

STF78 A035011 – Åpen

RAPPORT

Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse – resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene

Jorid Kalseth og Pål E. Martinussen

Unimed Helsetjenesteforskning



SINTEF RAPPORT

SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse - resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene

FORFATTER(E)

Jorid Kalseth og Pål E. Martinussen

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

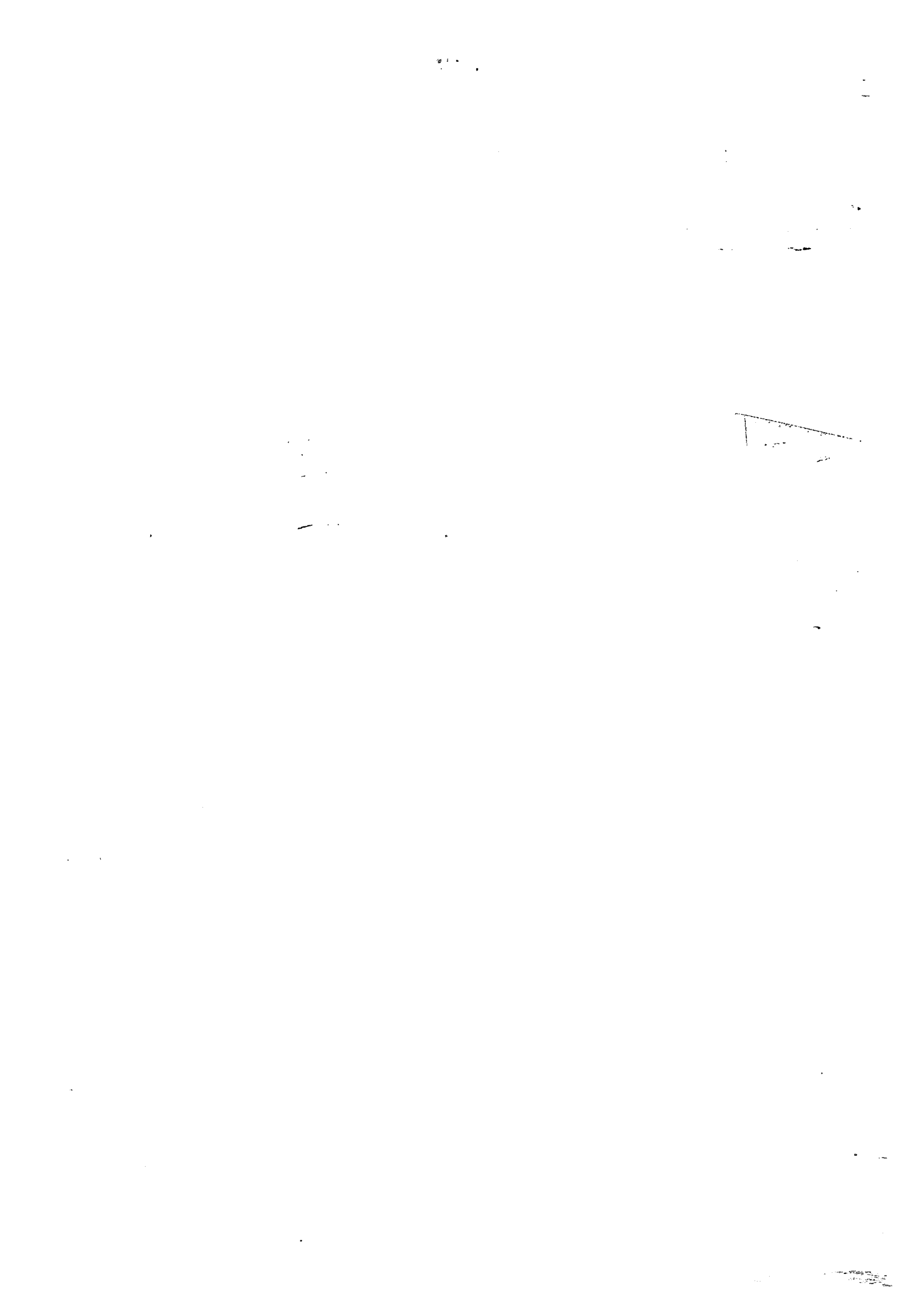
RAPPORTNR. STF78 A035011	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. 146327/330	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03229-6	PROSJEKTNR. 78519901	ANTALL SIDER OG BILAG 72 + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE i:\nis\prosjekt\785199.01	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2003-11-07	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nylund	

SAMMENDRAG

Denne rapporten presenterer resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/ administrasjonssjefer om det psykiske helsearbeidet i kommunene og betydningen av *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Undersøkelsen skal bidra til å danne et inntrykk av om virkemiddelbruken er hensiktsmessig i forhold til å nå målene som er satt i Opptrappingsplanen. Virkemiddelbruken vil i denne sammenhengen bety øremerking og plan- og rapporteringskrav. Undersøkelsen gir også en grov beskrivelse av utvikling i utgifter og finansiering av det psykiske helsearbeidet i kommunene, samt politisk styring og forvaltning av de øremerkede tilskuddene.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at øremerking i stor grad anses å være nødvendig for å nå målene som er satt i Opptrappingsplanen. Økning i rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt både en annen prioritering og utforming av tjenestetilbudet. Gitt fire alternativer for statlig medfinansiering av psykisk helsearbeid rangerer ett flertall av respondentene øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier som det beste alternativet for å nå målsettingene i Opptrappingsplanen. Respondentene er i større grad skeptiske til plan- og rapporteringskravene i Opptrappingsplanen. Respondentene er i stor grad enig i at målsettingene i Opptrappingsplanen legger føringer på kommunens prioritering av tiltak/tjenester for mennesker med psykiske lidelser, men er i mindre grad enig i at de legger føringer på hvilke organisatoriske løsninger kommunene velger. Vurderingene av virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen varierer til dels med kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid, kommunestørrelse og -inntekt.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsearbeid	Mental health services
GRUPPE 2	Kommunale tjenester	Municipal services
EGENVALGTE	Opptrappingsplan for psykisk helse	National Programme for Mental Health
	Øremerkede tilskudd	Categorical grants



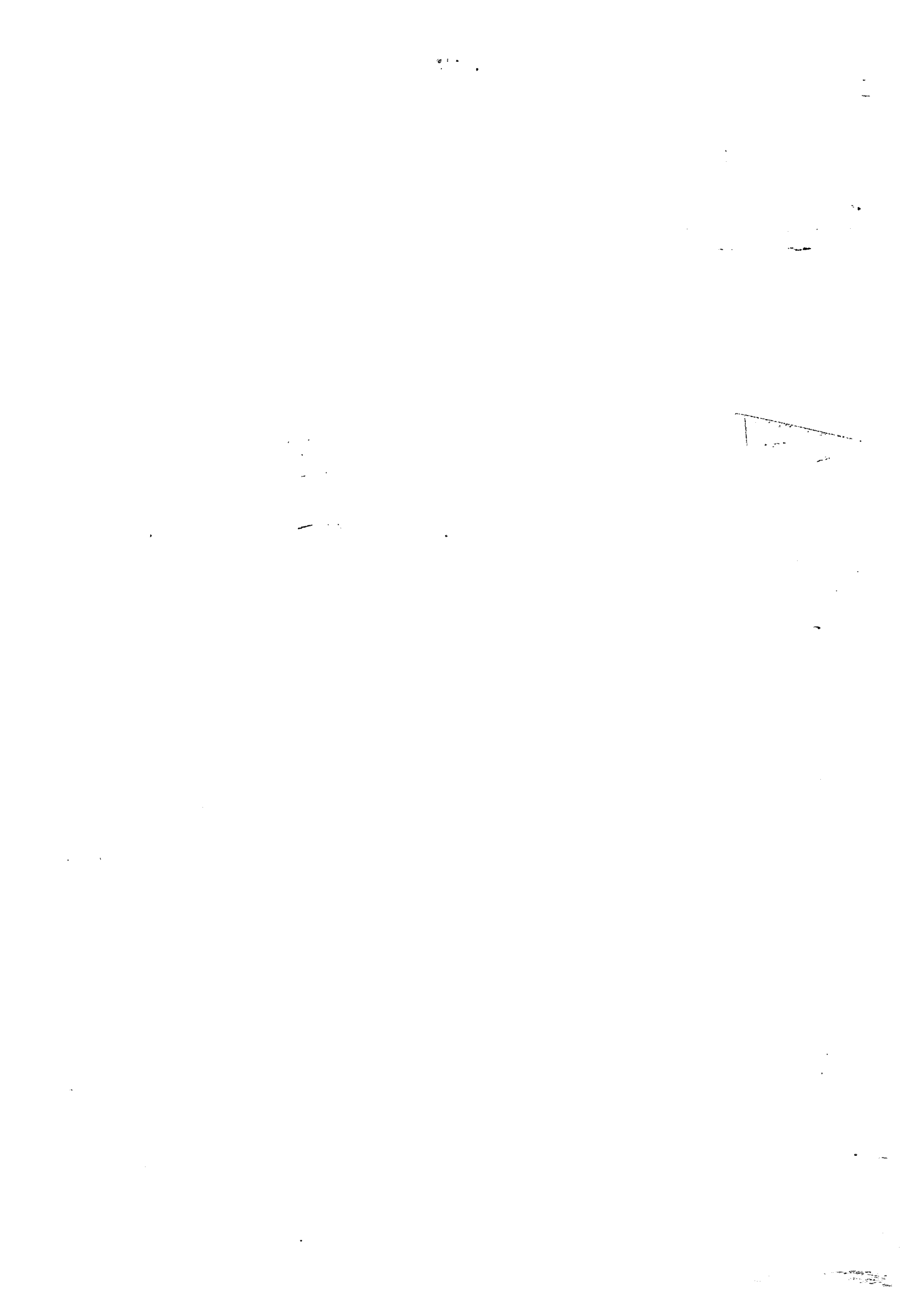
Forord

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning har i forbindelse med den fortløpende evalueringen av *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006* i regi av Norges forskningsråd fått i oppdrag å undersøke om de øremerkede tilskuddene har tilsiktet effekt i forhold til kommunenes iverksetting av den nasjonale planen. Som en del av dette prosjektet er det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse som kartlegger kommunenes vurdering av virkemiddelbruken i Opptappingsplanen. Denne rapporten dokumenterer resultatene fra denne undersøkelsen.

Vi vil takke alle som har tatt seg tid til å besvare spørsmålene i spørreskjemaet.

Trondheim, november 2003

Jorid Kalseth
Prosjektleder



Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse.....	3
Tabelloversikt.....	6
Figuroversikt.....	10
Vedlegg	10
Sammenheng.....	11
1 Innledning	15
1.1 Bakgrunn.....	15
1.2 Statlig styring og kommunal iverksetting	15
1.3 Alternative finansieringsordninger.....	17
1.4 Effekten av øremerkede tilskudd for psykisk helsearbeid i kommunene	18
1.5 Spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene om virkemidlene i Opptappingsplanen	22
2 Om datamaterialet.....	25
3 Utgifter, finansiering og behov.....	29
3.1 Innledning	29
3.2 Kommunens utgifter til psykisk helsearbeid.....	29
3.3 Kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid	31
3.4 Andel av utgiftene finansiert av øremerkede tilskudd	32
3.5 Vurderinger av behovet for utgifter til psykisk helsearbeid	32
4 Politisk styring og forvaltning av tilskuddene	35
4.1 Innledning	35

4.2	Kommunestyrets beslutninger vedrørende bruken av de øremerkede tilskuddene ...	35
4.3	Fordeling av forvaltningsansvaret for de øremerkede tilskuddene	36
5	Kommunenes vurdering av virkemidlene	39
5.1	Innledning	39
5.2	Effekten av øremerking	39
5.3	Plan- og rapporteringskravenes betydning	41
5.4	Legger statens målsettinger føringer på kommunenes virksomhet?	41
5.5	Opptappingsplanens betydning for det psykiske helsearbeidet	42
5.6	Rangering av ulike typer statlige tilskudd	43
5.7	Forskjell mellom kommuner som leverte før og etter puring	45
6	Betydning av andel egenfinansiering for vurdering av virkemidler	47
6.1	Innledning	47
6.2	Økning av rammetilskudd vs øremerking mht prioritering av psykisk helsearbeid ...	48
6.3	Er øremerking nødvendig for økt satsning?	48
6.4	Er plan- og rapporteringskrav nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid?	49
6.5	Er plan- og rapporteringskrav en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid øker i samme takt som tilskuddene?	50
6.6	Rangering av ulike typer statlig medfinansiering	50
7	Betydning av kommunestørrelse og -inntekt	53
7.1	Innledning	53
7.2	Utgifter, finansiering og behov	53
7.3	Politisk styring og forvaltning av de øremerkede tilskuddene	57
7.4	Vurdering av virkemidlene i Opptappingsplanen	59
7.5	Rangering av ulike typer statlig medfinansiering	63
8	Forskjell i vurderinger avhengig av ståsted	67
8.1	Innledning	67
8.2	Vurdering av økonomisk virkemiddel	67
8.3	Vurdering av plan- og rapporteringskravene	68

8.4	Vurdering av om hvorvidt statens målsettinger legger føringer på kommunenes atferd	68
8.5	Vurdering av betydningen av Opptrappingsplanen	69
8.6	Rangering av økonomiske virkemidler	69
	Litteraturliste	71
	Vedlegg	73
	Spørreskjema til Rådmann	73

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utvalget fordelt etter befolkningsstørrelse, sammenlignet med alle kommuner. Ikke forsøkskommuner. Prosentfordeling.....	25
Tabell 2.2	Utvalget fordelt etter størrelsen på frie inntekter per innbygger, sammenlignet med alle kommuner. Ikke forsøkskommuner. Prosentfordeling.	26
Tabell 2.3	Utvalget fordelt etter fylke, sammenlignet med alle kommuner. Ikke forsøkskommuner. Prosentfordeling.	26
Tabell 2.4	Respondentens stilling. Prosentfordeling.....	27
Tabell 2.5	Respondentens stilling. Etter kommunestørrelse. Ikke prøvekommuner. Prosentfordeling. Antall i parentes.	27
Tabell 3.1	Utvikling i kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Ikke forsøkskommuner. Antall i parentes.....	30
Tabell 3.2	Utvikling i kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Forsøkskommuner. Antall i parentes.	30
Tabell 3.3	Utvikling i kommunenes egenfinansiering av det psykiske helsearbeidet i perioden 1999-2001. Ikke forsøkskommuner. Antall i parentes.	31
Tabell 3.4	Andel av kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid i 2001 finansiert av øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen. Prosentfordeling. Antall i parentes.....	32
Tabell 3.5	Anslått økning i utgiftene til psykisk helsearbeid som må til (sammenlignet med 2001) for at aktivitets-nivået kommer opp på et tilfredsstillende nivå. Prosentfordeling. Antall i parentes.	32
Tabell 3.6	Utvikling i kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid og anslått utgiftsøkning som er nødvendig for at aktivitetsnivået skal opp på et tilfredsstillende nivå. Prosentfordeling. Antall i parentes.	33
Tabell 3.7	Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd og anslått utgiftsøkning som er nødvendig for at aktivitetsnivået skal opp på et tilfredsstillende nivå. Prosentfordeling. Antall i parentes.	34
Tabell 4.1	Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Prosentfordeling. Antall i parentes.	35
Tabell 4.2	Kommunestyrets beslutning om tjenestetilbudet. Forsøkskommunene. Prosentfordeling. Antall i parentes.	36

Tabell 4.3	Oppmerksomhet omkring størrelsen på Opptrappingsplanmidlene. Forsøkskommunene. Prosentfordeling. Antall i parentes.	36
Tabell 4.4	Fordeling av forvaltningsansvaret for de øremerkede tilskuddene. Prosentfordeling. Antall i parentes.	37
Tabell 5.1	Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Prosentfordeling. Antall i parentes.	40
Tabell 5.2	Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Forsøkskommuner. Prosentfordeling. Antall i parentes.	40
Tabell 5.3	Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Prosentfordeling. Antall i parentes.	41
Tabell 5.4	Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	42
Tabell 5.5	Kommunens status før Opptrappingsplanen ble iverksatt, og Opptrappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Prosentfordeling. Antall i parentes.	43
Tabell 5.6	Rangering av ulike former for statlig medfinansiering. Kommuner som mottar øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.	44
Tabell 5.7	Rangering av ulike former for statlig medfinansiering. Forsøkskommuner. Prosentfordeling. Antall i parentes.	44
Tabell 6.1	Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til prioritering av psykisk helsearbeid. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.	48
Tabell 6.2	Vurdering av om øremerking er nødvendig for å få til økt satsning på psykisk helsearbeid. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.	49
Tabell 6.3	Vurdering av om plan- og rapporteringskrav er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.	49
Tabell 6.4	Vurdering av om plan- og rapporteringskrav er en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid øker i samme takt som tilskuddene. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.	50

Tabell 6.5	Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'førsteplass'. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Antall i parentes.	51
Tabell 6.6	Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'fjerdeplass'. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Antall i parentes.	51
Tabell 7.1	Utvikling i kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid. Etter kommunestørrelse. Prosent-fordeling. Antall i parentes.	53
Tabell 7.2	Utvikling i kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes. .	54
Tabell 7.3	Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.	54
Tabell 7.4	Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	55
Tabell 7.5	Anslått nødvendig økning i utgifter til psykisk helsearbeid for å komme opp på et tilfredsstillende nivå. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.	56
Tabell 7.6	Anslått nødvendig økning i utgifter til psykisk helsearbeid for å komme opp på et tilfredsstillende nivå. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	56
Tabell 7.7	Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.	57
Tabell 7.8	Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes. .	57
Tabell 7.9	Ansvar for forvaltning av de øremerkede tilskuddene. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.	58
Tabell 7.10	Ansvar for forvaltning av de øremerkede tilskuddene. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	58
Tabell 7.11	Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.	59
Tabell 7.12	Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	59

Tabell 7.13	Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes....	60
Tabell 7.14	Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	61
Tabell 7.15	Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger . Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes. ...	61
Tabell 7.16	Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	62
Tabell 7.17	Kommunens status før Opptappingsplanen ble iverksatt, og Opptappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.....	62
Tabell 7.18	Kommunens status før Opptappingsplanen ble iverksatt, og Opptappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.	63
Tabell 7.19	Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'førsteplass'. Etter kommunestørrelse. Antall i parentes.	64
Tabell 7.20	Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'fjerdeplass'. Etter kommunestørrelse. Antall i parentes.	64
Tabell 7.21	Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'førsteplass'. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Antall i parentes.	65
Tabell 7.22	Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'fjerdeplass'. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Antall i parentes.	65
Tabell 8.1	Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Etter stilling/arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.	67
Tabell 8.2	Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes. .	68
Tabell 8.3	Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes....	68

Tabell 8.4	Kommunens status før Opptappingsplanen ble iverksatt, og Opptappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.....	69
Tabell 8.5	Rangering av type statlig medfinansiering. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.	70

Figuroversikt

Figur 1.1	Statlige tilskuddsordninger.	17
Figur 1.2	Øremerkede tilskudd og kommunens budsjettrestriksjon.	19

Vedlegg

Vedlegg	Spørreskjema	
---------	--------------	--

Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/ administrasjonssjefer om det psykiske helsearbeidet i kommunene og betydningen av *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Undersøkelsen skal bidra til å danne et inntrykk av om virkemiddelbruken er hensiktsmessig i forhold til å nå målene som er satt i Opptrappingsplanen. Virkemiddelbruken vil i denne sammenhengen bety øremerking og plan- og rapporteringskrav. Undersøkelsen gir også en grov beskrivelse av utvikling i utgifter og finansiering av det psykiske helsearbeidet i kommunene, samt politisk styring og forvaltning av de øremerkede tilskuddene.

Spørreskjemaet ble sendt ut til samtlige av landets kommuner med unntak av Oslo. Etter en runde med purring har 67 prosent av kommunene svart. Egne skjema ble sendt til de 20 kommunene som er med i forsøket med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd. Det er ikke store skjevheter i materialet sett i forhold til kommunestørrelse målt ved innbyggertall, nivå på frie inntekter eller geografisk spredning.

Selv om spørreskjema ble sent til rådmann/administrasjonssjef er skjemaet for en stor del av kommunene besvart av en person i en annen stilling. I mer enn 40 prosent av kommunene er utfyller person med sektortilknytning, oftest helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgssjef ol.

Resultatene indikerer at det har funnet sted en betydelig prosentvis økning i utgiftene i kommunene i perioden 1999-2001. Det er også et klart flertall som oppgir at kommunens egenfinansiering av utgiftene til psykisk helsearbeid er økt. Utgiftene til psykisk helsearbeid i kommunene blir imidlertid i hovedsak finansiert av statlige øremerkede tilskudd. Hele 65 prosent av de som har besvart skjema anslår at over halvparten av utgiftene finansieres av øremerkede tilskudd. Det er et stykke igjen til at kommunens utgifter til psykisk helsearbeid kommer opp på et tilfredsstillende nivå. En fjerdedel av utvalget anslår et behov for minst en dobling av utgiftene. Kun 8 prosent av respondentene fra kommuner som mottar øremerkede tilskudd mener at utgiftsøkninger mellom 0 og 25 prosent er nok. Det er en viss tendens til at som oppgir at kommunenes egenfinansiering er uendret er de samme som anslår de største utgiftsøkningene for å møte de udekkede behovene. Vi finner ikke et entydig mønster med hensyn til andel egenfinansiering og antatt underdekning.

Den politiske styringen av bruken av Opptrappingsplanmidlene skjer i form av rammebevilgninger eller i enda større grad som overordnet styring av prioriteringer. Kommunestyret driver i liten grad med detaljstyring av disponeringen av de øremerkede tilskuddene. Svarfordelingen med hensyn til den politiske styringen av tjenestetilbudet er lik for rammefinansieringskommuner og kommuner som mottar øremerkede tilskudd. Det er også relativt sett stor oppmerksomhet om størrelsen på Opptrappingsplanmidlene i rammefinansieringskommunene.

Et stort flertall av respondentene oppgir at en økning av rammetilskuddet ikke ville gitt samme prioritering og utforming av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser som ved bruk av øremerkede tilskudd. Øremerking anses i stor grad som nødvendig for å få til en økt satsning innen det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Representantene for kommunene er mer skeptisk til plan- og rapporteringskravene; 40 prosent mener at kravene bidrar til at hastverkløsninger velges, nær halvparten mener at kravene ikke er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid og omlag 2/3

er enig at plan- og rapporteringskraven generelt ikke er en garanti for at utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i samme takt som tilskuddene.

Statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet i kommunene nedfelt i Opptappingsplanen ser ut til å styre kommunenes prioriteringer av det psykiske helsearbeidet, men legger i mindre grad føringer på de organisatoriske løsningene som velges.

Status for det psykiske helsearbeidet i kommunene før Opptappingsplanen varierte. Kun i overkant av en tredjedel av respondentene oppgir at kommunen var kommet langt i forhold til å nå målsettingene før iverksettelsen av planen. Det er imidlertid så og si unison enighet om at Opptappingsplanen har bidratt til en vesentlig forbedring av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Respondentene er i det store og hele positiv til den valgte tilskuddsordningen i Opptappingsplanen. Når de blir bedt om å rangere fire alternative tilskuddsformer i forhold til hvilken som er best egnet for å nå målene staten har satt for det psykiske helsearbeidet i kommunene er øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier rangert på første plass av et flertall av respondentene. Kun 20 prosent rangerer økning av rammetilskuddet på topp. Økning av rammetilskuddet rangeres hyppigst som det dårligste alternativet. Få rangerer den valgte tilskuddsordningen på siste plass.

Respondentene fra kommunene som deltar i rammefinansieringsforsøket er klart mer skeptisk til øremerking. De foretrekker økning av rammetilskudd, med aktivitetsbaserte tilskudd på andreplass. Det er rimelig å tro at rammefinansieringskommuner er tilbøyelig til å være mer positive til rammefinansiering enn "gjennomsnittskommunen" siden de søkte om å få delta i forsøket med tildeling av øremerkede tilskudd som rammetilskudd¹. Flertallet av disse oppgir også å ha kommet langt i å nå målene for det psykiske helsearbeidet før Opptappingsplanen ble iverksatt.

Øremerking og plan- og rapporteringskrav kan forventes i større grad å virke bindende i kommuner med lav egenfinansieringsandel. Svarfordelingen kan i noen grad tyde på det. Respondenter som oppgir at størsteparten av utgiftene til psykisk helsearbeid finansieres av øremerkede tilskudd er i større grad uenig i at økning av rammetilskudd ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid og i større grad enig i at øremerking er nødvendig for å få til økt satsning. Representanter for kommuner med høy egenfinansieringsandel er som forventet mest positiv til påstanden om at plan- og rapporteringskravene ikke er en garanti for at utgiftene minst øker i samme takt som tilskuddene. På den annen side er de som oppgir en egenfinansieringsandel på over 75 % mest positiv til øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier som virkemiddel for å nå målsettingene i opptappingsplanen. Denne gruppen av kommuner er imidlertid liten.

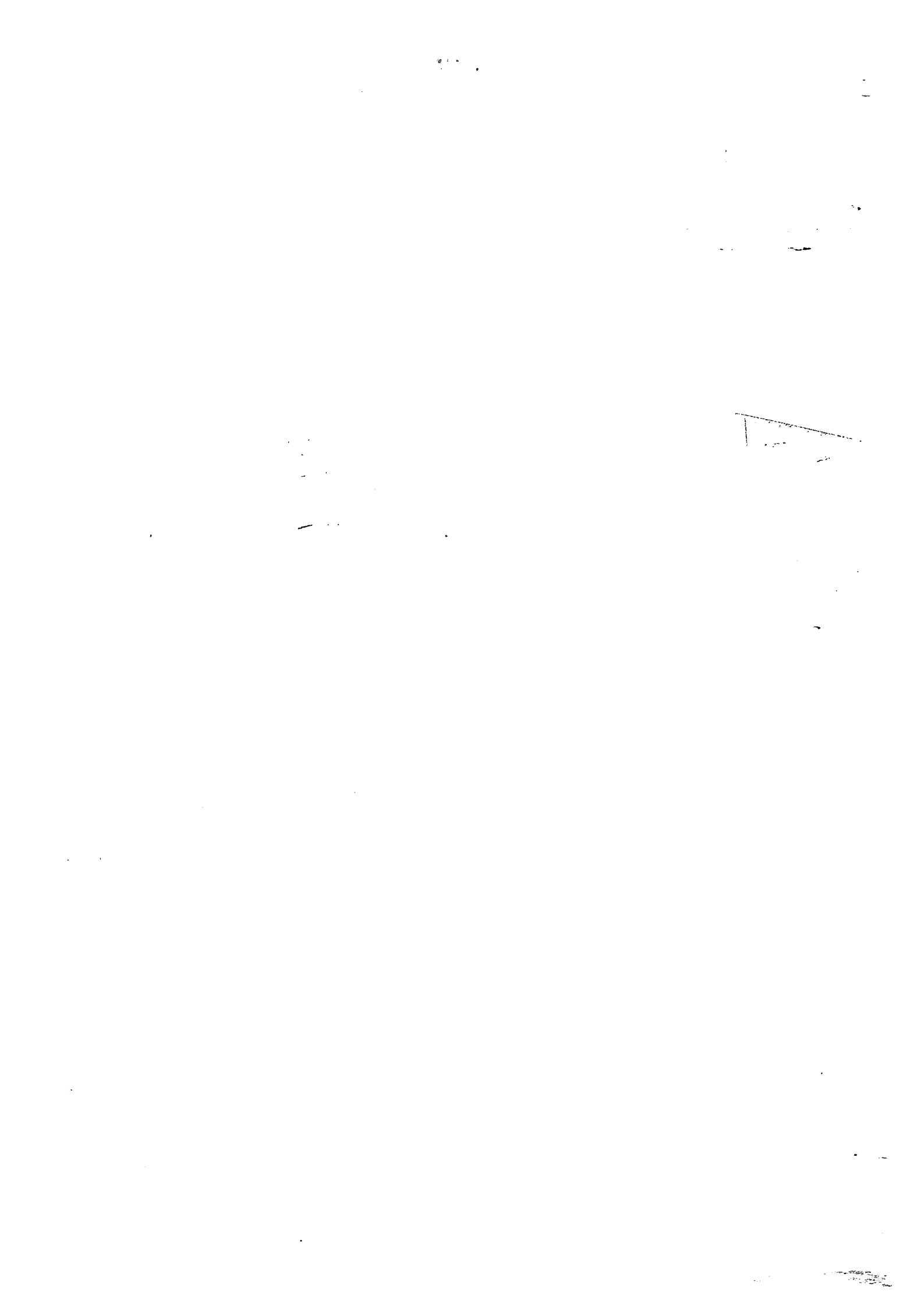
Store kommuner oppgir en høyere egenfinansieringsandel enn små kommuner. Svarfordelingen gir også inntrykk av et antatt større udekket utgiftsbehov blant store kommuner enn blant små kommuner. Svarfordelingen antyder også en negativ sammenheng mellom antatt underdekning og kommunens inntektsnivå. Svarfordelingen indikerer en sterkere politisk styring med bruken av de øremerkede tilskuddene i store kommuner og kommuner med lave frie inntekter per innbygger. Respondenter fra små kommuner er i noen grad mer positiv til at øremerking har betydning for kommunenes tilpasning, spesielt når det gjelder utformingen av tjenestetilbudet. Representanter for høyinntektskommunene er mer tilbøyelig til å være enig i at kommunen var kommet langt i å nå målsettingene før iverksettelsen av Opptappingsplanen. Disse er også i størst grad enig i at målsettingene i Opptappingsplanen legger føringer på organisatoriske løsninger, men i noe mindre grad enig i at de påvirker prioritering av tiltak/tilbud enn de øvrige. Men det er et stort flertall som er enig i sistnevnte påstand også blant høyinntektskommunene.

¹ Omlag 120 kommuner søkte om å delta i rammefinansieringsforsøket, 20 av disse ble plukket ut til å delta basert på kommunens størrelse, utgiftsbehov, inntektsnivå og geografiske spredning (Kommunal- og regionaldepartementet, Om rammefinansieringsforsøket).

I utvalget er det representanter for små kommuner som er mest negativt innstilt til økning i rammetilskudd som statlig tilskuddsordning, i den forstand at de oftere rangerer denne tilskuddsordningen på sisteplass av de fire alternativene som ble oppgitt. Representanter for store kommuner er mest negativt innstilt til øremerkede tilskudd fordelt etter søknad og aktivitetsbaserte tilskudd. Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier er oftest rangert på første plass i alle innbyggertallsgrupper.

Vi har her kun undersøkt bivariate sammenhenger mellom svarfordeling og henholdsvis kommunestørrelse og -inntekt. Det er høy grad av korrelasjon mellom kommunestørrelse og inntektsnivå. Kommunestørrelse og inntekt er også korrelert med andre kommunevariabler. Sammenhengene som er avdekket her kan endres ved kontroll for andre faktorer.

Vurderingene av virkemiddelbruken i Opptappingsplanen varierer med respondentens stilling i kommunen. Respondenter med sektortilknytning er generelt klart mer positiv til virkemidlene i Opptappingsplanen enn respondenter ansatt i sentraladministrasjon. Dette kan reflektere forskjeller i holdninger. Det kan imidlertid også tenkes å reflektere andre bakenforliggende faktorer som påvirker i hvilken grad rådmann/administrasjonssjef har bedt helse- og sosialsjef eller lignende besvare spørreskjemaet.



1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Stortinget vedtok i 1998 en 8-årig *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63 (1997-98), Innst.S. nr. 222 (1997-1998)). Opptappingsplanen innebærer en betydelig styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser både innenfor spesialisthelsetjenesten og når det gjelder det psykiske helsearbeidet i kommunene. Det er knyttet konkrete måltall for økning i tilbudet for spesifikke tiltak og tjenester. Totalrammen for planen er anslått til omlag 24 milliarder 1988-kroner, hvorav 6,3 millioner kroner skal brukes til investeringer. Driftsutgiftene skal trappes opp til et nivå i 2006 som vil være omlag 4,6 mrd kroner høyere enn i 1998 målt i faste priser. Av dette er 2,1 mrd. kroner, eller nær halvparten, knyttet til kommunale tjenester til voksne og barn. Driftsmidlene fordeles i hovedsak i tråd med kostnadsnøkkelen for helse- og sosialtjenesten i inntektssystemet. Tilskuddene gis som øremerkede tilskudd. Det er knyttet plan- og rapporteringskrav til utbetaling av tilskuddet. De statlige tilskudd skal komme som tillegg til kommunenes egen innsats, ikke erstatte denne (jmfør rundskriv I-4/99).

Norges forskningsråd er gitt i oppdrag å forestå en evaluering av Opptappingsplanen. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning bistår i evalueringen av kommunenes iverksetting av nasjonal plan med spesielt søkelys på effekten av øremerkede tilskudd. I den forbindelse ble det i 2002 gjennomført en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer om det psykiske helsearbeidet i kommunene og betydningen av Opptappingsplanen. Rådmennene/administrasjonssjefene ble bedt om å gi sin vurdering av virkemiddelbruken i Opptappingsplanen. Virkemiddelbruken vil i denne sammenhengen bety både øremerking og plan- og rapporteringskrav. Vi ønsket å få rådmennenes/administrasjonssjefenes vurdering av følgende spørsmål: Har valg av virkemidler betydning for kommunenes tilpasning og virker de etter hensikten? Anses øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier som den beste tilskuddsformen for å nå målene for det psykiske helsearbeidet i kommunene som er satt i Opptappingsplanen? Undersøkelsen gir også en grov beskrivelse av utvikling i utgifter og finansiering av det psykiske helsearbeidet i kommunene, samt politisk styring og forvaltning av de øremerkede tilskuddene. Spørreskjemaet er gjengitt i vedlegg. Denne rapporten presenterer resultatene av spørreundersøkelsen.

1.2 Statlig styring og kommunal iverksetting

Kommunenes ansvar og oppgaver overfor mennesker med psykiske lidelser følger av kommunenes ansvar og oppgaver overfor befolkningen generelt nedfelt i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Kommunene har likevel tidligere spilt en beskjeden rolle overfor denne gruppen, og ansett dette for institusjonspsykiatriens domene (Ramsdal 2002). Staten har vært pådriver i kommunaliseringen av psykiatrifeltet. En 5-årig handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse ble iverksatt i 1991. Fra 1995 ble det gitt et eget tilskudd til kommunene motivert ut fra omstruktureringen av tilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Den økte vekten på aktiv behandling og kortere oppholdstider i institusjon innen spesialisthelsetjenesten nødvendiggjorde en mer aktiv rolle for kommunene. St.meld. nr. 50 (1993-1994) *Samarbeid og styring - mål og virkemidler for*

en bedre helsetjeneste fremhevet kommunenes ansvar i forhold til mennesker med psykiske lidelser utenfor institusjon og pekte på behovet for en faglig opprustning av den primærkommunale helsetjenesten innenfor dette feltet. Dette ble fulgt opp i statsbudsjettet for 1995 med et øremerket tilskudd på 100 millioner kroner for å stimulere til kompetansebygging og utvidelse av tjenestetilbudet i kommunene. Tilskuddet til psykiatri i kommunene økte til 420 millioner kroner i 1998. Tilskuddene i perioden 1995-1998 ble i hovedsak fordelt etter antall innbyggere over og under 16 år. Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 kom som et resultat av Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (psykiatrimeldingen). Psykiatrimeldingen presenterte en gjennomgang av tilbudene til mennesker med psykiske lidelser og pekte på store udekkede behov. Konklusjonen var at behandlingsskjeden har brister i alle ledd. I sin behandling av psykiatrimeldingen etterlyste Sosialkomiteen en forpliktende nasjonal handlingsplan for psykiatrien som omfatter behovet for tjenestetilbud, tidsrammer for gjennomføring og en økonomisk forpliktende opptappingsplan for det øremerkede tilskuddet (Innst.S. nr. 258 (1996-1997)).

Staten har ulike virkemidler til rådighet med hensyn til å påvirke og regulere kommunesektoren. Utviklingstendensen i den statlige styringen av kommunesektoren har gått fra direkte former for kontroll og styring til indirekte former for styring med sterkere vekt på økonomiske insentiver og verdimeslig påvirkning. Styringen har også i større grad preg av rammestyring enn styring av enkeltvedtak eller gjennom krav til organisering (Kjellberg 1991). Staten styrer gjennom å sette opp mål for den kommunale virksomheten og bidrar i finansieringen, mens kommunene står relativt fritt i iverksettingen. Utformingen av Opptappingsplanen for psykisk helse kan ses i lys av denne utviklingen (Ramsdal m fl 2002). Staten setter i Opptappingsplanen rammene for tjenesteutviklingen i kommunene ved å liste opp prioriterte områder og grupper og å sette opp nasjonale måltall for utviklingen innen gitte tjenester. Staten stiller ikke krav til utforming, organisering og profesjonalisering av tjenestene. Tidligere var velferdsreformer nettopp knyttet til standardiserte organisasjonsløsninger og krav til spesifikk profesjonell kompetanse. Dette gjorde også iverksettingen relativt enkel og gjennomsiktig, og dermed også kriteriene for å vurdere hvorvidt iverksettingen skjedde etter intensjonene. Endring i innholdet i den statlige styringen må ses i sammenheng med kommunelovrevisjonen i 1992, som stilte kommunene friere med hensyn til å utforme sin egen organisasjon. Når det gjelder Opptappingsplanen for psykisk helse er også den statlige styringen formet av "normaliseringsideologien" som understreker kommunens allmenne forpliktelse overfor mennesker med hjelpe- og omsorgsbehov (Ramsdal 2002). Normaliseringstanken er en gjennomgående premiss i psykiatrimeldingen: å leve et mest mulig normalt liv er et grunnleggende velferdsgode. Kommunene skal legge tilrette for en mest mulig selvstendig tilværelse ved å tilby individuelt tilpassede tjenester knyttet til behov for helse- og omsorgstjenester, bolig, arbeid og kultur- og fritidsaktiviteter. Det skal ikke bygges opp en egen særomsorg i kommunene for mennesker med psykiske lidelser.

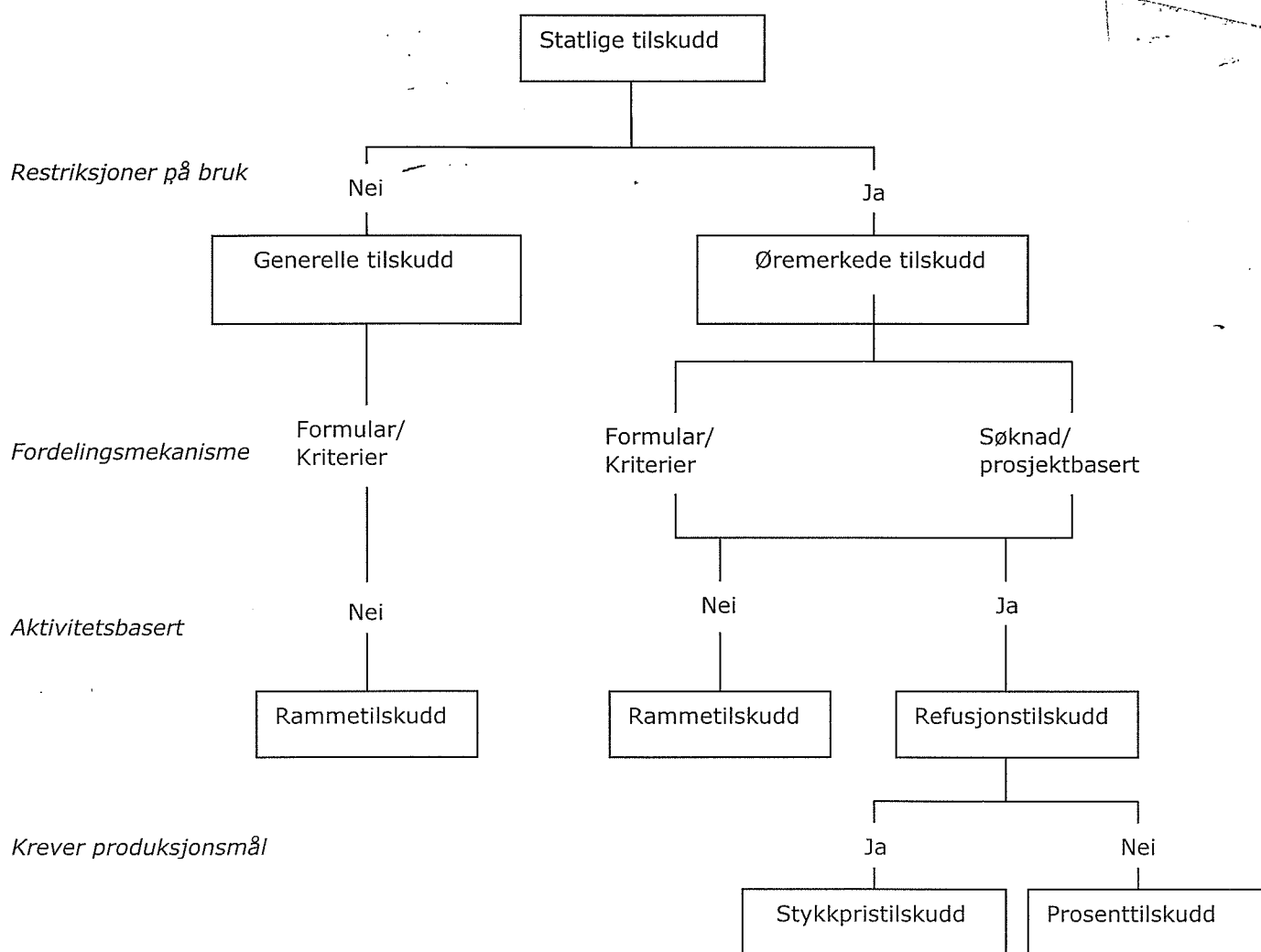
I tillegg til å sette de overordnede mål for tjenestene til mennesker med psykiske lidelser bidrar staten økonomisk i finansieringen av utbyggingen av tilbudet. Staten har i Opptappingsplanen valgt å videreføre ordningen med øremerkede tilskudd. Sosial- og helsedepartementets vurdering i psykiatriplanen var, på bakgrunn av erfaringene med innføring av øremerkede tilskudd i 1995, at øremerking er et egnet virkemiddel for å bygge opp tjenestetilbudene i kommunene. Det er en klar forutsetning at midlene skal komme i tillegg til og ikke i stedet for kommunenes egen innsats. Forslaget i psykiatrimeldingen innebærer imidlertid at tilskuddet på lengre sikt legges inn i rammetilskuddet i inntektssystemet.

Kommunenes frihet i iverksettingen av Opptappingsplanen gjør at den statlige monitoreringen av implementeringen er krevende. Det er opp til kommunene å avgrense mål og målgrupper lokalt, og å utforme tjenestene både med hensyn til innhold og organisering. Kravet til normalisering gjør det vanskelig å definere og avgrense både brukergrupper og ressursinnsats. For sikre at bruken av de øremerkede tilskuddene er i henhold til intensjonen har staten pålagt kommunene plan- og rapporteringskrav som står i kontrast til målsettingene om normalisering og integrering (Ramsdal m fl 2002). Utbetaling av tilskuddene forutsetter at kommunene har utarbeidet og vedtatt en handlingsplan for mennesker med psykiske lidelser som beskriver og tallfester omfanget av behov/udekkede behov, status for tjenestene

og som gir en plan for utbygging av tjenestene med tilhørende vurdering av økonomiske konsekvenser. Det stilles også krav om rapportering av bruken av de øremerkede tilskuddene og det skal dokumenteres at summen av videreførte og nye tiltak utgjør en aktivitetsøkning som minst tilsvarer tilskuddet som utbetales gjeldende år.

1.3 Alternative finansieringsordninger

Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier er en av flere mulige former for statlig medfinansiering av kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Valg av virkemiddel og vurdering av det valgte virkemidlet med hensyn til å nå oppsatte mål, må ses i lys av alternativene. En oversikt over ulike typer statlige tilskuddsordninger er gitt i figur 1.1.



Figur 1.1 Statlige tilskuddsordninger.

Et viktig formelt skille går mellom generelle tilskudd og øremerkede tilskudd. I det første tilfellet får kommunen tilført midler gjennom økning av rammetilskuddet i inntektssystemet. Det er ikke noen restriksjoner på bruken av tilskuddet. Tjenestetilbudet til mennesker med

psykiske lidelser bygges ut i den grad det er i tråd med kommunens preferanser for utviklingen av tjenestetilbudene generelt.

Fellesnevneren for ulike former for øremerkede tilskudd er at bruken er begrenset til et gitt formål, her tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Utover det kan øremerkede tilskudd være av svært ulik karakter. For det første er det et vesentlig skille mellom øremerkede tilskudd som fordeles etter et gitt formular og tilskudd som fordeles etter søknad, for eksempel på prosjektbasis. Innenfor disse hovedtypene er det et skille mellom tilskudd som er aktivitetsbasert og tilskudd som gis i form av en fast ramme. Den valgte ordningen for statlig medfinansiering i Opptrappingsplanen er av den siste typen. Driftstilskuddet er et øremerket rammetilskudd som fordeles etter gitte kriterier. Ordningen med Innsatsstyrt finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste er eksempel på statlig medfinansiering av typen aktivitetsbaserte tilskudd.

At tilskuddet er aktivitetsbasert vil si at kommunens egen ressursinnsats påvirker størrelsen på tilskuddet. Aktivitetsbaserte tilskudd er en form for statlig subsidiering tjenesteproduksjonen som endrer de lokale kostnadsforholdene ved at marginalkostnaden for kommunen ved å øke produksjonen av den aktuelle tjenesten reduseres. Tilskuddene har en prisvridende effekt: tjenester som omfattes av refusjonsordningen blir relativt sett billigere, mens tjenester som ikke mottar aktivitetsbaserte tilskudd blir relativt sett dyrere for kommunen (NOU 1997: 8). Aktivitetsbaserte tilskudd kalles derfor ofte prisvridende tilskudd, mens øremerkede rammetilskudd kalles for ikke-prisvridende tilskudd siden den statlige overføringen ikke er direkte knyttet til kommunens egen ressursinnsats.

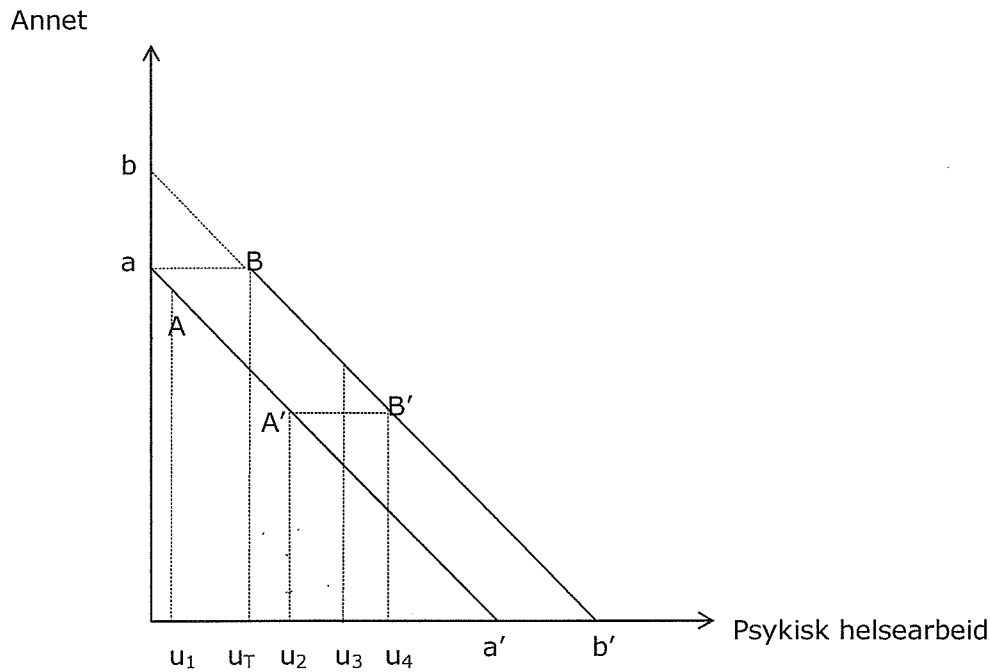
Aktivitetsbaserte tilskudd kan inndeles etter hva som er refusjonsgrunnlaget, og en skiller da gjerne mellom enhetstilskudd eller stykkpristilskudd og prosenttilskudd. Med et stykkpristilskudd mottar kommunene et fast beløp per produserte enhet av tjenester som inngår i refusjonsordningen. Prosenttilskudd innebærer at staten dekker en gitt prosent av de påløpte utgiftene. Refusjonstilskudd er valgt i forhold til fordeling av investeringsmidlene i Opptrappingsplanen. Kommunene skal stimuleres til å bygge omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser. Staten refunderer kommunenes investeringskostnader med inntil 740 000 kroner per omsorgsbolig². Et annet kjennetegn ved aktivitetsbaserte tilskudd som ikke er illustrert i figuren er hvorvidt staten setter et tak på de totale utbetalingene innenfor ordningen. Dette er tilfellet med investeringstilskuddet i Opptrappingsplanen. Tilskuddsordningene for omsorgsboliger dimensjoneres i tråd med det totale investeringsbeløpet i Opptrappingsplanen. I St.prp. nr. 63 (1997-98) anslås det samlede investeringsbehovet i kommunene til vel 2,5 milliarder kroner.

1.4 Effekten av øremerkede tilskudd for det psykiske helsearbeidet i kommunene

Øremerking skal bidra til at de statlige midlene faktisk kommer psykisk helsearbeid til gode, mens det at de gis i form av faste tilskudd fordelt etter objektive kriterier bidrar til forutsigbarhet i forhold til fordelingen av tilskuddet mellom kommunene og i forhold til den samlede økonomiske forpliktelsen staten pådrar seg gjennom Opptrappingsplanen. Øremerking er imidlertid under visse betingelser ikke tilstrekkelig til å sikre at tilskuddene i sin helhet kommer psykisk helsearbeid til gode, i den forstand at tilskuddene kommer i tillegg til og ikke som erstatning for kommunenes egenfinansiering. Hvilken effekt tilskuddet kan forventes å ha på det psykiske helsearbeidet i kommunene avhenger av flere faktorer, blant annet knyttet til forhold diskutert i avsnitt 1.2.

Figur 1.2 som viser kommunes budsjettrestriksjon med og uten det øremerkede rammetilskuddet danner utgangspunkt for drøftingen av effekten av den tilskuddsformen som er valgt i Opptrappingsplanen.

² Staten gir et kontant tilskudd pluss tilskudd til dekning av renter og avdrag på investeringslån.



Figur 1.2 Øremerkede tilskudd og kommunens budsjettrestriksjon.

Figuren gir et forenklet bilde av kommunens beslutningsproblem og fokuserer på utgiftsbeslutningene vedrørende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Figuren viser derfor kun fordelingen av kommunens inntekter på psykisk helsearbeid og samlesekken "annet", som inkluderer all annen kommunal virksomhet³. Linjen a-a' viser budsjettrestriksjonen før tildeling av øremerket tilskudd til psykisk helsearbeid. Gitt at de samlede utgiftene ikke skal overstige inntektene kan kommunen velge kombinasjoner av psykisk helsearbeid og "annet" som ligger innenfor eller langs budsjettlinjen a-a'. I førstnevnte tilfelle bruker ikke kommunen hele inntekten. Vi ser bort fra denne muligheten her og konsentrerer oss om tilpasninger langs budsjettlinjen.

Kommunen får et tilskudd fra staten øremerket psykisk helsearbeid. Størrelsen på tilskuddet er gitt ved linjestykket a-B⁴. Den nye budsjettlinjen til kommunen vil nå være B-B'. Kommunen må *minst* bruke a-B på psykisk helsearbeid. Utover det er restriksjonen at tilpasningen må skje langs linjen B-b'. Dersom tilskuddet ble gitt som en økning i rammetilskuddet ville den nye budsjettlinjen blitt b-b'. Kommunen ville da hatt anledning til å bruke mindre enn a-B på psykisk helsearbeid og kunne tilpasset seg langs linjestykket b-B.

Hva er så effekten av å innføre øremerket tilskudd? Dette er avhengig av kommunens tilpasning i utgangspunktet. Figuren viser to mulige tilpasninger langs den opprinnelige budsjettlinjen a-a'; A og A' med tilhørende utgifter til psykisk helsearbeid på henholdsvis u_1 kroner og u_2 kroner. Med tilpasning A bruker kommunen relativt lite på psykisk helsearbeid, og mindre enn størrelsen på tilskuddet a-B. Dersom tilskuddet ble gitt som rammetilskudd kunne kommunen i dette tilfellet valgt en tilpasning langs b-B, med en relativt sett jevn fordeling av økningen av rammetilskuddet på psykisk helsearbeid og "annet". Øremerking vil i tilfelle A "tvinge" kommunen opp på ett minimumsnivå gitt ved punkt B, dvs. opp på et utgiftsnivå på u_T kroner.

³ Vi gjør enda en forenkling og ser på utgiftsnivå, dvs. normaliserer prisene til 1.

⁴ a-B viser altså hvor mye psykisk helsearbeid kommunen kan finansiere gjennom tilskuddet. Dette tilsvarer u_T kroner.

I punkt B har også kommunens utgifter til "annet" økt litt. Jo mer kommunen i utgangspunktet bruker på psykisk helsearbeid jo mindre viktig blir øremerkingen når det gjelder å "tvinge" kommunen til å bruke tilskuddet til å øke utgiftene til psykisk helsearbeid, dvs. jo større blir den forventede "lekkasjen" til annen kommunal aktivitet. Dette er vist i eksemplet med opprinnelig tilpasning i punkt A'.

Med tilpasning A' bruker kommunen i utgangspunktet et beløp på psykisk helsearbeid som er større enn tilskuddet, dvs. at tilskuddet ikke virker i forhold til å "tvinge" kommunen opp på et minimumsnivå. Det øremerkede tilskuddet vil i dette tilfellet virke på samme måte som en økning i rammetilskuddet. Typisk vil kommunen da øke både utgiftene til psykisk helsearbeid og "annet" (dvs. velge et punkt langs B-b'-linjen til venstre for punkt B', for eksempel utgiftsnivå u_3)⁵, og den relative fordelingen er bestemt av kommunenes preferanser/ prioriteringer.

Denne enkle figurdrøftingen viser to implikasjoner med hensyn til effekten av øremerkede rammetilskudd på kommunenes tilpasning (Fisher 1996). For det første er effekten av øremerking på kommunens utgifter til psykisk helsearbeid bestemt av om øremerkingen er bindende eller ikke. Øremerking, dvs. restriksjoner på bruken av tilskuddet, vil kun påvirke kommunens tilpasning dersom kommunens ønskede utgiftsnivå til psykisk helsearbeid er mindre enn størrelsen på tilskuddet, dvs. mindre enn u_T . Med ønsket utgiftsnivå som er større enn u_T vil øremerket rammetilskudd til psykisk helsearbeid ha samme effekt som en tilsvarende økning i det generelle rammetilskuddet. For det andre, uten andre restriksjoner enn at øremerking setter en nedre grense for utgiftene til psykisk helsearbeid, vil vi generelt få en "lekkasje" til øvrig kommunal virksomhet. Øremerking er ikke en garanti for at utgiftene til psykisk helsearbeid øker tilsvarende størrelsen på tilskuddet.

Alternativt kunne staten for eksempel valgt et refusjonstilskudd/aktivitetsbasert tilskudd i den statlige finansieringen av kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Refusjonstilskuddet innebærer som diskutert i avsnittet over at størrelsen på tilskuddet varierer med nivå på tjenesteproduksjonen. Hvordan virker et refusjonstilskudd tilskudd i forhold til et øremerket rammetilskudd? Et refusjonstilskudd, enten i form av et stykkpristilskudd eller et prosenttilskudd, endrer det relative prisforholdet mellom psykisk helsearbeid og annen kommunal aktivitet. Dette vil i figur 1.2 si at budsjettlinjen blir slakkere. Prisen på psykisk helsearbeid reduseres i forhold til prisen på annen aktivitet. En gitt overføring av kommunale midler fra annen aktivitet til psykisk helsearbeid vil gi en større økning innen psykisk helsearbeid med statlig subsidiering i form av et refusjonstilskudd enn uten. Budsjettlinjen vil både med og uten refusjonstilskudd starte i punkt a: kommunene kan uansett ikke få mer enn a av andre kommunale tjenester ("annet") dersom kommunen ikke bruker noe på psykisk helsearbeid. Jo større utgifter til psykisk helsearbeid jo større blir kommunens samlede inntekter.

Et resultat fra økonomisk teori er at et refusjonstilskudd forventes å virke mer ekspansivt på den aktuelle tjenesten enn tilskudd med fast ramme (Fisher 1996). Begge tilskuddsformene virker gjennom at kommunenes samlede inntekt øker. Dette forventes å ha en positiv effekt på kommunens ønskede utgiftsnivå. Et refusjonstilskudd virker i tillegg gjennom en prisvridning som gjør tjenestene som inngår i refusjonsordningen relativt sett billigere og dette gir isolert sett en prioriteringseffekt til fordel for disse tjenestene. Dette innebærer også at et refusjonstilskudd forventes å være mer treffsikkert i den forstand at den forventede lekkasjen til andre tjenester er mindre.

Refusjonstilskudd av typen stykkpristilskudd forutsetter at man har et veldefinert produksjonsmål. Alternativt kan dokumenterte utgifter benyttes som utgangspunkt for refusjon. Dette forutsetter at utgiftene kan identifiseres. Begge deler er vanskelig når det gjelder psykisk helsearbeid i kommunene. Produksjonen er sammensatt og krevende å måle, samtidig som at organiseringen av tjenestene gjør det vanskelig å skille ut utgiftene. Refusjons-

⁵ Lengden på linjestykket A'-B' tilsvarer lengden på linjestykket a-B. Tilpasning i punkt B' med utgiftsnivå u_4 innebærer, i tilfelle med opprinnelig tilpasning i punkt A', at kommunen velger å bruke hele tilskuddet på psykisk helsearbeid og det er ingen "lekkasje" til annen kommunal aktivitet.

tilskudd er derfor i liten grad aktuelt for tjenester til mennesker med psykiske lidelser i kommunene.

Et annet problem med refusjon av påløpte utgifter er at det svekker kommunens insentiv til kostnadseffektiv drift. Jo høyere enhetskostnader jo større overføringer. Kommunene vil kun delvis nyte godt av eventuelle kostnadsbesparelser siden de statlige overføringene reduseres. Jo høyere refusjonssats jo svakere er insentivene til kostnadseffektiv drift.

Refusjonstilskudd innebærer også mindre kontroll med totalrammen for staten. Refusjonstilskudd kan også tenkes å bidra til å forsterke skjevheter i satsningen på psykisk helsearbeid i kommunene. Kommuner med god økonomi er i større grad i stand til å bidra med nødvendig egenfinansiering. Høy refusjonsandel reduserer problemet med kravet til egenfinansiering men svekker samtidig statens kontroll over de samlede kostnadene ved satsningen.

En tredje mulighet når det gjelder statlig medfinansiering i form av øremerkede tilskudd er fordeling etter søknad. Det gir staten stor grad av kontroll over total kostnadsramme samtidig som staten kan styre fordeling mellom kommunene til de som har størst behov for et løft. Denne tilskuddsformen innebærer imidlertid i mindre grad en forpliktelse for kommunene til å bygge ut tjenestene, siden det i dette tilfelle vil være opp til kommunene selv om de vil søke om midler. Det vil også gi uheldige signaler for kommunenes egeninnsats på andre satsningsområder dersom foregangskommuner som har bygd ut et godt tjenestetilbud på eget initiativ blir "straffet" ved at de ikke får innvilget søknad om midler.

Plan- og rapporteringskravene knyttet til utbetaling av tilskudd kan ses på som et forsøk fra statens side å kombinere øremerking med andre virkemidler som skal bidra til å redusere lekkasjen til andre kommunale aktiviteter, dvs. få kommunen til å velge en tilpasning lik/nær punkt B' i figur 1.2. Utbetaling av tilskuddet forutsetter for det første at det foreligger en politisk vedtatt plan for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Kommunene er også pålagt å rapportere bruken av de øremerkede tilskuddene til fylkeslegene. Rapporteringen skal både dokumentere at tilskuddet er brukt på psykisk helsearbeid og hvordan kommunen velger å prioritere mellom de ulike satsningsområdene i Opptappingsplanen. Rapporteringen vil også danne grunnlag for resultatoppfølging i forhold til de vedtatte planene for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Kravet om at tilskuddene skal komme i tillegg til og ikke erstatte kommunens egeninnsats kan ses på et forsøk fra myndighetenes side på å fremtvinge en prioriteringseffekt også i tilfelle med øremerket rammetilskudd (NOU 1997:8).

På grunn av at psykisk helsearbeid organisatorisk i stor grad er integrert med kommunens øvrige tilbud, er det vanskelig å skille ut utgiftene til, og ofte også personellinnsatsen innen, psykisk helsearbeid. Kommunene rapporterer av den grunn kun bruken av de øremerkede midlene. Rapporteringen fanger derfor ikke opp faktisk økning/endring i kommunenes samlede satsning, og kommunene kan derfor redusere egeninnsatsen i forhold til tiltak og tjenester de tidligere finansierte med frie midler uten at dette avdekkes gjennom rapporteringen. Plan og rapporteringskravene kan likevel tenkes å virke etter hensikten fordi plankravene i stor grad innebærer en intensjon om utbygging av tilbudet, og rapporteringskravene sammen med plankravene bidrar til økt fokus på og bevissthet omkring kommunenes forpliktelser i forhold til mennesker med psykiske lidelser. For kommuner som hadde lav eller tilnærmet ingen egeninnsats i utgangspunktet vil rapporteringskravene virke bindende. Øremerking vil i disse kommunene sikre at utgiftene til psykisk helsearbeid vokser tilnærmet i takt med tilskuddet.

Figurdrøftingen foran viser at forventet effekt av øremerking i stor grad avhenger av størrelsen på kommunens egeninnsats i utgangspunktet. Dette blir bekreftet i en empirisk studie av Rongen (1995). Også for de prisvridende tilskuddene innen barnehagesektoren ser det ut til at tilskuddene har sterkest effekt i de kommunene der tilbudet i utgangspunktet er lavest. Tilskuddene har mer beskjeden effekt i kommunene med høy dekning, noe som innebærer stor grad av lekkasje til andre sektorer i disse kommunene. Kommunenes utgangspunkt innen psykisk helsearbeid ved Opptappingsplanens start er trolig høyst ulik, og effekten av tilskuddene må forventes å variere tilsvarende.

Øremerking er altså effektivt i en situasjon hvor kommunenes egeninnsats på området er lav, eller for tjenester med høy/voksende etterspørsel der staten ønsker en rask oppbygging

av tilbudet. En kan forvente av effekten av øremerking avtar og blir relativt liten etter en periode med utbygging av tjenestetilbudet. Intensjonen i psykiatriplanen om å innlemme tilskuddet i det generelle rammetilskuddet i inntektssystemet på sikt er i tråd med dette.

Statens psykiatrisatsing omfatter også spesialisthelsetjenesten. Virkemiddelbruken er i stor grad den samme: nasjonale måltall for utvikling av tjenestene, statlig medfinansiering i form av øremerkede rammetilskudd kombinert med plan- og rapporteringskrav. Det finnes noen studier som undersøker empirisk effekten av de øremerkede tilskuddene til psykisk helsevern. Gullhaugen (1999) finner at tilskuddene har hatt en sterk langsiktig effekt på pasientrettet sysselsetting. Effekten på total sysselsetting innen psykisk helsevern er imidlertid svak. Resultatene tolkes til å indikere små eller ingen lekkasjer til andre sektorer. Halsteinli m fl (2001) undersøker effektene av både øremerkede tilskudd til psykisk helsevern og Innsatsstyrt finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Resultatene også fra denne studien tyder på at det i liten grad forekommer lekkasjer over mot somatisk sektor av de øremerkede rammetilskuddene til psykisk helsevern. At de øremerkede rammetilskuddene synes å være relativt treffsikre innen psykisk helsevern kan ha sammenheng med at plan- og rapporteringskravene er effektive, dvs. at de i stor grad virker bindende. Det er relativt lett å følge utviklingen innen spesialisthelsetjenesten. Målgruppen er relativt klart definert og behandlingsvolumet kan følges gjennom innrapporterte pasientdata. Likeledes kan også ressursbruken, både utgifter og personellbruk, måles. Dette gjør at staten direkte kan følge utviklingen i spesialisthelsetjenesten og etterprøve kravet til aktivitetsøkning.

1.5 Kommunenes vurdering av virkemidlene i Opptappingsplanen

Som diskutert over vil øremerkede rammetilskudd fordelt etter objektive kriterier (ikke-prisvridende tilskudd) virke som en økning av rammetilskuddet dersom i) kommunenes utgifter på forhånd er større enn tilskuddet, og ii) plan- og rapporteringskravene ikke er effektive med hensyn til å redusere lekkasjer til annen kommunal virksomhet. Det er derfor viktig å undersøke hvordan de øremerkede tilskuddene virker og om de virker etter hensikten. For å belyse dette er det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer om det psykiske helsearbeidet i kommunene og betydningen av Opptappingsplanen. Undersøkelsen danner grunnlag for indirekte, dvs. via rådmennenes vurdering av virkemidlene, å undersøke om virkemidlene som er valgt i Opptappingsplanen virker etter hensikten.

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen er å innhente informasjon om kommunenes vurderinger av virkemiddelbruken i Opptappingsplanen. Utgangspunktet for undersøkelsen er ikke å studere variasjoner i virkelighetsforståelse og vurderinger internt i den enkelte kommune. Vi har valgt å henvende oss til rådmannen/administrasjonssjefen fordi de i kraft av sin stilling som øverst administrativt ansvarlig i kommunen kan stå som representant for kommunen. Videre har rådmann/administrasjonssjef en overordnet og koordinerende rolle i forhold til økonomi og planlegging av tjenester og må forventes å ha kjennskap til økonomiske og forvaltningsmessige sider ved Opptappingsplanen. I og med at undersøkelsen er basert på en persons anslag og vurderinger må svarene tolkes med forsiktighet. Undersøkelsen vil likevel gi en indikasjon på utvikling og variasjon innen det psykiske helsearbeidet i kommunene og også kunne gi en pekepinn om virkemidlene i Opptappingsplanen anses å være hensiktsmessige.

I 2000 ble det iverksatt et forsøk med tildeling av øremerkede tilskudd som rammetilskudd. 20 kommuner ble etter søknad valgt ut som forsøkskommuner. De øremerkede tilskuddene gitt i forbindelse med Opptappingsplanen inngår i rammefinansieringsforsøket. Et spesielt tilpasset spørreskjema ble sendt til forsøkskommunene.

Hovedspørsmålene som belyses i denne rapporten er:

- Er øremerking nødvendig for å nå målsettingene i Opptappingsplanen?
- Er plan- og rapporteringskravene en betingelse for at øremerking virker?

- Har Opptappingsplanen lagt føringer på kommunenes prioriteringer av tiltak og tjenester og for valg av organisatoriske løsninger?
- Hvilken betydning har Opptappingsplanen hatt for kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser?
- Er øremerkede rammetilskudd fordelt etter objektive kriterier det best egnede økonomiske virkemidlet for å nå målsettingene i Opptappingsplanen?

I tillegg belyser undersøkelsen ulike sider ved kommunens utgifter, finansiering og behov innen psykisk helsearbeid, og spørsmål knyttet til politisk styring og forvaltning av tilskuddene. Blant annet er rådmennene bedt om å anslå (innenfor gitte svaralternativer) hvor stor andel av utgiftene til psykisk helsearbeid som finansieres av de øremerkede tilskuddene i Opptappingsplanen og å anslå utviklingen i egenfinansieringsandelen.

Kommunenes preferanser for utgiftssammensetning bestemmer hvordan kommunene responderer på det øremerkede tilskuddet til mennesker med psykiske lidelser. Vurderingene av virkemidlene i Opptappingsplanen kan derfor også variere med kommunenes preferanser for utgiftssammensetning. Tre forhold som kan knyttes til preferanser for utgiftssammensetning undersøkes nærmere i denne rapporten:

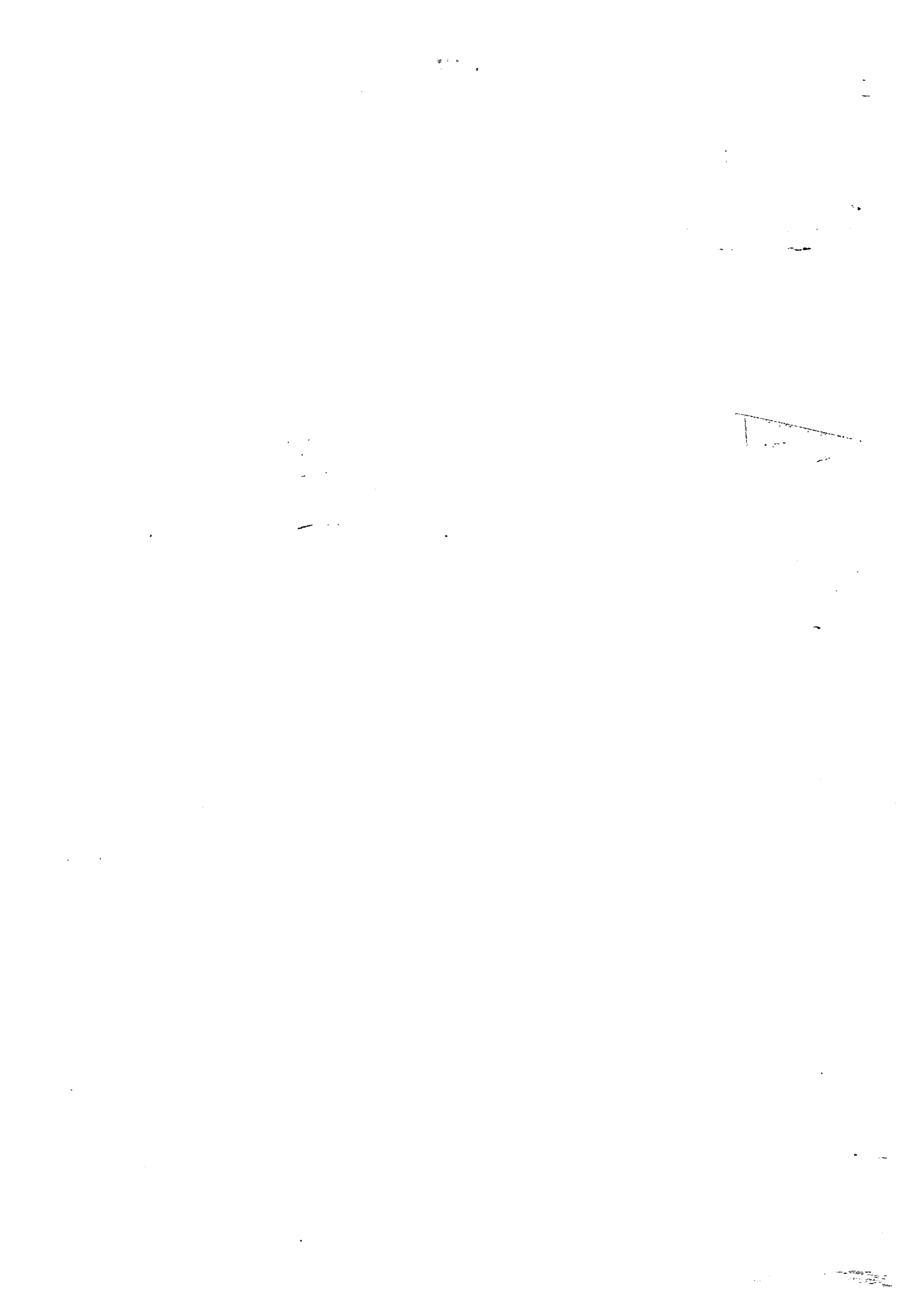
- Egenfinansieringsandel
- Kommunestørrelse
- Nivå på kommunens frie inntekter (skatt og generelt rammetilskudd)

Egenfinansieringsandel benyttes her som tilnærming til nivå på kommunenes utgifter. Vi forventer at kommuner med lav egenfinansieringsandel i større grad er bundet av øremerkningen enn andre kommuner, jfr diskusjonen i forrige avsnitt. Tidligere analyser av kommunenes utgiftssammensetning viser at kommunestørrelse- og inntekt har betydning for kommunenes økonomiske tilpasning (Rattsø 1989, Kalseth 2003). Kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid og vurderinger av virkemidlene i Opptappingsplanen forventes derfor også å variere med kommunestørrelse- og inntekt.

For en stor del av kommunene er det ledere på sektornivå som har besvart skjema. Hvorvidt vurderingen av virkemidlene i Opptappingsplanen varierer med respondentens stilling undersøkes også.

Resten av rapporten er bygd opp på følgende måte: I kapittel 2 diskuteres datamaterialet. Kapittel 3 presenterer resultatene med hensyn til utgifter, finansiering og behov innen det psykiske helsearbeidet i kommunene, mens politisk styring og forvaltning av de øremerkede tilskuddene er tema for kapittel 4. Kapittel 5 diskuterer vurderingene av virkemiddelbruken i Opptappingsplanen, herunder rangering av ulike statlige tilskuddsordninger i forhold å nå målsettingene i Opptappingsplanen. Kapittel 6 undersøker variasjoner i effekten av virkemidlene mellom kommunene ved å undersøke om vurdering av øremerking og plan- og rapporteringskrav varierer med egenfinansieringsandelen. Betydningen av kommunestørrelse og -inntekt og respondentens stilling i kommunen i forhold til vurderinger og virkelighetsbeskrivelser undersøkes i henholdsvis kapittel 7 og 8.

Benevnelsen kommune blir også brukt når det refereres til respondentenes svar på spørsmålene. Dette er gjort for å lette den språklige fremstillingen og betyr ikke at respondentens vurderinger reflekterer vurderingene til alle relevante aktører i kommunen.



2 Om datamaterialet

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i 2002. Spørreskjemaet ble sendt ut til samtlige av landets kommuner med unntak av Oslo. Etter én runde med puring har vi fått inn svar fra 278 av de 413 kommunene som mottar øremerkede tilskudd, og fra 13 av de 20 rammefinansieringsforsøkskommunene. Det gir en svarprosent på 65 for forsøkskommunene og 67 for de øvrige kommunene. Tabellene 2.1-2.3 viser utvalget fordelt etter henholdsvis folketall, inntektsnivå og fylke sammenlignet med fordelingen av alle kommunene i Norge. Forsøkskommunene er holdt utenfor.

Det er jevnt over en god fordeling med hensyn til kommunestørrelse. Svarprosenten er høyest blant mellomstore kommuner (10 000-25 000 innbyggere). Men det er ingen entydig sammenheng mellom kommunestørrelse og svarprosent. Det er også en jevn fordeling med hensyn til størrelse på frie inntekter⁶. Svarprosenten varierer fra 60 for kommuner med over 35 000 kroner per innbygger i frie inntekter til 70 for gruppen av kommuner med inntektsnivå under 22 500 kroner per innbygger. Det er liten forskjell i svarprosent for mellomgruppene. Det vil si at høyinntektskommunene er noe underrepresentert og lavinntektskommunene er noe overrepresentert. Det er geografiske variasjoner i svarfordelingen. Men vi finner ikke et entydig geografisk mønster. Ytterpunktene er Aust-Agder med en svarprosent på 40 og Nord-Trøndelag med en svarprosent på over 90.

Tabell 2.1 Utvalget fordelt etter befolkningsstørrelse, sammenlignet med alle kommuner. Ikke forsøkskommuner. Prosentfordeling.

Innbyggertall	Utvalg		Alle kommuner	
	Andel	Antall	Andel	Antall
Under 1 000	4,7	13	5,3	22
1 000-1 999	15,1	42	17,2	71
2 000-2 999	14,4	40	14,8	61
3 000-4 999	21,9	61	19,4	80
5 000-6 999	8,6	24	10,9	45
7 000-9 999	9,7	27	9,9	41
10 000-14 999	10,4	29	8,7	36
15 000-19 999	6,1	17	4,4	18
20 000-24 999	2,9	8	2,4	10
25 000-34 999	2,2	6	2,7	11
35 000-59 999	2,5	7	2,9	12
Over 60 000	1,4	4	1,5	6
Totalt	100,0	278	100,0	413

⁶ Frie inntekter måles som summen av rammetilskudd og skatt på inntekt og formue, inklusive naturressursskatten.

Tabell 2.2 Utvalget fordelt etter størrelsen på frie inntekter per innbygger, sammenlignet med alle kommuner. Ikke forsøkskommuner. Prosentfordeling.

Frie inntekter (kr. per innbygger)	Utvalg		Alle kommuner	
	Andel	Antall	Andel	Antall
Under 22 500	29,5	82	28,3	117
22 500-24 999	18,3	51	18,2	75
25 000-29 999	22,3	62	22,5	93
30 000-34 999	15,8	44	15,5	64
Over 35 000	14,0	39	15,5	64
Total	100,0	278	100,0	413

Tabell 2.3 Utvalget fordelt etter fylke, sammenlignet med alle kommuner. Ikke forsøkskommuner. Prosentfordeling.

Fylke	Utvalg		Alle kommuner	
	Andel	Antall	Andel	Antall
Østfold	4,3	12	4,1	17
Akershus	6,1	17	4,8	20
Hedmark	3,6	10	5,1	21
Oppland	5,8	16	5,8	24
Buskerud	5,0	14	4,8	20
Vestfold	3,2	9	3,1	13
Telemark	4,7	13	4,4	18
Aust-Agder	2,2	6	3,6	15
Vest-Agder	2,9	8	3,4	14
Rogaland	6,5	18	5,8	24
Hordaland	7,6	21	8,0	33
Sogn og Fjordane	6,1	17	6,3	26
Møre og Romsdal	7,9	22	8,7	36
Sør-Trøndelag	5,4	15	5,6	23
Nord-Trøndelag	7,6	21	5,6	23
Nordland	10,1	28	10,7	44
Troms	6,5	18	5,8	24
Finnmark	4,7	13	4,4	18
Totalt	100,0	278	100,0	413

Selv om spørreskjema er stilet til rådmann/administrasjonssjef er skjemaet for en stor del av kommunene besvart av en person i en annen stilling. Et viktig skille går mellom rådmenn/administrasjonssjef og andre med stilling i sentraladministrasjon og de med sektortilknytning. Fordelingen av kommuner på de to gruppene respondenter er vist i tabell 2.4. For nær en fjerdedel av forsøkskommunene er det en person på sektor/etat/tjenestenivå som har besvart skjemaet. Andelen med sektortilknytning er høyere for de øvrige kommunene, i overkant av 40 prosent.

Rådmann eller administrasjonssjef har fylt ut skjema i 80 prosent av kommunene hvor utfyller er tilknyttet sentraladministrasjonen. Når utfyller er en person med sektortilknytning er skjema oftest fylt ut av helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgssjef ol.

Tabell 2.4 Respondentens stilling. Prosentfordeling.

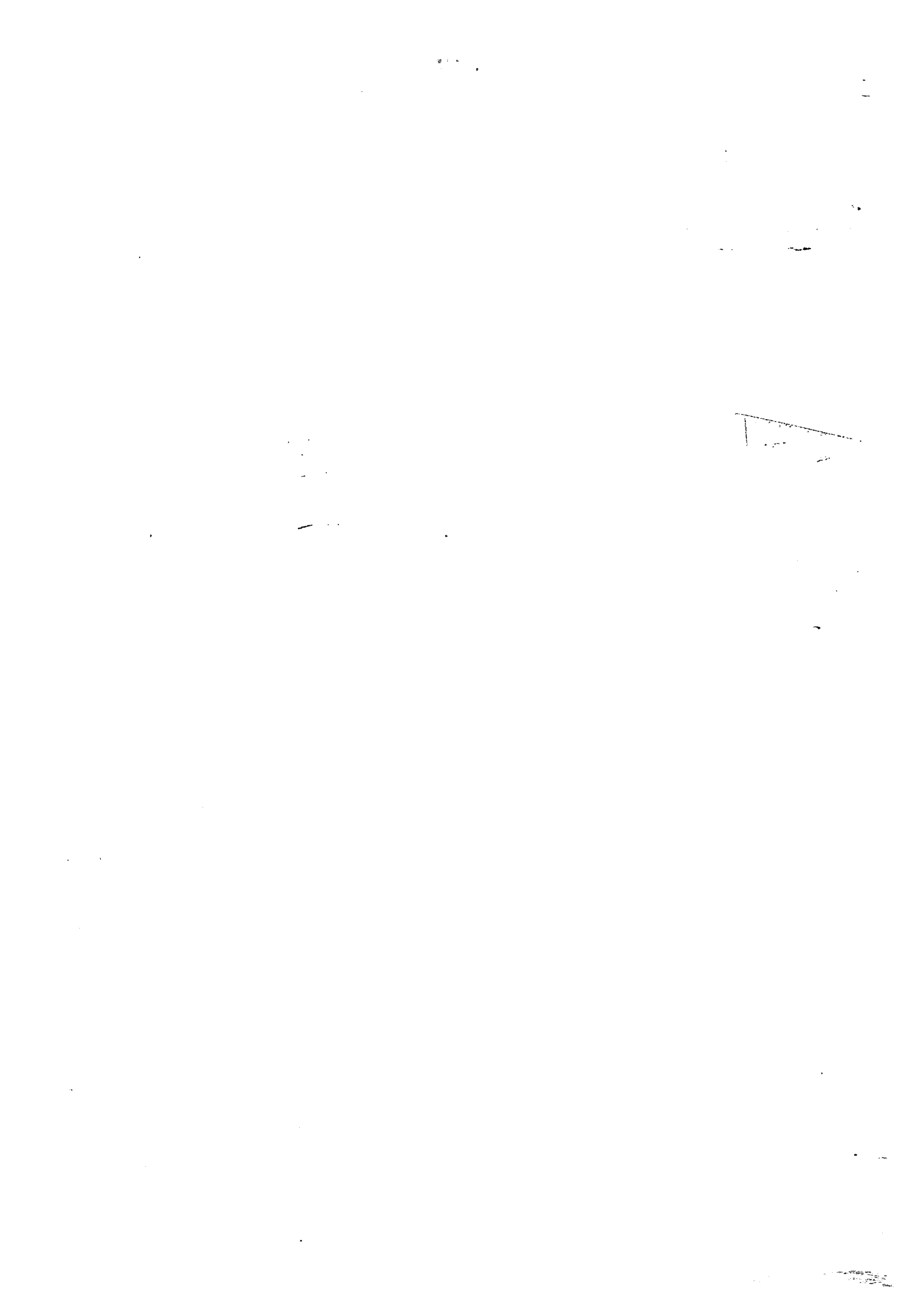
Stilling	Ikke forsøkskommuner		Forsøkskommuner	
	Andel	Antall	Andel	Antall
Rådmann/sentraladm.	54,3	151	76,9	10
Sektornivå	42,1	117	23,1	3
Ubesvart	3,6	10		
Totalt	100,0	278	100,0	13

Tabell 2.5 viser respondentens stilling etter kommunestørrelse. Kanskje noe overraskende er skjema oftere fylt ut av rådmann, eller annen person i sentraladministrasjonen, i de største kommuner enn i de minste kommunene.

Tabell 2.5 Respondentens stilling. Etter kommunestørrelse. Ikke prøvekommuner. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Rådmann/sentraladm.	Sektornivå	Totalt
Under 3000	55,1	44,9	100,0
	(49)	(40)	(89)
3000-4999	54,1	45,9	100,0
	(33)	(28)	(61)
5000-9999	51,0	49,0	100,0
	(25)	(24)	(49)
10000-19999	64,4	35,6	100,0
	(29)	(16)	(45)
20000-34999	57,1	42,9	100,0
	(8)	(6)	(14)
Over 35000	70,0	30,0	100,0
	(7)	(3)	(10)

En av kommunene som returnerte skjema har ikke besvart noen av spørsmålene med begrunnelse at vedkommende har vært svært kort tid i stillingen og derfor ikke føler seg kompetent til å svare. Denne kommunen er holdt utenfor i analysene nedenfor. Ikke alle respondenter har svart på samtlige spørsmål, slik at andelen ubesvart varierer noe mellom spørsmålene.



3 Utgifter, finansiering og behov

3.1 Innledning

På grunn av at tjenestene til mennesker med psykiske lidelser ofte er organisasjonsmessig integrert med tjenester til den øvrige befolkning er det vanskelig å identifisere og skille ut utgifter til psykisk helsearbeid fra utgifter knyttet til andre grupper med behov for tiltak og tjenester fra kommunen. Vi kan derfor ikke med utgangspunkt i for eksempel kommuneregnskapene innhente informasjon om nivå og utvikling i kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid. Det vil også være en svært omfattende oppgave å kartlegge dette gjennom spørreskjema til kommunene. For likevel å kunne danne oss et bilde av utviklingen i kommunenes innsats på feltet har vi bedt om grove anslag på endring i kommunens utgifter til psykisk helsearbeid i perioden etter at Opptrappingsplanen ble iverksatt (1999-2001). Vi har også bedt om anslag på utvikling i kommunens egenfinansiering i samme periode og andelen av de samlede utgiftene som finansieres av Opptrappingsplanmidler. For å få ett inntrykk av hvor langt kommunene selv anser å ha kommet i å bygge ut tilbudet til mennesker med psykiske lidelser spør vi også om hvor stor økning i utgiftene som må til for å komme opp på et tilfredsstillende nivå. På grunn av usikkerheten knyttet til disse anslagene er kommunene bedt om å krysse av i oppgitte svarkategorier. Svaralternativene er relativt grovmasket.

3.2 Kommunens utgifter til psykisk helsearbeid

Tabell 3.1 og 3.2 viser kommunenes anslag på utviklingen i utgiftene til psykisk helsearbeid i starten av Opptrappingsplanperioden i henholdsvis kommuner som mottar øremerkede tilskudd og forsøkskommuner. Så godt som alle kommuner oppgir at utgiftene til psykisk helsearbeid har økt siden 1998. Størrelsen på utgiftsøkningene varierer betydelig. Den største gruppen blant kommunene som mottar øremerkede tilskudd, nær 30 prosent, oppgir en prosentvis økning i perioden 1999-2001 på mellom 25 og 50. Over halvparten av kommunene oppgir økning i utgiftene på mindre enn 50 prosent. Hele 20 prosent av kommunene oppgir at utgiftene til psykisk helsearbeid minst er doblet. Svarfordelingen blant forsøkskommunene er lik den vi finner for de som mottar øremerkede tilskudd.

Det er kun 4, eller 1,4 prosent, av kommunene som mottar øremerkede tilskudd som oppgir en nedgang i utgiftene til psykisk helsevern i perioden, mens 7 kommuner, eller 2,5 prosent, oppgir at utgiftene er uendret. Blant forsøkskommune oppgir ingen en nedgang i utgiftene, mens 2, eller 15 prosent, oppgir uendrede utgifter.

Resultatene indikerer altså at det har funnet sted en betydelig prosentvis økning i utgiftene i kommunene. I hvilken grad dette innebærer en markert bedring av tilbudet avhenger av kommunens innsats på feltet før Opptrappingsplanperioden. Dersom utgiftene i utgangspunktet var svært lave skal det en relativ stor prosentvis økning til for å gi et vesentlig bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Tabell 3.1 Utvikling i kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Ikke forsøkskommuner. Antall i parentes.

	Redusert	Uendret	Økt	Vet ikke	Ikke besvart	Totalt
	1,4 (4)	2,5 (7)	94,9 (263)	0,7 (2)	0,4 (1)	100,0 (277)
Prosentvis endring						
0-25%	50,0 (2)		22,1 (58)			
25-50%	25,0 (1)		29,3 (77)			
50-75%	25,0 (1)		14,8 (39)			
75-100%			10,6 (28)			
Mer enn 100%			19,8 (52)			
Vet ikke			1,9 (5)			
Ikke besvart			1,5 (4)			

Tabell 3.2 Utvikling i kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Forsøkskommuner. Antall i parentes.

	Redusert	Uendret	Økt	Vet ikke	Ikke besvart	Totalt
		15,4 (2)	84,6 (11)			100,0 (13)
Prosentvis endring						
0-25%			18,2 (2)			
25-50%			27,3 (3)			
50-75%			9,1 (1)			
75-100%			9,1 (1)			
Mer enn 100%			27,3 (3)			
Vet ikke						
Ikke besvart			9,1 (1)			

3.3 Kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid

Det er også et klart flertall av kommunene som mottar øremerkede tilskudd som oppgir at kommunens egenfinansiering av utgiftene til psykisk helsearbeid er økt, jfr tabell 3.3: 64 prosent av kommunene oppgir å ha økt egenfinansieringen, 31 prosent oppgir uendret egenfinansiering, mens bare 3 prosent oppgir nedgang i egenfinansieringen. Av kommunene som oppgir økt egenfinansiering, har halvparten hatt økninger i størrelsesorden 0-25 prosent og ¼ oppgir økning i størrelsesorden 25-50 prosent. Spørsmålet om utviklingen i kommunenes egenfinansiering er ikke aktuelt for kommunene som deltar i rammefinansieringsforsøket.

Tabell 3.3 Utvikling i kommunenes egenfinansiering av det psykiske helsearbeidet i perioden 1999-2001. Ikke forsøkskommuner. Antall i parentes.

	Redusert	Uendret	Økt	Vet ikke	Ikke besvart	Totalt
	2,9 (8)	31,0 (86)	63,9 (177)	1,8 (5)	0,4 (1)	100,0 (277)
Prosentvis endring						
0-25%	75,0 (6)		48,0 (85)			
25-50%	25,0 (2)		26,6 (47)			
50-75%			6,2 (11)			
75-100%			5,6 (10)			
Mer enn 100%			9,0 (16)			
Vet ikke			1,7 (3)			
Ikke besvart			2,8 (5)			

Svarene tyder på at det ikke er problemer med lekkasjer til andre kommunale tjenester, snarere tvert imot. Ett flertall av kommunene oppgir å ha økt egenfinansieringen. Svarene bør trolig tolkes med forsiktighet av flere grunner. Dersom de tror at svarene kan bli brukt i kontrollsammenheng, kan det tenkes at kommunene ikke oppgir at egenfinansieringen er redusert selv om dette er tilfelle. Dersom kommuner som har økt egenfinansiering er mer tilbøyelig til å fylle ut og returnere skjema enn kommuner som har redusert egenfinansieringen, så er svarfordelingen ikke representativ og resultatene overvurderer egenfinansieringen.

Det kan tenkes at kommunene som først svarer etter purring ligner mer på kommunene som ikke svarer enn kommunene som svarer på første henvendelse. Vi har derfor delt inn kommunene etter dato for når spørreskjemaet er returnert og sett på om svarfordelingen er forskjellig mellom de to gruppene. Det er en klart lavere andel som svarer at utgiftene er økt blant kommunene som svarte etter purring enn kommunene som svarte etter første henvendelse, henholdsvis 54 og 69 prosent. Dersom kommunene som ikke har svart ligner mest på de som svarer etter purring, så overvurderer resultatene som rapporteres her økningen i egenfinansieringen. Svarfordelingen når det gjelder endring i kommunens samlede utgifter til psykisk helsearbeid varierer ikke i samme grad mellom de to gruppene. Det er noe større

spredning i svarfordelingen med hensyn til hvor stor økningen i utgiftene har vært blant kommunene som leverte etter purring.

3.4 Andel av utgiftene finansiert av øremerkede tilskudd

Utgiftene til psykisk helsearbeid i kommunene blir i hovedsak finansiert av statlige øremerkede tilskudd som vist i tabell 3.4. Svarfordelingen er ikke vesentlig forskjellig for kommuner som leverte etter purring sammenlignet med de som leverte etter første henvendelse.

Tabell 3.4 Andel av kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid i 2001 finansiert av øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen. Prosentfordeling. Antall i parentes.

0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	Vet ikke	Ikke besvart	Totalt
10,1	21,7	23,8	41,2	2,5	0,7	100,0
(28)	(60)	(66)	(114)	(7)	(2)	(277)

Rundt 40 prosent av kommunene oppgir at mer enn 3/4 av utgiftene til psykisk helsearbeid ble finansiert av øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen i 2001. Og hele 65 prosent anslår at over halvparten av utgiftene finansieres av øremerkede tilskudd. Kun 10 prosent oppgir å finansiere storparten av utgiftene med egne midler, dvs. en andel finansiert med øremerkede midler på mellom 0 og 25 prosent.

3.5 Vurderinger av behovet for utgifter til psykisk helsearbeid

I spørreskjemaet ble respondentene også bedt om å oppgi hvor stor økning i utgiftene til psykisk helsearbeid som må til (sammenlignet med 2001) for at aktivitetsnivået kommer opp på et tilfredsstillende nivå. Svarfordelingen er vist i tabell 3.5. Det er naturligvis vanskelig å anslå innbyggernes behov for tjenester fra kommunen innen psykisk helsearbeid, noe som reflekteres i den relativt store andelen på 7 prosent som svarer vet ikke.

Tabell 3.5 Anslått økning i utgiftene til psykisk helsearbeid som må til (sammenlignet med 2001) for at aktivitetsnivået kommer opp på et tilfredsstillende nivå. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	Mer enn 100 %	Vet ikke	Ikke besvart	Totalt
Forsøkskommuner	15,4	38,5	7,7		30,8	7,7		100,0
	(2)	(5)	(1)		(4)	(1)		(13)
Øvrige kommuner	7,9	22,7	21,3	15,2	24,5	6,9	1,4	100,0
	(22)	(63)	(59)	(42)	(68)	(19)	(4)	(277)

Kun 8 prosent av kommunene som mottar øremerkede tilskudd mener at utgiftsøkninger mellom 0 og 25 prosent er nok til at aktivitetsnivået innen psykisk helsearbeid kommer opp på et tilfredsstillende nivå. En fjerdedel av kommunene anslår et behov for minst en dobling av utgiftene. Blant forsøkskommune finner vi både en større andel som angir at nødvendig utgiftsøkning er på mindre enn 50 prosent, 54 mot 31 prosent, og en større andel som angir behov for minst en fordobling i utgiftene, 31 mot 25 prosent.

Dersom kommuner som først returnerte spørreskjemaet etter purring ligner mer på kommuner som ikke har svart enn kommuner som leverte i første runde, så overvurderer resultatene fra undersøkelsen behovet for utgiftsøkninger noe. Andelen som oppgir nødvendig ut-

giftsøkninger i størrelsesorden 75-100 % og over 100 % er lavere blant kommuner som leverte i andre runde enn kommuner som leverte i første runde, henholdsvis 32 og 44 prosent. Men også i førstnevnte gruppe oppgir over 20 prosent av kommunene at utgiftene må mer enn dobles dersom de skal opp på et tilfredsstillende nivå.

Det er interessant å undersøke om antatt ressursbehov varierer med kommunens egeninnsats. For det første; er det noen sammenheng mellom utviklingen i kommunens egenfinansiering av psykisk helsearbeid på den ene side, og vurderingene av hvor stor økning i utgiftene som trengs for at aktivitetsnivået kommer opp på et tilfredsstillende nivå på den andre side? Den begrensede variasjonen i svarfordelingen på førstnevnte spørsmål gjør selvsagt at man bør være forsiktig med å generalisere, men resultatene gir i det minste en første pekepinn på forholdet.

Som tabell 3.6 viser, er det en viss tendens til at kommunene som har oppgitt uendret egenfinansiering av det psykiske helsearbeidet også er de samme som anslår de største utgiftsøkningene for å møte de udekkede behovene. Av disse kommunene anslår 34 prosent at utgiftene må økes med mer enn 100 prosent, mens 18 prosent oppgir at utgiftsøkninger mellom 75 og 100 prosent må til for å få aktivitetsnivået opp på et tilfredsstillende nivå. Til sammenligning er det 25 prosent som anslår de nødvendige utgiftsøkningene til mer enn 100-prosent blant kommunene som har økt egenfinansieringen, og 15 prosent som mener at en økning på 75-100 prosent er nok.

Tabell 3.6 Utvikling i kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid og anslått utgiftsøkning som er nødvendig for at aktivitetsnivået skal opp på et tilfredsstillende nivå. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Kommunens egenfinansiering av psykisk helsearbeid	Anslått nødvendig utgiftsøkning					Totalt
	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Mer enn 100%	
Redusert		42,9 (3)	42,9 (3)	14,3 (1)		100,0 (7)
Uendret	9,1 (7)	26,0 (20)	13,0 (10)	18,2 (14)	33,8 (26)	100,0 (77)
Økt	9,1 (15)	23,0 (38)	27,9 (46)	15,2 (25)	24,8 (41)	100,0 (165)

For det andre; er det noen sammenheng mellom andelen av utgiftene til psykisk helsearbeid som finansieres av øremerkede tilskudd på den ene side, og vurderingene av hvor store utgiftsøkninger som må til på den andre side? Svarfordelingen vist i tabell 3.7 gir ikke noe klart bilde. Størst andel med antatt nødvendig utgiftsøkning på mer enn 100 prosent finner vi blant kommuner med høyest andel egenfinansiering (38,5 prosent). På den annen side finner vi den nest høyeste andel blant kommuner med lavest andel egenfinansiering (29 prosent). Likeledes er det blant kommunene med høyest og lavest egenfinansiering at vi finner lavest andel som oppgir nødvendig utgiftsøkning på mindre enn 50 prosent, litt i overkant av 25 prosent i begge grupper. Av kommunene med 25-75 prosent egenfinansiering oppgir i overkant av 40 prosent nødvendig utgiftsøkning i samme størrelsesorden. Vi finner altså ikke et entydig mønster med hensyn til andel egenfinansiering i 2001 og antatt underdekning.

Tabell 3.7 Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd og anslått utgiftsøkning som er nødvendig for at aktivitetsnivået skal opp på et tilfredsstillende nivå. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Anslått nødvendig utgiftsøkning					Totalt
	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	Mer enn 100%	
0-25%	3,8 (1)	23,1 (6)	15,4 (4)	19,2 (5)	38,5 (10)	100,0 (26)
25-50%	14,0 (8)	29,8 (17)	19,3 (11)	12,3 (7)	24,6 (14)	100,0 (57)
50-75%	6,7 (4)	33,3 (20)	26,7 (16)	16,7 (10)	16,7 (10)	100,0 (60)
75-100%	7,5 (8)	18,7 (20)	26,2 (28)	18,7 (20)	29,0 (31)	100,0 (107)

4 Politisk styring og forvaltning av tilskuddene

4.1 Innledning

Kommunene er generelt svært forskjellige når det gjelder valg av modeller for organisering og styring. Dette kan tenkes å ha betydning for implementering og virkning av statlige initierte satsninger som Opptrappingsplanen. Undersøkelsen kartlegger graden av politisk styring, fra rammebevilgning til detaljstyring, når det gjelder kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Vi kartlegger også om ansvaret for forvaltningen av de øremerkede tilskuddene er gitt til ett tjenesteområde eller om det er fordelt på flere tjenesteområder⁷. Det at forvaltningen er gitt ett tjenesteområde kan bety en større grad av koordinering av tjenestetilbudene. Men det kan også bety at innsatsen konsentreres til kun et fåtall tjenester.

For forsøkskommunene er det her spurt om den politiske styringen av utformingen av tjenestetilbudet innenfor psykisk helsearbeid og i hvilken grad det er oppmerksomhet omkring størrelsen på Opptrappingsplanmidlene som gis som del av det generelle rammetilskuddet.

4.2 Kommunestyrets beslutninger vedrørende bruken av de øremerkede tilskuddene

Vi spør om hvordan kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene best kan beskrives. Svarfordelingen er vist i tabell 4.1. Over halvparten av kommunene, 56 prosent, oppgir at det er politisk styring av hvilke tiltak som skal prioriteres, men at utformingen av tjenestetilbudet i stor grad delegeres. For nær 40 prosent av kommunene fordeles bruken av de øremerkede tilskuddene som en rammebevilgning, der beslutningen om anvendelsen i stor grad er delegert. Under 5 prosent oppgir at kommunestyret detaljstyrer bruken av tilskuddene. Enkelte har skrevet som kommentar til spørsmålet at kommunestyret styrer gjennom vedtak av psykiatriplanen.

Tabell 4.1 Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Rammebevilgning	Styring av prioritering	Detaljstyring	Ubesvart	Totalt
38,6	56,0	4,7	0,7	100,0
(107)	(155)	(13)	(2)	(277)

Vi finner samme mønster med hensyn til den politiske styringen av tjenestetilbudet for forsøkskommunene, jfr tabell 4.2. Nær 40 prosent beskriver kommunestyrets beslutning som en rammebevilgning, dvs. at beslutning om omfang og tiltak i stor grad delegert. De resterende kommunene oppgir at det er en politisk styring av tiltak, men at utformingen av

⁷ Flere tjenesteområder kan nyte godt av tilskuddene selv om ett område er gitt ansvaret for forvaltning av tilskuddene.

tjenestetilbudet er i stor grad delegert. Ingen av forsøkskommunene oppgir politisk detaljstyring av tjenestetilbudet. Det ser altså ikke ut til at øremerking av Opptappingsplanmidlene påvirker den politiske styringen av tjenestetilbudet i kommunene.

Tabell 4.2 Kommunestyrets beslutning om tjenestetilbudet. Forsøkskommunene. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Rammebevilgning	Styring av prioritering	Detaljstyring	Ubesvart	Totalt
38,5	61,5			100,0
(5)	(8)			(13)

Størrelsen på Opptappingsplanmidlene kan identifiseres også i de kommunene hvor tilskuddene gis som en del av rammetilskuddet. Det kan derfor tenkes at størrelsen på Opptappingsplanmidlene oppfattes som førende på utgiftsbeslutningene også i forsøkskommunene. Vi har her forsøkt å belyse dette spørsmålet gjennom å kartlegge rådmannens vurdering av hvorvidt det er stor oppmerksomhet omkring størrelsen på Opptappingsplanmidlene i kommunen. Svarfordelingen er vist i tabell 4.3.

Tabell 4.3 Oppmerksomhet omkring størrelsen på Opptappingsplanmidlene. Forsøkskommunene. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	Blant kommune- politikere	I sentral-admi- nistrasjonen	På ledelsesnivå i tjenesteområdene	Blant ansatte som jobber med psykisk helsearbeid
Ingen/liten oppmerksomhet	30,8	15,4	7,7	
	(4)	(2)	(1)	
Noe oppmerksomhet	38,5	38,5	23,1	15,4
	(5)	(5)	(3)	(2)
Stor oppmerksomhet	30,8	46,2	69,2	84,6
	(4)	(6)	(9)	(11)
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
	(13)	(13)	(13)	(13)

Det er et entydig mønster i svarene. Oppmerksomheten omkring Opptappingsplanmidlene øker jo lenger ned i systemet man kommer. Av de 13 forsøkskommunene som har besvart skjema har ingen svart at det er liten oppmerksomhet omkring Opptappingsplanmidlene blant ansatte som jobber med psykisk helsearbeid. Videre oppgir 4 stykker, eller 30 prosent, at det er liten oppmerksomhet blant kommunepolitikere. En like stor gruppe svarer at det er stor oppmerksomhet omkring midlene blant politikere. Andelen øker til rundt 50, 70 og 85 prosent når det gjelder om det er stor oppmerksomhet omkring midlene i henholdsvis sentraladministrasjon, på ledelsesnivå i tjenesteområdene og blant ansatte som jobber med psykisk helsearbeid. Det at det er såpass stor oppmerksomhet omkring størrelsen på Opptappingsplanmidlene i forsøkskommunene kan bety at de oppfattes som retningsgivende også i disse kommunene.

4.3 Fordeling av forvaltningsansvaret for de øremerkede tilskuddene

Vi har også kartlagt om ansvaret for forvaltning av de øremerkede tilskuddene er gitt til ett tjenesteområde eller fordeles ut på flere områder. Det at ansvaret for forvaltning er gitt til

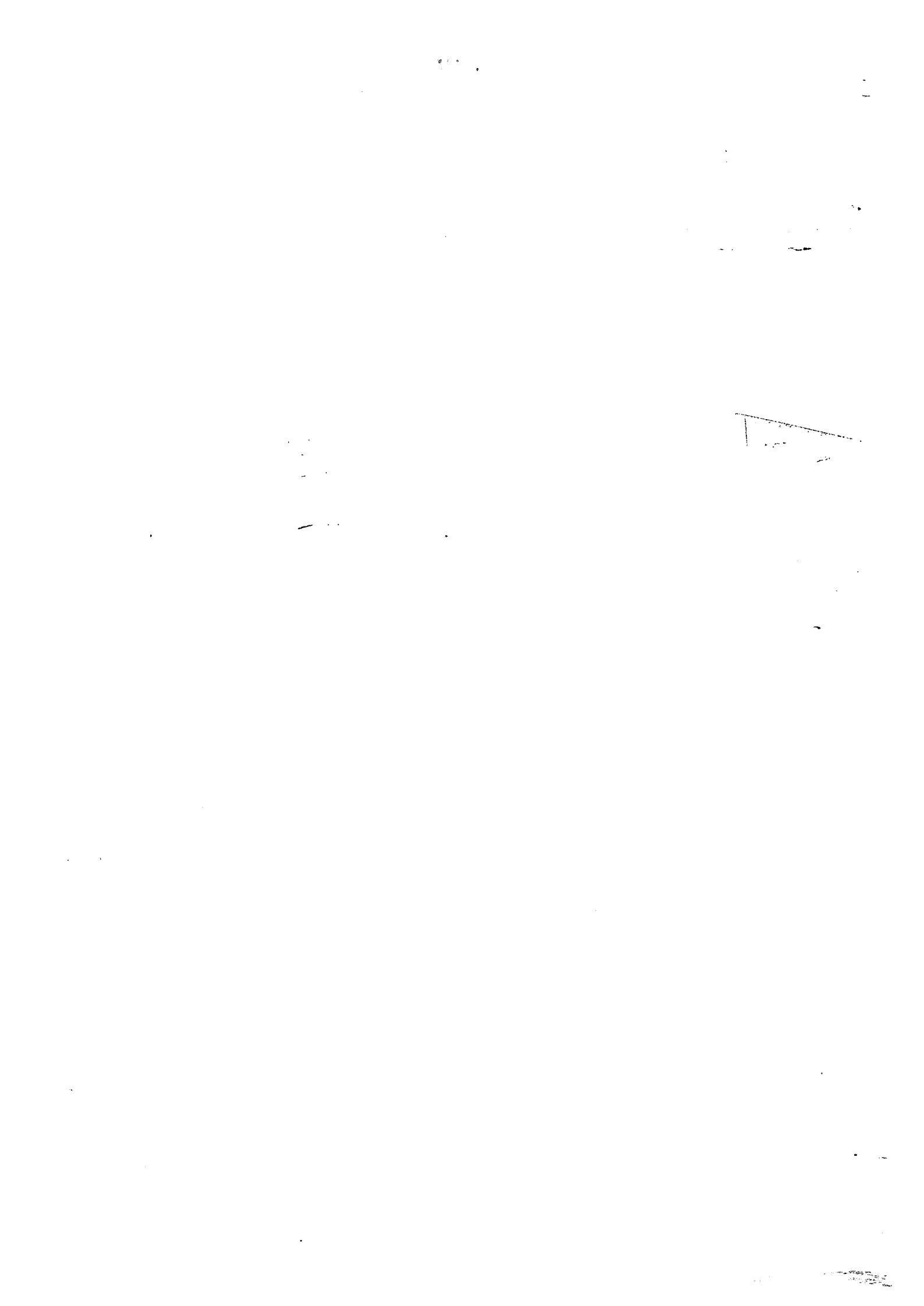
ett område er ikke det samme som at det kun er ett tjenesteområde som blir styrket gjennom tilskuddene. Spørsmålet sier noe om organisering av ansvaret for tilskuddene. Svarfordelingen er vist i tabell 4.4

Ansvaret for forvaltning av de øremerkede tilskuddene er gitt til ett tjenesteområde i overkant av 60 prosent av kommunene. I mange kommuner er flere tjenester organisert sammen. Slike tilfeller er også oppgitt som ett tjenesteområde. Spørsmålet kan således delvis være misvisende og i noen grad reflektere organisasjonsmodell. Ofte gjelder det om helse og sosial er organisert i lag eller ikke. Helse er involvert i forvaltning av Opptappingsplanmidlene i de fleste kommunene hvor ansvaret er delt og i over 60 prosent av kommunene hvor ansvaret er gitt ett tjenesteområde. Blant kommunene hvor ansvaret er lagt på ett tjenesteområde/etat oppgir ti prosent at ansvaret er gitt til en egen enhet for psykisk helsearbeid, mens pleie og omsorgstjenesten oppgis av 17 prosent av kommunene. Skole/oppvekst og kultur nevnes i mer enn 20 prosent av kommunene hvor ansvaret for forvaltning av de øremerkede tilskuddene er delt.

Omlag 70 prosent av kommunene oppgir at de øremerkede tilskuddene inntektsføres på samme budsjettkapittel som de tilhørende utgiftene.

Tabell 4.4 Fordeling av forvaltningsansvaret for de øremerkede tilskuddene. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Ansvaret er gitt til ett tjenesteområde	Ansvaret er fordelt ut på flere tjenesteområder	Ubesvart	Totalt	
	60,6 (168)	39,0 (108)	0,4 (1)	100,0 (277)
Helse	33,3 (56)			
Pleie og omsorg	17,3 (29)			
Sosial	4,8 (8)			
Psykisk helsearbeid	10,7 (18)			
Rehabilitering	1,8 (3)			
Helse- og sosial	20,2 (34)			
Helse + omsorg/oppvekst/velferd mv	8,3 (14)			
Annet	2,4 (4)			
Ubesvart	1,2 (2)			
Totalt	100,0 (168)			



5 Kommunenes vurdering av virkemidlene

5.1 Innledning

Et hovedformål med spørreskjemaundersøkelsen er å kartlegge kommunenes vurdering av hvordan Opptrappingsplanen påvirker det psykiske helsearbeidet i kommunene. Dersom sentrale aktører i kommunene vurderer statens målsettinger og virkemiddelbruken som lite virksomme i forhold til kommunenes tilpasning, reiser det spørsmål om det er behov for justeringer. Spørsmålene er her formulert som påstander, og vi har i denne fremstillingen delt de inn i fire grupper. Den første gruppen påstander dreier seg om betydningen av øremerking av tilskuddene og stiller opp rammefinansiering som et alternativ til øremerking. Den andre gruppen påstander omhandler plan- og rapporteringskravenes betydning. I hvilken grad statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet i kommunene nedfelt i Opptrappingsplanen legger føringer på kommunenes virksomhet er tema for den tredje gruppen. Den siste gruppen med påstander dreier seg om status for det psykiske helsearbeidet i kommunene før og etter iverksettelsen av Opptrappingsplanen.

Staten kan velge ulike former for medfinansiering for å stimulere til å øke innsatsen innen psykisk helsearbeid. Ulike tilskuddsordninger forventes å påvirke kommunenes tilpasning på ulike måter, jfr diskusjonen i innledningskapitlet. I spørreskjemaundersøkelsen ble respondentene også bedt om å gi sin vurdering av hvor egnet ulike typer statlig medfinansiering er for å nå målene for det psykiske helsearbeidet som er satt i Opptrappingsplanen. Vurderingene er gitt ved at respondentene har rangert fire alternative typer tilskuddsordninger.

Kommuner som ikke har besvart spørsmålene er holdt utenfor i beregning av svarfordelingene.

5.2 Effekten av øremerking

To påstander som er satt frem er knyttet til effekten av øremerkede tilskudd versus økning i rammetilskudd når det gjelder å styre kommunenes virksomhet. Resultatene viser at svært få anser økninger i rammetilskuddet som en like effektiv måte å påvirke det psykiske helsearbeidet på som øremerking. Svarfordelingen er gjengitt i tabell 5.1. For det første er så mange som 41 prosent 'helt uenig' i en påstand om at en økning av rammetilskuddet i stedet for øremerking ville gitt samme *prioritering* av det psykiske helsearbeidet i kommunen, mens 34 prosent er 'delvis uenig' i denne påstanden. Det er med andre ord bare 1/4 av de som har besvart spørsmålet som er delvis eller helt enig i denne påstanden. For det andre er også 2/3 uenig i at en økning i rammetilskuddet i stedet for øremerking ville gitt samme *utforming* av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser: 32 prosent er 'helt uenig', mens 34 prosent er 'delvis uenig' i denne påstanden.

Er så øremerkingen nødvendig for å få til en økt satsing på psykisk helsearbeid i kommunene? De foreløpige resultatene tyder på det. Nær halvparten er 'helt enig' i dette. Tar vi med de som er 'delvis enig' i påstanden så svarer mer enn ¾ av respondentene at øremerking er nødvendig for at kommunen skal øke innsatsen innenfor det psykiske helsearbeidet.

Tabell 5.1 Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	Økning av rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt		Øremerking er nødvendig for økt satsing
	Samme prioritering	Samme utforming av tjenestetilbudet	
Helt uenig	40,9 (113)	32,4 (89)	10,9 (30)
Delvis uenig	34,4 (95)	34,2 (94)	11,6 (32)
Delvis enig	17,4 (48)	21,1 (58)	29,5 (81)
Helt enig	4,7 (13)	10,5 (29)	47,6 (131)
Vet ikke	2,5 (7)	1,8 (5)	0,4 (1)
Totalt	100,0 (276)	100,0 (275)	100,0 (275)

Vi har inkludert lignende utsagn i skjemaet til forsøkskommunene, se tabell 5.2. Forsøkskommunene er i mye større grad enig i at øremerking og rammetilskudd gir samme prioritering og utforming av tjenestetilbudet. Henholdsvis 54 prosent og 69 prosent er enig i påstandene. Likeledes svarer et klart flertall på nær 70 prosent at øremerking ikke er nødvendig for å få til økt satsning på psykisk helsearbeid. Disse kommunene er trolig mer positiv til ramrefinansiering i utgangspunktet, siden de søkte om å få delta i ramrefinansieringsforsøket.

Tabell 5.2 Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Forsøkskommuner. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	Øremerking i stedet for økning av rammetilskudd ville gitt		Øremerking er ikke nødvendig for økt satsing
	Samme prioritering	Samme utforming av tjenestetilbudet	
Helt uenig	15,4 (2)	15,4 (2)	15,4 (2)
Delvis uenig	30,8 (4)	15,4 (2)	15,4 (2)
Delvis enig	30,8 (4)	30,8 (4)	23,1 (3)
Helt enig	23,1 (3)	38,5 (5)	46,2 (6)
Totalt	100,0 (13)	100,0 (13)	100,0 (13)

5.3 Plan- og rapporteringskravenes betydning

Variasjonen er noe større i synet på plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet, jfr tabell 5.3. Ett av utsagnene i spørreskjemaet dreier seg om hvorvidt plan- og rapporteringskravene knyttet til tildeling av de øremerkede tilskuddene bidrar til hastverksløsninger. Her fordeler svarene seg på tre omtrent like store grupper på rundt 30 prosent, som enten svarer 'helt uenig', 'delvis uenig', eller 'delvis enig'. Det er med andre også i dette tilfellet et klart flertall som uttrykker seg negativt til påstanden. Bare i underkant av 9 prosent sier seg 'helt enig'.

Tabell 5.3 Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	Bidrar til hastverksløsninger	Nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid	Ingen garanti for at utgiftene til p.h.a. minst øker i takt med tilskuddet
Helt uenig	27,1 (74)	22,9 (63)	11,4 (31)
Delvis uenig	30,8 (84)	25,1 (69)	20,9 (57)
Delvis enig	30,8 (84)	32,7 (90)	42,1 (115)
Helt enig	8,8 (24)	18,9 (52)	23,1 (63)
Vet ikke	2,6 (7)	0,4 (1)	2,6 (7)
Totalt	100,0 (273)	100,0 (275)	100,0 (273)

Respondentene er delt i synet på hvorvidt plan- og rapporteringskravene er nødvendige for å sikre at tilskuddene faktisk går til psykisk helsearbeid: 52 prosent er enige, mens 48 prosent er uenige. Et flertall, ca 2/3, er imidlertid enig i påstanden om at plan- og rapporteringskravene generelt ikke er en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i samme takt som tilskuddene.

5.4 Legger statens målsettinger føringer på kommunenes virksomhet?

To påstander i spørreskjemaet dreier seg om i hvilken grad statens målsettinger nedfelt i Opptrappingsplanen innskrenker kommunenes handlingsfrihet i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Svarfordelingene er vist i tabell 5.4.

Blant kommunene som mottar øremerkede tilskudd er 60 prosent uenige i at statens målsettinger legger føringer på hvilke *organisatoriske* løsninger kommunen velger for det psykiske helsearbeidet: 30 prosent er 'helt uenig' og 30 prosent er 'delvis uenig'. Av de resterende er 30 prosent 'delvis enig', mens 8 prosent erklærer seg 'helt enig'. Blant forsøkskommunene sier i overkant av 60 prosent seg enig i påstanden. Hovedvekten av disse svarer at de er 'delvis enig' i påstanden. De resterende prøvekommunene, nær 40 prosent, er 'helt uenig' i dette.

I synet på om målsettingene legger føringer på kommunenes *prioriteringer* av de ulike tiltak/tilbud er imidlertid de to gruppene av kommuner på linje: så mange som 85 prosent er enige i denne påstanden både blant prøvekommunene og blant kommunene som mottar øremerkede tilskudd.

Bildet som tegnes er altså at statens målsettinger først og fremst styrer kommunenes prioriteringer av det psykiske helsearbeidet, men i mindre grad legger føringer på de organisatoriske løsningene.

Tabell 5.4 Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	Organisatoriske løsninger		Prioriteringer av tiltak/tilbud	
	Forsøkskommuner	Øvrige	Forsøkskommuner	Øvrige
Helt uenig	38,5 (5)	30,8 (85)	7,7 (1)	1,4 (4)
Delvis uenig		29,0 (80)	7,7 (1)	11,2 (31)
Delvis enig	46,2 (6)	29,7 (82)	61,5 (8)	51,4 (142)
Helt enig	15,4 (2)	8,0 (22)	23,1 (3)	34,4 (95)
Vet ikke		2,5 (7)		1,4 (4)
Totalt	100,0 (13)	100,0 (276)	100,0 (13)	100,0 (276)

5.5 Opptappingsplanens betydning for det psykiske helsearbeidet

Et sentralt spørsmål er hva slags nivå det psykiske helsearbeidet lå på før Opptappingsplanen ble iverksatt, og dernest om Opptappingsplanen har bidratt til å bedre det kommunale tilbudet. Situasjonen i kommunene med hensyn til det første spørsmålet får man et inntrykk av gjennom svarene på følgende utsagn: 'Vår kommune var kommet langt i forhold til å nå målene som er satt for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser før Opptappingsplanen ble iverksatt'. Så mange som 64 prosent av respondentene fra kommuner som mottar øremerkede tilskudd sier seg 'helt uenig' eller 'delvis uenig' i denne påstanden, jfr tabell 5.5. I underkant av 40 prosent oppgir altså å ha hatt et rimelig godt tilbud før Opptappingsplanen ble iverksatt. Blant forsøkskommunene sier 7 av 13 seg enig i at kommunene hadde kommet langt før Opptappingsplanen: 6 av 7 som er enig i påstanden er 'delvis enig'.

Hvilken effekt har så Opptappingsplanen hatt for det psykiske helsearbeidet? Her er bildet helt entydig: så mange som 93 prosent av respondentene sier seg enig i at Opptappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Et flertall på 57 prosent oppgir at de er 'helt enig' i påstanden. Det er med andre ord bare 7 prosent av respondentene som oppgir at Opptappingsplanen ikke har hatt særlig effekt på kommunens tilbud. Også et klart flertall av forsøkskommunene (10 av 13) er enig i at Opptappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av tilbudet. Men de ikke like positive: flest svarer at de bare er 'delvis enig'. De resterende tre kommunene, dvs. 23 prosent, er delvis uenig i påstanden.

Hovedinntrykket er at kommunene anser at de var kommet kort i arbeidet med tilbudet til mennesker med psykiske lidelser før Opptappingsplanen ble iverksatt og at Opptappingsplanen har bidratt til et vesentlig løft for det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Tabell 5.5 Kommunens status før Opptappingsplanen ble iverksatt, og Opptappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Prosentfordeling. Antall i parentes.

	Kommet langt i å nå målene før Opptappingsplanen		Bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud	
	Forsøkskommuner	Øvrige	Forsøkskommuner	Øvrige
Helt uenig	23,1 (3)	28,5 (78)		1,4 (4)
Delvis uenig	23,1 (3)	35,4 (97)	23,1 (3)	5,8 (16)
Delvis enig	46,2 (6)	26,3 (72)	53,8 (7)	35,9 (99)
Helt enig	7,7 (1)	6,6 (18)	23,1 (3)	56,9 (157)
Vet ikke		3,3 (9)		
Totalt	100,0 (13)	100,0 (274)	100,0 (13)	100,0 (276)

5.6 Rangering av ulike typer statlige tilskudd

Respondentene ble bedt om å rangere følgende fire alternative statlige tilskuddsordninger: økning av rammetilskuddet, øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier, øremerkede tilskudd fordelt etter søknad, og aktivitetsbaserte tilskudd. De fire alternativene skulle rangeres fra 1 (best egnet) til 4 (dårligst egnet). Ikke alle respondentene har rangert alle alternativene, noen har også gitt flere alternativer samme rangering.

5.6.1 Kommuner som mottar øremerkede tilskudd

Igjen avdekker svarfordelingen et relativt klart bilde, som vist i tabell 5.6: blant kommuner som mottar øremerkede tilskudd rangerer over halvparten av respondentene øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier øverst. I tillegg mener nær 25 prosent at denne formen for statlig medfinansiering er det nest beste alternativet. Omlag to like store grupper på rundt 20 prosent rangerer økning av rammetilskuddet på henholdsvis første og andre plass. Over 40 prosent har imidlertid rangert økning av rammetilskudd som det dårligste alternativet. Kun 8 prosent oppgir øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier på siste plass. Aktivitetsbaserte tilskudd og øremerkede tilskudd fordelt etter søknad rangeres oftest på tredje plass. Førstnevnte er rangert som beste og nestbeste alternativ av henholdsvis 12 og 27 prosent, mens de tilsvarende tallene for sistnevnte er 13 og 28 prosent.

Tabell 5.6 Rangering av ulike former for statlig medfinansiering. Kommuner som mottar øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Rangering	Økning av rammetilskuddet	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd
1	21,6 (58)	55,2 (149)	11,9 (32)	12,8 (34)
2	19,8 (53)	24,1 (65)	27,0 (73)	28,2 (75)
3	15,3 (41)	12,6 (34)	32,6 (88)	35,3 (94)
4	43,3 (116)	8,1 (22)	28,5 (77)	23,7 (63)
N	268	270	270	266

5.6.2 Forsøkskommuner

Bilde er et helt annet blant forsøkskommunene. Hele 9 av 13 rangerer økning av rammetilskudd som det best egnede alternativet. Ingen rangerer øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier på førsteplass, 11 av 13 plasser denne typen statlig medfinansiering på 3 og 4 plass. Forsøkskommunene er også skeptiske til øremerkede tilskudd fordelt etter søknad: hele 6 av 13 plasser dette på siste plass. Forsøkskommunene er mer positive til aktivitetsbaserte tilskudd.

Tabell 5.7 Rangering av ulike former for statlig medfinansiering. Forsøkskommuner. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Rangering	Økning av rammetilskuddet	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd
1	69,2 (9)		7,7 (1)	23,1 (3)
2	15,4 (2)	15,4 (2)	23,1 (3)	38,5 (5)
3	7,7 (1)	46,2 (6)	23,1 (3)	23,1 (3)
4	7,7 (1)	38,5 (5)	46,2 (6)	15,4 (2)
N	13	13	13	13

5.7 Forskjell mellom kommuner som leverte før og etter purring

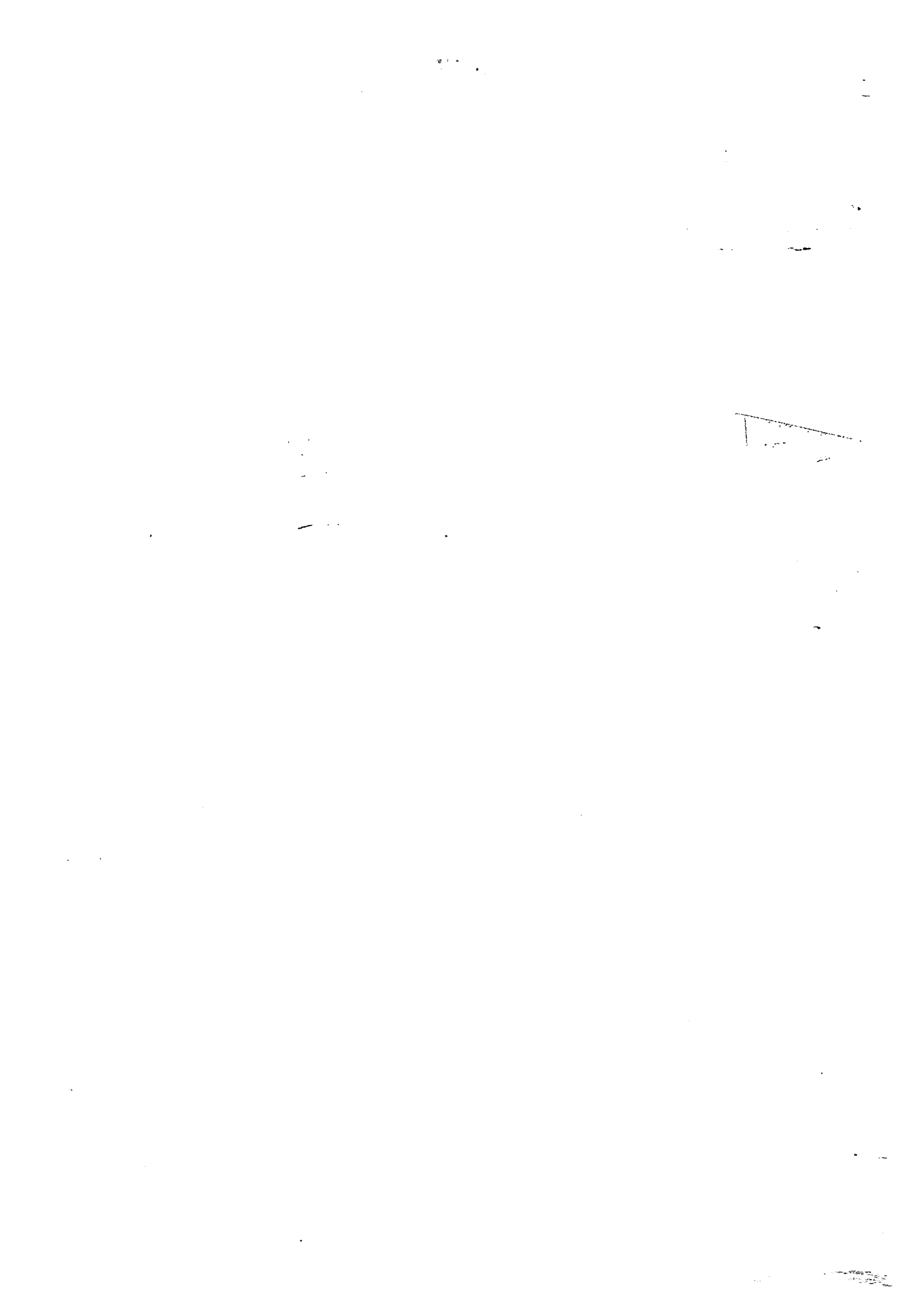
Vi har også her sett på om svarfordelingen blant kommuner som leverte etter purring skiller seg fra svarfordeling blant kommuner som leverte i første runde. Vi finner at blant kommuner som leverte i andre runde så er flere uenig i at økning i rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid. Disse kommunene er også mer positiv til at øremerking er nødvendig for å få til en økt satsning (forskyvning fra delvis til helt enig).

Samme gruppe kommuner er også noe mer enig i at plan- og rapporteringskravene er nødvendige for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid og mer negativt innstilt til påstanden om at målsettingene i Opptrappingsplanen påvirker organisatoriske løsninger (forskyvning fra delvis til helt uenig).

Kommunene som leverte i første runde er i større grad enig i at kommunen har kommet langt i forhold til å nå målene for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser før Opptrappingsplanen ble iverksatt og de er ikke like positiv til at Opptrappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av tilbudet (forskyvning fra helt til delvis enig).

Det er også forskjeller mellom de to gruppene med hensyn til rangering av statlige tilskuddsordninger. En høyere andel har rangert rammefinansiering på førsteplass i gruppen som leverte i første runde enn kommunene som leverte i andre runde (24 % vs 16 %). Sistnevnte gruppe foretrekker i større grad øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier. Her er forskjellene forholdsvis store: 51 % av kommunene som leverte i første runde har rangert dette alternativet på førsteplass mens 64 % har dette alternativet på topp blant de som leverte etter purring.

Forskjellen mellom de to gruppene når det gjelder vurdering av betydningen av målsettinger og virkemidler i Opptrappingsplanen er ikke dramatiske. Men dersom kommuner som først leverte etter purring ligner mest på kommuner som ikke har returnert spørreskjemaet så forsterkes inntrykket av at kommunene generelt sett stiller seg positive til virkemidlene i og betydning av Opptrappingsplanen.



6 Betydning av andel egenfinansiering for vurdering av virkemidler

6.1 Innledning

Effekten av øremerking og plan- og rapporteringskrav kan variere mellom kommunene avhengig av kommunens prioritering av psykisk helsearbeid før Opptreppingsplanen. Figurdrøftingen i kapittel 1 illustrerte at øremerking bidrar til å tvinge kommunene opp på et minimumsnivå når tilskuddet er større enn opprinnelig utgiftsnivå. Uten andre restriksjoner vil øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier virke som økning i ramme tilskudd når kommunen i utgangspunktet har et utgiftsnivå som er større en tilskuddet. Plan- og rapporteringskrav kan i dette tilfelle bidra til å redusere lekkasjen til andre kommunale tjenester.

Organisering og regnskapsføringspraksis i kommunene tillater ikke at utgiftene til psykisk helsearbeid kan måles på noen enkel måte. Dette gjør det vanskelig å kontrollere at plan- og rapporteringskravene etterleves, noe som kan svekke effekten av disse virkemidlene. Av samme grunn kan vi ikke direkte undersøke om effekten av øremerking varierer med nivå på kommunens utgifter til psykisk helsearbeid før Opptreppingsplanen ble iverksatt. Informasjon om finansiering kan kanskje likevel gi oss en pekepinn på om så er tilfelle. Andelen av utgiftene som finansieres med øremerkede tilskudd er en indikasjon på om øremerking virker bindende eller ikke.

Dersom øremerking virker bindende så vil vi forvente at respondenten er uenig i påstanden om at en økning i rammetilskuddet i stedet for øremerking ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid, og mer tilbøyelig til å være enig i påstanden om at øremerking er nødvendig for å få til en økt satsning på psykisk helsearbeid.

Plan- og rapporteringskravene skal sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid. Kontroll av at så er tilfelle vil virke bindende for kommuner hvor utgiftene i utgangspunktet er lavere enn tilskuddet. Vi vil forvente at disse kommunene i større grad er enig i påstanden om at plan- og rapporteringskrav er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid. I den grad plan- og rapporteringskravene ikke kan etterprøves med hensyn til å kontrollere at egenfinansieringen ikke reduseres, så vil vi forvente at kommuner der øremerking ikke er bindende vil være mer oppmerksomme på muligheten for å redusere egenfinansieringen. Disse kommunene vil i så fall i større grad være enig i påstanden om at plan- og rapporteringskrav ikke generelt er en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i samme takt som tilskuddene.

I dette kapitlet viser vi svarfordelingen på de fire nevnte påstandene når kommunene er gruppert etter andel av utgiftene finansiert av øremerkede tilskudd. Vi undersøker også om rangeringen av ulike typer statlig medfinansiering varierer mellom gruppene.

6.2 Økning av rammetilskudd versus øremerking med hensyn til prioritering av psykisk helsearbeid

Det fremgår av tabell 6.1 at respondenter fra kommuner hvor nivå på utgiftene i stor grad sammenfaller med størrelsen på det øremerkede tilskuddet, dvs. tilskuddet finansierer mellom 75 og 100 prosent av utgiftene, i størst grad er uenig i påstanden om at økning i rammetilskudd ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid som øremerking. Halvparten av kommunene er helt uenig i påstanden. Forskjellene mellom de øvrige kommunene, med finansieringsandel under 75 prosent, er små. Andelen som er helt uenig varierer fra 34-37 prosent.

Tabell 6.1 Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptreppingsplanen i forhold til prioritering av psykisk helsearbeid. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Økning i rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid				
	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt
0-25%	37,0	37,0	25,9	0,0	100,0
	10	10	7	0	27
25-50%	33,9	39,0	20,3	6,8	100,0
	20	23	12	4	59
50-75%	36,4	34,8	24,2	4,5	100,0
	24	23	16	3	66
75-100%	50,5	32,1	11,9	5,5	100,0
	55	35	13	6	109

6.3 Er øremerking nødvendig for økt satsning?

Andelen som er helt enig i at øremerking er nødvendig for å få til en økt satsning på psykisk helsearbeid er høyest blant kommuner som oppgir at en høy andel av utgiftene er finansiert med øremerkede tilskudd, se tabell 6.2: 53 og 55 prosent for gruppene med finansieringsandel for øremerkede tilskudd på henholdsvis 50-75 % og 75-100 %. Ser vi bort fra gruppen med finansieringsandel på 0-25 %, som består av relativt sett få kommuner, så øker andelen som er helt og delvis enig i påstanden med andelen finansiert av øremerkede tilskudd. Det er imidlertid et klart flertall i alle grupper som er enig i påstanden.

Tabell 6.2 Vurdering av om øremerking er nødvendig for å få til økt satsning på psykisk helsearbeid. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Øremerking er nødvendig for å få til økt satsning på psykisk helsearbeid				
	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt
0-25%	7,1	14,3	39,3	39,3	100,0
	2	4	11	11	28
25-50%	18,3	13,3	40,0	28,3	100,0
	11	8	24	17	60
50-75%	9,1	16,7	21,2	53,0	100,0
	6	11	14	35	66
75-100%	9,8	7,1	28,6	54,5	100,0
	11	8	32	61	112

6.4 Er plan- og rapporteringskrav nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid?

Respondenter fra kommuner hvor egenfinansieringen er lav er i størst grad positiv innstilt til påstanden om at plan- og rapporteringskravene er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid, jfr tabell 6.3. Men forskjellen mellom gruppene er små. Et flertall er enig i påstanden i samtlige grupper, med unntak av gruppen av kommuner med en egenfinansiering på mellom 50 og 75 prosent.

Tabell 6.3 Vurdering av om plan- og rapporteringskrav er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Plan- og rapporteringskrav er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid				
	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt
0-25%	28,6	17,9	35,7	17,9	100,0
	8	5	10	5	28
25-50%	25,4	37,3	25,4	11,9	100,0
	15	22	15	7	59
50-75%	27,3	19,7	36,4	16,7	100,0
	18	13	24	11	66
75-100%	18,6	24,8	34,5	22,1	100,0
	21	28	39	25	113

6.5 Er plan- og rapporteringskrav en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid øker i samme takt som tilskuddene?

Resultatene som er vist i tabell 6.4 er i tråd med antakelsen som ble drøftet innledningsvis. Andelen som er enig i at plan og rapporteringskravene generelt ikke er en garanti for at utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i samme takt som tilskuddene øker med egenfinansieringsandelen. Over halvparten av respondentene som har oppgitt en egenfinansieringsandel på mellom 75 og 100 % er helt enig i påstanden. Færre en 20 prosent er helt enig i påstanden blant kommuner hvor over halvparten av utgiftene er antatt finansiert av øremerkede tilskudd.

Tabell 6.4 Vurdering av om plan- og rapporteringskrav er en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid øker i samme takt som tilskuddene. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Plan- og rapporteringskrav er generelt ikke en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid øker i samme takt som tilskuddene				
	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt
0-25%	0,0	18,5	29,6	51,9	100,0
	0	5	8	14	27
25-50%	6,9	22,4	41,4	29,3	100,0
	4	13	24	17	58
50-75%	14,3	17,5	54,0	14,3	100,0
	9	11	34	9	63
75-100%	14,4	23,4	43,2	18,9	100,0
	16	26	48	21	111

6.6 Rangering av ulike typer statlig medfinansiering

Vi ser her på om fordeling av henholdsvis 'førsteplass' og 'sisteplass' i rangeringen av de fire alternative statlige tilskuddsordningene varierer med finansieringsandelen for øremerkede tilskudd.

Tabell 6.5 viser resultatene med hensyn til fordeling av 'førsteplassen'. Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier er rangert på topp av over halvparten av kommunene i alle grupper. Kommuner med egenfinansieringsandel på 75-100 % skiller seg imidlertid ut: hele 68 prosent av respondenten i denne gruppen har øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier på førsteplass. Andelen varierer fra 52 til 55 prosent for de øvrige gruppene. Disse kommunene er mer tilbøyelig til å rangere økning av rammetilskudd på førsteplass.

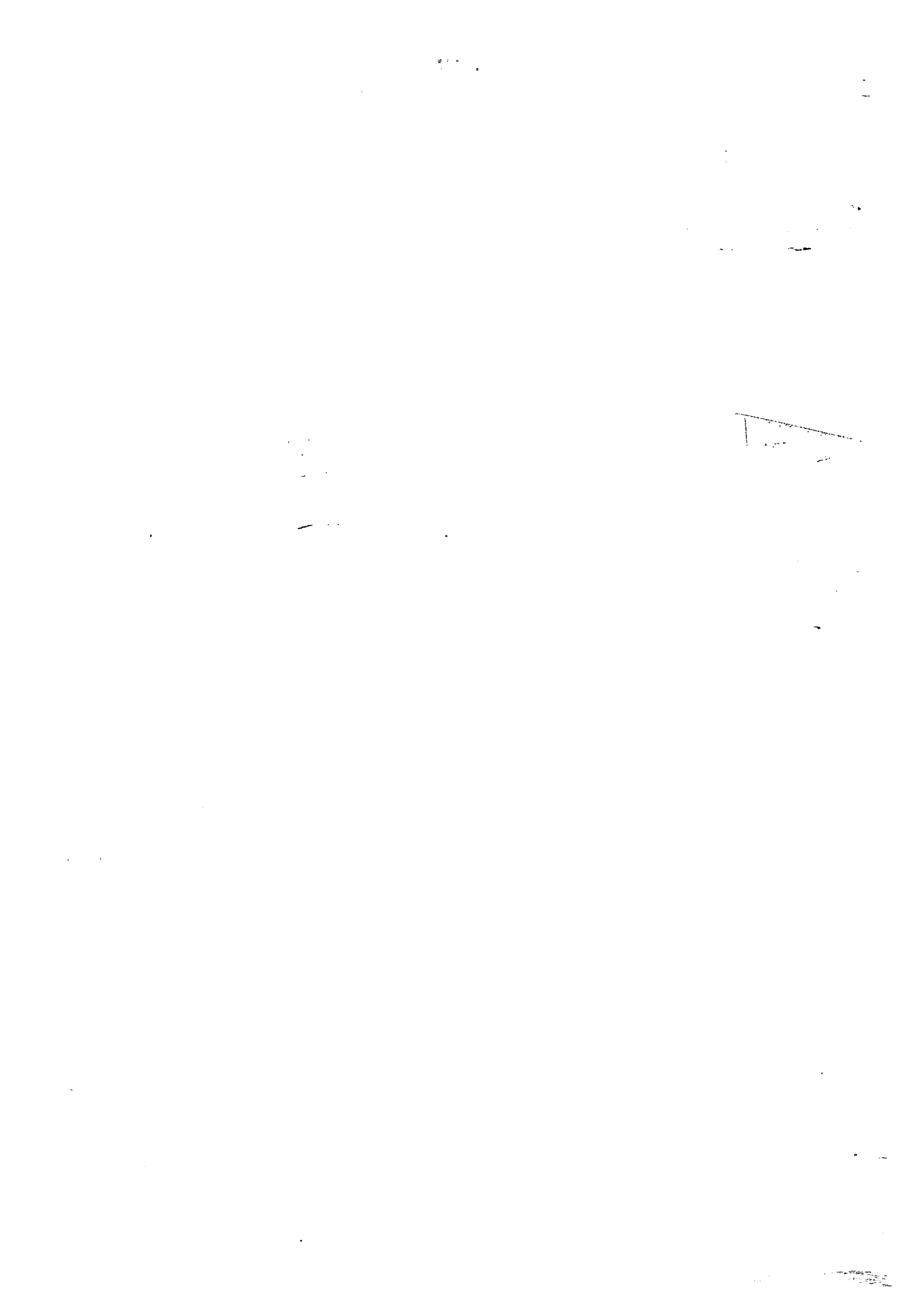
Økning av rammetilskudd er den tilskuddsordningen som oftest rangeres på sisteplass for alle de fire gruppene kommuner, jfr tabell 6.6. Andelen varierer fra 35 til 45 prosent. Også når det gjelder fordeling av sisteplassen skiller gruppen med høy egenfinansieringsandel seg ut. Det er en klart høyere andel blant disse kommunene som er negativt innstilt til øremerkede tilskudd fordelt etter søknad: 42 prosent rangerer denne tilskuddsformen på sisteplass i denne gruppen mot under 30 prosent i de øvrige gruppene. En lavere andel rangerer aktivitetsbaserte tilskudd på sisteplass i førstnevnte gruppe: 12 prosent mot omlag 1/4 i kommuner med en finansieringsandel for øremerkede tilskudd over 25 prosent.

Tabell 6.5 Ranging av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'førsteplass'. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
0-25%	12,0	68,0	8,0	12,0	
	3	17	2	3	25
25-50%	26,8	55,4	7,1	10,7	
	15	31	4	6	56
50-75%	24,2	51,5	10,6	13,6	
	16	34	7	9	66
75-100%	19,8	52,6	14,7	12,9	
	23	61	17	15	116

Tabell 6.6 Ranging av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'fjerdeplass'. Etter andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Antall i parentes.

Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
0-25%	41,7	4,2	41,7	12,5	
	10	1	10	3	24
25-50%	35,7	10,7	28,6	25,0	
	20	6	16	14	56
50-75%	39,2	6,8	28,4	25,7	
	29	5	21	19	74
75-100%	45,3	8,5	23,9	22,2	
	53	10	28	26	117



7 Betydning av kommunestørrelse og -inntekt

7.1 Innledning

Kommunestørrelse og inntektsnivå er i mange sammenhenger viktig i forhold til å forstå variasjoner i kommunenes utfordringer og tilpasning. Vi ønsker i dette kapitlet å undersøke om kommunestørrelse og størrelse på frie inntekter per innbygger har betydning for svarfordelingene både når det gjelder kommunenes tilpasning med hensyn til psykisk helsearbeid og vurderingene av virkemidlene i Opptrappingsplanen. Vi opererer her med en noe mindre finmasket inndeling med hensyn til innbyggertallgruppene enn i tabell 2.1. Siden det er så få kommuner som er med i forsøket med å tildele øremerkede tilskudd som en del av rammetilskuddet gir det få (om noen) kommuner i hver innbyggertallgruppe. Tall for disse kommunene presenteres derfor ikke her.

Det er høy korrelasjon mellom kommunestørrelse og inntektsnivå. Kommuner med frie inntekter over 30 000 kroner per innbygger finner vi blant de små kommunene. Få av de største kommunene har inntekter over 22 500.

7.2 Utgifter, finansiering og behov

Tabell 7.1 viser utviklingen i kommunens egenfinansiering etter kommunestørrelse.

Tabell 7.1 Utvikling i kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Kommunens egenfinansiering av psykisk helsearbeid			N
	Redusert	Uendret	Økt	
Under 3 000	4,4 (4)	33,3 (30)	62,2 (56)	90
3 000-4 999	5,1 (3)	33,9 (20)	61,0 (36)	59
5 000-9 999	2,0 (1)	23,5 (12)	74,5 (38)	51
10 000-19 999		30,4 (14)	69,6 (32)	46
20 000-34 999		28,6 (4)	71,4 (10)	14
Over 35 000		54,5 (6)	45,5 (5)	11

Tabell 7.2 Utvikling i kommunenes egenfinansiering av psykisk helsearbeid. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Kommunens egenfinansiering av psykisk helsearbeid			N
	Redusert	Uendret	Økt	
Under 22 500		35,8 (29)	64,2 (52)	81
22 500-24 999	2,0 (1)	33,3 (17)	64,7 (33)	51
25 000-29 999	6,6 (4)	26,2 (16)	67,2 (41)	61
30 000-34 999	4,7 (2)	34,9 (15)	60,5 (26)	43
Over 35 000	2,9 (1)	25,7 (9)	71,4 (25)	35

Svarfordelingen gir ikke et klart mønster. Vi finner lavest andel som oppgir økning i egenfinansieringen (46 prosent) blant de største kommunene, med et innbyggertall over 35 000. På den annen side finner vi en lavere andel som oppgir økt egenfinansiering blant kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere (61-62 prosent) enn blant kommunene med innbyggertall mellom 5 000 og 35 000 (70-75 prosent).

Det er en tendens til at andelen som oppgir økt egenfinansiering øker med inntekt, se tabell 7.2. Forskjellene er imidlertid små, og gruppen med inntekt per innbygger mellom 30 000 og 35 000 bryter mønstret. Det er i denne gruppen vi finner lavest andel som oppgir økt egenfinansiering.

Tabell 7.3 Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Andel av kommunens utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd				N
	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	
Under 3 000	4,4 (4)	22,2 (20)	31,1 (28)	42,2 (38)	90
3 000-4 999	10,2 (6)	22,0 (13)	15,3 (9)	52,5 (31)	59
5 000-9 999	11,8 (6)	25,5 (13)	25,5 (13)	37,3 (19)	51
10 000-19 999	14,0 (6)	14,0 (6)	27,9 (12)	44,2 (19)	43
20 000-34 999	28,6 (4)	21,4 (3)	14,3 (2)	35,7 (5)	14
Over 35 000	18,2 (2)	45,5 (5)	18,2 (2)	18,2 (2)	11

Egenfinansieringsandelen ser ut til å øke med innbyggertallet, jfr tabell 7.3. Mens 27 prosent av kommunene med innbyggertall under 3 000 oppgir at under halvparten av utgiftene til psykisk helsearbeid finansieres av øremerkede tilskudd, øker andelen til 50 prosent for kommunene med innbyggertall mellom 20 000 og 35 000 og hele 64 prosent for de største kommunene. Gruppen av kommuner med innbyggertall mellom 10 000 og 20 000 bryter mønsteret; andelen som oppgir en egenfinansieringsandel på mer enn 50 prosent er den samme som blant de minst kommunene.

Det fremgår av tabell 7.4 at andelen kommuner som oppgir at de øremerkede tilskuddene finansierer mindre enn 25 prosent av utgiftene til psykisk helsearbeid avtar med kommunens inntekt. Men bildet er mindre entydig dersom vi slår sammen gruppene 0-25 prosent og 25-50 prosent. Igjen, dersom vi ser bort fra gruppen kommuner med inntektsnivå mellom 30 000-35 000 per innbygger som har høyest andel med egenfinansieringsandel på under 25 prosent, så avtar andelen med lav egenfinansieringsandel med inntektsnivå. Forskjellene mellom gruppene er også her små. Dette trenger ikke å bety at inntektsnivå ikke er viktig for egenfinansieringen. Vi har her ikke tatt hensyn til at inntekt samvarierer med andre forhold som har betydning for lokale etterspørsels- og kostnadsforhold, som f. eks. kommunestørrelse.

Tabell 7.4 Andel av utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Andel av kommunens utgifter til psykisk helsearbeid finansiert av øremerkede tilskudd				N
	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	
Under 22 500	15,0 (12)	17,5 (14)	22,5 (18)	45,0 (36)	80
22 500-24 999	12,2 (6)	26,5 (13)	16,3 (8)	44,9 (22)	49
25 000-29 999	12,1 (7)	20,7 (12)	27,6 (16)	39,7 (23)	58
30 000-34 999	2,3 (1)	25,0 (11)	29,5 (13)	43,2 (19)	44
Over 35 000	5,4 (2)	27,0 (10)	29,7 (11)	37,8 (14)	37

Tabell 7.5 og 7.6 viser svarfordelingen på spørsmålet om antatt nødvendig økning i utgiftene til psykisk helsevern etter henholdsvis innbyggertall og inntektsnivå. Svarfordelingen gir inntrykk av et antatt større udekket behov blant store kommuner enn små kommuner. Ser vi på andelen kommuner som har krysset av for de to svaralternativene som gir lavest nødvendig økning i utgiftene, så avtar denne fra 46 prosent i gruppen med innbyggertall under 3 000 til 21 prosent i gruppen 10 000-19 999 innbyggere. Andelen øker til 30 prosent blant de største kommunene. Ser vi på andelen som anslår behov for mer enn 100 prosent økning i utgiftene er den 13 prosent blant de minste kommunene, med innbyggertall under 3 000. Andelen øker til mellom 25 og 30 prosent for de to gruppene med innbyggertall mellom 3 000 og 10 000 og i overkant av 40 prosent blant de 3 gruppene med innbyggertall over 10 000.

Svarfordelingen tyder også på en sammenheng mellom antatt underdekning og kommunens inntektsnivå. Mellom 25 og 30 prosent av kommunene i de 3 gruppene av kommuner med frie inntekter per innbygger under 30 000 anslår at utgiftene må øke i størrelsesorden 0-50

prosent. Andelen øker til henholdsvis 43 prosent blant kommuner med inntektsnivå mellom 30 000 og 35 000 og til 63 prosent blant kommuner med mer 35 000 per innbygger. Andelen som oppgir at en utgiftene må øke med mer enn 100 prosent for å komme opp på et tilfredsstillende nivå avtar fra 43 prosent i gruppen med lavest inntektsnivå til 3 prosent i gruppen med høyest inntektsnivå. Kommunene med inntekter mellom 25 000 og 30 000 bryter mønsteret.

Tabell 7.5 Anslått nødvendig økning i utgifter til psykisk helsearbeid for å komme opp på et tilfredsstillende nivå. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Anslått nødvendig økning i utgifter til psykisk helsearbeid for å komme opp på et tilfredsstillende nivå					N
	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	Mer enn 100 %	
Under 3 000	10,8 (9)	34,9 (29)	25,3 (21)	15,7 (13)	13,3 (11)	83
3 000-4 999	12,3 (7)	22,8 (13)	21,1 (12)	17,5 (10)	26,3 (15)	57
5 000-9 999	4,3 (2)	19,1 (9)	29,8 (14)	17,0 (8)	29,8 (14)	47
10 000-19 999	7,0 (3)	14,0 (6)	20,9 (9)	16,3 (7)	41,9 (18)	43
20 000-34 999	7,1 (1)	21,4 (3)	14,3 (2)	14,3 (2)	42,9 (6)	14
Over 35 000		30,0 (3)	10,0 (1)	20,0 (2)	40,0 (4)	10

Tabell 7.6 Anslått nødvendig økning i utgifter til psykisk helsearbeid for å komme opp på et tilfredsstillende nivå. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Anslått nødvendig økning i utgifter til psykisk helsearbeid for å komme opp på et tilfredsstillende nivå					N
	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	Mer enn 100 %	
Under 22 500	5,3 (4)	19,7 (15)	15,8 (12)	15,8 (12)	43,4 (33)	76
22 500-24 999	10,6 (5)	17,0 (8)	29,8 (14)	25,5 (12)	17,0 (8)	47
25 000-29 999	8,8 (5)	17,5 (10)	24,6 (14)	14,0 (8)	35,1 (20)	57
30 000-34 999	4,8 (2)	38,1 (16)	26,2 (11)	16,7 (7)	14,3 (6)	42
Over 35 000	18,8 (6)	43,8 (14)	25,0 (8)	9,4 (3)	3,1 (1)	32

7.3 Politisk styring og forvaltning av de øremerkede tilskuddene

Svarfordelingen når det gjelder graden av politisk styring av bruken av de øremerkede tilskuddene ser ut til å variere med kommunestørrelse og -inntekt, jfr tabell 7.7 og 7.8. Svarfordelingen tyder på en sterkere politisk styring av bruken av de øremerkede tilskuddene i store kommuner enn i små kommuner.

Tabell 7.7 Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene			Totalt
	Rammebevilgning	Styring av prioritering	Detaljstyring	
Under 3 000	50,0 (46)	46,7 (43)	3,3 (3)	92
3 000-4 999	27,9 (17)	67,2 (41)	4,9 (3)	61
5 000-9 999	49,0 (25)	45,1 (23)	5,9 (3)	51
10 000-19 999	30,4 (14)	65,2 (30)	4,3 (2)	46
20 000-34 999	21,4 (3)	64,3 (9)	14,3 (2)	14
Over 35 000	18,2 (2)	81,8 (9)		11

Tabell 7.8 Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene			Totalt
	Rammebevilgning	Styring av prioritering	Detaljstyring	
Under 22 500	31,7 (26)	63,4 (52)	4,9 (4)	82
22 500-24 999	39,2 (20)	56,9 (29)	3,9 (2)	51
25 000-29 999	33,9 (21)	59,7 (37)	6,5 (4)	62
30 000-34 999	40,9 (18)	52,3 (23)	6,8 (3)	44
Over 35 000	61,1 (22)	38,9 (14)		36

Halvparten av kommunene med innbyggertall under 3000 oppgir at kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene kan beskrives som en rammebevilgning. Blant de største kommunene har omlag 20 prosent svart det samme. Svarfordelingen blant

kommuner i gruppen 3 000-4 999 gjør at mønsteret ikke er entydig. Likeledes er det en tendens til at andelen som beskriver kommunestyret beslutning som en rammebevilgning øker med inntektsnivået. Andelen øker fra 32 prosent i gruppen med frie inntekter under 22 500 kroner per innbygger til 61 prosent i gruppen med frie inntekter per innbygger over 35 000 kroner. Her bryter svarfordelingen i gruppen med inntektsnivå mellom 22 500 og 25 000 kroner per innbygger mønsteret.

Når det gjelder forvaltning av de øremerkede tilskuddene er det mest vanlig at ansvaret gis til et tjenesteområde/etat i små og "rike" kommuner, jfr. tabell 7.9 og 7.10. I den grad tjenesteorganiseringen generelt varierer med kommunestørrelse og -inntekt kan dette være en bakenforliggende forklaring på mønsteret som avdekkes her.

Tabell 7.9 Ansvar for forvaltning av de øremerkede tilskuddene. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Ansvar er gitt til ett tjenesteområde	Ansvar er fordelt ut på flere tjenesteområder	N
Under 3 000	75,3 (70)	24,7 (23)	93
3 000-4 999	67,2 (41)	32,8 (20)	61
5 000-9 999	62,7 (32)	37,3 (19)	51
10 000-19 999	32,6 (15)	67,4 (31)	46
20 000-34 999	50,0 (7)	50,0 (7)	14
Over 35 000	27,3 (3)	72,7 (8)	11

Tabell 7.10 Ansvar for forvaltning av de øremerkede tilskuddene. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Ansvar er gitt til ett tjenesteområde	Ansvar er fordelt ut på flere tjenesteområder	N
Under 22 500	42,7 (35)	57,3 (47)	82
22 500-24 999	58,8 (30)	41,2 (21)	51
25 000-29 999	66,1 (41)	33,9 (21)	62
30 000-34 999	77,3 (34)	22,7 (10)	44
Over 35 000	75,7 (28)	24,3 (9)	37

7.4 Vurdering av virkemidlene i Opptappingsplanen

Tabell 7.11 og 7.12 viser i hvilken grad respondentenes vurdering av øremerkede tilskudd med hensyn til å påvirke det psykiske helsearbeidet i kommunene varierer med kommunestørrelse og -inntekt.

Tabell 7.11 Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptappingsplanen i forhold til kommunens innsats inne psykisk helsearbeid. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertall-gruppe	Økning av rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt						Øremerking er nødvendig for økt satsing		
	Samme prioritering			Samme utforming av tjenestetilbudet					
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 3 000	79,3 (73)	20,7 (19)	92	72,8 (67)	27,2 (25)	92	15,1 (14)	84,9 (79)	93
3 000-4 999	76,3 (45)	23,7 (14)	59	71,7 (43)	28,3 (17)	60	24,6 (15)	75,4 (46)	61
5 000-9 999	75,0 (36)	25,0 (12)	48	61,2 (30)	38,8 (19)	49	23,5 (12)	76,5 (39)	51
10 000-19 999	80,0 (36)	20,0 (9)	45	72,7 (32)	27,3 (12)	44	22,7 (10)	77,3 (34)	44
20 000-34 999	71,4 (10)	28,6 (4)	14	57,1 (8)	42,9 (6)	14	50,0 (7)	50,0 (7)	14
Over 35 000	72,7 (8)	27,3 (3)	11	27,3 (3)	72,7 (8)	11	36,4 (4)	63,6 (7)	11

Tabell 7.12 Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Økning av rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt						Øremerking er nødvendig for økt satsing		
	Samme prioritering			Samme utforming av tjenestetilbudet					
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 22 500	74,7 (59)	25,3 (20)	79	58,2 (46)	41,8 (33)	79	30,0 (24)	70,0 (56)	80
22 500-24 999	78,0 (39)	22,0 (11)	50	68,6 (35)	31,4 (16)	51	27,5 (14)	72,5 (37)	51
25 000-29 999	80,3 (49)	19,7 (12)	61	77,0 (47)	23,0 (14)	61	16,1 (10)	83,9 (52)	62
30 000-34 999	74,4 (32)	25,6 (11)	43	69,8 (30)	30,2 (13)	43	13,6 (6)	86,4 (38)	44
Over 35 000	80,6 (29)	19,4 (7)	36	69,4 (25)	30,6 (11)	36	21,6 (8)	78,4 (29)	37

Det er ikke store forskjeller mellom kommunegruppene når det gjelder vurderingen av om en økning av rammetilskuddet i stedet for øremerking ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid i kommunene. Det er imidlertid en tendens at en høyere andel av de store kommunene er enig i økning av rammetilskuddet i stedet for øremerking ikke ville påvirket utformingen av tjenestetilbudet. Det er flere som er enig i at øremerking er nødvendig for å få til en økt satsing på psykisk helsearbeid blant små kommunene enn blant de største. Svarfordelingen viser ingen klar variasjon med hensyn til inntektsnivå.

Vurderingen av plan- og rapporteringskravene er vist i tabell 7.13 og 7.14. Det er et flertall blant alle innbyggertallgruppene som er uenig i at plan- og rapporteringskravene i Opptrappingsplanen bidrar til at hastverkløsninger. Ser vi på inntektsgruppene så finner vi et flertall som er enig i påstanden blant de 'rikeste' kommunene, dvs. kommunen med inntekter på mer enn 35 000 per innbygger.

Når det gjelder påstanden om at plan- og rapporteringskravene er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid så varierer andelen som er enig fra 47 prosent blant kommunene med mindre enn 3 000 innbyggere til 64 prosent blant de største kommunene med mer enn 35 000 innbyggere. Med unntak av gruppen kommuner med frie inntekter per innbygger mellom 30 000 og 35 000 er et flertall enig i påstanden også blant inntektsgruppene.

Gruppen av kommuner med innbyggertall mellom 20 000 og 35 000 skiller seg klart fra de øvrige gruppene med hensyn til andelen som er enig i at plan- og rapporteringskravene ikke er en garanti for at utgiftene til psykisk helsevern minst øker i takt med det øremerkede tilskuddet. Kun 36 prosent er enig i påstanden i denne gruppen mot mellom 60 og 75 prosent i de andre gruppene.

Tabell 7.13 Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Etter kommune-størrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertall- gruppe	Bidrar til hastverkløsninger			Nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid			Ingen garanti for at utgiftene til p.h.a. minst øker i takt med tilskuddet		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 3 000	58,6 (51)	41,4 (36)	87	52,7 (49)	47,3 (44)	93	38,5 (35)	61,5 (56)	91
3 000-4 999	57,4 (35)	42,6 (26)	61	49,2 (30)	50,8 (31)	61	25,4 (15)	74,6 (44)	59
5 000-9 999	55,1 (27)	44,9 (22)	49	44,0 (22)	56,0 (28)	50	27,7 (13)	72,3 (34)	47
10 000-19 999	64,4 (29)	35,6 (16)	45	44,4 (20)	55,6 (25)	45	29,5 (13)	70,5 (31)	44
20 000-34 999	76,9 (10)	23,1 (3)	13	50,0 (7)	50,0 (7)	14	64,3 (9)	35,7 (5)	14
Over 35 000	54,5 (6)	45,5 (5)	11	36,4 (4)	63,6 (7)	11	27,3 (3)	72,7 (8)	11

Tabell 7.14 Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Bidrar til hastverkløsninger			Nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid			Ingen garanti for at utgiftene til p.h.a. minst øker i takt med tilskuddet		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 22 500	60,8 (48)	39,2 (31)	79	44,4 (36)	55,6 (45)	81	33,8 (26)	66,2 (51)	77
22 500-24 999	62,0 (31)	38,0 (19)	50	50,0 (25)	50,0 (25)	50	24,5 (12)	75,5 (37)	49
25 000-29 999	59,0 (36)	41,0 (25)	61	48,4 (30)	51,6 (32)	62	33,3 (20)	66,7 (40)	60
30 000-34 999	65,9 (29)	34,1 (15)	44	56,8 (25)	43,2 (19)	44	47,7 (21)	52,3 (23)	44
Over 35 000	43,8 (14)	56,3 (18)	32	43,2 (16)	56,8 (21)	37	25,0 (9)	75,0 (27)	36

Det er et flertall i alle innbyggertallsgrupper som er uenig i at statens målsettinger legger føringer på organisatoriske løsninger for det psykiske helsearbeidet i kommunene, j fr tabell 7.15. Mens i overkant av 20 prosent er enig i påstanden blant kommuner med innbyggertall mellom 20 000 og 35 000, er nesten halvparten av kommunene med mellom 3 000 og 5 000 innbyggere enig i påstanden. Nær 50 prosent av kommunene med frie inntekter over 35 000 kroner per innbygger er også enig i dette, j fr tabell 7.16. Det er et klart flertall blant samtlige grupper som er enig i at statens målsettinger legger føringer på kommunenes prioriteringer av tiltak/tilbud for mennesker med psykiske lidelser. Andelen øker imidlertid fra 75 prosent blant de 'rikeste kommunene' til hele 95 prosent blant kommunene med mindre enn 22 500 kroner per innbygger i frie inntekter.

Tabell 7.15 Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger . Etter kommune-størrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Organisatoriske løsninger			Prioriteringer av tiltak/tilbud		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 3 000	60,4 (55)	39,6 (36)	91	17,6 (16)	82,4 (75)	91
3 000-4 999	52,5 (31)	47,5 (28)	59	8,2 (5)	91,8 (56)	61
5 000-9 999	66,0 (33)	34,0 (17)	50	20,0 (10)	80,0 (40)	50
10 000-19 999	61,4 (27)	38,6 (17)	44	4,4 (2)	95,6 (43)	45
20 000-34 999	78,6 (11)	21,4 (3)	14	7,1 (1)	92,9 (13)	14
Over 35 000	72,7 (8)	27,3 (3)	11	9,1 (1)	90,9 (10)	11

Tabell 7.16 Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Organisatoriske løsninger			Prioriteringer av tiltak/tilbud		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 22 500	63,3 (50)	36,7 (29)	79	5,0 (4)	95,0 (76)	80
22 500-24 999	62,7 (32)	37,3 (19)	51	15,7 (8)	84,3 (43)	51
25 000-29 999	61,0 (36)	39,0 (23)	59	13,1 (8)	86,9 (53)	61
30 000-34 999	65,1 (28)	34,9 (15)	43	13,6 (6)	86,4 (38)	44
Over 35 000	51,4 (19)	48,6 (18)	37	25,0 (9)	75,0 (27)	36

Vi finner ingen entydig sammenheng mellom kommunestørrelse og vurdering av situasjonen før og etter iverksettelsen av Opptappingsplanen, jfr tabell 7.17. Det er en tendens til at andelen som vurderer at kommunen var kommet langt med hensyn til det psykiske helsearbeidet før Opptappingsplanen, avtar med kommunestørrelse, men kommunene med innbyggertall mellom 20 000 og 35 000 skiller seg ut i positiv retning.

Tabell 7.17 Kommunens status før Opptappingsplanen ble iverksatt, og Opptappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Etter kommunestørrelse. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Komet langt i å nå målene før Opptappingsplanen			Bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 3 000	64,0 (57)	36,0 (32)	89	7,5 (7)	92,5 (86)	93
3 000-4 999	60,3 (35)	39,7 (23)	58	11,5 (7)	88,5 (54)	61
5 000-9 999	72,0 (36)	28,0 (14)	50	2,0 (1)	98,0 (50)	51
10 000-19 999	74,4 (32)	25,6 (11)	43	6,5 (3)	93,5 (43)	46
20 000-34 999	50,0 (7)	50,0 (7)	14	14,3 (2)	85,7 (12)	14
Over 35 000	72,7 (8)	27,3 (3)	11		100,0 (11)	11

Tabell 7.18 Kommunens status før Opptrappingsplanen ble iverksatt, og Opptrappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Kommet langt i å nå målene før Opptrappingsplanen			Bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Under 22 500	70,1 (54)	29,9 (23)	77	7,3 (6)	92,7 (76)	82
22 500-24 999	70,0 (35)	30,0 (15)	50	5,9 (3)	94,1 (48)	51
25 000-29 999	65,0 (39)	35,0 (21)	60	3,2 (2)	96,8 (60)	62
30 000-34 999	65,1 (28)	34,9 (15)	43	4,5 (2)	95,5 (42)	44
Over 35 000	54,3 (19)	45,7 (16)	35	18,9 (7)	81,1 (30)	37

Andelen kommuner som vurderer at kommunen var kommet langt i å nå målene i Opptrappingsplanen før planen ble iverksatt øker fra 30 prosent blant kommunene med lavest inntektsnivå til i overkant av 45 prosent blant de med høyest inntektsnivå, som vist i tabell 7.18. I alle inntektsgrupper er det et klart flertall som mener at Opptrappingsplanen har bidratt til et vesentlig bedre tilbud. Men gruppen med høyest inntekter skiller seg ut ved at nær 19 prosent er uenig, mot godt i underkant av 10 prosent blant de øvrige.

7.5 Rangering av ulike typer statlig medfinansiering

Tabell 7.19 og 7.20 viser fordelingen av henholdsvis førsteplassen og fjerdeplassen på de fire oppgitte alternativene for statlig medfinansiering etter kommunestørrelse. I alle innbyggertallgruppene er øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier det alternativet som oftest er rangert på førsteplass. Dette alternativet er oftere rangert på topp i de største kommunene. Kommunene med innbyggertall mellom 3 000 og 5 000 har lavest andel, kun 44 prosent, som rangerer dette alternativet på førsteplass. Mens nær 70 prosent blant kommunene med innbyggertall mellom 20 000 og 35 000 rangerer øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier på første plass.

Jo lavere innbyggertall jo mer negativ er vurderingen av rammetilskudd: mens 15 prosent av kommunene med innbyggertall over 35 000 har rangert økning av rammetilskudd på fjerdeplass er andelen opp mot 50 prosent blant kommunene med under 5 000 innbyggere. Respondenter fra kommuner er mest negativ til øremerkede tilskudd fordelt etter søknad og aktivitetsbaserte tilskudd.

Det er også forskjeller mellom inntektsgruppene med hensyn til rangering av de statlige medfinansieringsalternativene, se tabell 7.21 og 7.22. Andelen som plasserer øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier på førsteplass avtar med inntekt opp til gruppen med frie inntekter mellom 25 000 og 30 000 kroner per innbygger for deretter å øke. De "rikeste" kommunene skiller seg ut med svært lav andel som rangerer økning av rammetilskudd på førsteplass: 8 prosent. Ser vi bort fra gruppen med inntekt mellom 30 000 og 35 000 per innbygger så øker skepsisen mot rammetilskudd, målt ved andelen som rangerer dette alternativet på fjerdeplass, med inntekt.

Tabell 7.19 Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'førsteplass'. Etter kommunestørrelse. Antall i parentes.

Innbyggertallgruppe	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
Under 3 000	19,1 (17)	57,3 (51)	11,2 (10)	12,4 (11)	89
3 000-4 999	27,9 (17)	42,6 (26)	14,8 (9)	14,8 (9)	61
5 000-9 999	14,9 (7)	53,2 (25)	17,0 (8)	14,9 (7)	47
10 000-19 999	20,9 (9)	62,8 (27)	4,7 (2)	11,6 (5)	43
20 000-34 999	23,1 (3)	69,2 (9)	7,7 (1)		13
Over 35 000	12,5 (1)	62,5 (5)		25,0 (2)	8

Tabell 7.20 Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'fjerdeplass'. Etter kommunestørrelse. Antall i parentes.

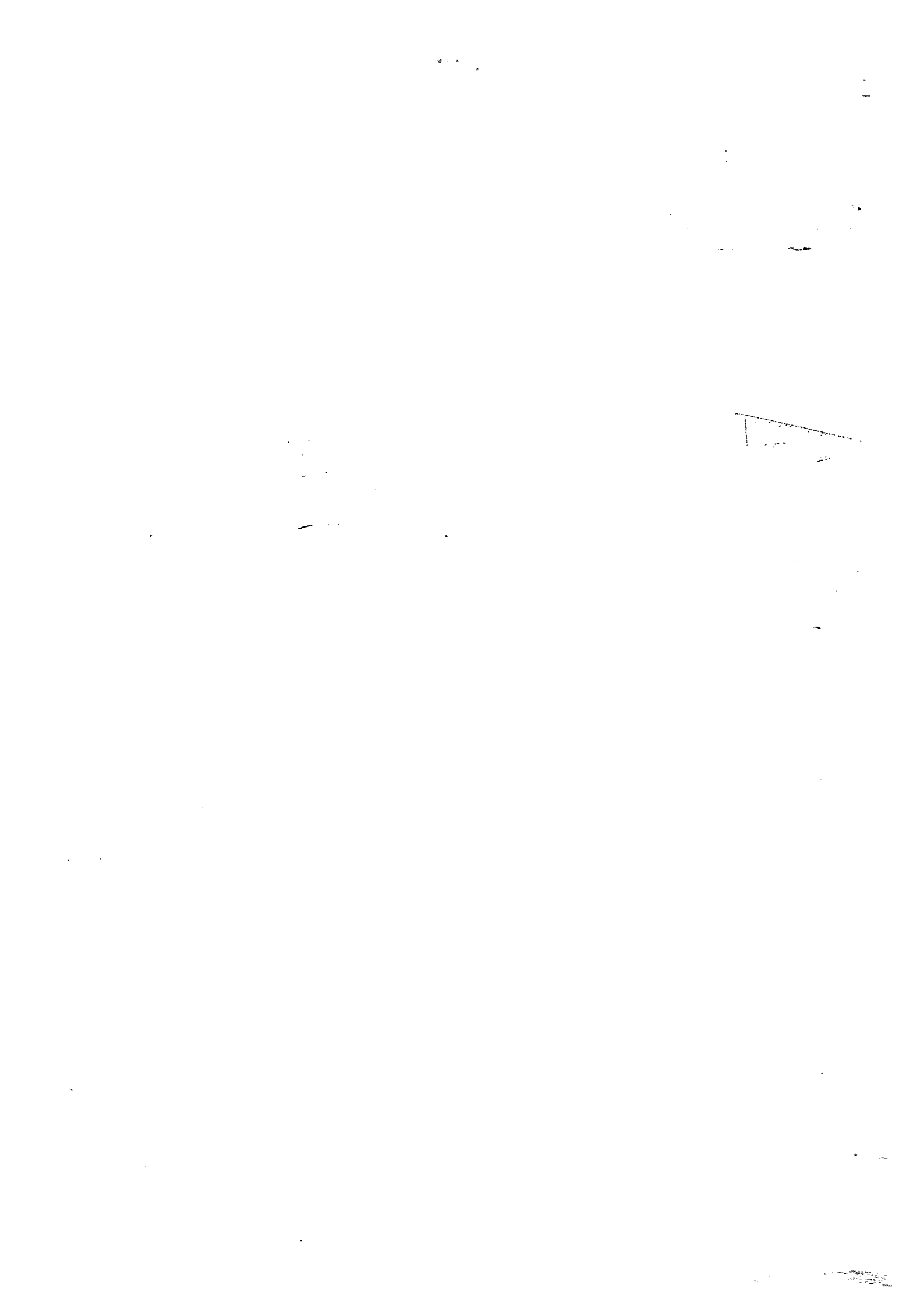
Innbyggertallgruppe	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
Under 3 000	45,7 (42)	6,5 (6)	23,9 (22)	23,9 (22)	92
3 000-4 999	50,0 (28)	7,1 (4)	19,6 (11)	23,2 (13)	56
5 000-9 999	39,3 (22)	10,7 (6)	28,6 (16)	21,4 (12)	56
10 000-19 999	40,0 (18)	8,9 (4)	35,6 (16)	15,6 (7)	45
20 000-34 999	26,7 (4)	6,7 (1)	33,3 (5)	33,3 (5)	15
Over 35 000	15,4 (2)	7,7 (1)	46,2 (6)	30,8 (4)	13

Tabell 7.21 Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'førsteplass'. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
Under 22 500	18,9 (14)	59,5 (44)	6,8 (5)	14,9 (11)	74
22 500-24 999	18,0 (9)	56,0 (28)	16,0 (8)	10,0 (5)	50
25 000-29 999	27,1 (16)	45,8 (27)	13,6 (8)	13,6 (8)	59
30 000-34 999	28,6 (12)	54,8 (23)	7,1 (3)	9,5 (4)	42
Over 35 000	8,3 (3)	58,3 (21)	16,7 (6)	16,7 (6)	36

Tabell 7.22 Rangering av type statlig medfinansiering. Fordeling av 'fjerdeplass'. Etter størrelse på frie inntekter per innbygger. Antall i parentes.

Inntektsgruppe	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
Under 22 500	34,5 (30)	6,9 (6)	33,3 (29)	25,3 (22)	87
22 500-24 999	40,4 (19)	10,6 (5)	25,5 (12)	23,4 (11)	47
25 000-29 999	50,0 (33)	9,1 (6)	21,2 (14)	19,7 (13)	66
30 000-34 999	35,7 (15)	2,4 (1)	40,5 (17)	21,4 (9)	42
Over 35 000	54,3 (19)	11,4 (4)	11,4 (4)	22,9 (8)	35



8 Forskjell i vurderinger avhengig av ståsted

8.1 Innledning

For mer enn 40 prosent av kommunene er det ikke rådmannen eller en person tilknyttet sentraladministrasjonen som har fylt ut skjemaet. Ståsted i kommunen kan tenkes å ha betydning både for virkelighetsoppfatning og holdninger. I dette kapitlet ser vi derfor på om det er forskjell i vurdering av virkemidlene i Opptrappingsplanen og rangering av ulike typer statlig medfinansiering mellom rådmenn eller andre som er tilknyttet sentraladministrasjonene og respondenter med sektortilknytning.

Hvorvidt forskjellene i vurderingene mellom rådmenn /administrasjonssjefer og de øvrige respondentene i hovedsak reflekterer forskjeller i holdninger eller om det er slik at hvilken person som har fylt ut skjemaet reflekterer andre bakenforliggende forhold har vi ikke sett nærmere på her.

8.2 Vurdering av økonomisk virkemiddel

Tabell 8.1 viser svarfordeling når det gjelder vurderinger av øremerking av de statlige tilskuddene. Respondentene med sektortilknytning er generelt mest positive til de økonomiske virkemidlene i Opptrappingsplanene. De er mer tilbøyelig til å være uenige i at økning i rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt samme prioritering og samme utforming av tjenestetilbudet. Andelen som er uenig i at økning i rammetilskudd ville gitt samme prioritering av psykisk helsearbeid øker fra i underkant av 70 prosent blant respondenter ansatt i sentraladministrasjonen til i overkant av 90 prosent blant respondenter med sektortilknytning. Og andelen som er uenig i at overføring i form av rammetilskudd ville gitt samme utforming av tjenestetilbudet øker fra i underkant av 60 prosent til i overkant av 80 prosent. Respondenter med sektortilknytning er også i større grad enige i at øremerking er nødvendig for å få til økt satsing på psykisk helsearbeid; 93 prosent mot 67 prosent for ansatte i sentraladministrasjon.

Men det er et klart flertall som er positive til øremerking i begge grupper.

Tabell 8.1 Vurdering av økonomisk virkemiddel i Opptrappingsplanen i forhold til kommunens innsats innen psykisk helsearbeid. Etter stilling/arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Arbeidssted	Økning av rammetilskudd i stedet for øremerking ville gitt						Øremerking er nødvendig for økt satsing		
	Samme prioritering			Samme utforming av tjenestetilbudet					
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Sentraladm.	68,7 (101)	31,3 (46)	147	57,8 (85)	42,2 (62)	147	33,1 (49)	66,9 (99)	148
Sektor	90,3 (102)	9,7 (11)	113	81,6 (93)	18,4 (21)	114	7,7 (9)	92,3 (108)	117

8.3 Vurdering av plan- og rapporteringskravene

Respondenter med sektortilknytning er også mer positiv til plan- og rapporteringskravene som følger med Opptrappingsplanen, jfr tabell 8.2. I gruppen med ståsted i sentraladministrasjon er 55 prosent uenig i at plan- og rapporteringskravene fører til hastverkløsninger og halvparten enig i at øremerking er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid, prosentandelene øker til henholdsvis 65 og 58 for respondenter med ståsted lenger ned i kommuneorganisasjonen.

Det er små forskjeller når det gjelder vurderingen av om plan- og rapporteringskravene generelt ikke er en garanti for at utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i takt med tilskuddet.

Tabell 8.2 Vurdering av plan- og rapporteringskravenes betydning for det psykiske helsearbeidet. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Arbeidssted	Bidrar til hastverkløsninger			Nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid			Ingen garanti for at utgiftene til p.h.a. minst øker i takt med tilskuddet		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Sentraladm.	54,5 (78)	45,5 (65)	143	50,7 (75)	49,3 (73)	148	34,2 (50)	65,8 (96)	146
Sektor	64,9 (74)	35,1 (40)	114	41,9 (49)	58,1 (68)	117	31,5 (35)	68,5 (76)	111

8.4 Vurdering av om hvorvidt statens målsettinger legger føringer på kommunenes atferd

Det framgår av tabell 8.3 at det er relativt små forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder i hvilken grad statens målsettinger antas å legge føringer på det psykiske helsearbeidet i kommunen. Et flertall i begge gruppene er uenige i at statens målsettinger legger føringer på valg av organisatoriske løsninger. Og et større flertall i begge gruppene er enig i at statens målsettinger legger føringer på prioriteringer av tiltak/tilbud for mennesker med psykiske lidelser

Tabell 8.3 Føringer på kommunenes psykiske helsearbeid som følge av statens målsettinger. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Arbeidssted	Organisatoriske løsninger			Prioriteringer av tiltak/tilbud		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Sentraladm.	59,4 (85)	40,6 (58)	143	14,4 (21)	85,6 (125)	146
Sektor	64,1 (75)	35,9 (42)	117	10,3 (12)	89,7 (105)	117

8.5 Vurdering av betydningen av Opptrappingsplanen

Tabell 8.4 viser vurderinger av status for det psykiske helsearbeidet før og etter Opptrappingsplanen i de to gruppene. Et overveldende flertall i begge grupper, henholdsvis 90 prosent for rådmenn/sentraladministrasjon og 96 prosent for respondenter med sektor tilknytning, oppgir at Opptrappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Det er imidlertid klar forskjell mellom de to gruppene respondenter når det gjelder vurdering av statusen for det psykiske helsearbeidet før Opptrappingsplanen ble iverksatt. Mens 26 prosent av respondentene med sektortilknytning svarer at kommunen var kommet langt i å nå målene som er satt for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser før Opptrappingsplanen ble iverksatt, svarer 40 prosent av rådmennene det samme⁸. Dette kan tyde på at virkelighetsoppfatningen er avhengig av ståsted.

Tabell 8.4 Kommunens status før Opptrappingsplanen ble iverksatt, og Opptrappingsplanens betydning for kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Arbeidssted	Kommet langt i å nå målene før Opptrappingsplanen			Bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud		
	Uenig	Enig	N	Uenig	Enig	N
Sentraladm.	59,6	40,4	141	10,0	90,0	150
	84	57		15	135	
Sektor	74,1	25,9	116	4,3	95,7	117
	86	30		5	112	

8.6 Rangering av økonomiske virkemidler

Tabell 8.5 presenterer hvordan alternativene for statlig medfinansiering rangeres av de to gruppene, og gir en tydelig pekepinn på at rådmennene og administrasjonssjefene har andre preferanser enn respondentene med sektortilknytning. Nesten 70 prosent av respondentene med sektortilknytning rangerer øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier som det beste alternativet, mot 45 prosent av rådmennene og øvrige tilknyttet sentraladministrasjonen. Videre rangerer så mange som 30 prosent av sist nevnte gruppe økning av rammetilskuddet som det beste alternativet, mens tilsvarende andel for sektoransatte er bare 8 prosent. Over halvparten av de med sektortilknytning rangerer økning i rammetilskudd som det dårligste alternativet mot i overkant av 35 prosent blant rådmennene.

Selv om rådmennene er mer positive til økning i rammetilskuddet så er det også i denne gruppen flere som rangerer øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier på førsteplass. Likeledes er det flest som har rangert rammetilskudd som det dårligste alternative også blant rådmennene.

⁸ Det er små forskjeller i svarfordelingen mellom de to gruppene når det gjelder å grovt anslå hvor mye utgiftene til psykisk helsearbeid må økes for å komme opp på et tilfredsstillende nivå.

Tabell 8.5 Rangering av type statlig medfinansiering. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling. Antall i parentes.

Rangering	Arbeidssted	Økning av ramme tilskudd	Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	Aktivitetsbaserte tilskudd	N
1	Sentraladm.	30,2 (42)	45,3 (63)	9,4 (13)	15,1 (21)	139
	Sektor	7,8 (9)	67,8 (78)	13,9 (16)	10,4 (12)	115
2	Sentraladm.	19,5 (29)	28,2 (42)	25,5 (38)	26,8 (40)	149
	Sektor	21,0 (22)	18,1 (19)	30,5 (32)	30,5 (32)	105
3	Sentraladm.	15,3 (21)	14,6 (20)	34,3 (47)	35,8 (49)	137
	Sektor	17,1 (18)	10,5 (11)	33,3 (35)	39,0 (41)	105
4	Sentraladm.	34,7 (51)	12,2 (18)	30,6 (45)	22,4 (33)	147
	Sektor	51,2 (63)	3,3 (4)	23,6 (29)	22,0 (27)	123

Litteraturliste

Fisher, Ronald C.

1996 State and local public finance. 2nd ed., Chicago: Irwin.

Gullhaugen, Lene

1999 Effekten av øremerkede tilskudd til psykiatrien. Hovedoppgave. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet, Institutt for sosialøkonomi.

Halsteinli, Vidar, Heidi Torvik og Terje P. Hagen

2001 Vekst og virkemidler – fylkeskommunale effekter av ISF og øremerkede tilskudd til psykisk helsevern. Rapport STF78 A015027. Trondheim: SINTEF Unimed.

Innst.S. nr. 258 (1996-1997)

Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
Oslo: Stortinget.

Innst.S. nr. 222 (1997-1998)

Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
Oslo: Stortinget.

Kalseth, Jorid

2003 Politics and resource use in local government service production. Empirical analyses of administration and long-term care in Norway. Dr.polit.-avhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for samfunnsøkonomi.

Kjellberg, Francesco

1991 Kommunalt selvstyre og nasjonal styring. Mot nye roller for kommunene? Norsk statsvitenskaplig tidsskrift nr.1:45-63.

Kommunal- og regionaldepartementet

Om rammefinansiering. <http://odin.dep/krd/norsk/prosjekt/rammefinansiering>.

NOU 1997:8

1997 Om finansiering av kommunesektoren. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.

Ramsdal, Helge

2002 Om formingen av det kommunale psykiatrifeltet. I Norvoll, Reidun (red.): Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver på psykiatrien. Oslo: Gyldendal.

Ramsdal, Helge, Svein Michelsen og Turid Aarseth

2002 Profesjoner, stat og lokalstyre. I Bukve, Oddbjørn og Audun Offerdal (red.): Mot den nye kommunen. Kommunal organisering i endring. Oslo: Samlaget.

Rattsø, Jørn

1989 Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway. Environment and planning C: Government and Policy 7: 273-284.

Rongen, Gunnar

1995 Effekter av øremerkede tilskudd til kommunene. Arbeidsnotat 1995/19. Sandvika: Handelshøyskolen BI.

Rundskriv I-4/99

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd til kommunene 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 50 (1993-1994)

Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. meld. nr. 25 (1996-1997)

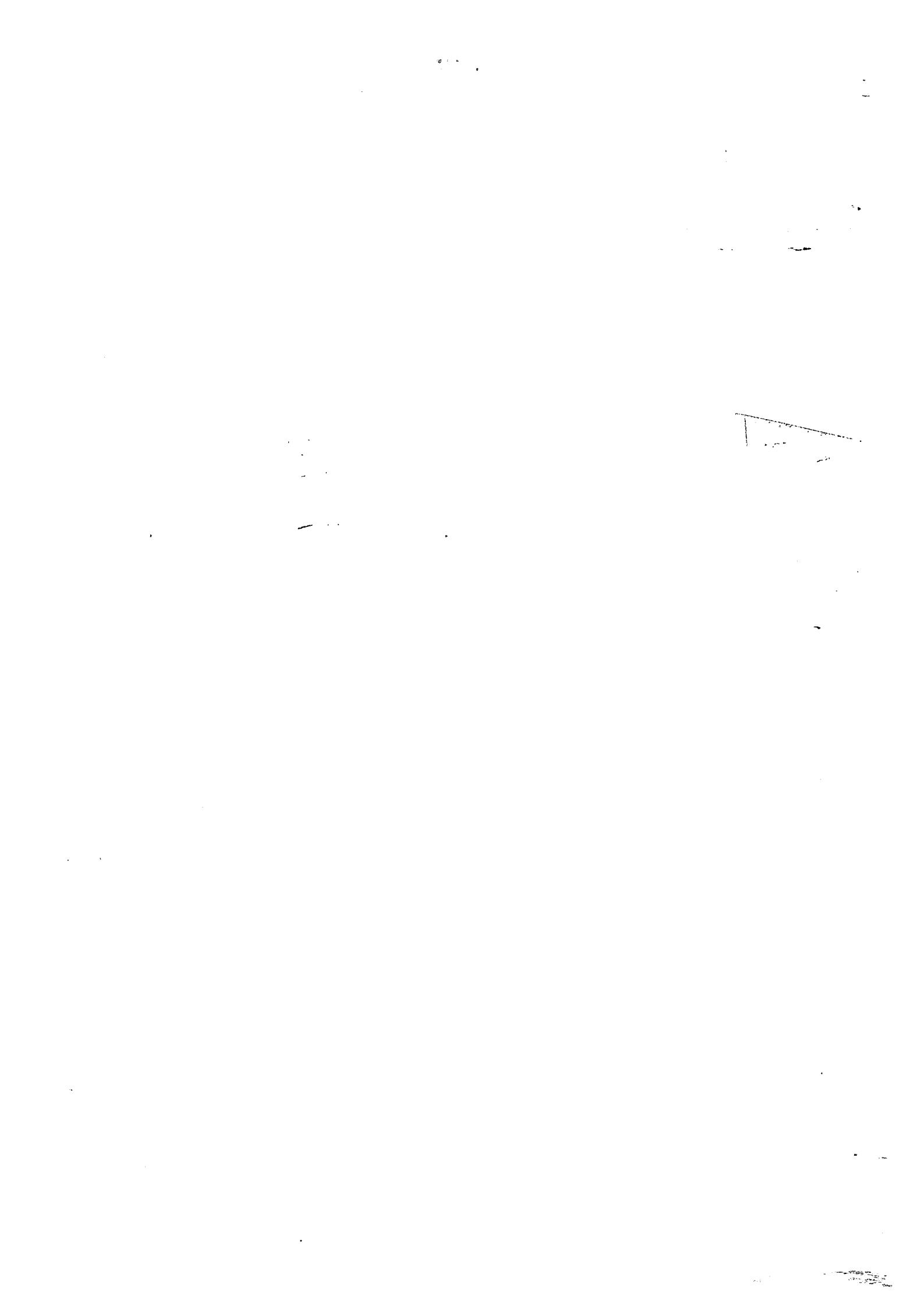
Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997-98)

Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endinger i statsbudsjettet for 1998. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Vedlegg

Spørreskjema til Rådmann



OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE

Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

Spørreskjema til rådmann/administrasjonssjef

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

Vi er klar over at det kan være vanskelig å anslå kommunens utgifter til psykisk helsearbeid. Vi antar likevel at kommunen har en oppfatning om utviklingen i utgiftene.

1. **Er kommunens utgifter til psykisk helsearbeid redusert, uendret eller økt siden 1998? Vi ber om at du også gir et grovt anslag på prosentvis endring i perioden 1999-2001.**

Kryss av for det alternativet som du tror best beskriver situasjonen i din kommune.

- Redusert → Prosentvis nedgang: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Vet ikke
- Uendret
- Økt → Prosentvis økning: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Mer enn 100% Vet ikke
- Vet ikke

Vi er klar over at det kan være vanskelig å anslå innbyggernes behov for tjenester fra kommunen innen psykisk helsearbeid. Vi antar likevel at kommunen har en oppfatning om hva som er det ideelle/ønskede aktivitetsnivå innen psykisk helsearbeid i kommunen, jfr behovet i kommunen.

2. **Hvor stor økning i utgiftene til psykisk helsearbeid må til (sammenlignet med 2001) for at aktivitetsnivået kommer opp på et tilfredsstillende nivå, jfr udekkede behov? Vi ber om at du gir et grovt anslag på prosentvis økning i utgifter som kreves for å komme opp på et tilfredsstillende nivå.**

Kryss av for det alternativet som du tror best beskriver situasjonen i din kommune.

- 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Mer enn 100% Vet ikke

3. **Hvordan kan kommunestyrets beslutninger om tjenestetilbudet innenfor psykisk helsearbeid best beskrives? Sett ett kryss.**

- Beslutning om omfang og tiltak er i stor grad delegert.
- Styring av hvilke tiltak som skal prioriteres, men utformingen av tjenestetilbudet er i stor grad delegert.
- Detaljstyring av tjenestetilbudet.

Din kommune deltar i forsøket med tildeling av øremerkede tilskudd som del av det generelle rammetilskuddet. Vi ønsker her opplysninger om hvordan tilskuddene i Opptappingsplanen for psykisk helse som gis som del av rammetilskuddet til din kommune oppfattes på ulike nivå i kommunen.

4. I hvilken grad er det oppmerksomhet omkring størrelsen på Opptappingsplanmidlene til psykisk helsearbeid blant ulike aktører i kommunen? Sett ett kryss på hver linje.

	Ingen/liten oppmerksomhet	Noe oppmerksomhet	Stor oppmerksomhet	Vet ikke
Blant kommunepolitikerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I sentraladministrasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På ledelsesnivå i tjenesteområdene/ektorene/etatene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blant ansatte som jobber med psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Her ber vi deg si deg enig/uenig i noen påstander vedrørende ulike sider ved Opptappingsplan for psykisk helse. Sett ett kryss på hver linje.

Påstand:	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
a. Øremerking i stedet for en økning av rammetilskuddet ville gitt samme prioritering av det psykiske helsearbeidet i vår kommune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Øremerking i stedet for en økning av rammetilskuddet ville gitt samme utforming av tilbudet til mennesker med psykisk lidelser i vår kommune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet i kommunene nedfelt i Opptappingsplanen legger føringer på hvilke organisatoriske løsninger kommunen har valgt for det psykiske helsearbeidet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet i kommunene nedfelt i Opptappingsplanen legger føringer på kommunens prioriteringer av ulike tiltak/tilbud for mennesker med psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Øremerking er ikke nødvendig for å få til en økt satsning på psykisk helsearbeid i vår kommune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vår kommune var kommet langt i forhold til å nå målene som er satt for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser før Opptappingsplanen ble iverksatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Opptappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvilken type statlig medfinansiering synes du er best egnet for å nå målene staten har satt for det psykiske helsearbeidet i kommunene? Vi ber deg rangere de fire alternativene nedenfor. Sett kryss for tallet som angir din rangering. 1=best egnet, osv.

Type statlig medfinansiering:	Rangering			
	1	2	3	4
Økning av rammetilskuddet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsbaserte tilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!

OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE

Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

Spørreskjema til rådmann/administrasjonssjef

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

Vi er klar over at det kan være vanskelig å anslå kommunens utgifter til psykisk helsearbeid. Vi antar likevel at kommunen har en oppfatning om utviklingen i utgiftene og om andelen av faktiske utgifter som finansieres av henholdsvis øremerkede tilskudd og bruk av frie inntekter (egenfinansiering).

1. Er kommunens utgifter til psykisk helsearbeid redusert, uendret eller økt siden 1998? Vi ber om at du også gir et grovt anslag på prosentvis endring i perioden 1999-2001.

Kryss av for det alternativet som du tror best beskriver situasjonen i din kommune.

- Redusert → Prosentvis nedgang: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Vet ikke
- Uendret
- Økt → Prosentvis økning: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Mer enn 100% Vet ikke
- Vet ikke

2. Er kommunens egenfinansiering av det psykiske helsearbeidet redusert, uendret eller økt siden 1998? Vi ber om at du også gir et grovt anslag på prosentvis endring i perioden 1999-2001.

Kryss av for det alternativet som du tror best beskriver situasjonen i din kommune

- Redusert → Prosentvis nedgang: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Vet ikke
- Uendret
- Økt → Prosentvis økning: 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Mer enn 100% Vet ikke
- Vet ikke

3. **Hvor stor andel av kommunens utgifter til psykisk helsearbeid ble i 2001 finansiert av øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse? Vi ber om at du gir et grovt anslag på prosentandelen som finansieres av øremerkede tilskudd.**

Kryss av for det alternativet som du tror best beskriver situasjonen i din kommune.

- 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Vet ikke

Vi er klar over at det kan være vanskelig å anslå innbyggernes behov for tjenester fra kommunen innen psykisk helsearbeid. Vi antar likevel at kommunen har en oppfatning om hva som er det ideelle/ønskede aktivitetsnivå innen psykisk helsearbeid i kommunen, jfr behovet i kommunen.

4. **Hvor stor økning i utgiftene til psykisk helsearbeid må til (sammenlignet med 2001) for at aktivitetsnivået kommer opp på et tilfredsstillende nivå, jfr udekkede behov? Vi ber om at du gir et grovt anslag på prosentvis økning i utgifter som kreves for å komme opp på et tilfredsstillende nivå.**

Kryss av for det alternativet som du tror best beskriver situasjonen i din kommune.

- 0-25% 25-50% 50-75% 75-100% Mer enn 100% Vet ikke

Det trenger ikke være sammenfall mellom tjenesteområde(r) som er gitt ansvar for forvaltning av de øremerkede tilskuddene og tjenesteområde(r) hvor pengene faktisk blir brukt, dvs. tjenester som blir styrket gjennom tilskuddene. Her ønsker vi å vite hvor ansvaret for forvaltning av tilskuddene ligger.

5. **Bli ansvar for forvaltning av de øremerkede tilskuddene gitt ett tjenesteområde (f.eks. helse) eller fordeles ansvaret ut på flere tjenesteområder?**

Ansvaret er gitt til ett tjenesteområde → Oppgi hvilket: _____

Ansvaret er fordelt ut på flere tjenesteområder → Oppgi hvilke: _____

6. **Inntektsføres de øremerkede tilskuddene på samme budsjettkapittel som de tilhørende utgiftene?**

Nei

Ja

7. **Hvordan kan kommunestyrets beslutning om bruken av de øremerkede tilskuddene best beskrives? Sett ett kryss.**

Rammebevilgning, beslutning om anvendelsen er i stor grad delegert.

Styring av hvilke tiltak som skal prioriteres, men utformingen av tjenestetilbudet er i stor grad delegert.

Detaljstyring av bruken av tilskuddene.

8. Her ber vi deg si deg enig/uenig i noen påstander vedrørende ulike sider ved Opptappingsplan for psykisk helse. Sett ett kryss på hver linje.

Påstand:	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
a. En økning av rammetilskuddet i stedet for øremerking ville gitt samme prioritering av det psykiske helsearbeidet i vår kommune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En økning av rammetilskuddet i stedet for øremerking ville gitt samme utforming av tilbudet til mennesker med psykisk lidelser i vår kommune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Plan- og rapporteringskravene som er knyttet til tildeling av de øremerkede tilskuddene bidrar til at hastverksløsninger blir valgt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet i kommunene nedfelt i Opptappingsplanen legger føringer på hvilke organisatoriske løsninger kommunen har valgt for det psykiske helsearbeidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet i kommunene nedfelt i Opptappingsplanen legger føringer på kommunens prioriteringer av ulike tiltak/tilbud for mennesker med psykiske lidelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Øremerking er nødvendig for å få til en økt satsning på psykisk helsearbeid i vår kommune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Plan- og rapporteringskrav er nødvendig for å sikre at tilskuddene går til psykisk helsearbeid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Plan- og rapporteringskrav er generelt ikke en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i samme takt som tilskuddene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vår kommune var kommet langt i forhold til å nå målene som er satt for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser før Opptappingsplanen ble iverksatt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Opptappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvilken type statlig medfinansiering synes du er best egnet for å nå målene staten har satt for det psykiske helsearbeidet i kommunene? Vi ber deg rangere de fire alternativene nedenfor. Sett kryss for tallet som angir din rangering. 1=best egnet, osv.

Type statlig medfinansiering:	Rangering			
	1	2	3	4
Økning av rammetilskuddet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øremerkede tilskudd fordelt etter søknad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsbaserte tilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!