). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009. Årsverkstatistikk og analyser av kommunal variasjon*.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2005. *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.prp.nr. 63 (1997-1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse*
- St.prp. nr. 1. (2004-2005). "Helse- og omsorgsdepartementet."