

Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)

Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter

Evaluering
Divisjon for vitenskap





Om Norges forskningsråd

Norges forskningsråd er et nasjonalt forskningsstrategisk og forskningsfinansierende organ. Forskningsrådet er den viktigste forskningspolitiske rådgiveren for Regjeringen, departementene og andre sentrale institusjoner og miljøer med tilknytning til forskning og utvikling (FoU). Videre arbeider Forskningsrådet for et økonomisk og kvalitetsmessig løft i norsk FoU og for å fremme innovasjon, i samspill mellom forskningsmiljøene, næringslivet og den offentlige forvaltningen. Forskningsrådet skal identifisere behov for forskning og foreslå prioriteringer. Gjennom målrettede finansieringsordninger skal Rådet bidra til å sette i verk nasjonale forskningspolitiske vedtak. Andre viktige oppgaver er å fungere som møteplass mellom forskere, brukere av forskning og de som finansierer forskning, og å bidra til internasjonalisering av norsk forskning.

Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009)

Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter

**Evaluering
Divisjon for vitenskap**

© Norges forskningsråd 2009

Norges forskningsråd
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 OSLO
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
bibliotek@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:
www.forskningsradet.no/publikasjoner

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Forfattere: Karl Erik Brofoss og Frode Larsen i samarbeid med styringsgruppen
Layout, språkvask og bearbeiding av tekst: Perduco
Grafisk design omslag: 07 gruppen
Foto omslag: Photo Alto
Trykk: 07 gruppen
Opplag: 1200

Oslo, juni 2009
ISBN 978-82-12-02677-3 (trykksak)
ISBN 978-82-12-02678-0 (pdf)

Forord fra Norges forskningsråd

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helsedirektoratet administrert en forskningsbasert evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Evalueringsoppdraget har hatt et budsjett på vel 42 mill kroner totalt, med to-fem millioner kroner årlig i perioden 2001-2009.

Grunnlaget for evalueringsoppdraget ble lagt i dialog mellom det tidligere Sosial- og helsedepartementet og Forskningsrådet, mens Helsedirektoratet har hatt ansvar for den videre oppfølgingen. Forskningsrådet har de siste årene hatt flere evalueringsoppdrag innenfor helseområdet med evalueringene av Fastlegereformen, Sykehusreformen og Mammografiprogrammet.

Det er ingen forskjell på de faglige kvalitetskrav som stilles til forskningsbasert evaluering og til annen forskning. Evalueringer, især følgeevalueringer som evalueringen av Opptrappingsplanen, krever imidlertid tettere dialog mellom forsker og oppdragsgiver (her Helsedepartementet) enn ved ordinær anvendt forskning. Forskningsrådet har derfor en viktig rolle i å sikre tilstrekkelig faglig uavhengighet mellom oppdragsgiver og forskningsmiljøene, og i å sikre kvalitet og tett oppfølging.

Evalueringen av Opptrappingsplanen er en langvarig og tematisk bred systemevaluering. Hovedhensikten har vært å avdekke om virkemidlene i planen har bidratt til å oppfylle intensjonene. Evalueringen har vært organisert som en følgeevaluering med formål å gi helsemyndighetene mulighet til å justere kursen underveis i planperioden.

En bredt faglig sammensatt skandinavisk styringsgruppe har hatt det faglige ansvaret for gjennomføringen av oppdraget. Ansvaret har blant annet omfattet søknadsvurdering og tematisk helhet i prosjektsammensetningen, samt faglig oppfølging av delprosjektene og alle evalueringsrapportene. Styringsgruppen har også arrangert en rekke seminarer og konferanser der forskerne har presentert resultater for helsemyndighetene, brukerne, fagfolk og andre aktører på området.

Styringsgruppen har vært oppnevnt for perioden 1.1.01-30.6.09, og har hatt følgende sammensetning:

Professor Svein Friis, Oslo universitetssykehus Ullevål, leder

Professor Odd E. Havik, Universitetet i Bergen

Forskningsssjef Sonja Heyerdahl, RBUP, Helseregion øst og sør

Administrativ overlæge Helle Charlotte Knudsen, Dr. Ingrid's Hospital, Grønland

Professor Torbjørn Åge Moum, Universitetet i Oslo

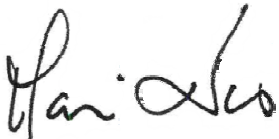
Docent Claes-Göran Stefansson, Socialstyrelsen, Stockholm

Assisterende direktør Randi Søgner, NIFU STEP

Denne rapporten markerer avslutningen på evalueringsoppdraget. Den inneholder syntese og analyse av helheten i evalueringen basert på resultatene fra de 20 delprosjektene og alle evalueringsrapportene. Rapporten er utformet av spesialrådgiverne Karl Erik Brofoss ved NIFU STEP og Frode Larsen ved Oslo universitetssykehus Ullevål, i nært samarbeid med styringsgruppen.

Norges forskningsråd takker spesielt styringsgruppen for et svært godt og faglig solid arbeid, for engasjement, entusiasme og lojalitet gjennom hele perioden – og for den store mengden arbeid som er lagt ned i denne evalueringen. Forskningsrådet takker også Helsedirektoratet for godt samarbeid, og prosjektlederne/forskerne og forfatterne av sluttrapporten for utmerket arbeid.

Oslo, juni 2009



Mari K. Nes
Avdelingsdirektør
Divisjon for vitenskap

Forord fra styringsgruppens leder

En forskningsbasert følgeevaluering – er det mulig?

For over åtte år siden fikk Norges forskningsråd en krevende utfordring fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet ba Forskningsrådet om å gjennomføre en følgeevaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Evalueringen skulle ha et todelt sikte:

- Gi en forskningsbasert vurdering av Opptappingsplanens måloppnåelse.
- Gi halvårlige tilbakemeldinger om hvilke justeringer som burde foretas for at målene skulle nås.

I begynnelsen av 2001 ble jeg bedt om å lede styringsgruppen for evalueringen. Min umiddelbare reaksjon var også todelt. For det første: "Dette er et umulig oppdrag." For det andre: "Det går ikke an å si nei til det." La meg kort begrunne de to reaksjonene. Oppdraget var umulig av flere grunner. En av dem var at Opptappingsplanen hadde pågått i tre år da evalueringen startet, og dermed manglet vi grunnlinjen. Men enda mer problematisk fortonet det seg at vi skulle si hvor kursen førte oss hen, samtidig som den skulle justeres hele tiden. Forskere er vant til å observere lenge, ofte svært lenge, før de våger å si noe sikkert om hvor kursen fører hen. Og de har lært at i denne observasjonstiden skal det ikke gjøres nye intervensjoner. Det sier seg selv at en slik forventning var helt urealistisk når det gjaldt Opptappingsplanen. Denne planen ble fulgt med argusøyne av media, brukergrupper og fagorganisasjoner. Myndighetene ville derfor stå under et konstant press for å handle. I denne situasjon ville de kontinuerlig ha behov for faglig velbegrunnede råd. Nettopp den erkjennelsen var basis for den andre konklusjonen, at denne utfordringen gikk det ikke an å si nei til.

Vi som gikk inn i styringsgruppen, påtok oss oppraget i visshet om at Forskningsrådet hadde henvendt seg til oss fordi de mente at vi var blant dem som hadde best faglige forutsetninger til å lede arbeidet. Vi forventet at evalueringsarbeidet ville bli krevende, og vi var forberedt på å komme under dobbelt ild: På den ene siden fra metode strenge forskerkolleger for at evalueringen ble overflatisk og trakk konklusjoner på spinkelt grunnlag. På den andre siden fra politisk hold for at evalueringen tok så mange forbehold at våre konklusjoner i liten grad kunne brukes som rettesnor for handling.

Hvilke erfaringer har vi så gjort oss i de åtte årene som har gått? Naturligvis fikk vi bekreftet at evalueringsarbeidet ble krevende. Men langt viktigere var det at arbeidet viste seg å være usedvanlig spennende og inspirerende. Mange forhold har bidratt til det. En helt sentral faktor har vært det gode samarbeidet i styringsgruppen. Forskningsrådet maktet å rekruttere medlemmer som utfylte hverandre og som raskt skapte et godt arbeidsfellesskap. Vi har lært mye gjennom disse årene, dels av hverandre, men minst like mye i diskusjoner med de forskere og forskermiljøer som fikk ansvar for delprosjekter, og i diskusjoner med Helse- direktoratet, brukergrupper, og representanter for profesjonsforeninger og organisasjoner. I tillegg kommer at Forskningsrådet har sørget for en omsorgsfull ivaretagelse av oss, og har løst de praktiske problemer på en forbilledlig måte.

Ord som dette kan lett bli talemåter. En ting taler mer enn noe for at det er realiteter bak ordene: Gruppen har holdt sammen uten utskiftninger siden starten. Selv da oppdraget ble forlenget i to år (på grunn av forlengelse av Opptappingsplanen), valgte alle å stå løpet ut. Denne kontinuiteten har utvilsomt vært en styrke. Vi har for eksempel erfart at vi har hatt større grad av kontinuitet enn de fleste av aktørene vi har vært i kontakt med gjennom disse årene.

Rapporten bygger på 20 delprosjekter. Disse prosjektene er gjennomført av en lang rekke forskere som med sin dyktighet, sitt engasjement og sin innsats har skapt substansen i evalueringen. Alle delrapportene har blitt saumfart av styringsgruppen før de ble publisert. Jeg antar at vi iblant har blitt opplevd som krevende, men hvis forskerne har lært tilnærmedesvis så mye av samarbeidet som vi har, håper jeg at de har funnet at det var verdt strevet.

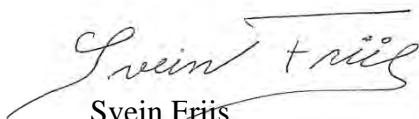
I og med at alle delrapportene allerede har blitt publisert, vil ikke denne sluttrapporten inneholde nye, sensasjonelle funn. Rapporten er heller ikke den eneste som har prøvd å gi en samlet evaluering av Opptappingsplanen. Det er flere som har vært ute i samme ærend, og de har til dels kommet med temmelig tydelige konklusjoner. Derfor er det kanskje betimelig å spørre: Hva kan denne rapporten gi i tillegg? Vårt svar er at dette er den grundigste og mest helhetlige analyse av Opptappingsplanen. Vi mener at den tilfører nye perspektiver, og således er mer enn summen av delene.

Sluttrapporten er ført i pennen av Karl Erik Brofoss og Frode Larsen. Det er de som har gjort størstedelen av arbeidet med rapporten, men hele styringsgruppen har aktivt vært med i bearbeidingen. Innholdet har blitt eltet i utfordrende og spennende diskusjoner, og tallrike skriftlige tilbakemeldinger. Den endelige versjon er godkjent av oss alle, og rapporten fremstår således som vårt felles verk.

Vi håper at rapporten vil bidra til en levende debatt om hvordan samfunnet best kan sikre befolkningens psykiske helse.

Takk for oppdraget!

På vegne av styringsgruppen



Svein Eriis
leder

Innholdsfortegnelse

Forord fra Norges forskningsråd	3
Forord fra styringsgruppens leder	5
Innholdsfortegnelse	7
Sammendrag	9
1 Om evalueringen	15
1.1 Bakgrunn for rapporten	15
1.2 Avgrensning	17
1.3 Problemstilling	17
1.4 Tilnærming	18
1.5 Metodologiske betraktninger	20
2 Mål og virkemidler i Opptappingsplanen	25
2.1 Bakgrunn: svikt i alle ledd	25
2.2 Opptappingsplanens mål	26
2.3 Myndighetenes gjennomføring av planen	28
3 Opptappingsplanen i tall	35
3.1 Årlig opptapping	35
3.2 Måltall og status i kommunene	36
3.3 Måltall og status i spesialisthelsetjenesten	38
4 Opptappingsplanens virkemidler	45
4.0 Sammendrag	45
4.1 Økonomiske virkemidler – øremerking som styringsinstrument	48
4.2 Organisering som virkemiddel	52
4.3 Utdanning, kompetanse og forskning	60
5 Styrket kvalitet i behandlingsapparatet?	69
5.0 Sammendrag	70
5.1 Kvalitet	74
5.2 Tilgjengelighet, samarbeid og flyt i behandlingsskjeden	78
5.3 Brukermedvirkning	95
5.4 Bruk av tvang	100
6 Holdninger og levekår som betingelser for gode livsvilkår	109
6.0 Sammendrag	109
6.1 Kunnskaper og holdninger til psykisk sykdom	110
6.2 Levekår blant psykisk syke	116
7 Opptappingsplanen - en vellykket satsing?	121
7.1 Innledning	121
7.2 Sentrale premisser for Opptappingsplanen	122
7.3 Opptappingsplanens hovedfokus	123
7.4 Et bedre fungerende behandlingsapparat?	124
7.5 Har Opptappingsplanen ført til bedre levekår for pasienter med psykiske lidelser?	131
7.6 Oppsummering: Hva har man oppnådd?	132
7.7 Sluttbetraktninger	134
Vedlegg	143
Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – delrapporter	143

Sammendrag

Opptappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt i 1998 og strakk seg opprinnelig til 2006, men ble forlenget ut 2008. Som et ledd i myndighetenes iverksetting av planen fikk Norges forskningsråd i oppdrag av det daværende Sosial- og helsedepartementet (SHD) å stå for gjennomføringen av en forskningsbasert evaluering av Opptappingsplanen. Forskningsrådet oppnevnte en styringsgruppe som ansvarlig for den faglige gjennomføringen av evalueringen.

Omfattende evaluering

Styringsgruppen har bevilget midler til i alt 20 forskningsprosjekter som dekker et bredt spekter av temaer: kunnskap, åpenhet og forebygging; bedring i levekår; brukermedvirkning; virkemidler; tilgjengelighet til tjenestene; flyt og samarbeid i behandlingsskjeden; kvalitet på tjenestetilbudet; frivillighet og tvang; kompetanseutvikling, utdanning og forskning. Denne *sluttrapporten* bygger på hovedresultatene fra de 20 prosjektene.

Spennvidden i temaer gjenspeiles i valg av forskningsmetoder og analyseteknikker. Et problem som reduserer generaliserbarheten ved noen av funnene som presenteres, er begrensninger i representativitet i datamaterialet. Dette er særlig uttalt i de kvalitativt orienterte studiene, men også i noen av de kvantitative. Likevel er det vår vurdering at funnene og refleksjonene rundt dem bidrar til å øke kunnskapsgrunnlaget for det videre arbeidet med å bedre tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Ambisiøs opptappingsplan

Opptappingsplanen var en omfattende satsing som overordnet impliserte følgende:

- Opptapping av det totale tilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten
- Omstrukturering av det eksisterende tilbudet
- Holdningsendring i befolkningen

Det overordnede målet med Opptappingsplanen var å ”fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser”. Dette ble forutsatt lagt til grunn for all planlegging, utbygging, organisering og daglig drift av tjenester på alle nivåer. Med grunnlag i dette målet skulle Opptappingsplanen dekke følgende sentrale temaområder:

- Økt vekt på forebygging av psykiske lidelser
- Økt vekt på brukerperspektivet - respektfullt og likeverdig samarbeid
- Økt vekt på funksjon, mestring, ressurser og mindre vekt på sykdom
- Desentralisering og tilbud der brukeren bor
- Helhet, sammenheng og samarbeid
- Bedre tilgjengelighet og høy kvalitet på tjenestene
- Redusert tvangsbruk

Noen hovedfunn

Opptappingsplanens kvantitative mål langt på vei nådd

- I hovedsak har man nådd de kvantitative målene når det gjelder styrking av infrastrukturen for det psykiske helsearbeid i *kommunene*. I første rekke har antall helsetjenesteårsverk i kommunene økt betydelig, med 4376 nye årsverk ved utgangen av 2007. Det samme gjelder et desentralisert botilbud til mennesker med psykiske lidelser, med nær 3000 nye boliger.
- Når det gjelder spesialisthelsetjenesten for voksne, er døgnkapasiteten økt på distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Den polikliniske aktiviteten har også økt i betydelig grad. Dette har bidratt til å bedre tilgjengeligheten til tjenestene.
- Når det gjelder barn og unge, har det vært en markant bemanningsøkning ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), slik at dekningsgraden har økt vesentlig og er nær måltallet på fem prosent på landsbasis.
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS og BUP) og psykisk helsearbeid i kommunene er styrket, men her er det et betydelig forbedringspotensial. Grad av samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten varierer sterkt mellom kommunene. Det gjør også samarbeid om psykisk helsearbeid kommunene imellom. En undersøkelse fra 2008 viser at rundt halvparten av kommunene ikke hadde noen form for tjenestesamarbeid, og at rundt en tredjedel heller ikke hadde faglig samarbeid på tvers av kommunegrensene.
- Utdanningskapasiteten har økt vesentlig i høgskolesektoren, og rekrutteringsgrunnlaget til stillinger i de psykiske helsetjenestene er dermed klart styrket. Evalueringen viser at de kvantitative mål om personellvekst er nådd både i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og i psykisk helsearbeid (kommunene).
- I planperioden har brukervedvirkning fått en langt mer sentral plass. Det gjenstår imidlertid fortsatt store utfordringer på dette området.
- Når det gjelder tvang er hovedfunnet i evalueringen at kvaliteten på data om tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler er gjennomgående dårlig. Anslagene for omfang av og endring i bruk av tvang på disse to viktige områdene er derfor svært usikre.

Ett av de viktigste virkemidlene i Opptappingsplanen, øremerking av midler til utbyggingen av de psykiske helsetjenestene, har vært en suksess som klart har bidratt til å nå målene. De statlige øremerkede midlene til kommunene har utløst egne kommunale midler til det psykiske helsearbeidet. Det er en uttalt bekymring i kommunene for at bortfallet av de øremerkede midlene vil føre til et dårligere kommunalt tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Fortsatt hull i tilbudet - behov for ytterligere innsats

Det er behov for fortsatt styrking av DPS og BUP slik at de kan ivareta den sentrale funksjonen som de er tiltenkt i spesialisthelsetjenesten. Selv om samhandlingen er styrket, viser evalueringen at det er et betydelig stykke å gå for å innfri intensjonene om ”god samhandling og flyt i behandlingsskjeden”.

Døgnplassantallet ved sykehusene ligger under det mål som ble satt i Opptappingsplanen. Nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser har gått vesentlig raskere enn forutsatt. På den annen side har antall kommunale boenheter økt betydelig, slik at totalbildet er vanskelig å vurdere.

Et sentralt problem er at vi vet lite om innholdet i de tjenestetilbudene som gis, og følgelig lite om kvaliteten i disse tilbudene. Det samme gjelder utdanning og kompetanse: Selv om man har lyktes i en kvantitativ utbygging av relevante utdanningsløp, vet vi lite om i hvilken grad de ulike utdanningsprogrammene virkelig sikrer nødvendig faglig kompetanse. Opptappings-

planen er i hovedsak en strukturreform med svakt fokus på innhold og kvalitet. Det bør derfor satses på videreutvikling av meningsfulle kvalitetsindikatorer og bruk av rutinedata for kvalitetssikring av klinisk virksomhet. Det er særlig viktig at det tas et krafttak for å skaffe pålitelige, landsdekkende data for bruk av tvang i psykisk helsevern.

Noen store pasientgrupper har i dag et mangelfullt behandlingstilbud. Dette gjelder særlig eldre. Vi har også mangelfull kunnskap om behandlingstilbudet til pasienter med lettere psykiske lidelser.

Veien videre - noen overordnede problemstillinger og anbefalinger

Styringsgruppen tar til orde for en revurdering av virkemiddelbruken i arbeidet med psykisk helse, en sentralisert desentralisering, et sterkere fokus på kvalitet og en videre styrking av brukermedvirkning.

Virkemiddelbruk - behov for fortsatt øremerking

Erfaringen med rammefinansiering som grunnlag for finansiering av psykisk helsearbeid i kommunene, tyder på at det psykiske helsearbeidet ikke uten videre vil få den prioritet som er i tråd med intensjonen. Det kan føre til at kommunale og regionale ulikheter i tilbud vil øke ytterligere i tiden som kommer.

Organisering i kommunene - Opptrappingsplanens modell lite velegnet

Evalueringsrapportene viser at de fleste kommunene har gått bort fra at personellet i det kommunale psykiske helsearbeidet burde fordeles over en rekke enheter i den kommunale linjeorganisasjonen, som Opptrappingsplanen oppfordret til. De fleste kommunene har tvert om samlet personellet i det psykiske helsearbeidet i én enhet med egen leder. Dette gir både bedre kontroll med bruken av øremerkete midler og muligheten for bedre faglig kvalitet.

Behov for sentralisert desentralisering

Desentralisering av omsorg og behandling står sentralt i Opptrappingsplanen. Spørsmålet er hvor langt desentraliseringen kan og skal gå. Det er nødvendig å se nærmere på hvordan tjenestetilbudet organiseres, hvilke tilbud som skal gis på hvilke nivåer og i hvilket omfang.

Mange norske kommuner er små med en begrenset økonomisk bæreevne og begrenset tilgang til faglig kompetanse. Etter styringsgruppens vurdering er det derfor nødvendig med en grundig gjennomgang av grensene for kommunenes kapasitet og kompetanse i et slikt perspektiv. Det er all grunn til å drøfte nærmere berettigelsen av å legge en desentralisert struktur til grunn for det videre arbeidet med å styrke behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser, særlig for dem med de alvorligste problemene. I lys av dette er tanken fremmet om å etablere "helsekommuner" hvor flere kommuner samarbeider om å tilby helsetjenester til kommunenes innbyggere. Opptrappingsplanen har oppfordret til et interkommunalt samarbeid, eller det vi kan kalle en sentralisert desentralisering. Det viktige med denne modellen, er at den kan knytte de ulike elementene - kommunene, DPS, BUP og et regionalt sykehus - sammen i et forpliktende samarbeid. En slik konstruksjon ivaretar mange av de intensjonene som er nedfelt i Opptrappingsplanen: pasientene er knyttet til nærmiljøet, det er et interkommunalt samarbeid og virksomheten er nært knyttet opp til spesialisthelsetjenesten både som behandlende og rådgivende instans.

Behov for utvikling av behandlingsstandarder

Iverksettingen av Opptrappingsplanen har avdekket at det ikke er tilstrekkelig å ha fokus på infrastrukturen og rammebetingelsene. Det må også være et sterkt fokus på det faglige

innholdet i tilbudene. Slik planen ble utformet og iverksatt, har det vært for ensidig oppmerksomhet mot kvantitative mål av mer økonomisk art. Fokus bør derfor rettes mot det faglige innholdet i behandlingssystemet. Det bør satses videre på utarbeiding av veiledere og av faglige standarder for god evaluering og behandling. Spesialiseringsløp og videre- og etterutdanning bør også kvalitetsvurderes.

Styrket veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Evalueringsrapportene viser at fastlegene gir klart uttrykk for et ønske om mer veiledning og støtte fra DPS og BUP. Styringsgruppen tror at samarbeidet mellom det psykiske helsearbeidet i kommunene og DPS/BUP vil være den viktigste faktoren for å sikre kvalitet i et desentralisert opplegg for pasienter med psykiske lidelser. Evalueringsrapportene viser at formalisering og utviklingen av dette samarbeidet har økt betydelig under Opptappingsplanen. Innholdet av samarbeidet vet vi mindre om, men evalueringen dokumenterer et fortsatt stort behov fra det kommunale psykiske helsearbeidet for kontakt med og veiledning fra både DPS og fra BUP.

Behov for spesialiserte tilbud

Opptappingsplanen har hatt særlig fokus på voksne med alvorlige psykiske lidelser, og på barn og unge. Denne sterke prioriteringen har åpenbart vært viktig. Samtidig innebærer den en reell fare for at andre viktige pasientgruppers behov kommer i bakgrunnen.

Det er særlig to store grupper som det er viktig å ha fokus på i tiden som kommer: pasienter med lettere psykiske lidelser og eldre med psykiske lidelser.

Evalueringen av Opptappingsplanen har i liten grad tatt for seg omfanget av, innholdet i og kvaliteten på tilbudene til disse gruppene. Helsepolitiske føringer for organiseringen av og innholdet i tilbudet til disse pasientgruppene er nødvendig.

Kvalitetssikring av tvangsbruk og bedre kvalitetsindikatorer

Bruk av tvang ved innleggelse i psykisk helsevern har to hovedformål:

- Beskytte den syke mot at hun eller han på grunn av manglende sykdomsinnsikt enten blir mer alvorlig og mer langvarig syk enn nødvendig, eller kan komme til å skade seg selv
- Beskytte samfunnet mot vold fra den syke

Mot disse hensynene står hensynet til enkeltmenneskets behov for fritt å kunne bestemme over sitt eget liv. I hvert enkelt tilfelle må det foretas en nøye avveining mellom de to hensynene. Det er ikke til å komme utenom at en slik avveining er forbundet med atskillig skjønn. Bruk av tvang innebærer alvorlige etiske dilemmaer. Vi tror det trengs en videre gjennomtenkning av tvangsbruk i psykisk helsevern, der de problemstillinger som er tatt opp her, kan balanseres videre.

I tillegg må problemet med datakvaliteten i dette feltet løses raskt. Det påhviler både de offentlige myndighetene, helseforetakene og fagfeltet å fremskaffe troverdige data.

Brukermedvirkning - fortsatt betydelige utfordringer

Brukermedvirkning har vært en viktig del av Opptappingsplanens fundament. Opptappingsplanen oppfordrer til et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med brukerperspektivet i fokus. Evalueringsrapportene viser at kommunene har et godt stykke vei igjen for å nå Opptappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling.

Selv om studiene har registrert en økende brukermedvirkning på det individuelle plan, vet vi relativt lite om innholdet av brukermedvirkningen og effekten av denne på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Det er på disse nivåene, hvor behandlingstilbudene utformes, at brukernes organisasjoner vil kunne spille en viktig rolle. Det er derfor beklagelig at kunnskapsgrunnlaget er relativt spinkelt med hensyn til å si noe om effekten av brukerdeltakelse på utformingen av behandlingsnettverket og det tilbudet som gis.

1 Om evalueringen

I perioden 2001-2008 har Forskningsrådet gjennomført en forskningsbasert evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Tjue ulike prosjekter er gjennomført i tilknytning til evalueringen, og noen sentrale resultater fra prosjektene presenteres i denne sluttrapporten.

1.1 Bakgrunn for rapporten

Som et ledd i myndighetenes iverksetting av Opptappingsplanen for psykisk helse St.prp. nr. 63 (1996-97), fikk Norges forskningsråd i oppdrag av det daværende Sosial- og helsedepartementet (SHD) å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av Opptappingsplanen. Forskningsrådet oppnevnte en styringsgruppe som ansvarlig for den faglige gjennomføringen av evalueringen.

Styringsgruppen ble tillagt følgende oppgaver:

- Ivareta Forskningsrådets faglige oppfølging av samarbeidsavtalen med SHD, herunder
- Foreslå eventuelle justeringer i mål- og rammedokumentet fra SHD
- Gi råd om presiseringer og eventuelle endringer i den forskningsmessige evalueringen Opptappingsplanen med utgangspunkt i mål- og rammedokumentet
- Utarbeide rapport til SHD to ganger årlig i tillegg til en samlet sluttrapport
- Bidra til gjennomføring av en årlig forskersamling med resultatrapportering
- Utarbeide samlede budsjettforslag for prosjekter og formidlingstiltak

Styringsgruppens arbeid

Forvaltningsansvaret for evalueringsoppdraget ble tidlig i opptappingsperioden overført til Helsedirektoratet, og styringsgruppen har gjennom hele funksjonstiden hatt nær kontakt med direktoratet. Gruppen har hatt ansvar for utlysning av relevante forskningsprosjekter, for vurdering av prosjektsøknader og anbefalinger overfor Forskningsrådet om inngåelse av kontrakter med forskere. Styringsgruppen har lagt mye arbeid i å fremme samarbeid mellom ulike forskergrupper. Det ble i alt bevilget midler til 20 ulike prosjekter. Styringsgruppen har kvalitetssikret rapportene fra alle disse prosjektene. Videre har gruppen arrangert (halv)årlige konferanser og seminarer der forskernes resultater ble lagt frem og diskutert. Deltakere på disse konferansene var representanter fra Helsedirektoratet, SHD, brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner og andre aktører på området. Under presentasjonene har det blitt lagt stor vekt på viktige funn, som kunne hjelpe helsemyndighetene i justering av pågående tiltak og planlegging av nye tiltak som ledd i Opptappingsplanen. Evalueringen har således ikke vært en passiv oppfølging, men et samspill mellom styringsgruppen, evalueringsmiljøene og direktoratet. Styringsgruppen har søkt å legge til rette for at brukerorganisasjonene ble gitt mulighet til å påvirke prosessen.

Fra de 20 prosjektene ble det skrevet en eller flere rapporter (se vedlegg). For å presentere resultatene fra alle disse rapportene i en oversiktlig form, vedtok styringsgruppen at det skulle skrives en samlet sluttrapport.

Styringsgruppen utarbeidet følgende retningslinjer for arbeidet med en sluttrapport:

Rapporten er Forskningsrådets sluttrapport til Helsedirektoratet (Hdir) fra evalueringsoppdraget. Sluttrapporten skal utgis av Forskningsrådet.

Rapporten skal bygge på:

- *Sentrale mål og forutsetninger for Opptrappingsplanen. Forskningsrådet og det daværende Sosial- og helsedirektoratets avtale og retningslinjer (mål- og rammedokumentet) for evalueringen av Opptrappingsplanen. Rapporter fra enkeltprosjektene og synteseprosjektene som er finansiert av Forskningsrådet i forbindelse med evalueringen.*
- *Rapporten skal både være en sammenskrivning av resultatene fra enkeltprosjektene og en analyse av helhet basert på disse. Metodiske vurderinger som for eksempel resultatenes gyldighetsområde (generaliseringsproblematikk), bør diskuteres. Rapporten bør også i noen grad diskutere hvilke resultater som skyldes Opptrappingsplanen, og hva som kan skyldes andre samfunnsforhold.*
- *Evalueringen av Opptrappingsplanen har vært en følgeevaluering, og forskerne har kontinuerlig vært oppfordret til å formulere policyanbefalinger i lys av sine funn. Rapporten skal også drøfte evalueringens funn i lys av utviklingen i opptrappingsperioden. Det krever blant annet en beskrivelse av sentrale utviklingstrekk i Opptrappingsplanen. Rapporten skal primært bygge på data fra de prosjektene som inngår i Forskningsrådets evaluering, men relevant tilleggsmateriale kan og bør overveies i omtalen av temaer der dette synes ønskelig og/eller nødvendig.*
- *Målgruppen for rapporten er i første rekke besluttsende myndigheter på ulike nivåer sentralt og lokalt, men også et bredere publikum. Rapporten skal skrives på en måte som gjør den lett tilgjengelig. Den skal trekke opp de store linjene uten å bli overflatisk.*

Utvidelse av planperioden

Stortinget ba regjeringen i 2003 vurdere en utvidelse av planperioden. En gjennomgang av status for planen samt tilbakemeldinger fra sektoren (bl.a. fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer) dokumenterte behovet for en utvidelse. Opptrappingsplanen ble så vedtatt utvidet med to år, til ut 2008. I forbindelse med utvidelsen av planperioden skulle følgende prioriteres:

- Barn og unge (jf. regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse)
- Økt innsats i kommunene - videreutvikle lokale tjenester og utbygging av tilrettelagte boliger
- Kultur- og holdningsendring i tjenesteapparatet med vekt på brukerperspektiv og mestring
- Å omstille spesialisttjenesten med videre utvikling av distriktssentre og å bedre akutfunksjonene
- Arbeid og sysselsetting i samarbeid med daværende Aetat, Trygdeetaten og kommunene
- Bedre tilbud til særskilte grupper, bl.a. personer med rus- og psykiske problemer (dobbeldiagnose), spiseforstyrrelse, eldre med psykiske lidelser, ofre for vold og traumatisk stress og selvmordsutsatte.

Opptrappingsplanen og helsereformen

Fra og med 2002 ble spesialisthelsetjenesten lagt til statlig nivå, og inndelt i fem helseregioner. Fra og med 2007 ble to av dem slått sammen slik at vi nå har fire helseregioner. Dette er en omfattende organisatorisk omstrukturering av spesialisthelsetjenesten som kom midt i opptrappingsperioden. Effekten av dette behandles ikke i den foreliggende evalueringsporteføljen.

Psykisk helse etter Opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet ved utløpet av 2008. I St.prp. nr 1 (2007-2008) fremhever regjeringen at den vil holde tydelig fokus på arbeidet med psykisk helse også etter 2008, selv om Opptrappingsplanen avsluttes. Videre heter det at:

De overordnede mål og verdigrunnlag fra Opptrappingsplanen vil fortsatt ligge til grunn for regjeringens politikk, jf. også den europeiske ministererklæringen fra WHO 2005 (Helsinki-deklarasjonen). Tilretteleggelse for selvstendighet og mestring av eget liv, et tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil derfor fortsatt stå som sentrale elementer i den videre utviklingen av tilbudet.¹

1.2 Avgrensning

I mål- og rammedokumentet for evalueringen heter det:

Evalueringen av Opptrappingsplanen er tenkt som en bred tilnærming til den samlede satsingen, der man:

- 1. Belyser ulike sider ved tilsiktede og eventuelle utilsiktede virkninger av Opptrappingsplanens virkemidler, med hovedvekt på de økonomiske og organisatoriske*
- 2. Ser på hvordan virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen påvirker tjenestetilbudene mht. både omfang, innhold og kvalitet*
- 3. Følger opp hvorvidt befolkningens kunnskaper om og holdninger til psykiske lidelser er endret*
- 4. Evaluerer hvordan tiltakene i Opptrappingsplanen påvirker brukernes samlede livssituasjon*

Hovedfokus skal være på om tiltakene i "sluttsum" når brukerne med en kvalitet som både tjenestemottakere, tjenesteytere, administrasjon og politikere er enige om er av tilfredsstillende kvalitet.

Denne avgrensningen av den forskningsbaserte evalueringen av Opptrappingsplanen er styrende for innretningen av denne sluttrapporten.

I mål- og rammedokumentet for evalueringen gjøres det rede for virkemidler som nyttes for å nå Opptrappingsplanens målsettinger, og at disse i hovedsak kan betegnes som økonomiske, organisatoriske og bruker- og informasjonsrettede. Det påpekes videre at juridiske virkemidler har betydning, selv om de faller utenfor virkemiddelbruken i selve Opptrappingsplanen. Denne virkemiddelavgrensningen vil også reflekteres i sluttrapporten.

I møte med Helsedirektoratet var det enighet om at målgruppen for sluttrapporten skulle være de offentlige myndigheter. Gitt Opptrappingsplanens struktur innebærer det at rapporten skal rette seg mot det statlige nivået og kommunene. Dette vil ligge til grunn for rapportens oppbygging og tilnærming.

Rapporten skal være en metaanalyse av effektene av myndighetenes virkemiddelbruk og ikke en metaevaluering av verken styringsgruppens arbeid eller av de foreliggende evalueringene.

1.3 Problemstilling

Formålet med Opptrappingsplanen var å gi brukerne (mennesker med psykiske lidelser) et bedret behandlingstilbud og dermed bedre livskvalitet. For å nå dette har de offentlige myndighetene satt i verk en rekke tiltak. Hovedproblemstillingene i evalueringen og dermed for denne sluttrapporten vil således være:

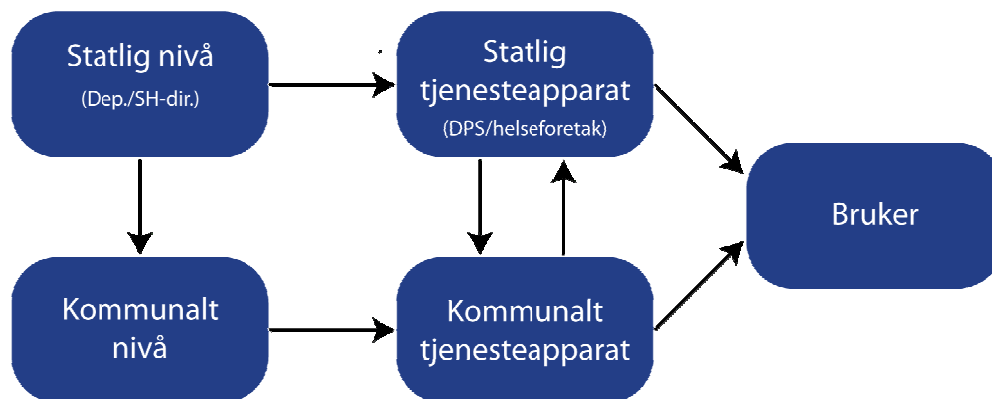
¹ St.prp. nr. 1 (2007-2008) s. 165

Har disse tiltakene bidratt til å nå de mål som er satt for Opptrappingsplanen? Hva kan myndighetene lære av virkemiddelbruken? Hvilke hull er det fortsatt i tilbudet? Hvor er det behov for ytterligere innsats?

1.4 Tilnærming

Overordnet ramme

Opptrappingsplanen er initiert av statlige myndigheter og iverksatt i et samspill mellom dette nivået og kommunale myndigheter, det statlige og det kommunale tjenesteapparat. Skjematisk kan dette fremstilles i følgende skisse:



Figur 1: Samspillet mellom myndigheter, tjenesteapparatet og brukere

Dette innebærer at sluttrapporten vil ha et hovedfokus på myndighetenes virkemiddelbruk for å nå målene, og effekten av virkemidlene. I de to følgende avsnittene presenterer vi strukturen og vår tilnærming til henholdsvis presentasjonen av evalueringens hovedfunn og meta-analysen av sammenhengen mellom mål og virkemidler.

Om evalueringsresultatene

Rapporten har flere formål. For det første skal den være en sammendrag av resultatene fra enkeltprosjektene slik de fremkommer i prosjektenes sluttrapporter. For det andre skal rapporten være en metaanalyse med fokus på effektene av myndighetenes virkemiddelbruk.

Sosial- og helsedepartementet ba styringsgruppen rette oppmerksomheten mot ni tematiske områder:

- Kunnskap og åpenhet. Forebygging av psykiske lidelser.
- Bedring i levekår
- Brukermedvirkning
- Virkemidler
- Tilgjengelighet av tjenestene
- Flyt og samarbeid i behandlingsskjeden
- Kvalitet på tjenestetilbudet
- Frivillighet og tvang
- Kompetanseutvikling, utdanning og forskning

For å strukturere den mer deskriptive delen av rapporten hvor forskningsresultatene legges frem, vil rapporten i kapittel 3 gi en oversikt over sentrale mål og resultater. I kapittel 4 presenteres resultater fra de studiene som omhandler Opptrappingsplanens virkemiddelbruk. Kapitlet retter søkelyset mot økonomiske og organisatoriske virkemidler, samt oppbygging av kompetanse og utdanning for sektoren. Kapittel 5 presenterer resultatene av virkemiddelbruken med fokus på kvaliteten på tjenestene, brukernes tilgang til tjenester, samarbeid og flyt i behandlingsskjeden og brukernes medvirkning, herunder om frivillighet og tvang. I kapittel 6 gjøres først rede for befolkningens kunnskap om og holdninger til psykiske lidelser, dernest drøftes brukernes levekår.

For hvert punkt i oversikten over, benyttes følgende fremstillingsmal:

- Hvilke mål/intensjoner er gitt for temaet?
- Hvilke prosjekter har studert temaet?
- Hva er funnet?
- Drøfting av funn i lys av de målsettinger som er gitt

Analyse på tvers av evalueringstemaene

Opptrappingsplanen for psykisk helse slik den er nedfelt i St.meld. nr. 25 (1996-97), er bygget opp rundt fire hovedprinsipper:

- Et desentralisert behandlingstilbud hvor personer med psykiske lidelser skal få et behandlingstilbud i nærmiljøet og helst i egen hjemkommune
- Behandlingstilbudet skal være likeverdig uansett hvor i landet pasientene måtte bo
- Behandlingstilbudet skal være av god kvalitet
- Det psykiske helsearbeidet i kommunene og det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten skal utformes i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner

Kapittel 7 tar utgangspunkt i disse hovedprinsippene og drøfter følgende:

I hvilken grad har helsemyndighetene, gjennom Opptrappingsplanen, lyktes i å bygge en infrastruktur og gi rammebetingelser som gjør det mulig for psykisk syke å få den behandling de har krav på - innen rammen av et desentralisert system som også ivaretar hensynet til likeverdighet og brukermidvirkning?

Problemstillingen drøftes ved å rette søkelyset på hvorvidt vi har fått et kvalitativt bedre behandlingsapparat, med økt tilgjengelighet og bedret samordning både innenfor de kommunale tjenester og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og hvorvidt Opptrappingsplanen har ført til bedre levekår for personer med har psykiske lidelser.

Datagrunnlaget

Styringsgruppen har bevilget midler til i alt 20 forskningsprosjekter som dekker et bredt spekter av temaer. Nedenfor følger en liste over disse prosjektene:²

1. *Bidrar utbygging av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?*

Prosjekt 146326 Rolf W Gråwe, SINTEF Helse

² De angitte numrene svarer til prosjektnumrene i Norges forskningsråds arkiv. Numrene gjør det mulig å søke elektronisk i dette arkivet etter all prosjektdokumentasjon.

2. *Kommunal iverksetting av nasjonal plan – har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt?*
Prosjekt146327 Jorid Kalseth, SINTEF Helse
3. *Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid*
Prosjekt 146341 Trine M Myrvold, NIBR
4. *Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang i norsk psykiatri*
Prosjekt 146329 Trond Hatling, SINTEF Helse
5. *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene*
Prosjekt 146330 Helle Wessel Andersson, SINTEF Helse
6. *Bidrar Opptrappingsplanen for psykisk helse til at risikoutsatte barn får mer fleksible hjelpetjenester?*
Prosjekt 146346 Lars Kristofersen, NIBR
7. *Befolkningens holdninger til og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser*
Prosjekt 146342 Trine M Myrvold, NIBR
8. *Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptrappingsplanens fokus på brukere*
Prosjekt 146343 Marit Helgesen, NIBR
9. *Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og organisering lokalt*
Prosjekt 146332 Solveig Flermoen, Telemarksforskning-Bø
10. *Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helsearbeid*
Prosjekt 156299 Marian Ådnes, SINTEF Helse
11. *Gir økt utdanningskapasitet tilstrekkelig økning av personell til psykisk helsevern?*
Prosjekt 152380 Marian Ådnes, SINTEF Helse
12. *Kompetanseutvikling og kompetanseheving - Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet*
Prosjekt 152381 Marit Helgesen, NIBR
13. *Arbeid og kompetanseutvikling blant nyutdannede med helse- og sosialfagutdanning*
Prosjekt 152417 Clara Åse Arnesen, NIFU STEP
14. *Brukermedvirkning: Idealer og realiteter i lys av et bottom-up perspektiv*
Prosjekt 161804 Sidsel Sverdrup, NIBR
15. *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer*
Prosjekt 161805 Helle Wessel Andersson, SINTEF Helse
16. *Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer*
Prosjekt 173066 Helle Wessel Andersson, SINTEF Helse
17. *Kommunehelsetjenestens tiltak og samarbeid om voksne med psykiske lidelser*
Prosjekt 173101 Marian Ådnes, SINTEF Helse
18. *Opptrappingsplanens betydning for psykisk sykes levekår*
Prosjekt 183065 Trine M Myrvold, NIBR
19. *Prosjekt om forskning*
Prosjekt 188240 Karl Erik Brofoss, NIFU STEP
20. *SAMDATA-prosjektet*, Per Bernhard Pedersen, SINTEF Helse (Hdir hovedansvarlig)

1.5 Metodologiske betraktninger

Som oversikten over prosjektporteføljen viser, spenner prosjektene over en lang rekke temaer og problemstillinger. Denne spennvidden gjenspeiles også i valg av forskningsmetoder og analyseteknikker. De anvendte forskningsmetodene faller stort sett i to hovedgrupper: kvantitative og kvalitative metoder. En del prosjekter anvender en kombinasjon av de to.

Utfordringer ved bruken av kvantitative data

De fleste prosjektene som bruker kvantitative data, nøyer seg med fremstillinger av bivarierte tabeller og i mindre grad av multivariate teknikker. Derfor har de fleste rapportene et svært deskriptivt preg, og er i liten grad egnet til å drøfte årsaksforhold mellom ulike variabler. Rapportene bærer dermed preg av å være tilstandsbeskrivelser, som i en viss grad beskriver utviklingen over tid, men som har begrenset verdi som grunnlag for å si noe om effekten av myndighetenes virkemiddelbruk. Ofte foreligger heller ikke data over tid, slik at selv multivariate analyser i seg selv ikke ville gi en tilfredsstillende belysning av årsaksforhold. Selv der hvor det foreligger longitudinelle undersøkelser, kan svarprosenten variere mellom de forskjellige tidspunktene. Dette gjør det vanskelig å trekke sikre slutninger om endringer over tid.

Flere av de kvantitative tilnærmingene står overfor utfordringer med hensyn til representativitet:

- **Frafall:** Selv om man i utgangspunktet inkluderer alle relevante enheter i undersøkelsen, vil det erfaringsmessig være en del respondenter som ikke svarer på undersøkelsen. Dette frafallet kan være systematisk slik at man får innebygget en systematisk skjevhet i dataene. Dette gjelder både individer og administrative enheter. Eksempelvis kan de minste og de største kommunene bli underrepresentert i en undersøkelse, noe som er tilfelle i flere av evalueringsrapportene.
- **Undersøkelsen kan være representativ, men på feil aggregeringsnivå i forhold til problemstillingene, noe som lett kan lede til såkalte økologiske feilslutninger.** Data som viser at visse variabler samvarierer på kommunenivå (for eksempel stor andel eldre og utstrakt bruk av bestemte tjenester) trenger ikke reflektere en sammenheng mellom de samme variablene (alder og tjenestebruk) hos kommunenes innbyggere.
- **Registerdata kan være upålitelige fordi registerførerne ikke har tilstrekkelige incentiver til å føre dem nøyaktig.** Eksempelvis er det grunn til å tro at registreringen av tvangsinnleggelse er upålitelige, fordi de som fører registrene, ikke blir holdt til ansvar for ufullstendige eller unøyaktige data (for utdypning av problemer knyttet til registrering av tvangsinnleggelse, se kapittel 5.4).

Utfordringer ved bruken av kvalitative data

En rekke av rapportene foretar analyser på grunnlag av kvalitative data i form av casestudier med et begrenset antall enheter. Mange av disse rapportene gir beskrivelser med stor detaljrikdom som gir gode bidrag til en nærmere forståelse av de mekanismer som skaper de tilstander som blir beskrevet i de mer kvantitativt orienterte analysene. Kvalitative tilnærminger er imidlertid best egnet til å generere hypoteser om sammenhenger, men er av begrenset nytte for å teste ut hypotesene. Kvalitative undersøkelser er også godt egnet til å klarlegge hvilke fenomener eller holdninger som foreligger, men de er dårlig egnet til å si noe om hvor vanlig slike fenomener eller holdninger er. Vi vil derfor sterkt advare mot å la kvalitative studier alene ligge til grunn for utvikling av helsepolitiske tiltak da vi ikke vet om funnene er representative for den populasjonen den ønskes å si noe om.

Metodiske betraktninger knyttet til vurderinger av "kvalitet" og "tilfredshet"

I forhold til prosjektporteføljen er det to metodiske betraktninger som er spesielt relevante for rapporter som angår vurderinger av kvalitet og tilfredshet. Det gjelder for det første globale versus spesifikke vurderinger: Globale vurderinger er forsøk på å tallfeste eller kvantifisere vurderinger av relativt generelle egenskaper. De omtales som globale fordi de er sammenfattende vurderinger eller totalinntrykk av en generell tilstand, funksjon eller egenskap.

Svakheten med globale vurderinger av tilfredshet med eller effekten av et tiltak er at vurderingene er sammenfattende og at det derfor kan være mer usikkert hva som faktisk blir målt. Et eksempel er spørsmålet ”Hvordan har behandlerne vært når det gjelder å gi seg nok tid til samtale og kontakt?”³ Å svare ”svært bra” på dette sier at det foreligger en global tilfredshet, men vi vet ikke hvor mye tid som faktisk er brukt til kontakt og samtale. For en pasient som forventer lite kontakt, kan en relativt begrenset kontakthypighet bli vurdert som ”ganske bra”, mens samme kontaktmengde kan bli vurdert som ”ganske dårlig” av en pasient med forventninger om mer kontakt. En annen svakhet er at globale vurderinger ikke gir oss et faktisk kvantitativt mål på hvor mye tid som blir brukt på samtale og kontakt, men at vi får en rangering av mengde (”Svært lite - Svært mye”) eller tilfredshet (”Svært dårlig - Svært bra”). Fordelen med globale vurderinger er at de har et format som er anvendbart for ulike grupper informanter, fagpersoner, pasienter, pårørende eller andre. De krever også lite eller ingen opplæring i bruk, og datainnsamlingen er lite tidkrevende.

Spesifikke vurderinger vil vanligvis bestå av flere delvurderinger som hver bygger på en definisjon eller beskrivelse av den delegasjonen som skal måles. Et eksempel kan være et spørreskjema for å måle angstsymptomer ut fra ti delspørsmål og hvor man for hver av disse skal vurdere intensiteten av det aktuelle delsymptomet den siste uken. Et annet eksempel kan være et strukturert intervju som spør etter tegn på depresjon og vurderer intensiteten og varigheten av en rekke symptomer på depresjon og om intensitet og varighet fyller kravene til en alvorlig depressiv episode. Spesifikke vurderinger er vanligvis mer pålitelige og gir bedre mål på endringer over tid. På den annen side er de langt mer ressurskrevende med hensyn til opplæring av de som skal vurdere, og tiden som går med til vurderingene.

De aller fleste av rapportene i evalueringsporteføljen har brukt ulike former for globale vurderinger i innsamlingen av data med de svakheter og begrensninger det gir. Det vil si at det i hovedsak er grove indikasjoner på kvalitet, effekt og tilfredshet som fremkommer i rapportene. Mer bruk av spesifikke vurderinger ville vært ønskelig, men ville stilt helt andre krav til ressursbruk og rapportering fra helse- og sosialtjenester.

For det andre: Enten vurderingene er globale eller spesifikke, springer det ut av *et bestemt ståsted eller med et bestemt perspektiv*. Når det gjelder vurderingen av omfanget, effekten eller kvaliteten av et helsetilbud eller et behandlingssopplegg, kan dette skje ut fra ståsted som kan vektlegge sider ved tilbudet på ulike måter. I helsevesenet er det flere parter som er involvert og har en berettiget plass til å vurdere omfang, effekt og kvalitet av et tilbud: pasient, familie/pårørende, behandler/fagperson eller representant for det offentlige/samfunnet for eksempel Helsedirektoratet eller NAV Trygd. Hvert av disse ståstedene eller perspektivene kan legge vekt på litt ulike aspekter når man skal vurdere kvaliteten og effekten av en helsetjeneste. Pasienten kan legge vekt på bedring - slik som reduksjon av ubehag og symptomer - eller bedre funksjon på sentrale livsområder - slik som familie, skole eller arbeid. Familie/signifikante andre kan legge vekt på det samme som pasienten, men kan legge mest vekt på å gjenvinne eller utvikle de funksjonene som gjør det mulig å leve et mer selvstendig liv, og for foresatte kan informasjon om årsaken til et problem bli vurdert som viktig. Representanter for det offentlige kan i tillegg til symptomer og funksjon legge mer vekt på om pasientens rettigheter er oppfylt, om tjenestene er tilgjengelige og godt organisert og om noen behandlingstilbud har økonomiske fordeler, slik som redusert trygd. Fagpersoner kan vurdere ut fra alle de nevnte kriteriene. Man kan i tillegg legge vekt på endringer som har

³ Rolf W. Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: ”Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?” SINTEF rapport A6169, 2008.

en forankring i en spesifikk teoretisk modell for årsaken til og behandlingen av en gitt lidelse eller problem. Det vil si at fagpersoner med forankring i en bestemt teoretisk modell kan gi andre vurderinger av kvalitet og endring enn fagpersoner med forankring i en annen modell. Her er det ikke bare spørsmål om hvordan man skal vurdere effekten av en behandling, men hvilken behandlingsmodell som er korrekt og akseptabel.

Behandlingsforskning har vist at samsvaret mellom disse ulike perspektivene kan være begrenset, spesielt for globale vurderinger. Man bør derfor unngå å begrense seg til ett enkelt perspektiv, f.eks. pasient eller behandler, og det er viktig at de involverte parter får vurdere de aspektene ved forandring som de har spesialkunnskap om. I den foreliggende porteføljen bygger mange av rapportene bare på ett perspektiv. I rapporter hvor det er vurderinger fra flere perspektiver, slik som i evalueringen av fastlegereformen eller av distriktpsikiatriske sentre, finner man til dels markante forskjeller i hvordan ulike sider av de aktuelle tilbud og tjenester blir vurdert av de involverte partene. Dette er i seg selv en viktig indikator på mulige ”interessekonflikter” og bør følges opp med mer intensive studier og tiltak.

2 Mål og virkemidler i Opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen var tuftet på noen overordnede helsepolitiske føringer som munnet ut i et overordnet mål om å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. I dette kapitlet ser vi nærmere på mål og virkemidler i Opptrappingsplanen, slik de ble formulert i Stortingsmelding nr. 25 (1996-97).

2.1 Bakgrunn: svikt i alle ledd

I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helse-tilbudene konstaterer Helse- og omsorgsdepartementet at tilbudene til mennesker med psykiske lidelser er utilfredsstillende:

- *Det er for liten kapasitet i tilbudene til pasienter med psykiske lidelser*
- *Det er for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner*
- *Det er for få tilgjengelige behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og på psykiatriske sykehus*
- *Det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til*
- *Det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn*
- *Det er for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus*
- *Det er for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig*
- *Det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene*⁴

Denne erkjennelsen av tingenes tilstand vokste gradvis frem over lang tid og skjøt fart fra 1980-tallet og fremover. Mye av tankegodset ble nedfelt i handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse 1990-1995. I denne handlingsplanen het det at målsettingen var å:

- *Styrke forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot psykiske lidelser*
- *Gjøre tjenester til mennesker med psykiske lidelser mer tilgjengelige*
- *Øke rekrutteringen av bedre kvalifisert personell*
- *Forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene*
- *Tilpasse tjenestene bedre til pasientenes behov*
- *Gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene*⁵

Forskjellen lå først og fremst i at St.meld. nr. 25 la til grunn et større helhetssyn enn tidligere plandokumenter. Meldingen representerte således ikke et brudd med tidligere tenkning, men var en mer systematisk gjennomgang av problemfeltet i sin fulle bredde. Pasientens behov ble satt i fokus og tjenestetilbudet på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå skulle ha dette som utgangspunkt. Meldingen kan derfor karakteriseres som en kodifisering av eksisterende tenkning, men ikke av eksisterende praksis.

⁴ St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 13

⁵ Ibid. s. 12

Regjeringen Jagland la frem St.meld. nr. 25 for Stortinget i 1997. Til grunn for meldingen la Regjeringen følgende overordnede prinsipper:

- Forebygging der dette er mulig, og i hvert fall søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- Ansvar for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- Pasienten først - brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis, ut fra et helhetlig menneskesyn
- Mest mulig frivillighet - behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- Mest mulig normalt liv - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet, gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

I den påfølgende stortingsbehandlingen fikk meldingen bred politisk oppslutning. Den eneste kritiske innvendingen var at meldingen kun behandlet prinsipper og tiltak uten at det ble knyttet midler til gjennomføringen av meldingen. Den brede politiske enigheten om prinsippene og virkemidlene avspeiler seg også i St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk⁶. I meldingen legger Regjeringen Bondevik til grunn de samme overordnede prinsipper som Regjeringen Jagland i St.meld. nr. 25 (1996-97). Det er også stort samsvar i synet på hvilke virkemidler som må til for å bedre tilbudet av tjenester til brukerne. I St.meld. nr. 25 tar regjeringen sikte på å legge et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester for mennesker med psykiske lidelser. For å oppnå dette, vil det være nødvendig å bruke en rekke virkemidler:⁷

- Juridiske, i form av lovgivning
- Økonomiske tilskuddsordninger som stimulerer kommuner og fylkeskommuner til å bygge ut og drive gode og effektive tjenester
- Utdanningspolitiske, statlige tiltak for å få utdannet tilstrekkelig med faglig kvalifisert personell
- Faglig veiledning, fra statlige tilsynsmyndigheter

Dette arbeidet munnet ut i St.prp. nr. 63 (1997-98) som knyttet bevilgninger til Opptreppingsplanen for psykisk helse.

2.2 Opptreppingsplanens mål

Opptreppingsplanen ble tuftet på noen overordnede helsepolitiske mål:

- Hele befolkningen skal sikres nødvendig tilgang til helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold
- Helsetjenesten skal være faglig forsvarlig og tilpasset brukernes behov
- Ressursene skal utnyttes effektivt
- Helsetjenester skal ytes med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd

I Opptreppingsplanen ble dette nedfelt i følgende overordnede mål: ”fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser”.

⁶ St.meld. nr. 21 (1998-99) ss. 6-9

⁷ St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 15

Utvidelse av opptrappingsperioden

Stortinget ba regjeringen i 2003 vurdere en utvidelse av opptrappingsperioden. En gjennomgang av status for Opptrappingsplanen, samt tilbakemeldinger fra sektoren (bl.a. fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer) dokumenterte behovet for en utvidelse. På bakgrunn av dette ble Opptrappingsplanen vedtatt utvidet med to år, til ut 2008. I forbindelse med utvidelsen av opptrappingsperioden ble følgende prioritert:

- Barn og unge (jf. regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse)
- Økt innsats i kommunene - videreutvikle lokale tjenester og utbygging av tilrettelagte boliger
- Kultur- og holdningsendring i tjenesteapparatet med vekt på brukerperspektiv og mestring
- Å omstille spesialisttjenesten med videre utvikling av distriktssentre og å bedre akutfunksjonene
- Arbeid og sysselsetting i samarbeid med NAV og kommunene
- Bedre tilbud til særskilte grupper, bl.a. personer med rus- og psykiske problemer (dobbeldiagnose), spiseforstyrrelse, eldre med psykiske lidelser, ofre for vold og traumatisk stress og selvmordsutsatte.

Hovedsatsingsområder og måltall

For å nå denne målsettingen, utpekte myndighetene noen hovedsatsingsområder og fastsatte en rekke måltall i Opptrappingsplanen⁸:

- Styrking av brukerrettede tiltak og informasjon om psykiske lidelser
- Styrking av tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp både til barn, ungdom og voksne, samt bedre og flere tilbud til dem som trenger det
- Måltallene er 3 400 nye omsorgsboliger, styrking av hjemmetjenesten med 3 400 nye årsverk og opptrapping av dagsentervirksomhet slik at 4 500 flere brukere får tilbud. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes med 800 årsverk.
- Satsing på sysselsettingstiltak slik at flere kan komme i arbeid. Styrking av arbeidsmarkedsetatens innsats slik at 4 000 flere får tilbud.
- Omstrukturering og styrking av voksenpsykiatrien, med flere aktive døgn- og dagbehandlingsplasser, primært gjennom utbygging av distriktpsikiatriske sentre og økt poliklinisk aktivitet. Antall døgnplasser for aktiv behandling skal økes med 1 185, herav 160 plasser til personer som dømmes til psykisk helsevern⁹. Poliklinisk aktivitet skal økes med 50 prosent.
- Utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien til en dekningsgrad på fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, bl.a. med 105 nye døgnplasser.
- Stimulering av utdanning og forskning.

Utbyggingen av de ulike tjenestetilbudene for mennesker med psykiske lidelser vil gi et samlet personellbehov på drøye 9 000 nye årsverk i løpet av opptrappingsperioden. Det legges vekt på økt andel av leger og psykologer i takt med økt vekt på aktiv behandling.

⁸ St.prp. nr. 63 (1997-98) avsnitt 4.4.2

⁹ Ibid. Dette representerer en nettotilvekst på 285 plasser da det samtidig finner sted en nedbygging av de psykiatriske sykehjemmene med 900 plasser.

2.3 Myndighetenes gjennomføring av planen

Virkemidlene i Opptrappingsplanen var knyttet til statlig/fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

2.3.1 Statlig nivå

Organisering

Den operative gjennomføringen av Opptrappingsplanen ble på statlig nivå lagt til Sosial- og helsedirektoratet. Det ble opprettet et særskilt sekretariat som skulle behandle søknader fra fylkeskommunene om midler til omstrukturering/utbygging av voksenpsykiatrien og utbygging av barnpsykiatrien.¹⁰ Dette sekretariatet skulle bistå fylkeskommunene i å utarbeide planer og søknader. Planene for fylkene i hver helseregion skulle samordnes ved behandling i det regionale helseutvalget. Det ble engasjert rådgivere ved fylkeslegekontorene som skulle bistå kommunene i deres planarbeid og organisering og gjennomføring av arbeidet med å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser.¹¹ I tillegg ville man kunne trekke veksler på kvalitetsrådgiverne ansatt ved fylkeslegekontorene i det enkelte fylke, ikke minst når det gjaldt å etablere kvalitetssystemer¹², og sikre kompetanseutvikling for helsepersonell i sektoren.

Økonomi

Det viktigste virkemiddelet fra statlig side har vært de øremerkede tilskuddene til kommunene for å gjøre disse i stand til å sette Opptrappingsplanen ut i livet. Totalt ble de økonomiske rammene for investeringene i forbindelse med Opptrappingsplanen satt til 6 299 millioner kroner, hvorav 2 516 millioner til kommunene for perioden 1999-2006.¹³ Driftsutgiftene i perioden skulle økes med 4 575 millioner kroner utover tilskuddene for 1998¹⁴. Den finansielle opptrappingen ble forutsatt gjennomført uten kommunal medfinansiering. Under hele opptrappingsperioden har det blitt understreket fra de statlige myndigheter at tilskuddene til kommunene skulle komme i tillegg til kommunenes egen innsats, og ikke erstatte denne. For å få tilskudd, måtte kommunene rapportere hvordan midlene fra foregående år ble brukt og hvilke resultater bruken forventes å få eller har fått¹⁵. Det var således ingen automatikk i tilskuddsfinansieringen, og denne finansieringsordningen skulle ikke fritta kommunene for deres lovpålagte ansvar for den kommunale helsetjenesten.¹⁶

2.3.2 Fylkeskommunalt nivå

Fylkeskommunenes plikt til å drive psykisk helsevern er hjemlet i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. Særlig pålegges fylkeskommunen et ansvar for spesialisthelsetjenester, men fylkeskommunen gis stor frihet til å utforme tjenestetilbudet. Det legges likevel noen overordnede føringer på fylkeskommunen, da Opptrappingsplanen vektla å gjøre det psykiske helsevernet mindre institusjonsbasert. I stedet for de store psykiatriske institusjonene skulle man satse på å forankre tilbudene i lokalsamfunnene gjennom de distriktspsykiatriske

¹⁰ St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 67

¹¹ Rundskriv I-4/99 Det kongelige sosial- og helsedepartement s. 3

¹² St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 137

¹³ Se kapittel 1

¹⁴ Rundskriv I-4/99 Det kongelige sosial- og helsedepartement s. 3

¹⁵ Ibid. s. 17-18

¹⁶ Kommunehelsetjenesteloven § 1-1

sentrene som skulle omfatte daghospitaller, poliklinikker og oppsøkende tjenester samt fleksible døgnenheter¹⁷.

Økonomi

For å sikre en slik utvikling, var det nødvendig med en kvantitativ styrking og omstrukturering av tjenestetilbudet ved å få en:¹⁸

- Økning av antall døgnplasser for aktiv behandling, med særlig vekt på kommunenære tilbud
- Vesentlig økning av antall dagopphold i distriktpspsykiatriske sentre (DPS)
- Vesentlig økning av den samlede polikliniske kapasiteten
- Reduksjon av antall plasser i psykiatriske sykehjem, men i lavere tempo enn tilveksten av antall døgnplasser for aktiv behandling

Samtidig innså man at det var nødvendig med en kvalitativ styrking av tjenestetilbudet gjennom:

- En betydelig bemanningsøkning generelt
- Bemanningsøkning pr. plass i DPS
- Økt innslag av universitets- og høyskoleutdannet personell

Hovedmålene for styrking av barne- og ungdomspsykiatrien var tilsvarende:

- Flere døgnplasser til ungdom med økt vekt på aktiv behandling
- Flere dagplasser for barn og unge
- Vesentlig økning av den polikliniske kapasiteten (flere fagpersoner og økt produktivitet)

Alle tiltakene forutsatte at de statlige myndighetene overførte midler til fylkeskommunene. Hovedprinsippet var at de statlige midlene ikke skulle være en erstatning for fylkeskommunenes frie inntekter brukt til psykisk helsevern, men som et tillegg som skulle sikre økt produksjon av tjenester. For å sikre at de statlige midlene skulle gå til det psykiske helsevernet, ble midlene øremerket dette formålet. Det fulgte med en rapporteringsplikt om hva midlene faktisk var brukt til, og hvilke forventede resultater eller faktiske resultater midlene hadde utløst eller ville utløse. I analysene i forbindelse med St. meld. nr. 25 (1996-97) ble det påpekt at behovene for støtte til omstrukturering og utbygging varierte mellom fylkeskommunene. Av den grunn fant man at generelle øremerkede midler ville være lite treffsikre. Det ble foreslått at midlene skulle fordeles etter søknad. Som hjelp for fylkeskommunene i plan- og søknadsarbeidet, ble det opprettet et eget sekretariat på statlig nivå¹⁹. For å sikre intensjonene med de øremerkede midlene til fylkeskommunene, ble det utarbeidet noen overordnede retningslinjer som også gir en klar ramme for fylkeskommunenes arbeid med å sette Opptappingsplanen ut i livet:²⁰

Det er viktig å bygge kompetanse og tilbud nærmest mulig brukerne.

Spesialisthelsetjenesten må ivareta viktige støttefunksjoner for de kommunale helse- og sosialtjenestene, slik at disse blir i stand til å yte omsorg for mennesker med psykiske lidelser.

¹⁷ St.meld. nr. 25 (1996-97) avsnitt 3.4.3.4 s. 55

¹⁸ Ibid. s. 44 ff.

¹⁹ Ibid. s. 65

²⁰ Ibid. s. 66

Fylkeskommunene må særlig stimuleres til videre utbygging av lett tilgjengelige distriktpsykiatriske tjenester. Disse må disponere lavterskeltilbud som kan gi tilbud i krisesituasjoner, om nødvendig i form av døgnopphold, for i størst mulig grad å bidra til at lidelser ikke forverres slik at innleggelse med tvang i sentrale institusjoner blir nødvendig.

Tjenestetilbudene og institusjonene må være tilstrekkelig differensiert til å yte hjelp som er i overensstemmelse med de ulike brukergruppenes behov. Det må utvikles målrettede behandlingsprogrammer basert på dokumentert kunnskap om hva som er virksom behandling og rehabilitering.

Det kan ytes støtte til oppbygging av nye institusjonsplasser når det kan dokumenteres at det er mangel på bestemte typer plasser. Når omfang av og type institusjonsplasser planlegges, må det tas hensyn til at hele behandlingsskjeden skal fungere sammenhengende, slik at pasienten ikke må være for lenge innlagt i institusjon fordi andre tilbud mangler, og heller ikke må skrives ut for tidlig.

Organisering

Det ble forutsatt at kommunene og fylkeskommunene skulle etablere et nært samarbeid, både i planlegging, organisering og drift av tilgrensende tjenester, og ved utskriving av pasienter som er ferdigbehandlet ved fylkeskommunale institusjoner. Det samme skulle gjelde for pasienter som har behov for et samtidig tilbud fra begge nivåer. I den sammenhengen skulle individuell plan²¹ for den enkelte pasient være et viktig verktøy hvor brukernes ønsker og behov skal komme frem. I planen skulle det også gjøres klart i hvilken grad det var mulig å etterkomme ønskene som er uttrykt fra brukernes side.

I St.meld. nr. 25 (1996-97) ble det fastslått at det i mange kommuner var ansatt bare én eller svært få personer med særskilt relevant utdanning. Derfor ble det viktig at fylkeskommunene skulle bistå i å etablere faglige nettverk, både gjennom utdanningstiltak og fagsamarbeid. Ikke minst skulle DPS ha en viktig oppgave i å gi råd til og veilede det kommunale personale.

2.3.3 Kommunalt nivå

Kommunenes ansvar for å yte helse- og sosialtjenester er hjemlet i lov om sosiale tjenester, barnevernloven og kommunehelsetjenesteloven. Av kommunehelsetjenesteloven § 1-1, annet ledd, fremgår det at kommunenes forpliktelser overfor befolkningen omfatter alt som ikke er tillagt annen offentlig myndighet. Kommunene skulle således utgjøre selve hjørnesteinen i iverksettingen av Opptappingsplanen for psykisk helse.

Av St.meld. nr. 25 (1996-97)²² fremgår det ifølge departementets vurdering at vanskelighetene med å etablere tilfredsstillende kommunale tilbud ikke skyldes uklar eller utilstrekkelig lovgivning om kommunalt ansvar. Derimot skyldes dette i stor grad mangelfulle ressurser, mangelfulle kunnskaper om behovene og mangelfulle kunnskaper om hvilke tilbud som bør finnes i kommunene for å imøtekomme behovene.

For å bøte på disse manglene, fremhevet meldingen at det var nødvendig med økonomisk stimulering, veiledningsmateriell og opplæringstiltak. En slik satsing ville i neste omgang føre til oppfyllelse av den overordnede målsettingen for Opptappingsplanen: å fremme brukernes uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

²¹ Rundskriv I-44/99, Sosial- og Helsedepartementet, pkt. 4.12 s. 16

²² St.meld. nr. 25 (1996-97) avsnitt 3.3.1.1 s. 36

Brukeren i sentrum

Hele Opptrappingsplanen var således tuftet på en ideologisk grunntanke: brukerens behov i sentrum. Tiltak på de ulike forvaltningsnivåene skulle være brukerorienterte ved at man:

- *Sikrer at personer som har behov, får hjelp*
- *Sikrer at mennesker med psykiske lidelser får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med de rettigheter enkeltmennesker og grupper av personer har etter loven*
- *Sikrer at brukeren behandles med respekt, både som individ og gruppe, samt at brukeren, også som individ og gruppe, har tillit til dem som skal utøve tjenesten, og opplever å bli tatt med på råd*

*Bruker og hjelper er likeverdige samhandlingspartnere der begge har ansvar, men ulikt ansvar. Hjelperen skal legge til rette for at brukeren skal kunne komme med sitt.*²³

For å oppnå målsettingen, måtte den enkelte kommunes tilbud omfatte følgende grunnelementer:²⁴

- *Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand*
- *Mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter*
- *Mulighet til å inngå i et sosialt fellesskap*
- *Nødvendige helsetjenester*

Iverksetting

I det videre arbeidet med implementeringen av Opptrappingsplanen ble det satt fokus på²⁵:

- *Styrking av brukerrettede tiltak og informasjon*
- *Kompetanseheving og rekruttering av personell*
- *Nye botilbud - flere omsorgsboliger*
- *Styrking av hjemmebaserte tjenester*
- *Dagsentre og andre aktivitetstilbud til flere*
- *Utbygging av kultur- og fritidstiltak*
- *Styrking av tilrettelagte tjenester i kommunen*
- *Utbygging av psykososiale tjenester og støttekontakter, kultur- og fritidstiltak for barn og unge*
- *Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*
- *Tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten – arbeid til flere*
- *Styrking av samarbeidet mellom kommunene og fylkeskommunene*

Økonomi

Helsetjenestetilbudene i kommunene finansieres generelt over de statlige rammetilskuddene, samt kommunenes egne ubundne inntekter. I den sammenheng inngår tjenestetilbudene til personer med psykiske lidelser i det generelle finansieringssystemet. For å få en styrking av tjenestetilbudene til denne gruppe mennesker, innførte de statlige myndigheter overføringer som var øremerket tjenester til denne gruppen pasienter. Midlene ble i hovedsak tildelt etter kommunenes folketall, men forutsatte at kommunen utarbeidet en plan for bruken med dertil hørende rapporteringsplikt.²⁶ Planarbeidet skulle skje i tett dialog mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og NAV. Brukere av tjenestene, deres pårørende og deres organisasjoner der slike fantes, måtte trekkes aktivt inn i arbeidet.

²³ IS-1332 Sosial- og helsedirektoratet s. 45. Brukerne har ikke i utgangspunktet noen sentral plassering i de fleste kommunale og administrative systemer. Tjenesteapparatet har makt både til å definere problemet og løsningen.

Brukermedvirkning innebærer å endre eksisterende maktforhold både på individ-, gruppe- og systemnivå.

²⁴ St.meld. nr. 25 (1996-97) avsnitt 3.3 ss. 36-44

²⁵ Rundskriv I-4/99 Sosial- og helsedepartementet s. 5

²⁶ St.meld. nr. 25 (1996-97) avsnitt 3.3.2 s. 37

I tråd med de overordnede målsettingene og tiltaksprofilen for kommunenes iverksetting av Opptrappingsplanen skulle midlene brukes til:

- Å opprette flere stillinger for personell som arbeider med tilbud til mennesker med psykiske lidelser
- Å styrke den faglige kompetansen til kommunalt personell når det gjelder psykiske lidelser
- Å bedre dagtilbud og aktivisering for mennesker med psykiske lidelser
- Å få et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten om tilbud til mennesker med psykiske lidelser
- Å styrke samarbeidet mellom ulike etater, med hensyn til forebyggende tiltak for barn og unge

Organisering

Kommunene har stått fritt med hensyn til hvordan man ønsker å organisere tjenestetilbudene i den enkelte kommune, men uansett organisasjonsform skal tjenestetilbudet oppleves som helhetlig og koordinert av brukeren. For å oppnå dette, har Opptrappingsplanen lagt vekt på at det skulle utarbeides en individuell plan for brukeren hvor behandlende instanser, bruker og/eller pårørende/verge er representert. En annen koordineringsform er ansvarsgruppemøter eller samarbeidsmøter. En slik gruppe opprettes når det er flere tjenester inne i forhold til brukeren, og når tjenestebehovet er omfattende og sammensatt. Det skal avholdes formelle møter på ledernivå. I en slik sammenheng vil et bredt anlagt samarbeid på tvers av forvaltningsgrenser og på tvers av faggrupper være en vesentlig dimensjon i kommunenes psykiske helsearbeid.²⁷

Samarbeid med frivillige organisasjoner

En stor del av det kommunale kultur- og fritidstilbudet er drevet av frivillige organisasjoner og representerer viktige arenaer for integrering og inkludering. I St.meld. nr. 25 (1996-97) om Opptrappingsplanen heter det at de frivillige organisasjonene bør inkluderes i det kommunale planarbeidet, samt bistå i utformingen av tiltak på områder hvor de har særlig kompetanse eller kapasitet.

Det heter videre at mange kommuner verken vil ha kompetanse eller ressurser til å møte behovene hos brukerne med særlig omfattende problemer. Dette kan langt på vei avhjelpest ved et smidig og forpliktende interkommunalt samarbeid. Det er også behov for å få til et velfungerende samarbeid med lokale statlige organer. St.prp. nr.1 (2004-2005:188) anbefaler kommuner å inngå forpliktende samarbeid med slike organer for å rehabilitere personer med psykiske lidelser.

Samarbeid med spesialisttjenester

Det ble forutsatt at alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder innen utløpet av 2005 etablerte et fast strukturert samarbeid om psykiske tjenester både til barn, unge og voksne. Forpliktende samarbeidsavtaler, hvor også brukerorganisasjonene trekkes inn, burde omfatte: rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan og kompetansehevede tiltak. Det ble understreket at DPS og BUP skulle ha et veiledningsansvar overfor kommunene med hensyn til å oppdatere disse når det gjelder den faglige utviklingen.

²⁷ IS-1332 Sosial- og helsedirektoratet s. 66-67

Arbeid

I St.meld. nr. 25 (1996-97) ble følgende formulert om arbeid: Lønnet arbeid har vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og uavhengighet. Mestring, selvtillit og selvrealisering er i stor grad knyttet til arbeid. Når mange instanser og forvaltningsnivåer er involvert, oppleves hjelpeapparatet ofte som uoversiktlig og vanskelig å finne frem i. Dette forsterkes ved at det norske forvaltningssystemet er basert på at brukeren henvender seg til rette instans for å få hjelp. Dette kan oppleves som et uoverstigelig hinder. Hjelp til å finne et meningsfylt arbeid er et slikt eksempel ved at Aetat (nå: NAV) ikke er en del av den kommunale forvaltning, men snarere er en statlig virksomhet frikoplet fra kommunen. Dette skaper utfordringer med å få til et koordinert og helhetlig tilbud til den enkelte bruker med psykiske lidelser.

Informasjon

I meldingen het det følgende om informasjon og informasjonsflyt: Kommunenes informasjonsplikt er hjemlet i lovverket, og særlig i pasientrettighetsloven (kap 3) og kommunehelsetjenesteloven. For mennesker med psykiske problemer og deres pårørende (inkludert barna) vil det være blant annet behov for informasjon om: sykdomsbilder; rettigheter; behandling og tiltak; brukerorganisasjoner og møtesteder.

Samordning mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester er her en særlig utfordring da flere instanser og forvaltningsnivåer kan være involvert.

Særlig viktig er det at informasjonsflyten mellom kommuner, trygdeetaten og Aetat (nå: NAV) sikres da behandling og rehabilitering bør skje parallelt med yrkesforberedende tiltak i et nært samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten og arbeids- og velferdsetaten. I forarbeidene til St.meld. nr. 25 (1996-97) ble det avdekket store problemer når det gjelder gjensidig kunnskap, samarbeid og koordinering.²⁸ Her har man stått overfor et generelt problem: Hjelpetilbudet må være kjent for det samlede tjenesteapparat i kommunene og i andre aktuelle etater, og ikke minst i spesialisthelsetjenesten.

Informasjon til befolkningen

Målet om økt åpenhet var sentralt i St.meld. nr. 25 (1996-97): Et viktig mål med informasjonsspredningen er å bidra til økt åpenhet, mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser og å motvirke tabuer og fordommer. Dette kan bidra til å begrense forekomsten av og belastningene ved psykiske problemer og lidelser. I den sammenheng må kommunene sørge for at befolkningen har lett tilgang til nødvendig informasjon om hvor en kan henvende seg for å få hjelp med psykiske problemer.

²⁸ St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 92

3 Opptrappingsplanen i tall

I dette kapitlet presenteres noen utvalgte, sentrale resultatmål i Opptrappingsplanen og status for disse. I tillegg til å sammenlikne mål med resultater, ser vi også nærmere på hvordan de øremerkede midlene, som er et sentralt virkemiddel i planen, er blitt benyttet.

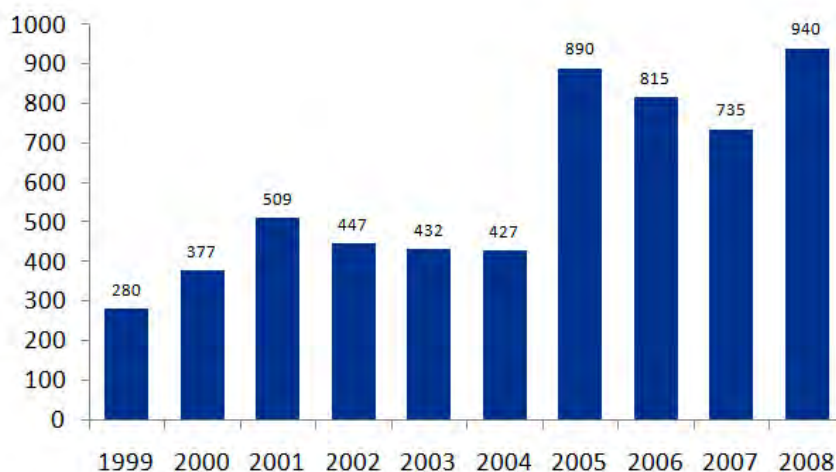
”Brukeren i sentrum” har vært en underliggende ledetråd i Opptrappingsplanens mål og virkemidler. Som vist i foregående kapittel, innebar dette en betydelig opptrapping og styrking både av psykisk helsearbeid i kommunene og av psykisk helsevern. Tallfestede mål har vært styrende for styrking av de fleste aktivitetsområdene. Som vi skal se er de fleste kvantifiserte mål oppfylte og andre er på god vei. Innenfor noen aktivitetsområder er det imidlertid et godt stykke igjen før målene innfris.

Tallgrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra ulike kilder. Måltallene er i all hovedsak hentet fra St.prp. nr. 63 (1997-98) og St.prp. nr. 1 (2008-09). Tallene knyttet til måloppnåelse stammer primært fra ”SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007” (SINTEF rapport 2/08) og ”Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler 1999-2007” (SINTEF rapport A8811) og relevante rapporter fra evalueringen av Opptrappingsplanen.

3.1 Årlig opptrapping

Figuren nedenfor viser årlig opptrapping i øremerkede tilskudd til kommunene, spesialisthelsetjenesten og generelle statlige tiltak samlet i opptrappingsperioden 1999-2008. I tillegg kommer det bevilgninger fra de enkelte kommunene og fra de regionale helseforetakene. Vi ser at økningen i ekstra midler i forbindelse med Opptrappingsplanen var særlig høy i siste del av planperioden, med en topp i 2008.

Figur 3.1: Årlig opptrapping, øremerkede driftstilskudd, mill kr., 1999-2008



Kilde: Helsedirektoratets nettsted, <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/opptrappingsplanen/> (Hentet 4. juni 2009)

3.2 Måltall og status i kommunene

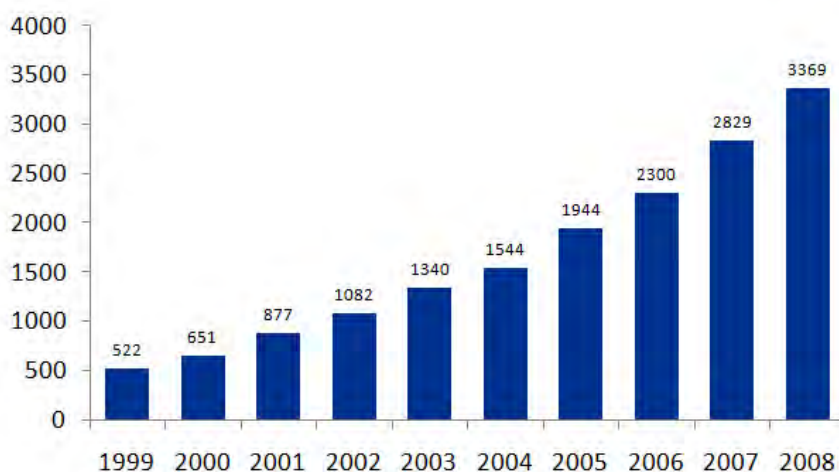
Målsettingen om ”Brukeren i sentrum” innebar mer konkret å yte hjelp i brukerens nærmiljø, det vil si i hjemkommunen, samt å gi den enkelte bruker mulighet for innflytelse på egen behandling.

Dette betydde en betydelig opptrapping og styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene. Øremerkede tilskudd til kommunene har vært det sentrale statlige virkemidlet i denne sammenhengen (for mer informasjon om øremerkede midler som virkemiddel, se kapittel 4.1).

Hovedbildet

Figuren nedenfor viser veksten i øremerkede statlige midler til kommunene i opptrappingsperioden. Opptrappingen viser en jevn stigning på rundt 18 prosent pr. år. Størparten av de øremerkede midlene til kommunene har gått til finansiering av personell i oppbygging og drift av tiltak for barn, unge og voksne, med den klart største andelen til voksne.

Figur 3.2: Øremerkede tilskudd til drift av psykisk helsearbeid i kommunene (mill.kr.)



Kilde: Helsedirektoratets nettsted, <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/opptrappingsplanen/> (Hentet 4. juni 2009)

Utviklingen for voksne

For denne gruppen har størsteparten av midlene gått til bolig, hjemmebaserte tjenester og miljøarbeid. Dernest følger tilrettelagt behandlingstilbud og aktivitetstilbud som de mest utgiftsgenererende poster.

I 2006, på tampen av opptrappingsperioden, gikk hele 75 prosent (og 78 prosent av årsverkene) av de øremerkede midlene til tiltak for voksne. 22 prosent gikk til tiltak for barn og unge og de resterende andelene til kompetanse- og rekrutteringstiltak, informasjonstiltak samt til bruker- og pårørende organisasjoner. Her er det viktig å minne om at denne fordelingsnøkkelen var i tråd med Opptrappingsplanens mål.

Utviklingen for barn og unge

I 2004 ble målet nådd om at 20 prosent av midlene skulle gå til tiltak for barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste har blitt prioritert høyest om vi måler som andel av totale midler for barn og unge, tett fulgt av forebyggende arbeid.

Utviklingen i personell

Som nevnt har storparten av de øremerkede statlige midlene til kommunene gått til finansiering av personell, mer konkret til bemanning av helsesøster/skolehelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester, dagsentervirksomhet, kultur/fritid, støttekontakter og fagpersoner. Den kraftigste økningen i personell i tiltak for voksne skjedde fra 2003 til 2004, men var tilnærmet like sterk fra 2005 og påfølgende år.

En klar majoritet av årsverkene som er finansiert av øremerkede midler i kommunene, er for personer med helse/sosialfaglig utdanning - enten med eller uten videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie. Av rammeteksten nedenfor ser vi at måltallet er overoppfyllt for personell i tiltak for barn og unge, mens det ikke er oppfylt for voksne. Måltallet for antall psykologer i kommunene er ikke oppfylt.

Mer konkret er måltall og status for personell følgende (se rammetekst):

Personell totalt			
Mål:	4 770 nye årsverk. Av dette: 3 710 til voksne, 1 060 til barn og unge.		
Status:	Ved utløpet av 2007: 4 376 nye årsverk, 3 091 til voksne og 1 285 til barn og unge. Målet overoppfyllt for barn og unge, men ikke for voksne.		
Fordelt på funksjoner:			
		Mål	Status
Voksne	Hjemmetjenester mv.	3 400	2 327
	Behandlingstilbud	309	764
Barn og unge	Helsestasjon/skolehelsetjeneste	800	665
	Annen forebygging/psykososialt arbeid	260	620

Kilde: St.prp. nr. 1 (2008-2009)

Psykologtjenesten i kommunene	
Mål:	184 årsverk
Status:	104 årsverk ved utgangen av 2007. Målet er ikke nådd.

Kilde: Psykisk helsearbeid i kommunene: disponering av øremerkede midler 1999-2007 (SINTEF)

Utviklingen i boligutbygging

Ubygging av boliger har vært en av de største utgiftspostene i kommunene i forbindelse med Opptrappingsplanen.

Måltall og status er følgende:

Omsorgsboliger	
Mål:	3 400 nye boliger for mennesker med psykiske lidelser.
Status:	2 936 nye omsorgsboliger ved utløpet av 2007.
Kilde: St.prp. nr. 1 (2008-2009)	

3.3 Måltall og status i spesialisthelsetjenesten

Det har vært en betydelig driftskostnadsvekst i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) i planperioden. Her ser vi først på utviklingen i psykisk helsevern samlet sett, dernest på utviklingen for henholdsvis voksne og barn og unge.

Hovedbildet

Målet om en økning i driftskostnadene til psykisk helsevern på 2,1 milliarder 1998-kroner ble nådd i 2006, og veksten i denne delen av spesialisthelsetjenesten har fortsatt i årene etter. På nasjonalt nivå benyttet det psykiske helsevernet i 2007 samlet 1,9 milliarder kroner øremerkede opptrappingsplanmidler. Dette innebærer en realvekst på 175 prosent fra 1998. Polikliniske refusjoner økte med 152 millioner (25 prosent) fra 1998 til 2007.

Øremerkede midler og polikliniske refusjoner har finansiert omtrent én tredjedel av kostnadsveksten i perioden, og andelen av totale kostnader, finansiert av øremerkede midler, har økt over tid. Veksten i driftskostnader har vært klart størst for barn og unge.

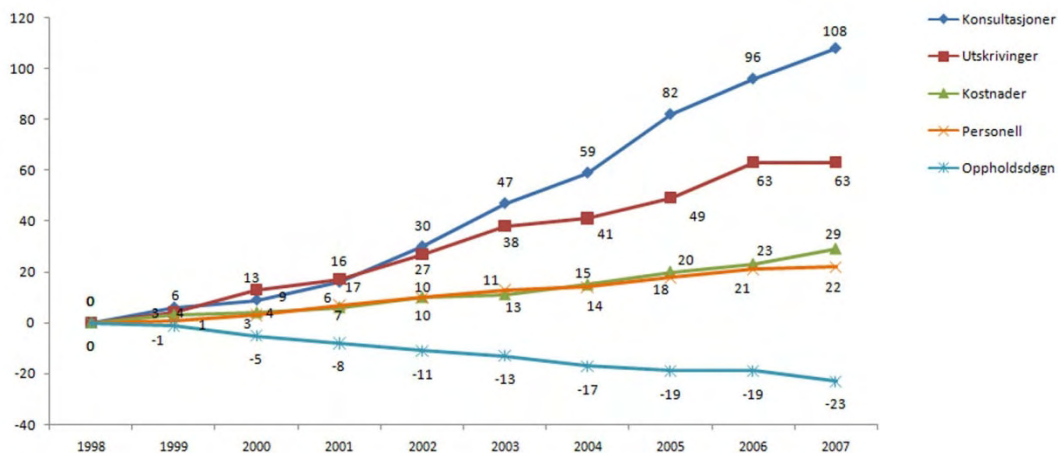
Utviklingen for voksne

Opptrappingsplanen har medført en betydelig styrking og omstrukturering av psykisk helsevern for voksne, primært gjennom flere distriktpsikiatriske sentre (DPS). Utbygging av DPS har vært et av de sentrale satsingsområdene i Opptrappingsplanen. Sentrene skulle gi poliklinisk-, dag- og døgnbehandling, og styrkes kvantitativt og kvalitativt. I tråd med Opptrappingsplanen skulle hele landet dekkes med DPS med definerte opptaksområder.

Figuren og måltallene i det følgende viser en sterk vekst i ulike områder innenfor psykisk helsevern som utbygging av DPS, utviklingen i personellinnsats, oppholdsdøgn, utskrivninger og konsultasjoner.

Figur 3.3: Utviklingen i psykisk helsevern for voksne (1998 -2007)

Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall oppholdsdøgn og antall utskrivninger for døgnpasienter, og antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Prosentvis endring i perioden 1998-2007, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.



Kilde: Helsedirektoratets nettsted, <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/opptrappingsplanen/> (Hentet 4. juni 2009)

Splittet opp på sentrale måltall, er utviklingen i psykisk helsevern for voksne følgende (se rammetekst):

A. Økt døgnkapasitet distriktpsykiatriske sentre (DPS)

Mål: Døgnkapasiteten økes til 2 065 plasser (1 492 i 1998).

Status: Døgnplasser DPS: Målet ble nådd i 2004, senere har antallet plasser blitt noe redusert; 1 865 i 2007.

B. Økt poliklinisk aktivitet

Mål: Økning i polikliniske behandlinger/konsultasjoner med 50 prosent (220.000/år) til 660.000/år.

Status: Poliklinisk virksomhet: I 2007 ble det utført 988000 polikliniske behandlinger/konsultasjoner - en økning på 113 prosent. Målet om 50 prosent økning ble nådd alt i 2003, ikke på grunn av økt produktivitet, men på grunn av flere behandlere. Produktiviteten (konsultasjoner pr. fagarvsverk) har sunket i deler av perioden; den var i 2007 tre prosent over nivået i 1998 på nasjonalt nivå.

C. Reduksjon av sykehjemsplasser

Mål: Reduksjon av sykehjemsplasser i langsommere takt enn oppbyggingen av aktive døgnplasser.

Status: Nedbyggingen av sykehjemsplasser har gått vesentlig raskere enn forutsatt. Fra 1 390 plasser i 1998 til 192 plasser i 2007. Sykehjemsplasser innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten er på det nærmeste avviklet.

D. Stabilisering av totalt antall døgnplasser

Mål: Det totale antallet døgnplasser ved sykehusene skulle holdes uendret fra nivået i 1996 (2 938), dessuten skulle 160 nye plasser opprettes for personer dømt til psykiatrisk behandling. Målet skulle da være 3 100 plasser i sykehus og totalt 6 565 døgnplasser.

Status: I 2007 var det 2 712 plasser i sykehus - en nedgang på ca. 400 plasser i stedet for en økning på 160. Totalt var det i 2007 4 769 døgnplasser - en nedgang på om lag 1 600 plasser inkludert de 160 nye sykehusplassene. I hovedsak skyldes denne nedgangen den raske nedleggelsen av sykehjemsplasser.

E. Økt bemanning totalt

Mål: Tilførsel av 2 300 nye årsverk. Økningen av personell med relevant utdanning på universitets- og høgskolenivå skulle utgjøre minst 72 prosent av økningen.

Status: Målet ble nådd i 2005, ved utgangen av 2007 var det kommet 2 900 nye årsverk. Gruppen av universitets- og høgskoleutdannede var økt med 2 967, altså mer enn den totale økningen.

F. Økt antall privatpraktiserende leger og psykologer med RHF-avtale

Mål: Antall leger og psykologer med RHF-avtale skulle øke med 50 prosent, tilsvarende ca. 280 årsverk. (Ådnanes & Sitter: "Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005", ss. 14, 51, SINTEF rapport A851).

Status: I opptrappingsperioden har det kommet ti nye årsverk for leger og 19 for psykologer, tilsvarende fem prosent økning for begge gruppene til sammen.

Kommentar: Fra 1997 til 1998 ble antallet avtalespesialister mer en tredoblet. Tar man utgangspunkt i 1997 er målet mer enn oppfylt.

G. Statlige styrking av brukerrettete tiltak

1. Opprettelse av brukerstyrte sentre

Mål: Et brukerstyrt senter i hvert fylke.

Status: I 2007 er det nå seks brukerstyrte sentre og ett er under planlegging. I tillegg et sentralt senter, Mental Helse Kompetanse, som har fungert som et prosjekt til og med 2008, og som skal evalueres i 2009.

2. Opprettelse av hjelpetelefon.

Mål: Hjelpetelefon - nasjonalt heldøgntilbud med to personer på vakt.

Status: Dette tilbudet er opprettet.

3. Styrking av tilbudet gjennom Aetat/NAV

Mål: Fire tusen flere personer med psykiske lidelser skal få et tilbud gjennom Aetat/NAV arbeid. Det gjennomsnittlige antall personer med psykiske lidelser som deltok i arbeidsmarkedstiltak/utdanningstiltak i 1998 var om lag 7 000 personer.

Status: I 2007 var det tilsvarende tallet om lag 13 900, altså en økning på knapt 7 000 personer, henimot det dobbelte av måltallet St.prp. nr. 1 (2008-09).

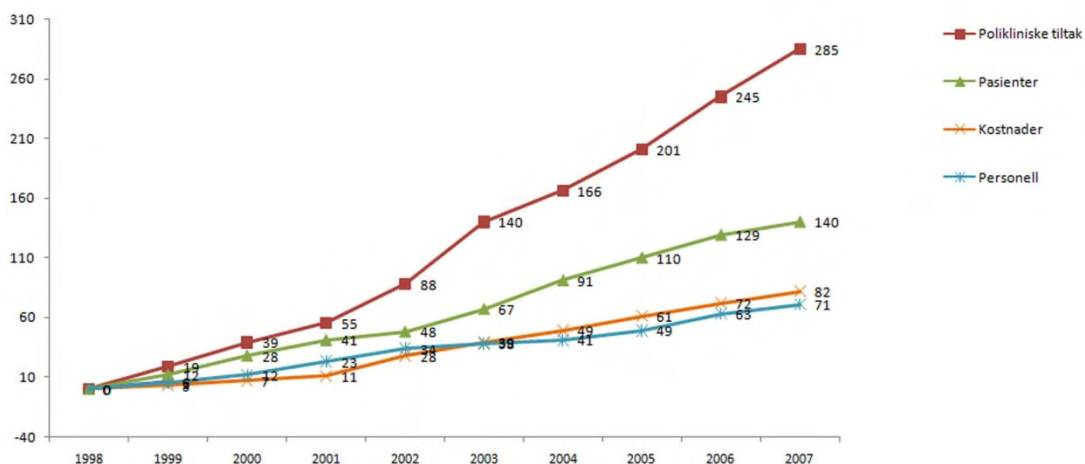
Kilde: Mer omfattende rapportering av mål, måltall og måloppnåelse finnes i "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" (SINTEF rapport 2/08)) og St.prp. nr.1 for 2008-2009 (HOD).

Utviklingen for barn og unge

Som nevnt over har tiltak for barn og unge stått for den klart største andelen av veksten i psykisk helsevern. Figuren nedenfor viser en kraftig økning i driftskostnader, personell og i antall konsultasjoner for denne gruppen.

Figur 3.4: Utviklingen i psykisk helsevern, barn og unge (1998-2007)

Utviklingen i driftskostnader, personellinnsats, antall pasienter og antall polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Prosent endring i perioden 1998-2006, målt i forhold til nivået i 1998. Driftskostnadene er målt i faste 2006-kroner.



Kilde: Helsedirektoratets nettsted, <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/opprappingsplanen/> (Hentet 4. juni 2009)

I følgende rammetekst gjør vi mer konkret rede for mål og status i det psykiske helsearbeidet for barn og unge:

A. Dekningsgrad for poliklinisk tilbud

Mål: Dekningsgrad for barn og unge 0-17 år skal økes fra to prosent i 1998 til fem prosent.

Status: Dekningsgrad ved utgangen av 2007 var 4,5 prosent på landsbasis. Det var forskjeller mellom helseregionene ved utløpet av 2007: Helseregion Nord hadde høyest dekning med 6,3 prosent, Helseregion Sør-Øst hadde en dekning på 4,7 prosent og vil med rimelighet nå målet i 2008. Helseregion Midt-Norge hadde 4,1 prosent og Helseregion Vest hadde lavest dekning med 3,5 prosent. Det var også markerte variasjoner mellom de enkelte helseforetakene i hver region.

B. Døgnplasser

Mål: 400 døgnplasser (revidert fra 500) svarende til en økning på 105 plasser.

Status: 334 plasser ved utgangen av 2007. Målet er ikke oppnådd.

C. Bemanning i poliklinikkene

Mål: 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet.

Status: Målet ble nådd i 2003, fortsatt økning siden. Økningen i nye fagårsverk pr. 2007 var 829, en fordobling av målet (SAMDATA 2007).

D. Økt effektivitet for behandlere

Mål: 50 prosent økning av tiltak pr. behandler.

Status: Ved utgangen av 2007 hadde tiltak pr. behandler økt med 80 prosent. Antallet pasienter pr. behandler var økt med 20 prosent.

Kilde: "Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler 1999-2007" (SINTEF rapport A8811), St.prp. nr. 1 for 2008-2009 (HOD).

Psykisk helsevern i helseregionene²⁹

Veksten i driftskostnader har som nevnt vært størst i psykisk helsevern for barn og unge i planperioden, og det er også her variasjonen mellom regionene er mest fremtredende. Veksten fra 1998 til 2007 innebærer mer enn en dobling i kostnadene i Helse Nord RHF (116 prosent) og Helse Vest RHF (104 prosent), deretter følger Helse Midt-Norge RHF (88 prosent), mens Helse Sør-Øst RHF relativt sett har økt minst med 54 prosent.

I tråd med statlige styringssignaler registreres et positivt taktskifte i veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge i alle regioner fra 2001 til 2002, noe som sammenfaller med iverksetting av sykehusreformen. Korrigert for gjestepasientoppjøret og justert for prisstigningen i perioden, har Helse Sør-Øst RHF økt sine driftskostnader jevnt med mellom

²⁹ Teksten i dette avsnittet er i sin helhet hentet fra "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" (SINTEF rapport 2/08)

fem til sju prosent hvert år siden 2002 i tjenester for barn og unge. Helse Vest RHF økte driftskostnadene med ca.13 prosent hvert av årene fra 2002 til 2005, men veksten sank til henholdsvis fem og én prosent i 2006 og 2007. Helse Midt-Norge RHF vokste relativt mye fra 2001 til 2002 (21 prosent), og hadde også den relativt høyeste realveksten i 2003 og 2005, men hadde som eneste region negativ realvekst fra 2006 til 2007. Helse Nord RHF har variert mye over tid, og gikk fra å ha den laveste realveksten i driftskostnader fra 2005 til 2006, til å ha den høyeste realveksten fra 2006 til 2007 (11 prosent).

Hvis vi ser på vekst i bruken av øremerkede midler i regionene, er det Helse Nord RHF og Helse Vest RHF som har hatt den høyeste veksten fra 1998 til 2007, og det er også disse regionene som har brukt flest opptrappingskroner pr. innbygger i 2006 og 2007. I 2007 ble det brukt 402 kroner pr. innbygger av opptrappingsplanmidlene på nasjonalt nivå.

En sammenlikning av utviklingen i driftsutgifter med utvikling i personell, viser at kostnadsveksten i det psykiske helsevernet nasjonalt har vært større enn veksten i antall årsverk fra 1998 til 2007, men på regionalt nivå er det forskjeller. I 2007 hadde Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens bare Helse Nord RHF hadde større vekst i personell enn kostnader i det psykiske helsevernet for voksne dette året.

Tabell 3.1:

Øremerkede driftsmidler til helseregionene, voksne (1998-2007)

	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	5526	5896	6114	6068	6099	6504	6577	7027
Helse Vest	1792	1869	2075	2086	2165	2288	2316	2438
Helse Midt-Norge	1203	1206	1286	1334	1347	1412	1492	1535
Helse Nord	909	944	1024	1136	1128	1203	1256	1292
Totalt	9430	9915	10499	10624	10739	11407	11641	12292

Datkilde: SSB og "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" (SINTEF rapport 2/08)

Tabell 3.2:

Øremerkede driftsmidler til helseregionene, barn og unge (1998-2007)

	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	907	871	1023	1084	1132	1210	1306	1397
Helse Vest	234	247	306	347	394	446	471	477
Helse Midt-Norge	160	178	217	249	253	276	308	300
Helse Nord	151	163	206	226	263	286	295	327
Totalt	1452	1460	1752	1905	2041	2218	2380	2501

Datkilde: SSB og "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" (SINTEF rapport 2/08)

4 Opptrappingsplanens virkemidler

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene av de prosjektene i evalueringsporteføljen som omhandler Opptrappingsplanens virkemidler. Hvilken effekt har økonomiske og organisatoriske virkemidler og utdanning og kompetanse hatt?

Innledning

De offentlige virkemidlene spenner over et stort register hvor hovedgruppene er lover, økonomiske virkemidler, organisatoriske virkemidler, kompetanseutvikling og informasjon. Det første settet av virkemidler: lover og reguleringer samt informasjon, er ikke dekket i prosjektporteføljen på en slik måte at det er forsvarlig å la dette inngå i kapitlet.

De økonomiske virkemidlene er avgrenset til å gjelde de øremerkede midlene til kommunene. Porteføljen omfatter eksempelvis ikke øremerkede midler til andrelinjetjenesten: RHF/DPS og BUP. For en nærmere presentasjon av slike øremerkede midler, henviser vi til kapittel 3. Studier av de organisatoriske virkemidlene i porteføljen har i første rekke fokus på organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene og samhandlingen mellom dette nivået og andrelinjetjenesten. Kompetanseutvikling har vært et sentralt virkemiddel for de offentlige myndigheter. Fokus i denne fremstillingen er på utbyggingen av utdanningskapasitet, både fra de sentrale myndighetene så vel som kommunenes egne tiltak for å sikre at de ulike tjenestenivåene har en tilstrekkelig kompetanse til å møte oppgavene som de er pålagt.

Kapitlet har følgende struktur:

I kapittel 4.0 presenteres et sammendrag av hovedfunnene. Kapittel 4.1 fokuserer på de økonomiske virkemidlene, mens hovedfunn fra porteføljen som omhandler organisatoriske spørsmål, presenteres i kapittel 4.2. I kapittel 4.3 drøftes utdanning og kompetanseutvikling, og her presenteres også myndighetenes satsing på forskning og hvilke resultater denne satsingen har resultert i.

4.0 Sammendrag

Økonomiske virkemidler: Øremerkede midler er viktige

Opptrappingsplanen skulle i betydelig grad styrke kommunenes arbeid med å bygge ut tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsearbeidet. Gjennom Opptrappingsplanen har kommunene til sammen blitt tilført øremerkede midler som tilsvarer en økning i de årlige driftsutgiftene på 2,823 milliarder kroner i 2008. Med utgangspunkt i målsettingen i Opptrappingsplanen på 2,757 milliarder kroner, er således målet overoppfyllt.

Analysene viser at Opptrappingsplanen har bidratt til å gi psykisk helsearbeid i kommunene et løft. Dels har dette skjedd ved at kommunene er tilført statlige midler gjennom øremerkede tilskudd, og dels har det skjedd ved at disse overføringene har utløst egenfinansiering i kommunene som til sammen har resultert i en utgiftsvekst i hele planperioden.

Opptrappingsplanen har bidratt til å sette søkelys på og gi prioritet til psykisk helsearbeid i kommunene. Dette har først og fremst skjedd gjennom føringer i form av konkrete mål og overordnede prioriteringer som har blitt fulgt opp av kommunene, men også ved å påvirke den organisatoriske utviklingen av helsearbeidet i kommunene.

Gjennom Opptrappingsplanen har bruken av øremerkede midler vist seg å være et effektivt virkemiddel til raskt å få opp aktivitetsnivået på områder som i utgangspunktet har hatt en lav kommunal egeninnsats. I kombinasjon med plan- og rapporteringskrav har øremerking bidratt til å sikre at midlene blir brukt etter forutsetningene selv om systemet i seg selv ikke er tilstrekkelig til å hindre "lekkasje" til andre virksomhetsområder.

Flertallet av kommunene som inngår i undersøkelsen, mener at arbeidet med psykisk helsearbeid vil bli prioritert omtrent som nå i årene fremover: 60 prosent når det gjelder psykisk helsearbeid for voksne, og 51 prosent når det gjelder barn og unge. Henholdsvis 30 prosent for voksne og 20 prosent for barn og unge mener imidlertid at arbeidet vil bli svekket i forhold til dagens nivå når de øremerkede midlene forsvinner. Disse respondentene fremhever kommunenes generelle økonomi som den viktigste faktoren til dette noe pessimistiske synet på den fremtidige utviklingen, særlig når økonomi koples med et antatt økt behov innen det psykiske helsearbeidet.

Organisatoriske virkemidler: betydelige forskjeller mellom kommunene

Opptrappingsplanen har i betydelig grad rettet seg mot oppbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Hvordan har så kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid? Når det gjelder valg av organisasjonsmodell, har et flertall av kommunene organisert tjenestetilbudet som en egen tjeneste med spesialisert personell som bare arbeider med psykisk helsearbeid, og ikke som en integrert tjeneste slik de sentrale myndigheter i utgangspunktet anbefalte. Tjenesten er plassert organisatorisk under en annen hovedtjeneste. Dette gjelder både tjenestetilbudet for voksne og for barn/unge. Ofte vil tjenestetilbudet til barn og unge være organisert i samme enhet som for voksne. Fordelen er at man da kan utnytte den samlede kompetanse i kommunen. Spørsmålet blir imidlertid om ikke dette kan føre til at tilbudet til barn og unge kan komme i skyggen av tilbudet til de voksne. Denne problemstillingen bør vies oppmerksomhet i det videre arbeidet med å styrke det psykiske helsetilbudet i kommunene.

Myndigheten har hatt en målsetting om at "hele mennesket" skal stå i fokus i det psykiske helsearbeidet. Det betyr at også kultursektoren skal involveres. Analysene viser imidlertid at man ikke har lyktes med dette. Det er de tradisjonelle helsetjenestene som naturlig nok dominerer bildet; det problematiske er at kultursektoren så langt er fullstendig marginalisert, og at tilbakeføring til arbeidslivet ikke har fått den oppmerksomhet som planen fremhevet.

Over halvparten av norske kommuner har færre enn 5000 innbyggere. Dette stiller dem overfor store utfordringer, da de er lovpålagt å yte de samme tjenester som de større og ofte mer økonomisk bærekraftige kommunene. Disse utfordringene blir blant annet anbefalt møtt med tjeneste- og fagsamarbeid på tvers av kommunene. Så langt har kommunene i mindre grad fulgt oppfordringen. Om lag halvparten av kommunene har ikke noen form for tjenestesamarbeid, og om lag en tredjedel har heller ikke faglig samarbeid på tvers av kommunegrensene.

Et tjenestetilbud som er forankret i kommunene, forutsetter at andrelinjetjenesten kan tilby det kommunale tjenesteapparatet tilstrekkelig faglig støtte. På dette feltet har man lyktes rimelig godt. I 2008 er det kun 15 prosent av kommunene som ikke har etablert formelle samarbeidsavtaler med helseforetak/DPS-områder. Til tross for at man har bygget ut

tjenestetilbudet og kapasiteten både når det gjelder BUP og DPS, gir fortsatt om lag halvparten av respondentene uttrykk for at tilgangen til andrelinjetjenesten er langt mindre enn behovet. Her er det imidlertid grunn til å reise spørsmål om tilbudet noen gang vil dekke etterspørselen, da tilbudet skaper sin egen etterspørsel.

Det er en systematisk sammenheng mellom respondentenes vurdering av tilgangen til andrelinjetjenestene og kommunestørrelse. Med økende kommunestørrelse øker også andelen som mener at tilgangen på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet, fra 18 prosent i de minste kommunene til 54 prosent i de største. Man skal likevel merke seg at det er færre som mener at det er et gap mellom tilgang og behov i 2008 enn det var i 2002. Slik sett har det skjedd en positiv utvikling, selv om mye gjenstår før det er en tilnærmet balanse mellom tilgang og behov.

Utdanning og kompetanse: overoppfylte mål

De beregninger som ble gjort i forkant av Opptappingsplanen, viste at selv om det hadde vært en betydelig stillingsvekst i de psykiske helsetjenestene, ville det være behov for en personelltilvekst på 9 275 nye årsverk frem til 2006. Dette omfattet leger, psykologer, høgskoleutdannede helse-/sosialkandidater og ufaglært personell.

Analysene viser at myndighetene har nådd de kvantitative mål som ble trukket opp i Opptappingsplanen med hensyn til å styrke bemanningen innen de psykiske helsetjenestene, både når det gjelder spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hvor mye av denne styrkingen som skyldes Opptappingsplanen og hvor mye som skyldes andre forhold, er mer uklart. Når det gjelder økt utdanningskapasitet for leger og psykologer, fant denne sted før Opptappingsplanen ble vedtatt. Kapasiteten i lege- og psykologutdanningen ble økt allerede i begynnelsen av nittitallet. En tilsvarende kapasitetsøkning skjedde også i høgskolesektoren uavhengig av Opptappingsplanen.

Myndighetene har i hovedsak også nådd målet om å styrke kompetansen i sektoren. Dels har dette skjedd gjennom å rekruttere flere med universitets- og høgskoleutdanning enn forutsatt i Opptappingsplanen. Dels har det skjedd gjennom å tilby videre- og etterutdanning til personer med relevant fagbakgrunn som arbeider i sektoren. Det er således klart at satsingen på videre- og etterutdanningen, særlig den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid, direkte kan tilskrives Opptappingsplanen. Likeledes er kommunenes egen satsing på kompetansehevede tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet et resultat av Opptappingsplanen. Den viktigste forklaringsfaktoren i denne sammenhengen, har vært de sentrale myndigheters økte bevilgningsrammer i perioden som har gjort det mulig å styrke bemanningen og øke kompetansen i sektoren, jf. kapittel 4.

Opptappingsplanen la vekt på å styrke *kunnskapsgrunnlaget* for det psykiske helsevernet både med hensyn til omfang og behov for tjenester og fagutvikling på de relevante fagområdene. Til disse formål skulle det settes av 40 millioner kroner utover nivået på slike bevilgninger i 1998. Analysene viser at det er brukt langt mer midler på slik virksomhet, hvorav hovedtyngden er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og underliggende etater. I perioden 1999 til og med 2008 er det bevilget totalt 1 468 millioner kroner til forskning som er relevant for Opptappingsplanen. Dette har resultert i en sterk økning i den vitenskapelige publiseringen i psykologi/psykiatri i løpet av perioden. Den relative veksten for dette fagområdet har til sammenligning vært betydelig høyere enn i klinisk medisin generelt. Derimot viser analysene at norsk forskning innenfor psykologi/psykiatri er gjennomgående lite sitert, og norske forskere tenderer til å publisere i tidsskrifter med lav siteringshyppighet.

4.1 Økonomiske virkemidler – øremerking som styringsinstrument

4.1.1 Innledning

Som en konsekvens av Opptrappingsplanens økte vektlegging av kommunenes rolle og ansvar innenfor det psykiske helsearbeidet, har de statlige myndigheter funnet det nødvendig å styrke kommunenes økonomiske evne til å ivareta de pålagte oppgavene. Dette gjøres først og fremst gjennom å tilføre ressurser i form av øremerkede bevilgninger til psykisk helsearbeid. På sett og vis bryter denne vektleggingen av øremerkede midler som et styringsverktøy, med den utviklingen som har funnet sted i forholdet mellom staten og kommunesektoren. Tendensen har nærmest entydig vært å gå fra direkte former for styring og kontroll til mer indirekte former, som eksempelvis rammefinansiering. Når de statlige myndigheter har valgt å bruke øremerkede bevilgninger som styringsinstrument, bunner dette i at myndighetene vil sikre at midlene går til utbyggingen og styrkingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene og ikke bidrar til å finansiere andre tiltak/områder som de kommunale myndigheter finner mer presserende. For å hindre en slik lekkasje, har myndighetene pålagt kommunene et plan- og rapporteringsansvar. Det innebærer at kommunene må dokumentere at midlene går til en videre utbygging av tjenestetilbudet i den enkelte kommune, og at midlene fra de statlige myndigheter kommer i *tillegg* til og ikke *i stedet* for kommunenes egen innsats. Dette underkapitlet vil omhandle hvordan øremerkede bevilgninger og plan- og rapporteringssystemet har fungert i forhold til myndighetenes intensjoner.

4.1.2 Mål og tiltak

De statlige myndigheter hadde som mål å styrke kommunenes arbeid med å bygge ut tjenestetilbudet innen det psykiske helsearbeidet. Gjennom Opptrappingsplanen har kommunene til sammen blitt tilført øremerkede midler som tilsvarer en økning i de årlige driftsutgiftene i kommunene på 2,823 milliarder kroner i 2008. Målet i Opptrappingsplanen på 2,757 milliarder kroner er således overoppfyllt.

Et klart mål for de øremerkede midlene er at de skal gå til å styrke kommunenes innsats innen psykisk helsearbeid. Øremerking skal derfor sikre at midlene ikke går til å finansiere tjenestetilbud innenfor andre sektorer, noe en rammetilskuddsordning vil kunne åpne opp for fordi psykisk helsearbeid da må konkurrere med andre verdige satsinger. Det er imidlertid grunn til å understreke at øremerking sammenliknet med å gi midlene bakt inn i rammetilskuddsordningen, bare vil påvirke kommunenes tilpasning hvis kommunenes ønskede økning i utgiftsnivå er mindre enn størrelsen på tilskuddet. Hvis den ønskede økning i nivået er større enn tilskuddet, vil det ikke være noen forskjell om man bruker øremerking eller rammetilskudd.

En viktig målsetting fra de statlige myndigheter var at tilskuddene ikke skulle komme i stedet for kommunenes egen satsing, men som et tillegg og at en økning i tilskuddene møtes med en tilsvarende økning i kommunenes innsats. Et sentralt spørsmål blir da om man oppnådde dette gjennom de øremerkede tilskuddene.

I iverksettingen av Opptrappingsplanen gir de statlige myndigheter kommunene stor grad av frihet til å utforme virksomheten etter de lokale forutsetninger. Det statlige nivået begrenser seg til å trekke opp de overordnede målsettinger og hovedprioriteringer. For å kontrollere at de øremerkede overføringer går til rett formål, har de statlige myndigheter pålagt kommunene et plan- og rapporteringsansvar der kommunene har utarbeidet en handlingsplan som tallfester

omfanget av udekkede behov, og som angir hvordan disse skal dekkes. I rapporteringen har det vært et krav at summen av videreførte og nye tiltak utgjør en økning som minst tilsvarer det som utbetales gjeldende år.

4.1.3 Datagrunnlaget

Dette kapitlet bygger på følgende to rapporter fra SINTEF Helse:

Jorid Kalseth og T. A. Eikemo: "Holdninger til virkemiddelbruken i Opptappingsplanen for psykisk helse. Resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008" SINTEF rapport A8276. Oktober 2008.

Jorid Kalseth, Ivar Pettersen og Birgitte Kalseth: "Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester" SINTEF rapport A8823, 2008.

I det første prosjektet ble et standardisert spørreskjema sendt til samtlige norske kommuner. Svarprosenten var 67 i 2002 og 2005 og 57 i 2008. Utvalget er kun representativt for norske kommuner med et innbyggerantall mellom 7 000 og 25 000.

I alle tre undersøkelsesomgangene har prosjektet hatt fokus på fire hovedproblemstillinger:

- Har øremerkede midler ført til at kommunenes tilbud har økt?
- Respondentenes vurdering av utviklingen av kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid fordelt på egenfinansiering og andelen finansiert av øremerkede tilskudd.
- Respondentenes vurdering av Opptappingsplanens betydning for utviklingen av kommunenes innsats i det psykiske helsearbeidet.
- Respondentenes vurdering av hvorvidt statens målsettinger i Opptappingsplanen legger føringer på valg av organisatoriske løsninger og prioriteringer.

I det *andre* prosjektet har formålet vært å følge utviklingen i utbyggingen av kommunale tjenester, og fokus har derfor vært på den kvantitative styrkingen av tjenestene. Det er målt ved å utarbeide anslag for brukerrater og dekningsgrad for tjenestene: bolig, hjemmetjenester, dagsenter, støttekontakt for voksne, voksenopplæring, arbeid og støttekontakt for barn og unge.

Analysene bygger på et spørreskjema som ble sendt til samtlige av landets kommuner. Undersøkelsen fikk en svarprosent på 60 i 2002, 63 prosent i 2005 og 50 prosent i 2008. 27 prosent av kommunene har svart alle tre år. Forfatterne vurderer representativiteten som jevnt over god. Forfatterne påpeker at det er knyttet usikkerhet til kommunenes rapportering med hensyn til avgrensning av brukergrupper, praksis med hensyn til å registrere brukere og vurdering av dekningsgrader. De fremhever at resultatene må tolkes i lys av dette. Etter vår vurdering gjør disse begrensningene det noe problematisk å generalisere resultatene.

4.1.4 Resultater

Kommunenes bruk av opptappingsmidlene

Til tross for svakheter som hefter ved datagrunnlaget, trer enkelte trekk relativt tydelig frem:

- Det har skjedd en betydelig utbygging av tjenestetilbudet i kommunene i opptappingsperioden
- De øremerkede tilskuddene har hatt signifikant effekt på utviklingen av brukerrater og dekningsgrader for flertallet av tjenestene
- Det er fortsatt udekte behov for kommunale tjenester

- Det er store forskjeller i tilbudet mellom kommunene som i liten grad kan forklares ut fra kommunekarakteristika som inntekt, aldersammensetning mv.

Ifølge sluttrapporten fra det andre prosjektet viser analysene at de øremerkede tilskuddene har bidratt til en vesentlig utbygging og bedring av det kommunale tilbudet til personer med psykiske lidelser i form av et bedret hjemmetjenestetilbud og en styrking av boligtilbudet. Likevel har man ikke nådd det estimerte behovet på boliger som ble satt til 3400 nye omsorgsboliger. Av sluttrapporten fremgår det at man vil få 3300 nye boliger i planperioden, men det understrekes at det fortsatt vil være et estimert behov på 2800 boliger utover måltallet. Når det gjelder hjemmetjenesten, vil måltallet nås, men også for denne tjenesten estimeres det at det er et betydelig udekket behov (10000 brukere).

Ved utgangen av 2007 hadde så godt som alle kommuner et dagsentertilbud, dog med varierende antall dager i uken hvor sentrene er åpne. Opptrappingsplanen hadde et mål på at 4 500 flere brukere skulle få et slikt tilbud. Dette målet er nådd da estimert antall brukere i 2007 var på 15 000.

Opptrappingsplanen har et mål om at 4 000 flere skal få et tilbud om sysselsettingstiltak. Ifølge tall fra NAV er målsettingen overoppfylt.

Kommunenes vurdering av øremerkede tilskudd

De sentrale myndigheter har til disposisjon et relativt bredt spekter av økonomiske virkemidler som kan bidra til å sikre at overførte midler til kommunene kommer det tiltenkte virksomhetsområde til gode. Viktige tilskuddsformer er rammetilskudd, øremerkede tilskudd etter objektive kriterier, øremerkede tilskudd etter søknad og aktivitetsbaserte tilskudd. Myndighetene har valgt å gi tilskuddene i form av øremerkede midler etter objektive kriterier. For å utløse slike midler ble kommunene pålagt å utarbeide konkrete planer for bruken av midlene, og de ble pålagt et rapporteringsansvar som viste hva midlene faktisk ble brukt til. Her skulle kommunene dokumentere at de statlige midlene kom i tillegg til og ikke i stedet for kommunenes egen innsats. Det er således lagt klare føringer for kommunenes disponering av disse tilskuddene. Til tross for dette sier om lag 60 prosent av respondentene at dette er den best egnede tilskuddsformen for å sikre at midlene kommer det psykiske helsearbeidet til gode og hindre lekkasje til andre sektorer. Det er imidlertid en viss variasjon i vurderingene, avhengig av størrelsen på kommunene. Respondenter fra store kommuner mener i mindre grad enn andre at øremerkede midler tildelt etter objektive kriterier er den best egnede tilskuddsformen.

Det er også en forskjell mellom vurderingene til rådmannsnivået og de sektoransvarlige i de store kommunene. Rådmannsnivået vurderte systematisk rammefinansiering som en bedre egnet tilskuddsform enn øremerkede tilskudd, mens de sektoransvarlige gikk inn for øremerkede tilskudd. Denne forskjellen i vurderinger er naturlig, da rådmannsnivået har ansvar for helheten i kommune og derfor er interessert i størst mulig frihet i disponeringen av midler. De sektoransvarlige er like interessert i at tilskuddene går til deres virksomhetsområde og er følgelig tilhengere av øremerking. Myndighetene har signalisert at man ser for seg en utvikling hvor tilskuddene til psykisk helsearbeid bakes inn i den generelle rammefinansieringen av kommunene. Den interessekonflikt som ligger bak de to gruppens vurderinger, er det grunn til å merke seg i den videre drøftingen på myndighetsnivå som er annonsert skal komme i årene fremover. Mulighetene for en "lekkasje" til andre virksomhetsområder er absolutt til stede i større grad ved en rammefinansiering enn ved en øremerking av tilskudd etter objektive kriterier.

En øremerking av tilskuddene er i seg selv ikke tilstrekkelig for å hindre lekkasjer til andre virksomhetsområder. Myndighetene har derfor etablert et plan- og rapporteringssystem hvor kommunene må dokumentere at midlene går til det angitte formål, og at det kommer i tillegg til kommunenes egne satsinger. I tråd med det ovenstående er det ikke forbausende at de sektoransvarlig også er de største forkjemperne for at det er nødvendig med et kontrollapparat for å sikre at tilskuddene går til de rette formål. Det er imidlertid grunn til å merke seg at også rådmannsnivået deler denne oppfatningen, om enn i noe mindre grad. Det er også stor grad av enighet mellom de to gruppene om at et slikt plan- og rapporteringssystem ikke er en tilstrekkelig garanti for at utgiftene til psykisk helsearbeid øker i takt med tilskuddet.

Opptrappingsplanens betydning for utviklingen av det psykiske helsearbeidet

Utover den rene økonomiske effekten av Opptrappingsplanen vil den også kunne fungere som oppmerksomhetsstyrer i den forstand at psykisk helsearbeid i kommunene kommer mer i fokus for både politikeres og administrasjonens *oppmerksomhet*. I tillegg vil Opptrappingsplanens målsettinger og virkemiddelbruk kunne oppfattes å legge *føringer* på kommunenes prioriteringer.

Oppmerksomhet

To tredjedeler av respondentene oppgir at det er stor politisk oppmerksomhet i kommunene omkring det psykiske helsearbeidet. Ikke minst er man opptatt av størrelsen på midlene som følger Opptrappingsplanen. Her er det imidlertid store variasjoner i graden av oppmerksomhet. Lavest oppmerksomhet rundt dette har politikerne, slik respondentene ser det. Knappt 20 prosent oppgir at politikerne har stor oppmerksomhet knyttet til størrelsen på midlene, mens i underkant av 60 prosent mener sentraladministrasjonen vier stor oppmerksomhet til størrelsen av midlene. Størst oppmerksomhet vurderer respondentene at ledelsesnivået i tjenesteområdene og de ansatte som arbeider innenfor psykisk helsearbeid, har. Nesten tre fjerdedeler mener at disse har stor oppmerksomhet knyttet til opptrappingsplanmidlene.

Føringer

Et overveldende flertall av respondentene (90 prosent) mener at statens målsettinger for det psykiske helsearbeidet legger føringer på kommunenes prioriteringer av tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Et knapt flertall mener også at statens målsettinger legger føringer på hvilke organisatoriske løsninger som er å foretrekke. Det er kun små variasjoner i vurderingene etter kommunenes størrelse.

Økonomisk effekt

Samlet sett har kommunenes utgifter til psykisk helsearbeid økt i planperioden. Knappt 50 prosent av de undersøkte kommunene har økt utgiftsnivået med mellom 26 og 50 prosent, og om lag en fjerdedel av kommunene har økt innsatsen med mellom 0 og 25 prosent. Av kommunene har tre fjerdedeler økt egenfinansieringen, og av disse har om lag en fjerdedel økt egenfinansieringen med mellom 26 og 50 prosent. Den registrerte utgiftsveksten er større enn det som er gitt gjennom Opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen har således bidratt til å utløse kommunal finansiering av det psykiske helsearbeidet. Det er i den sammenheng interessant å registrere at det er kommunene med lavest andel egenfinansiering ved begynnelsen av planperioden som har hatt den sterkeste veksten i egenfinansieringen i løpet av perioden. Opptrappingsplanen har således bidratt til å trekke med de kommunene som hadde det laveste aktivitetsnivået, og på den måten bidratt til en utjevning av tjenestetilbudet på tvers av kommunene. Det bør understrekes at den rapporterte veksten i utgiftene baserer seg på anslag og ikke regnskapstall. Resultatene er derfor beheftet med en viss usikkerhet,

men det kan ikke herske tvil om at Opptrappingsplanen og de øremerkede tilskuddene har vært viktige virkemidler for å få opp aktivitetsnivået innen det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Dette gir respondentene også klart uttrykk for: Tre fjerdedeler av dem er helt enige i at Opptrappingsplanen har bidratt til en vesentlig bedring av kommunenes tilbud og at planen har vært nødvendig for å få til en økt satsing på det psykiske helsearbeidet. I den sammenhengen blir det understreket at det ikke bare er de statlige tilskuddene som har vært viktige, men også de krav og forventninger som ligger som et fundament i Opptrappingsplanen.

Fremtiden

Undersøkelsen drøfter hvordan respondentene tror utviklingen vil bli de fem første årene etter at Opptrappingsplanen er avsluttet. Mønsteret er relativt entydig. Flertallet av respondentene mener at arbeidet med psykisk helsevern vil bli prioritert omtrent som nå: 60 prosent for voksne og 51 prosent når det gjelder barn og unge. Samtidig mener imidlertid henholdsvis 30 prosent (for voksne) og 20 prosent (for barn og unge) at arbeidet vil bli svekket i forhold til dagens nivå. Disse respondentene fremhever kommunenes økonomi som den viktigste faktoren til dette noe pessimistiske synet på den fremtidige utviklingen, særlig når økonomi ses i lys av et antatt økt behov innen det psykiske helsearbeidet.

4.2 Organisering som virkemiddel

4.2.1 Innledning

Av Opptrappingsplanen og forarbeidene samt de påfølgende veilederne fra Helsedirektoratet fremgår det at uansett organisasjonsmodell skal følgende overordnede hensyn ivaretas:

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

Kommuneloven av 1992 gir den enkelte kommune stor grad av frihet til å organisere de kommunale tjenester som de vil slik at de kan la lokale forhold bestemme organiseringen. Eksempelvis vil kommunestørrelse være en viktig faktor i så henseende. En liten kommune vil stå overfor andre organiseringsutfordringer enn en storby kommune. Dette reflekteres da også i måten kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet. I dette kapitlet vil vi rette søkelyset mot hvordan kommunene har organisert dette arbeidet, og hvilke konsekvenser det har fått for implementeringen av Opptrappingsplanen. I det første hovedavsnittet vil vi beskrive hvilke organisasjonsmodeller kommunene har valgt. I de påfølgende avsnittene presenteres først hvordan dette har slått ut for samarbeidet rundt tjenestetilbudet til voksne med psykiske problemer. Deretter drøftes konsekvensene for barn og unge.

4.2.2 Mål

Opptrappingsplanen fastslår at tilbudet av tjenester innen psykisk helsearbeid skal forankres i den eksisterende tjenestestrukturen i den enkelte kommune. Dette innebærer at det vil være til dels store variasjoner mellom kommunene med hensyn til måten tjenestetilbudene organiseres. Uansett form skal organiseringen bidra til å samordne tjenestene slik at den enkelte blir integrert i lokalsamfunnet, og på den måten gjøre levekårene til personer med

psykiske problemer likeverdige med levekårene til befolkningen for øvrig. Dette innebærer følgende mål for organiseringen:

- Å sikre et tjenestetilbud som oppleves helhetlig og koordinert (innebærer godt samarbeid innad i kommunen og med andre som skal yte tjenester eller behandling)
- Å sikre et godt fagmiljø slik at brukerne får et kvalitativt godt tilbud og at de som jobber med psykisk helse, opplever fagmiljøet som stimulerende
- Å sikre at brukeren, både som individ og gruppe, behandles med respekt, og har tillit til dem som skal utøve tjenesten og opplever å bli tatt med på råd
- Å sikre at psykisk helsearbeid skjer med basis i et felles verdigrunnlag
- Å sikre kontinuitet for brukeren gjennom stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til
- Å sikre at personer som har behov for hjelp, får hjelp, blant annet ved at det psykiske helsearbeidet blir tydelig nok i organisasjonen og presentasjonen av denne utad
- Å sikre at mennesker med psykiske lidelser får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med de rettigheter enkeltmennesker og grupper av personer har etter loven³⁰

Med utgangspunkt i den foreliggende evalueringssporteføljen vil det videre fokuset i fremstillingen være på organiseringens konsekvenser for samarbeidsrelasjonene mellom tjenester innenfor kommunene og mellom tjenestenivåer, dvs. førstelinje- og andrelinjetjenesten.

4.2.3 Datagrunnlaget

Dette kapitlet bygger i hovedsak på NIBR-rapport 2009:4; Trine M. Myrvold og Marit K. Helgesen: "Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning".

Følgende problemstillinger er belyst i rapporten:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen av organiseringen vært over tid?
- Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?
- Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvilke tjenester bidrar til det psykiske helsearbeidet i kommunen? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?
- Hvordan er samarbeidet mellom kommunene og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, NAV og brukerorganisasjonene?
- Hvilken betydning har organiseringen av det psykiske helsearbeidet for involvering av andre tjenester og for samarbeid internt og eksternt?
- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organisering og ledelse for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan er utviklingen i tjenesten for barn og unge? Hvordan sikres bredde og samarbeid i dette arbeidet?
- Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor? Hvilken utvikling kan man se når det gjelder samarbeid og fagmiljø?

³⁰ Veileder IS-1332, s. 7

Rapportens datagrunnlag er en spørreundersøkelse til alle norske kommuner gjennomført i tre omganger: 2002, 2005 og 2008 samt casestudier i et mindre utvalg kommuner. Det er variasjoner mellom ulike fylker når det gjelder svarprosent i spørreundersøkelsene, men ingen landsdel er spesielt over- eller underrepresentert i materialet. Rapporten gjør oppmerksom på at ”selv om kommunene i utvalget synes ganske representative med hensyn til demografiske, økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer, kan det ikke utelukkes at det eksisterer skjevheter i materialet når det gjelder det psykiske helsearbeidet”.³¹

4.2.4 Resultater

Valg av organisasjonsmodell

I NIBR-undersøkelsen ble respondentene bedt om å plassere egen kommune med utgangspunkt i fire hovedmåter å organisere det kommunale tjenestetilbudet på:

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

Modell 2: Kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. I tillegg legges det vekt på å styrke de etablerte tjenestenes arbeid med psykisk helse ved kompetanseoppbygging blant ansatte i de ordinære tjenestene. Tjenesten er plassert inn under en annen hovedtjeneste.

Modell 3: Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse i stab hos rådmannen eller helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. De etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid.

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

Tabell 4.1:

Utvikling av kommunens overordnede organisering av det psykiske helsearbeidet for voksne (med barn/unge i parantes). Prosentvis.

		2002	2005	2008	Endring
Modell 1	Egen enhet	17 (9)	16 (10)	34 (13)	17 (4)
Modell 2	Egen tjeneste	68 (58)	74 (62)	59 (65)	-9 (7)
Modell 3	Ansaret hos stab/rådmann	4 (2)	4 (3)	0 (1)	-4 (-1)
Modell 4	Integrert tjeneste	9 (21)	6 (21)	1 (10)	-8 (11)
Ubesvart/ingen modell		2 (11)	1 (5)	6 (12)	4 (1)
Totalt		100	101	100	
N		254	274	219/212	

Kilde: NIBR-rapport 2009:4 ss.79, 144

Den mest markante endringen fra 2002 til 2008 når det gjelder organiseringen av tjenestene for *voksne*, finner vi for modell 1. Det er langt flere kommuner som plasserer ansvaret for det psykiske helsearbeidet i kommunene i en egen enhet i 2008 enn i 2002. Ellers er det verdt å

³¹ Trine M. Myrvold og Marit K. Helgesen: ”Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning” NIBR-rapport 2009:4, s. 16

merke seg at flertallet av kommunene organiserer arbeidet i en egen tjeneste til tross for at det er en nedgang prosentvis fra 2002/2005 til 2008. Rapporten understreker at skillet mellom modell 1 og 2 i praksis kan være utydelig. Det er likevel klart at den modellen man i Opptrappingsplanen anså som den mest ønskelige - en integrert modell der det psykiske helsearbeidet i kommunene blir ivaretatt innenfor de ordinære tjenester som personer med psykiske lidelser benytter seg av - ikke har funnet gjenklang i kommunene. I utgangspunktet hadde ni prosent av kommunene organisert seg på denne måten, mens man i 2008 kun finner at en prosent av dem benytter seg av en integrert modell. Av de kommunene som har valgt å etablere en egen tjeneste for psykisk helsearbeid, men forankret i en annen "hovedtjeneste", har 70 prosent knyttet tjenesten til pleie- og omsorgstjenesten. Her har det vært en markant økning siden 2005 hvor 39 prosent hadde en slik forankring. En slik forankring er ikke unaturlig i en periode preget av behovet for å bygge opp en infrastruktur, som blant annet skulle sikre et forsvarlig bolig- og pleietilbud til de pasienter som skulle overføres fra institusjonene.

Når det gjelder tilbudet til *voksne*, finner rapporten også at det er en klar tendens til at færre kommuner forankrer tjenesten for psykisk helsearbeid i helse-/rehabiliteringssektoren i 2008 enn i 2005.

Tabellen over viser at når det gjelder *barn og unge*, domineres bildet av at tilbudet er organisert som en egen tjeneste, men inn under en annen hovedtjeneste. Det er grunn til å merke seg at kommunene i større grad har benyttet seg av modellen med en integrert tjeneste når det gjelder tilbudet til barn og unge sammenlignet med tilbudet til voksne. Det er imidlertid også grunn til å merke seg at flere av kommunene har forlatt denne organisasjonsmodellen i 2008. Undersøkelsen viser at det er en liten økning i antallet kommuner som organiserer tjenestetilbudet til barn og unge i en egen tjeneste. I de fleste tilfeller har man da organisert tjenesten i samme enhet som arbeidet rettet mot voksne. Rapporten reiser en meget interessant problemstilling som den dessverre ikke har et datagrunnlag til å kunne besvare, men som bør få stor oppmerksomhet i tiden fremover:

Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om barn og unges behov blir tilstrekkelig ivaretatt når arbeidet for denne gruppen organiseres sammen med arbeidet for voksne, for eksempel i pleie og omsorg. Det kan være positivt at yngre innbyggere kan nyte godt av den kompetansen i psykisk helsearbeid som finnes for voksne, men spørsmålet er om det blir tilstrekkelig fokus på arbeidet for denne gruppen, og om samarbeidet med de ordinære tjenestene for barn og unge blir ivaretatt på en god måte.³²

4.2.4.1 Voksnes tjenestetilbud - samordning

Innenfor kommunen

I 2008 er det legetjenesten i kommunene som i størst grad er involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne. Om lag to tredjedeler av respondentene oppgir at legetjenesten er involvert i stor grad. På de neste plassene kommer pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Drøyt 40 prosent av respondentene oppgir at disse tjenestene er involvert i stor grad. I perioden fra 2002 til 2008 har det skjedd en viss forskyvning, ved at pleie- og omsorgstjenesten er mindre involvert, mens legetjenesten har blitt mer involvert i perioden.

De sentrale myndigheter har hatt en målsetting om at "hele mennesket" skal ha fokus i det psykiske helsearbeidet, også kultursektoren skal således involveres. NIBR-rapporten viser med all tydelighet at dette ikke er tilfellet. Kultursektoren er fortsatt marginalisert når det

³² Ibid. s. 145

gjelder tjenestetilbudet til voksne med psykiske vansker, idet kun tre prosent av respondentene oppgir at denne sektoren i stor grad er involvert i dette arbeidet.

Funnene fra undersøkelsen tyder klart på at det er en sammenheng mellom hvilken organisatorisk forankring kommunene har valgt og graden av involvering av andre tjenester i kommunene. Det er systematisk slik at de kommunene som har etablert en egen tjeneste for det psykiske helsearbeidet som en del av en større tjenestegruppe, i større grad enn de kommuner som har organisert det psykiske helsearbeidet i en egen enhet, involverer andre tjenester som pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og legetjenesten. Hvis målet er å gi et bredt spekter av tilbud målt som evnen til å involvere andre tjenester i tilbudet til pasientene, ser det således ut til at den beste organisatoriske løsningen er å forankre det psykiske helsearbeidet som en egen tjeneste under en større paraply av tjenester.

Grad av involvering sier imidlertid lite om selve samarbeidsrelasjonen mellom de ulike tjenestene. Undersøkelsen fastslår at selv om legetjenesten i større grad er involvert i det psykiske helsearbeidet i 2008 enn i 2002, innebærer ikke dette nødvendigvis at samarbeidsrelasjonen med legetjenesten har blitt bedre i den samme perioden. Rapporten konkluderer med at ”selv om legene har en klarere rolle i forhold til pasienter med psykiske problemer og lidelser, inngår de ikke i særlig grad i samarbeid med andre tjenester om det psykiske helsearbeidet.”³³

Også når det gjelder samarbeidsrelasjonene mellom tjenestene, finner undersøkelsen at det er en viss sammenheng med organisasjonsmodell, idet samarbeidet vurderes litt bedre i kommuner med egen tjeneste enn i kommuner med egen enhet. Det er imidlertid grunn til å understreke at forskjellene mellom kommunene her er relativt små.

Interkommunalt samarbeid

Over halvparten av norske kommuner har færre enn 5 000 innbyggere. Uansett kommunestørrelse er de alle pålagt det samme ansvar for å utbygge det psykiske helsearbeidet i kommunen. Det sier seg selv at dette byr på betydelige utfordringer, særlig for de små kommunene. For å møte disse utfordringene har departement og direktorat oppfordret kommunene til å samarbeide på tvers av kommunegrensene. Det er særlig to hovedsamarbeidstyper det oppfordres til: *tjenestesamarbeid*, hvor to eller flere kommuner tilbyr eksempelvis felles botilbud eller sysselsettingstiltak, og *faglig samarbeid*, hvor to eller flere kommuner samarbeider om fagstillinger, felles kurs etc. Om lag halvparten av kommunene hadde ingen form for tjenestesamarbeid, og om lag en tredjedel av kommunene hadde ikke faglig samarbeid på tvers av kommunegrensene. Undersøkelsen finner ikke at det er noen signifikante forskjeller i tjenestesamarbeid mellom de kommuner som har organisert virksomheten i egen tjeneste og som egen enhet. Når det gjelder faglig samarbeid, er det større forskjeller. Kommuner hvor det psykiske helsearbeidet er organisert som egen tjeneste, samarbeider i større grad med andre kommuner om faglige kurs og felles veiledning enn kommuner med egen psykisk helseenhet.

Samarbeid med andrelinjen

Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har lagt stor vekt på nødvendigheten av et nært samarbeid mellom det psykiske helsearbeidet i kommunene og andrelinjetjenesten. Myndighetene har således stilt krav om at alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder skal ha inngått forpliktende samarbeidsavtaler innen utgangen av

³³ Ibid. s. 92

2005. Ved undersøkelsestidspunktet i 2008 var det kun 15 prosent av kommunene som fortsatt ikke hadde inngått formelle samarbeidsavtaler. Om lag 60 prosent av kommunene hadde avtaler som etablerte rutiner ved utskrivning av pasienter, om lag 40 prosent hadde avtaler om kompetanseheving og cirka halvparten av kommunene hadde inngått andre forpliktende avtaler. Det er kun marginale forskjeller mellom kommunene avhengig av valgt organisasjonsmodell.

Samarbeid med NAV Arbeid og NAV Trygd

I undersøkelsesperioden 2002-2008 har det skjedd en viss økning i kontakten mellom kommunene og de to grenene av NAV. Særlig har kontakten økt jevnt mellom kommunene og NAV Arbeid. Den største økningen finner forskerne når det gjelder kontakten rundt enkeltbrukere, hvor det i 2002 ble angitt at 13 prosent ofte hadde møter med NAV Arbeid (daværende Aetat) mot 28 prosent i 2008. De fleste kommunene (ca. 2/3) har av og til møter med NAV Arbeid. En tilsvarende profil finner forskerne når det gjelder kommunenes møter med NAV Trygd.

Tjenestetilbud til barn og ungdom

Både Opptrappingsplanen og strategiplanen for barns og unges psykiske helse legger stor vekt på at tjenesteapparatet må utvikle en samordnet og helhetlig tjeneste. Samordningen bør skje på systemnivå, på tjenestenivå så vel som på individnivå.

Tabell 4.2					
Oversikt over samordningstiltak i psykisk helsearbeid for barn og unge i 2008 med 2005 i parentes, målt i prosent.					
	Koordinator på systemnivå	Tverrfaglig team på adm.nivå	Kontor/adresse der innb. med psykiske problemer kan ta kontakt	Bestillerkonto der det fattes vedtak om tjenester	Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester
Felles barn og voksne	53 (47)	33 (32)	70 (69)	26 (14)	34 (30)
Bare for barn og unge	11 (10)	14 (13)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
Totalt	64 (57)	47 (45)	71 (70)	26 (14)	35 (31)

Kilde: NIBR-rapport 2009:4 s.148

Tabellen viser at samordningstiltakene overfor pasienter som har psykiske lidelser, i hovedsak er felles for barn og voksne. Det er kun i få tilfeller at det finnes kommuner med tiltak bare for barn og unge, og da gjelder det koordinator på systemnivå og tverrfaglige team på administrativt nivå. Den største endringen fra 2005 til 2008 finner vi i kategorien ”bestillerkontor der det fattes vedtak om tjenester”. Der har det funnet sted nesten en fordobling, og om lag en av fire kommuner har nå slike kontor. Det dominerende tiltaket er likevel at kommunene har en kontaktadresse hvor pasienter med psykiske problemer kan henvende seg.

I løpet av perioden 2002 til 2008 har det skjedd en endring i hvilke tjenester som i stor grad er involvert i helsearbeidet rettet mot barn og unge. Sosial- og barneverntjenestene har avtatt i betydning, mens helsestasjon/skolehelsetjeneste og legetjenesten har økt i betydning. Den

økte involveringen av helsestasjon og skolehelsetjenesten fortolkes i rapporten som en mulig indikasjon på at man har fått en styrking av det forebyggende arbeidet blant barn og unge.³⁴

Når man fordeler svarene etter hvordan kommunene har organisert tjenestetilbudet, viser det seg at de kommuner som har organisert tjenestetilbudet i en egen enhet, har en smalere involvering av tjenester enn kommuner med annen organisering, dvs. egen tjenesteenhet eller en integrert modell. Her skal man imidlertid være klar over at beregningsgrunnlaget er lite og funnene derfor er beheftet med stor usikkerhet.³⁵

Samarbeid med andrelinjen

Andrelinjetjenesten har et pålagt veiledningsansvar overfor kommunene. Denne veiledningsmuligheten har kommunene benyttet seg av i stor grad. Det er bare om lag fire prosent av kommunene som ikke har benyttet seg av den enten ved behov eller til faste tider. Undersøkelsen viser at det er en klar utvikling i retning av at veiledningen formaliseres i form av veiledning til faste tider, og den mer uformelle oppkoplingen ”ved behov” har avtatt noe i perioden 2002 til 2008. Man skal likevel merke seg at denne veiledningstilknytningen fortsatt benyttes av om lag halvparten av kommunene.

I opptrappingsperioden har kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien økt. Til tross for dette gir fortsatt om lag halvparten av respondentene uttrykk for at tilgangen til andrelinjetjenesten er langt mindre enn behovet. Undersøkelsen viser imidlertid at de aller fleste av respondentene mener at tilbudet er moderat eller vesentlig bedre enn før Opptappingsplanen, uavhengig av alvorlighetsgraden av den psykiske sykdommen. Det er også relativt små forskjeller i vurderingene fordelt etter organisasjonsform på tjenestetilbudet. Man skal likevel merke seg at de kommuner som har en integrert modell for organiseringen, skiller seg negativt ut ved at en betydelig lavere andel av respondentene mener at tilbudet til pasientene med alvorlige psykiske lidelser har blitt vesentlig bedre. Også når det gjelder barn og unge med middels til lettere psykiske lidelser, skiller kommuner med egen tjeneste seg positivt ut ved at langt flere enn for de to andre modellene mener at tilbudet har blitt vesentlig bedre. En mulig forklaring på hvorfor ”egen enhet” ikke kommer bedre ut langs denne dimensjonen, kan være at den er etablert som en felles enhet både for barn og unge og voksne, og at den første gruppen ”drukner” blant de voksne, ifølge rapporten.³⁶

Samarbeid og kommunestørrelse

Som tidligere påpekt varierer norske kommuner mye med hensyn til utstrekning, innbyggertall og økonomisk bæreevne. Samtidig har alle kommuner ansvar for det samme spekter av tjenesteproduksjon, også innen det psykiske helsearbeidet. Defineringen av det kommunale ansvaret er gitt av kommunalhelsetjenesteloven av november 1982 og av lov om sosiale tjenester mv. av desember 1991. Dette kan skape utfordringer for den enkelte kommune. De sentrale myndigheter har derfor anbefalt kommunene å undersøke mulighetene for å etablere tjenestesamarbeid og faglig samarbeid på tvers av kommunegrensene.

Valg av organisasjonsmodell

Undersøkelsen viser at det er en viss sammenheng mellom valg av organisasjonsmodell og kommunestørrelse. Det er en viss tendens til at de større kommunene, over 10 000 innbyggere, i noe større grad enn de mindre kommunene har en egen enhet for psykisk

³⁴ Ibid. s. 151

³⁵ Ibid. s. 153

³⁶ Ibid. s. 145

helsearbeid. Det er også en forskjell mellom kommunene med hensyn til hvor mange og hva slags tiltak den enkelte kommune har etablert for å sikre samordning av det psykiske helsearbeidet. Undersøkelsen fastslår at de små kommunene i mindre grad enn større kommuner, har etablert slike samordningstiltak. Rapporten fremhever at det er et viktig unntak fra hovedbildet: Jo større kommune, jo færre har et bestemt kontor eller adresse der innbyggere med psykiske problemer kan ta kontakt.³⁷

Det er klare forskjeller mellom små og store kommuner med hensyn til hvordan de vurderer samarbeidsrelasjonene i kommunene. Nesten halvparten av de minste kommunene rapporterer at samarbeidet med sosialtjenesten er svært godt, og en firedel av dem at samarbeidet med pleie- og omsorgssektoren er svært godt. Dette i motsetning kommuner med over 10 000 innbyggere, hvor ingen vurderer samarbeidet med de tilsvarende tjenester som svært godt.

Samarbeid med andre kommuner

Rapporten viser at det over planperioden har blitt noe mer samarbeid i de minste og nest minste kommunene. Dette gjelder særlig samarbeid om sosiale og kulturelle tilbud, og sysselsetting og arbeid. Fortsatt er det imidlertid slik at om lag halvparten av kommunene ikke har noe samarbeid i det hele tatt, og det er mest utpreget blant de store kommunene.

Samarbeid med andrelinjen

Andelen av kommuner som ikke har formelle samarbeidsavtaler med andrelinjetjenesten, har avtatt markant i planperioden – fra 44 prosent i 2002 til 15 prosent i 2008. Blant de største kommunene er det ingen som rapporterer at de ikke har samarbeidsavtaler. Det er også slik at de største kommunene har de mest omfattende samarbeidsavtalene

Det er en systematisk sammenheng mellom respondentenes vurdering av tilgangen til andrelinjetjenestene og kommunestørrelse: Med økende kommunestørrelse øker også andelen som mener at tilgangen på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet, fra 18 prosent i de minste kommunene til 54 prosent i de største. Man skal likevel merke seg at det er færre som mener at det er et større gap mellom tilgang og behov i 2008 enn det var i 2002. Slik sett har det skjedd en positiv utvikling, selv om mye gjenstår før det er en tilnærmet balanse mellom tilgang og behov.

Til tross for at BUP har økt både sin kapasitet og dekningsgrad overfor barn og unge med psykiske vansker, rapporterer spesielt helsesøstertjenesten i kommunene et markert udekket behov for poliklinisk behandling ved BUP. Dette behovet har vist en svak økning fra 2004 til 2007.

Kommunene og Opptrappingsplanen

Respondentene ble bedt om å vurdere egen kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet. Resultatene viser at de mellomstore og små kommune er mest tilfreds med egen innsats. Om lag en tredjedel av dem svarer at de er svært godt fornøyd med kommunens egen innsats i forhold til innbyggernes behov. Dette i motsetning til respondentene fra de store kommunene hvor under ti prosent er av samme oppfatning. Undersøkelsen viser også at det har vært en positiv vurdering av utviklingen av tjenestene i alle typer kommuner. Det er de mellomstore og nest største kommunene som er mest tilfreds med utviklingen av tjenestene for de voksne. Alle grupper kommuner mener at det har vært en betydelig utvikling i

³⁷ Ibid. s. 167

tilbudene til barn og unge med psykiske problemer, men også her er det de mellomstore og nest største kommunene som er mest tilfreds med utviklingen.

Tre forhold fremtrer som de viktigste hindringene for en vellykket iverksetting av Opptrappingsplanen: kommunenes svake økonomi, problemer med rekruttering av personell og utilfredsstillende organisering av det psykiske helsearbeidet. Disse faktorene slår noe ulikt ut for ulike typer kommuner. De minste kommunene ser kommuneøkonomien som den største hindringen for en vellykket implementering av Opptrappingsplanen. For øvrig er det kun små forskjeller mellom kommunetypene. Resultatene viser at det fortsatt i 2008 var et problem for de minste kommunene å rekruttere fagfolk og at det er for få som arbeider med det psykiske helsearbeidet. De største kommunene ser ut til å ha større problemer enn andre kommuner med å finne en organisatorisk struktur som virker tilfredsstillende.

4.3 Utdanning, kompetanse og forskning

4.3.1 Innledning

De beregninger som ble gjort i forkant av Opptrappingsplanen, viste at selv om det hadde vært en betydelig stillingsvekst i psykisk helsevern, ville det være et samlet behov for en personelltilvekst på 9 275 nye årsverk frem til 2006³⁸. På side 132 i St.meld. nr. 63 (1997-98) peker man på tre forhold som vil ha betydning for at Opptrappingsplanens overordnede målsetting om å styrke bemanningen og kompetansen i sektoren skal kunne nås:

- Sikre tilstrekkelig kapasitet i grunntidningen av relevante fag
- Sikre tilstrekkelig kapasitet i videreutdanningen innenfor psykisk helsearbeid
- At andelen av de med relevant utdanning velger å gå inn i sektoren, ikke minst blant nyutdannede, og at de forblir i sektoren.

Av de tre faktorene har myndighetene kontroll over at kapasiteten i grunntidningen og videreutdanningen er tilstrekkelig til å kunne styrke sektoren med personell i forhold til den bemanningsøkningen som var beregnet. Den siste faktoren har myndighetene ingen direkte styring med da denne avhenger av enkeltindividets vurderinger av arbeidsforhold og alternative sysselsettingsmuligheter.

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for i hvilken grad myndighetene har nådd målsettingen om en opptrapping av bemanningen i sektoren, og om kompetansen i sektoren har økt i løpet av perioden 1998-2006. Først vil vi gjøre rede for de konkrete mål myndighetene satte i Opptrappingsplanen når det gjaldt bemanningsøkningen totalt fordelt på utdanningskategorier, deretter fordelt på de to operative nivåene spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Neste avsnitt vil omhandle myndighetenes virkemiddelbruk, primært omfanget av ressursinnsatsen. Påfølgende avsnitt vil gjøre rede for hvilket materiale vi bygger på - hvilke evalueringsrapporter som ligger til grunn. Funnene gjort i rapportene vil bli koplet til de målsettinger myndighetene trakk opp for bemanningen og kompetanseutviklingen i sektoren totalt, og for de to operative nivåene spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

³⁸ St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

4.3.2 Målsettinger

Beregninger foretatt i forkant av Opptrappingsplanen viste at man hadde behov for en samlet bemanningsøkning på totalt 9 275 årsverk fordelt på følgende utdanningsgrupper:

Leger	375	årsverk
Psykologer	940	årsverk
Høgskoleutdannet helse-/sosialpersonell	4 360	årsverk
Ufaglært personell	3 600	årsverk

Sosial- og helsedirektoratet gikk et skritt videre ved å bryte ned bemanningsbehovet på spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten, men da etter litt andre kategorier:

Spesialisthelsetjenesten:	2 980	årsverk totalt
Psykisk helsevern for voksne	2 300	årsverk
Leger og psykologer med driftsavtale (økning fra 1998)	280	avtaler
Fagårsverk til psykisk helsevern for barn og unge	400	årsverk

Kommunehelsetjenesten:	4 769	årsverk totalt
Hjemmetjenesten	3 400	årsverk
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	800	årsverk
Støttekontakter etc.	260	årsverk
Psykologer	184	årsverk
Høgskolekandidater med videreutdanning i psykisk helse	125	årsverk

4.3.3 Virkemidler

Myndighetenes virkemidler for å styrke bemanningen innen sektoren, har først og fremst vært å øke de økonomiske rammene for grunn- og videreutdanningen. Opptrappingsplanen ville øke rammene til utdanning og forskning med 161 millioner kroner i 2006 i forhold til 1996-nivået. Disse skulle fordeles med 50 millioner kroner til psykisk helsevern for barn- og ungdom, 71 millioner til psykisk helsevern for voksne og 40 millioner til forskning.

4.3.4 Datagrunnlaget

Følgende prosjekter fra den samlede prosjektporteføljen tar opp ulike sider ved bemannings- og kompetansespørsmålene:

Rolf W. Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: "Bidrar utbygging av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007" SINTEF rapport A6169

Marian Ådnanes og Marit Sitter: "Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nå Opptrappingsplanens mål innen 2008?" SINTEF rapport A851

Marit K. Helgesen: "Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid", NIBR-notat 2006:135.

Clara Åse Arnesen: "Arbeid og videreutdanning innenfor psykisk helsevern blant nyutdannede" NIFU STEP rapport 11/2007

Ole Wiig, Dag W. Aksnes og Karl E. Brofoss: "Opptreppingsplanen for psykisk helse og forskningen. Forskningsressurser og vitenskapelig publisering" NIFU STEP rapport 8/2009

SINTEF rapport A851 blir brukt både til å si noe om totalbildet med hensyn til måloppnåelse av bemanningsmålene, til å kaste lys over problemstillingene knyttet til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt kompetansebyggende tiltak.

NIFU STEP rapport 11/2007 og SINTEF rapport A6169 vil bli brukt til å analysere utviklingen innen spesialisthelsetjenesten. NIBR-notat 2006:135 tar først og fremst opp problemstillinger knyttet til styrkingen av kompetansen blant personell allerede ansatt i kommunehelsetjenesten. NIFU STEP rapport 8/2009 vil bli brukt til å si noe om omfanget av satsingen på å styrke kunnskapsgrunnet i sektoren gjennom bevilgninger til forskning.

4.3.5 Resultater og hovedfunn

4.3.5.1 Hovedfunn

Utdanningskapasitet

Rapportene viser en betydelig økning i antall kandidater med relevans for psykisk helsevern utdannet i perioden 1998-2004. Data fra Statistisk sentralbyrås utdanningsregister viser en økning på 40 prosent for legene, 58 prosent for psykologene og 26 prosent for høgskolekandidatene sett under ett (relevante fag). Denne markante økning har funnet sted i løpet av de fem første årene i planperioden. Når vi også tar i betraktning at myndighetene hadde satset på en betydelig kapasitetsøkning i perioden før Opptreppingsplanen ble iverksatt, kan man klart konkludere med at myndighetene har lagt et grunnlag gjennom utdanningssystemet for å nå målsettingene om en økt bemanning i sektoren.

Bemanningsutviklingen

I perioden 1998-2005 har nettorekrutteringen til psykisk helsevern (barn, unge og voksne) vært 3 301 årsverk, noe som innebærer en veksttakt på 472 årsverk pr. år.

Opptreppingsplanen estimerte bemanningsveksten innen voksentilbudet til 2-300 årsverk. I 2005, dvs. ett år før utløpet av den opprinnelige planperioden, hadde man fått 2 253 nye årsverk.

Opptreppingsplanen har satt som mål å sikre en vekst i antall leger på 375 årsverk i løpet av opptreppingsperioden. Allerede i 2005 var veksten i antall årsverk 374.

Når det gjelder psykologårsverk, ble veksten satt til 756 i løpet av 2006. I 2005 ble det rapportert at hvis veksttaket holdt frem, ville man nå dette målet innen utgangen av 2006.

Samlet sett har veksten blant universitets- og høgskoleutdannede vært på 107 prosent i perioden 1998-2005, mot planlagt 72 prosent.

Regionale forskjeller

I løpet av Opptreppingsplanens sju første år har det funnet sted betydelig personelløkning både innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne. Opptreppingsplanens målsettinger angående personelløkning på nasjonalt nivå ble tildels innfridd i 2005, eller ser ut til å innfris innen planperiodens slutt i 2008.

Det har vært et sentralt mål i Opptreppingsplanen at befolkningen skal få et likeverdig helsetilbud, uavhengig hvor man måtte bo i landet. SINTEF-rapporten setter derfor fokus på

om det finnes regionale forskjeller med hensyn til tilbudet av tjenester til barn/unge og voksne og bruker grad av personelldekning som et mål på likeverdighet i tjenestetilbudet.³⁹

Når det gjelder barn og unge, sier rapporten: "Fra 1998 til 2005 har det dermed skjedd en tilnærming mellom regionene i personelldekning. Dette tilsier at utviklingen i perioden har gått i retning av mer likeverdige tilbud for barne- og ungdomsbefolkningen i regionene."

Til tross for en slik utjevning er det fortsatt forskjeller hvor Helse Nord i hele perioden har hatt den beste personelldekningen, mens Helse Vest i begynnelsen av planperioden i 1998 hadde lavest dekningsgrad, men nå ligger omtrent på samme nivå som de andre helseregionene.⁴⁰

Personelldekningen i tjenestene for voksne har økt for alle de fem helseregionene hittil i Opptrappingsperioden. For landet totalt har antall årsverk pr. 10 000 innbyggere økt fra 40 i 1998 til 45 i 2005. Dette tilsvarer en vekst på nær 12 prosent i perioden.⁴¹

Helse Øst har i hele perioden ligget over landsgjennomsnittet, mens Helse Nord og særlig Helse Sør har ligget under landsgjennomsnittet. Den utjevningen vi kan konstatere når det gjelder tjenestetilbudet for barn og unge, kan vi således ikke finne når det gjelder tilbudet til de voksne.

4.3.5.2 Spesialisthelsetjenesten

I perioden 1998 til 2005 økte antall leger i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern fra 1 036 til 1 410. En tilvekst på 374 årsverk. En tilsvarende utvikling har funnet sted for psykologer ansatt i det psykiske helsevern fra 1 009 i 1998 til 1 741 i 2005. Det tilsvarer en vekst på 732 årsverk eller 73 prosent. Målsettingen for veksten av årsverk for disse to yrkesgruppene er således enten oppnådd eller er i ferd med å oppnås.

Hovedtyngden av veksten i legedekningen skyldes tilsiget fra allerede etablerte leger, men en viss andel av veksten skyldes at psykisk helsevern har lyktes i å tiltrekke seg flere av de nyutdannede. Av de som ble utdannet i 1998, arbeidet 3,9 prosent i psykisk helsevern to år etter avsluttet utdanning, mens tilsvarende tall for 2005 var 5,6 prosent.⁴² Blant de nylig uteksaminerte legene som arbeidet i psykisk helsevern, var det imidlertid en viss avgang over til andre deler av helsesektoren. Dette kan skyldes flere forhold. For det første er det viktig at det er et samsvar mellom den utdanningen man får, og hvor godt den forbereder på yrkesutøvelsen og det arbeid man blir konfrontert med. Her viser det seg at kun 27 prosent av de spurte legene gir uttrykk for at det er et meget godt eller godt samsvar, mot 82 prosent for leger innen andre deler av helsesektoren. Det er åpenbart at utdanningssystemet står overfor noen utfordringer når det gjelder innholdet i legeutdanningen og den virkelighet legene møter i det psykiske helsevernet. Den andre viktige faktoren gjelder stabilitet og trivsel med arbeidet. Her skårer legene i psykisk helsevern høyere enn leger i andre deler av sektoren, 90 prosent mot 75 prosent. Tallgrunnet er noe spinkelt, men det er ingenting som tyder på at legene i denne delen av sektoren er misfornøyd med arbeidssituasjonen.⁴³

³⁹ Marian Ådnanes og Marit Sitter: "Utdanning og rekruttering til Psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005" SINTEF rapport A851, januar 2007

⁴⁰ Ibid. s. 54

⁴¹ Ibid. s. 61

⁴² Clara Åse Arnesen: "Arbeid og kompetanseutvikling blant nyutdannede med helse- og sosialfagligutdanning" NIFU STEP rapport 11/2007, s. 17

⁴³ Ibid. s. 20

Andelen av nyutdannede psykologer som arbeider i psykisk helsevern, har steget kraftig i perioden 1998-2005, fra 18,9 prosent til 40 prosent. Det har særlig vært en vekst i antallet som arbeider i voksenpsykiatrien. Vi finner også en økning når det gjelder psykologer som arbeider i institusjoner for barne- og ungdomspsykiatri, om enn ikke så markant. Også blant psykologene er det en viss avgang fra sektoren, men beregninger viser at mellom 60 og 70 prosent vil bli værende i sektoren etter tre år. Dette kan skyldes at hele 90 prosent av psykologene mener at utdanningen i meget stor grad eller i stor grad har vært nyttig for det arbeid de har stått overfor i sektoren, og at nesten 90 prosent er fornøyd med den arbeidssituasjonen de har.⁴⁴

Antall høgskoleutdannet personell i sektoren har økt fra 1 183 i 2001 til 1 483 i 2005. Dette er noe under økningen på 400 fagårsverk som man satte som mål for opptrappingen i planperioden. Av økningen på 300 årsverk kommer 116 fra nyutdannede kandidater fra høgskolesystemet. Sluttrapporten fra SINTEF viser at det er en regional skjevrekuttering hvor Helse Øst har den høyeste dekningen av høgskoleutdannede i psykisk helsevern, mens Helse Nord har den laveste.⁴⁵ NIFU STEP-rapporten finner at antallet nyutdannede høgskolekandidater i helse- og sosialfag som arbeidet i psykisk helsevern, økte kraftig fra 1998 til 2004 i Helse Øst og Helse Vest, men var noenlunde konstant i Helse Sør og Helse Nord. Dette tyder på at det er en skjevrekuttering også når det gjelder nye kandidater i perioden 1998-2004 som opprettholder en regional skjevfordeling.⁴⁶

Også for høgskolekandidatene er det slik at en relativt stor andel av de nyutdannede forblir i sektoren hvis de først starter opp her. Mellom 50 og 60 prosent forblir i sektoren etter tre år, til tross for at dette er utdanningsgrupper som har mange alternative sysselsettingsmuligheter. Et bidrag til denne stabiliteten er sannsynligvis at mellom 72 og 90 prosent, avhengig av fagbakgrunn, mener at utdanningen er nyttig for å forberede dem til arbeid i sektoren. Kandidatene gir også uttrykk for at de er fornøyd med arbeidsforholdene. I hvert fall er de vurdert likeverdige med forholdene i andre sektorer.

4.3.5.3 Kommunehelsetjenesten

Opptrappingsplanen angir at man i planperioden 1998-2006 skal ha styrket rekrutteringen til psykisk helsearbeid i kommunene med totalt 4 769 årsverk, hvorav 3 400 skal gå til hjemmetjenesten, 800 til helsestasjon og skolehelsetjenesten, 260 til støttekontakter/kulturtilbud til barn og unge, 184 årsverk til psykologer og 125 til psykiatriske sykepleiere og annet høgskoleutdannet personell.

Basert på spørreskjemaundersøkelser til 277 og 284 kommuner i henholdsvis 2002 og 2005 har SINTEF Helse gjort noen fremskrivninger av trender for å estimere grad av måloppfyllelse i 2008. Det gjøres noen forutsetninger for beregningene:

[D]ersom vi forutsetter om lag lik utvikling i de kommunene og bydelene som ikke har svart på kartleggingen, som blant de kommunene og bydelene som deltok i undersøkelsen, og dersom vi forutsetter lik endringstakt i perioden 2004-2008 som for perioden 1999-2004, så kan vi forvente at det oppnås i overkant av 5 000 nye årsverk, og at dermed målet om 4 769 årsverk oppfylles.⁴⁷

Av beregningene fremgår det at alle landets kommuner vil rekruttere 20 leger, 139 psykologer, 1 191 psykiatriske sykepleiere, 717 høgskolekandidater med videreutdanning i

⁴⁴ Ibid. s. 26

⁴⁵ SINTEF rapport A851

⁴⁶ NIFU STEP rapport 11/2007, s. 32

⁴⁷ SINTEF rapport A851, s. 79

psykisk helsevern, 1 283 andre høgskolekandidater, 1 175 personell med lavere helse-/sosialfaglig utdanning og 532 annet personell.

4.3.6 Kompetanseheving - videreutdanning

I Opptrappingsplanen for psykisk helse har myndighetene satset på to strategier for å styrke kompetansen i sektoren. For det første ved å sikre tilstrekkelig kapasitet i grunnutdanningen, og for det andre ved å legge forholdene til rette for videre- og etterutdanning på relevante fagfelt innenfor universitets- og høgskolesektoren, men også ved andre utdanningsinstitusjoner.

Når det gjelder spesialistutdanning blant leger, har 551 spesialisert seg i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i perioden 1998-2005. Det innebærer at antallet spesialister har økt med 5,5 prosent hvert år i perioden. Tilsvarende tall for psykologer med spesialisering i klinisk psykologi er i perioden 1998-2004 704 personer, noe som gir en årlig vekst på 4,5 prosent.

Høgskolesektoren er den som har flest videreutdanningstilbud, og 10 497 studenter har gjennomført videreutdanningsløp i perioden 2000-2005. Den største satsingen gjennom opptrappingsperioden har vært den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid. 3 819 personer har gjennomført denne videreutdanningen.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse har gitt videreutdanningstilbud som er benyttet av 1 295 kandidater. 1 636 personer har fullført videreutdanning ved Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep).

I tillegg til videreutdanningsløpene har en rekke utdanningsinstitusjoner hatt etterutdanningstilbud. Disse tilbudene har i alt hatt 25 982 deltakere.

Selv om personer tar videre- og etterutdanning innenfor fagområder som er relevante for psykisk helsevern, er det ikke sikkert at de bruker denne utdanningen innenfor sektoren. Det finnes få gode data som kan besvare dette spørsmålet. Den eneste informasjonen som er tilgjengelig i prosjektporteføljen, behandler spørsmålet med utgangspunkt i høgskolekandidater som arbeider i spesialisthelsetjenesten. Av dem som har fullført videreutdanning i psykisk helsearbeid (796), er 398 ansatt i psykisk helsevern høsten 2004. Dette utgjør 50 prosent av kandidatene, mens 39,2 prosent arbeider i andre sektorer og 10,8 prosent ikke er yrkesaktive. Det kan fortone seg noe underlig at nesten 40 prosent av de som har tatt en spesialisert videreutdanning innen psykisk helsevern, har gått over til andre sektorer. Her er det imidlertid grunn til å understreke at data gjelder for personer i spesialisthelsetjenesten. En god del av dem som her er registrert å arbeide i andre sektorer, kan meget vel arbeide med psykisk helsearbeid i kommunesektoren uten at dette fanges opp i analysen.

I avsnittene over er informasjonen knyttet til utdanningsinstitusjonene og antall personer som har deltatt i ulike videre- og etterutdanningstiltak. SINTEF Helse har i rapporten sett nærmere på hva kommunene selv har gjort for å heve kompetansen blant dem som arbeider innenfor psykisk helsearbeid.⁴⁸ Av analysen fremgår det at nesten alle kommuner som inngår i undersøkelsen, har gjennomført kompetansehevende tiltak. I underkant av 90 prosent av kommunene hadde avholdt kurs eller seminarer på de to kartleggingstidspunktene (2001 og 2004). Over 70 prosent av kommunene hadde gjennomført videreutdanning av

⁴⁸ Ibid. s. 90

høgskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Andelen økte til 85 prosent i 2004. Her er det imidlertid ulikheter mellom kommunene, hvor de minste kommunene i liten grad hadde gjennomført slik utdanning, mens det var svært utbredt i de øvrige kommunene. Et tilsvarende mønster finner man også når det gjelder etterutdanning i psykisk helsearbeid. Det er imidlertid grunn til å understreke at vi vet lite om utdanningenes innhold og kvalitet.

4.3.7 Forskning

Bevilgninger

Opptrappingsplanen for psykisk helse la vekt på å styrke det faglige kunnskapsgrunnlaget, men også på å få en bedre oversikt over behov i sektoren. Til disse formål skulle det settes av 40 millioner kroner i planperioden utover bevilgningsnivået i 1998.

Det ble gjennomført en kartlegging av størrelsen på forskningsbevilgningene i perioden 1998-2008.⁴⁹ I kartleggingen ble det prøvd å skille mellom midler til forskning på psykisk helsevern som kunne knyttes til Opptrappingsplanen, og midler som ble generert gjennom andre mekanismer. Dette viste seg vanskelig å gjennomføre, bl.a. fordi det i begrenset grad er konkretisert hvilke forskningsmidler som følger planen. Bevilgningsanslagene viser derfor statlige forskningsbevilgninger til området psykisk helse mer generelt. Av dette følger at det er vanskelig å trekke klare konklusjoner om hvorvidt bevilgningsøkningene skyldes Opptrappingsplanen eller andre forhold. Derimot er det mulig å trekke slutninger mer indirekte, ut fra sammenfall mellom bevilgningsutvikling og planperiode.

I kartleggingen ble det i tillegg til midler bevilget gjennom Norges forskningsråd inkludert midler bevilget til de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet og andre offentlige kilder. Kartleggingen viser at det i perioden 1999 til og med 2008 er bevilget totalt 1484 millioner kroner til forskning relevant for Opptrappingsplanen.

Norges forskningsråd, som var tiltenkt en sentral rolle for å kanalisere forskningsmidler i forbindelse med Opptrappingsplanen, har i perioden bevilget 877 millioner kroner til slike formål. Dette tallet fremkommer ved at utover de bevilgninger som direkte er knyttet til relevante forskningsprogrammer, har de programansvarlige i andre programområder blitt bedt om å oppgi prosjekter som i hovedsak er rettet inn mot temaer av primær eller sekundær relevans for psykisk helsevern. Nettet er således kastet bredere enn programmer som har eksempelvis "mental helse" eller "psykisk helse" i programnavnet. Dette åpner selvfølgelig opp for en viss overrapportering. Men uansett gir det en klar indikasjon på at Norges forskningsråd har spilt den sentrale rollen i forskningsfinansieringen som Opptrappingsplanen la opp til. Og tallet viser at bevilgningene overstiger langt det omfang man initialt tok sikte på å styrke forskningsinnsatsen med.

Det andre interessante funnet fra kartleggingen er den tyngde de regionale helseforetakene (RHF) har i finansieringen av relevant forskning. I perioden 2004-2008 har RHFene bevilget om lag 231 millioner kroner til slik forskning. Sammenlignet med store deler av midlene fra Norges forskningsråd, er disse bevilgningene tydeligere knyttet til Opptrappingsplanen, i og med at tildelingsbrevene og de institusjonelle styringsdokumentene fra HOD fremhever behovet for å styrke forskning når det gjelder psykisk helsevern. Disse midlene alene overstiger de rammer som opprinnelig ble trukket opp i Opptrappingsplanen.

⁴⁹ Dag W. Aksnes, Ole Wiig og Karl E. Brofoss: "Opptrappingsplanen for psykisk helse og forskningen" NIFU STEP rapport 8/2009

Hva har kommet ut av forskningsmidlene?

Norge har hatt en sterk økning i den vitenskapelige publiseringen innenfor psykiatri/psykologi i løpet av perioden. Den relative veksten for dette fagområdet har vært betydelig høyere enn i klinisk medisin generelt. Norge har også styrket sin posisjon internasjonalt ved å ha hatt en større prosentvis økning i artikkelvolumet enn gjennomsnittet på verdensbasis. Økningen var særlig stor fra treårsperiodene 1999-2001 til 2002-2004, da artikkeltallet økte med 26 prosent. Analysen viser videre at de tre nordiske landene Danmark, Finland og Sverige i løpet av perioden 1992-1997 har hatt en relativ vekst i antallet psykologi-/psykiatripublikasjoner på linje med Norges. I en nordisk målestokk har derfor Norge, til tross for den kraftige veksten, ikke kommet styrket ut.

Lav siteringshyppighet

Norsk forskning innenfor psykologi/psykiatri er gjennomgående lite sitert og norske forskere tenderer til å publisere i tidsskrifter med lav siteringshyppighet. I den grad disse indikatorene kan brukes til å si noe om kvaliteten og den internasjonale innflytelsen til forskningen, kan det synes som om nivået er relativt lavt. Det fagfeltet som kommer best ut, er psykiatri med en siteringsindeks på 100, dvs. på linje med verdensgjennomsnittet. Noen av underdisiplinene i psykologi har derimot en siteringsindeks betydelig lavere enn verdensgjennomsnittet.

Tidsskriftsprofil

Universitets- og høgskolerådets system rangerer vitenskapelige publiseringskanaler i to grupper: ordinære vitenskapelige publiseringskanaler (nivå 1) og publiseringskanaler med høyest internasjonal prestisje (nivå 2). Med utgangspunkt i dette systemet, ble det i 2007 til sammen publisert 86 artikler i nivå 2-tidsskrifter og 148 artikler i nivå 1-tidsskrifter innenfor psykologi/psykiatri. Det vil si at andelen på nivå 2 utgjorde 37 prosent. Antall artikler i nivå 2-tidsskrifter har økt betydelig gjennom perioden som er analysert (1992-2007), men målt som andel av totalproduksjonen finner vi relativt store årlige variasjoner og ingen entydig tendens.

Norske miljøer

Tall for 2007 viser at institutter i universitets- og høgskolesektoren stod for 59 prosent av den vitenskapelige publiseringen innenfor psykologi/psykiatri. Helseforetakenes andel (inklusive universitetssykehus) utgjorde 31 prosent, mens miljøer i instituttsektoren bidro med ti prosent av artiklene. En lang rekke forskjellige institusjoner og institutter i Norge har publisert innenfor fagområdet. De største enkeltinstitusjonene i 2007 var Universitetet i Oslo (24 prosent), Universitetet i Bergen (11 prosent), Ullevål universitetssykehus HF (ti prosent) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU (ni prosent).

Økt internasjonalt samarbeid

Internasjonalt forskningssamarbeid kan observeres i artikler som har medforfattere i ulike land. Norske forskere samarbeider generelt stadig mer med forskere fra andre land. Også innenfor psykologi/psykiatri finner vi at en økende andel av artiklene har utenlandske medforfattere. For Norges del økte andelen fra 20 prosent i perioden 1993-1995 til 40 prosent i perioden 2005-2007.

5 Styrket kvalitet i behandlingsapparatet?

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene av de prosjektene i evalueringssporteføljen som bidrar til å belyse kvalitetsutviklingen på de ulike målområdene i Opptrappingsplanen.

Innledning

Begrepet kvalitet innebærer mange ulike dimensjoner, som effekt og tilfredshet med behandlingstilbudet, tilgjengelighet av tjenester, samordning innen og mellom nivåer, og brukermedvirkning.

I St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene defineres kvalitet ifølge Norsk Standard som ”helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfresstille fastsatte krav eller behov som er antydnet”.⁵⁰ Dette oppfattes i meldingen slik at kravene som skal oppfylles, kommer fra brukere (pasienter og pårørende) og deres organisasjoner og befolkningen generelt, fra helsearbeidere og ledere eller eiere av virksomheten.

Meldingen knytter seg an til viktige kvalitetskriterier som gjelder generelt i helsevesenet om at:⁵¹

- Tjenestene skal være like tilgjengelige for alle uansett bosted, alder, kjønn eller økonomisk evne
- Tilbudene skal være likeverdige, med samme kvalitet for alle, uavhengig av bosted, alder, kjønn eller økonomisk evne
- Tjenestene skal være tilpasset den enkeltes individuelle behov
- Tilbudene skal ha tilfredsstillende resultater i form av bedring eller lindring av sykdom og lidelse, eller bedret funksjonsevne og livskvalitet

I Sosial- og helsedirektoratets veileder *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*⁵² sammenfatter direktoratet kvalitet ved at tjenestene kjennetegnes ved at de:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet, tilgjengelige og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte

Det første underkapitlet i dette kapitlet tar for seg kvaliteten i behandlingsskjeden. Her er det grunn til å understreke at underlagsmaterialet er relativt begrenset. Evalueringssporteføljen

⁵⁰ St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 136

⁵¹ Ibid. s. 137

⁵² Veileder IS-1332

dekker kun kvalitetsaspektet når det gjelder behandlingen av barn og unge i deler av det kommunale tjenesteapparatet, og kvalitetsvurderinger i forbindelse med behandlingen av voksne ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS). I det andre underkapitlet behandles tjenestenes tilgjengelighet, og samarbeid og flyt i behandlingsskjeden. Det tredje underkapitlet omhandler brukermedvirkningen i behandlingsapparatet. Det siste underkapitlet tar for seg bruken av tvang i behandlingsskjeden. Også her er det problemer med datagrunnlaget som sterkt begrenser mulighetene for analyser og dermed mulighetene for å trekke sikre konklusjoner.

5.0 Sammendrag

Her presenteres hovedfunnene langs de angitte dimensjonene. For en sammenfattende drøfting henviser vi til kapittel 7.

Kvalitet

Analysene av tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene viser at pasientene og deres foresatte i hovedsak vurderer tilbudene kvalitativt tilfredsstillende. De multivariate analysene gir noen holdepunkter for hvor innsatsen i den videre satsingen bør settes inn. Kommunene kan ta noen grep som vil bidra til ytterligere å bedre situasjonen ved å rekruttere fagpersonell med psykososial kompetanse til helsesøstertjenesten, og ved å etablere samarbeid mellom berørte tjenester gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltakelse.

Bildet er langt mer sammensatt når det gjelder kvaliteten på tjenestene til voksne pasienter i DPS-systemet. Behandlerne vurderte at tiltak ga størst bedring på områder som psykiatriske symptomer og psykologiske problemer, mens det var mindre bedring på områder som nære relasjoner, atferdsproblemer, arbeidsevne og sosial fungering. Dette kan tyde på at det er på de to første områdene hvor tiltakene fungerer tilfredsstillende. På de andre områdene finner man mindre bedring og et forbedringspotensial. Når det gjelder vurderingen av ulike behandlingstiltak, mener både pasienter og pårørende at rådgivning og samtaleterapi gir mest, mens sosial trening og familiesamtaler gir relativt sett mindre utbytte.

Med forbehold om at de to undersøkelsene som ligger til grunn for konklusjonene, er representative, står både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten overfor noen grunnleggende utfordringer. Resultatene viser at begge tjenestenivåene gir et kvalitativt bedre tilbud til den pasientgruppen som har relativt sett mindre alvorlige psykiske problemer. Det er en klar utfordring å nå frem med et kvalitativt tilfredsstillende faglig tilbud til den pasientgruppen som har mer alvorlige psykiske problemer. Særlig er det grunn til bekymring over lite tilfredsstillende behandlingresultat for yngre mannlige pasienter med tyngre psykiske problemer, ikke minst de som samtidig har alvorlig rusmiddelmisbruk. Det er imidlertid grunn til å understreke at denne gruppen pasienter er særdeles vanskelig å behandle, og at en vellykket behandling krever en samhandling med andre instanser utenfor selve behandlingsapparatet, slik som eksempelvis NAV Arbeid.

Analysene dokumenterer at særlig spesialisthelsetjenesten, men også det kommunale psykiske helsevern i liten grad gir et behandlingstilbud til eldre med psykiske problemer. Gitt den aldersstruktur den norske befolkning har, og utviklingen av denne i tiårene som kommer, står myndighetene overfor en oppgave som i omfang og samfunnsmessige konsekvenser langt vil overstige de utfordringer myndighetene står overfor når det gjelder yngre menn med store psykiske problemer.

Tjenestetilgang

I Opptappingsplanen ble det vektlagt å gi pasienter med psykiske lidelser et bedre tjenestetilbud gjennom:

- Å øke kapasiteten generelt, og spesielt innen det psykiske helsearbeidet i kommunene og i DPS og BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) i spesialisthelsetjenestene
- Å desentralisere og utbygge tjenestene nær pasientenes hjemsted
- Å få til et samarbeid mellom de ulike tjenestetilbud, på bakgrunn av at mange av pasientene har et sammensatt behov som involverer ulike tjenester både innen den enkelte kommune og på tvers av tjenestenivåer

Hvilket bilde avtegner seg med hensyn til tilgjengelighet av tjenester og samordningen dem imellom i de foreliggende evalueringsrapportene?

Tilgjengelighet

Både det kommunale psykiske helsearbeidet, DPS og BUP har hatt en markant økning av sin virksomhet. Det er rimelig å sette dette i sammenheng med ressursøkningen i det psykiske helsearbeidet i kommunene og utbygningen av DPS og BUP. Hovedmålsetningen for voksne pasienter har vært å styrke DPS-funksjonen. Dette har klart skjedd gjennom opptappingsperioden.

- Andelen ansatte i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern ved DPS var 23 prosent i 1998 og 39 prosent i 2006
- Antall døgnplasser ved DPS i 1998 var 1 492, målsettingen var 2 040 plasser i 2008. I 2007 hadde DPS 1865 døgnplasser. Den utvidete DPS-strukturen har gitt mulighet til å behandle en større målgruppe.
- Det har vært en økning i andelen personell med annen utdanningsbakgrunn enn den tradisjonelle, dvs. leger, sykepleiere, psykologer og sosionomer ved DPS. Det dreier seg om vernepleiere, fysioterapeuter, pedagoger og aktivitetører. Dette har gitt DPS en større tverrfaglighet.
- Evalueringsrapportene gir også et klart bilde av at DPS utnytter sine differensierte funksjoner til å behandle flere pasienter innen sitt nivå/sin enhet. Styrkingen av DPS og differensieringen av tilbudene på dette nivået gir muligheter for det kommunale tjenesteapparatet til få en bedre oversikt over spesialisthelsetjenestens tilbud i det lokale området.
- Disse resultatene gir samlet uttrykk for at målsetningene til Opptappingsplanen i betydelig grad er oppfylt på dette feltet
- Eldre med psykiske problemer blir i svært liten grad behandlet ved DPS. Med den nåværende befolkningsutviklingen, vil det bli en stor utfordring å sikre et adekvat tilbud til eldre med psykiske plager både for kommune- og spesialisthelsetjenesten i årene som kommer.

Når det gjelder tilbudet til barn og unge i kommunene, har det vært en ressursøkning særlig i helsesøstertjenestene, mindre i PP-tjenestene. Denne styrkingen av spesielt helsesøstertjenesten i kommunene har gitt barn og unge et økt tilbud i nærmiljøet, i tråd med målsettingen i Opptappingsplanen. Det kommunale barnevernet har ikke hatt en tilsvarende ressursøkning, men fikk en markant ressursøkning i perioden før Opptappingsplanen.

- I 1998 behandlet BUP to prosent av barn og unge i alderen 0-17 år. Ved utgangen av 2007 hadde dekningsgraden steget til 4,5 prosent. Måltallet for Opptappingsplanen var fem prosent.
- Døgnplassene i BUP har steget fra ca. 300 til 341, men har ikke nådd målsettingen på 400 plasser
- Opptappingsplanens målsetting om en økning på 400 behandlerårsverk i BUP ble oppnådd alt i 2003
- Til tross for at BUP har økt sin kapasitet betydelig, vurderes mangel på kapasitet hos BUP som et problem av helsesøstertjenesten i det kommunale psykiske helsearbeidet

Samarbeid og flyt i behandlingsskjeden

Den relativt omfattende utbyggingen av tjenestetilbudet i førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ført til et økt behov for effektivt samarbeid på tvers av tjenester og mellom tjenestenivåer. Det er særlig viktig for pasienter med alvorlige lidelser og sammensatt behov for tjenester.

For barn og ungdom tyder funnene i evalueringsrapportene på at:

- Samordningen på det kommunale nivået oppleves av fagfolkene som jevnt over god selv om det på enkelte områder er et forbedringspotensial. Dette gjelder særlig samarbeidet mellom fastlegene og resten av tjenesteapparatet overfor barn og unge med psykiske lidelser.
- I tråd med Opptappingsplanen blir pasientene med de største problemene prioritert, samtidig som det er størst samordningsproblemer for denne gruppen
- En betydelig del av foresatte og unge brukere er misfornøyd eller kun delvis fornøyd med koordineringen av det kommunale tjenestetilbudet. Det er en tendens til at en større andel barn/unge og deres foresatte er mer tilfreds med tilbudet i 2007 enn i 2004.
- Samarbeidet mellom BUP og det kommunale tjenestetilbudet har økt i perioden, særlig i forhold til helsesøstertjenesten og PP-tjenesten. Imidlertid oppleves mangelen på møtepunkter som den viktigste begrensningen for det tverrfaglige samarbeidet.
- Til tross for mer samarbeid med og økt kapasitet ved BUP, vurderer helsesøstertjenestene de udekkede behov for tjenester fra BUP som større i 2007 enn i 2004
- Det har i den siste delen av opptappingsperioden vært en dreining av innsatsen i det psykiske helsearbeidet i kommunene mot mer bruk av helsestasjonene, skolehelsetjenesten og skolene. Dette har gitt mulighet for mer forebyggende arbeid for barn og unge.

Når det gjelder voksne pasienter:

- Evalueringsrapportene finner ikke vesentlige endringer i samarbeidsforholdene mellom DPS og førstelinjen i opptappingsperioden. I den siste delen av opptappingsperioden har antallet formelle avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten økt. Det er således et stykke igjen før målsettingene i Opptappingsplanen er nådd når det gjelder samarbeidet mellom det psykiske helsearbeidet i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeidet mellom fastlegene og de øvrige instansene innen det psykiske helsearbeidet i kommunene beskrives i evalueringsrapporten som fortsatt ikke godt nok. Dette gjelder spesielt i de større kommunene.
- Samarbeidet om enkeltpasienter konsentreres om gruppen med alvorlige psykiske lidelser, i tråd med målsettingen for Opptappingsplanen.

- Behandlingen av pasienter er stort sett hensiktsmessig fordelt mellom DPS og sykehusavdelinger ut fra alvorlighetsgrad.

Brukermedvirkning

Kommunalt nivå

På det *individuelle* nivå angir fagpersonene i det psykiske helsearbeidet i kommunene at pasientene som hovedregel både blir hørt og deltar i opplegg og utforming av behandling og tiltak. Vurderingen fra brukerne er mer sprikende. Pårørende til barn og unge gir uttrykk for at de både blir hørt og oppfattet som viktige samarbeidspartnere for helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten. Blant voksne brukere er vurderingen av forholdet til det psykiske helsearbeidet mer negativt.

På *systemnivå* er brukerorganisasjonene i kommunene i første rekke opptatt av å stimulere til støtteaktivitet og selvhjelpsarbeid, og i mindre grad opptatt av deltagelse i helsepolitiske avgjørelser og faglige opplegg.

Spesialisthelsetjenesten

På det *individuelle* nivå angir pasientene ved DPS at de blir respektert og lyttet til i den kliniske behandlingssituasjonen.

På *systemnivå* deltar brukerorganisasjonene i helseforetakenes brukerråd og i institusjonenes kontrollkommisjoner. Evalueringsrapportene tyder på at brukerne blir hørt og har innflytelse i disse organene.

Individuell plan og ansvarsgrupper

Fagfolk både i spesialisthelsetjenesten og i det psykiske helsearbeidet i kommunene mener at individuell plan og ansvarsgrupper er hensiktsmessige verktøy overfor pasienter med sammensatte behov for langvarige tjenester. Ansvarsgrupper oppfattes som en hensiktsmessig organisering av arbeidet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Bruk av individuell plan har økt gjennom opptappingsperioden, men det gjenstår en del før dette er gjennomført for hele målgruppen. Pasientenes vurdering av hensiktsmessighet av individuell plan er mer sprikende, noen ser ikke hensikten med den eller ønsker den ikke. Fra fagpersoner i det psykiske helsearbeidet i kommunene påpekes det også at ressursene som brukes til å utarbeide individuell plan, ikke alltid står i forhold til nytteverdien ettersom en individuell plan i seg selv ikke utløser ressurser.

Tvang

Et overordnet prinsipp i Opptappingsplanen er mest mulig frivillighet, samtidig som det åpnes for bruk av tvang, men disse tiltakene skal innskrenkes ”til det strengt nødvendige” (Ot.prp. nr. 11 (1998-99)).

Bruk av tvang i psykisk helsevern finner sted i skjæringspunktet mellom samfunnets ønsker - på den ene siden om minst mulig tvang, på den andre siden om bruk av tvang der dette er nødvendig.

Tvangsbruk i Norge er lovregulert og inndeles i tre hovedgrupper: tvungent psykisk helsevern, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling. Tvunget psykisk helsevern inneholder to elementer: henvisning med tvang til undersøkelse eller henvisning med tvang til døgnopphold i psykisk helsevern. Henvisningen kommer normalt fra instanser utenfor

psykisk helsevern. I løpet av 24 timer skal så spesialist i det psykiske helsevern vurdere om tvangsvedtaket skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet.

Det viktigste hovedfunnet i evalueringsporteføljen er at kvaliteten på data om tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler er gjennomgående dårlig (*se kapittel 5.4*). Dette gjør at man får svært usikre anslag på omfang av og endring i bruk av tvang på disse to viktige områdene. Det kan virke som om svikten i datakvaliteten ligger både i manglende rapportering og i uhensiktsmessig rapporteringsformat. Helsemyndighetene og de regionale helseforetakene bør sikre at det etableres bedre rutiner på dette området.

Resultatene som angår utviklingen av tvangsinnleggelser med døgnopphold, kan med forsiktighet generaliseres til nasjonalt nivå. Antallet innleggelser med tvang har i opptrappingsperioden økt i takt med antall innleggelser totalt. Andelen innlagt med tvang har derfor holdt seg nokså konstant. I 2006 lå denne andelen mellom 21 og 25 prosent. Disse tallene gjelder institusjoner som er godkjent til å ta imot pasienter med tvang. Tar man med samtlige døgninstitusjoner i psykisk helsevern, synker andelen innlagt med tvang til mellom 16 og 19 prosent.⁵³ Spesialistvurderingen i psykisk helsevern i løpet av de første 24 timene etter innleggelsen har endret seg i perioden. I 2006 ble 24 prosent av tvangsinnleggelsen gjort om til frivillig status ved denne vurderingen. Det representerer mer enn en dobling fra 2001.

5.1 Kvalitet

5.1.1 Målsettinger

Begrepet kvalitet omfatter mange dimensjoner hvorav kun den faglige standarden og kvaliteten på behandlingen drøftes her. Imidlertid har de ulike aspektene det til felles at det ikke noe sted verken i forarbeidene til Opptrappingsplanen eller i selve Opptrappingsplanen, gis noen klar beskrivelse av hva som er et tilfredsstillende nivå på den enkelte dimensjon, og hvilken sammensatt profil dimensjonene skal ha for at man skal kunne si at kvaliteten på tilbudene er tilfredsstillende. Avgrensningen er således av mer symbolsk og politisk art enn av en operasjonell, styringsinnrettet karakter. Dette er imidlertid svært forståelig da det neppe finnes noe entydig svar på hva som gjør at kvaliteten og nivået på et tjenestetilbud er tilfredsstillende. Svaret på det spørsmål vil åpenbart kunne avhenge av respondentens ståsted - en behandler vil kunne ha én oppfatning, mens pasienter og deres pårørende vil kunne ha andre oppfatninger.

I hovedsak har forskerne benyttet seg av ordinalskalaer for å fange inn respondentenes grad av tilfredshet. Forskerne har ofte bedt respondentene krysse av på en skala fra 1 til 7(5) hvor 1 representerer "overhodet ikke tilfreds" og 7(5) representerer "svært tilfreds". En utfordring er å definere et mål for kvalitetsscore, med andre ord: Hvor høy score må vi ha før vi konkluderer at kvaliteten oppleves som tilfredsstillende?

Forskerne har i sine rapporter ikke gitt noe entydig svar på dette spørsmålet. Rent intuitivt skulle minimumskravet for tilfredsstillende kvalitet være at et flertall av respondentgruppene må erklære at de er mer fornøyd enn misfornøyd med kvaliteten på tilbudet. Siden likeverdighet i tjenestetilbudet er en sentral helsepolitisk målsetting også når det gjelder psykisk helsevern, bør man etter vår vurdering i en kvalitetsdrøfting av tjenestetilbudet også

⁵³ Ragnhild Bremnes, Trond Hatling og Johan H. Bjørngaard: "Tvangent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006" SINTEF rapport A4319. Mai 2008, s. 32

ha et tilleggskriterium som går på at det ikke bør være systematiske skjevfordelinger i vurderingene etter demografiske kjennetegn.

5.1.2 Virkemidler

I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) avsnitt 7.3.3 fremgår det at kvaliteten på tjenestetilbudet er avhengig av at hele tjenestekjeden fungerer sammenhengende, med differensierte tilbud tilpasset de ulike pasientgruppenes behov. For å oppnå dette, må de kommunale tjenestene samarbeide seg i mellom samtidig som de må samarbeide med spesialisttjenestene. Det er også viktig at den enkelte virksomhet er hensiktsmessig organisert, og at de ansatte har den nødvendige kompetansen til å gi et tilbud av tilfredsstillende faglig kvalitet. Selv om man flere steder i denne meldingen og i selve Opptrappingsplanen omtaler kvalitet også på områder som tilgjengelighet, likeverdighet, organisering og kompetanse etc. fremgår det her tydelig at dette er virkemidler for å oppnå den overordnede helsepolitiske visjon om at brukere får et kvalitativt godt nok tilbud til å gjøre brukere tilfreds med tilbudet. Kvaliteten på disse områdene vil behandles i andre deler av denne rapporten.

5.1.3 Datagrunnlaget

Rolf W. Gråwe, Trond Hatling, Torleif Ruud: "Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007" SINTEF rapport A6169. 2008.

Marit Sitter: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007." SINTEF rapport A5204. 2008.

Følgende problemstillinger belyses i rapporten:

- Hvordan opplever brukere med psykiske vansker at ulike hjelpeinstanser og tjenesteutøvere samarbeider?
- Hva kan forklare variasjonen i tilfredshet med samordning, informasjonsutveksling og avklaring av ansvarsforhold mellom tjenester blant brukere med psykiske vansker
- I hvilken grad er brukerne tilfreds med andre aspekter ved tjenestetilbudet i kommunene?

Rapporten har fokus på barn og unges brukertilfredshet med kommunale tjenester i siste halvdel av opptrappingsperioden basert på foresattes og ungdoms erfaringer og tilfredshet med ulike aspekter ved helsestasjon/skolehelsetjenesten og PP-tjenesten i 2004 og 2007.

Data fra foresatte til barn med kontakt med kommunenes helsestasjons- og skolehelsetjeneste i 55 kommuner ble innhentet, i alt 2 694 foresatte.

56 kommuner er representert i undersøkelsen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten når det gjelder ungdoms erfaringer, i alt 888 ungdommer.

1078 foresatte deltok i undersøkelsen av PP-tjenesten i 51 kommuner.

Når det gjelder representativiteten, påpeker forfatteren at små kommuner er sterkt underrepresentert, mellomstore kommuner er godt representert og de store kommunene er overrepresentert.

5.1.4 Brukernes tilfredshet med kvaliteten på tjenestene

Tjenestetilbudet til psykisk syke gis i hovedsak på to nivåer: kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i form av BUP og DPS. I de to rapportene drøftes brukernes vurdering av helsestasjon/skolehelsetjenesten på kommunalt nivå og DPS på spesialisthelsetjenestenivå

5.1.4.1 Kommunehelsetjenesten

Den brukerbaserte evalueringen omhandler helsestasjon/skolehelsetjenesten og PP-tjenesten.⁵⁴ Det er imidlertid kun helsestasjon/skolehelsetjenesten som vurderes av brukerne med hensyn til tjenestenes faglige kvalitet operasjonalisert som foresattes vurdering av effekt på barnets problem, effekt for de foresatte, og for familien som helhet. Rapporten tar opp de samme vurderingene gjort av brukerne selv i ungdomskategorien, dvs. mellom 16 og 18 år. PP-tjenesten holdes utenfor da slike brukervurderinger ikke foreligger for denne tjenesten.

Effekt på barnets problem/vansker

Av de 1 857 foresatte til barn som er brukere av helsestasjon/skolehelsetjenesten i undersøkelsen, mener hele 86 prosent at utsagnet: ”Tjenesten vi mottar fra helsestasjon/skolehelsetjenesten, virker positivt i forhold til barnets problem” stemmer i stor grad eller stemmer helt. Når man sammenligner svarene fra foresatte til barn *med* psykiske problemer med svarene fra foresatte til barn *uten* psykiske problemer, er det en noe større andel av foresatte til barn *uten* psykiske problemer som mener at tjenesten virker positivt - 87 prosent mot 76 prosent i gruppen foresatte til barn *med* psykiske problemer.

Det er en tilsvarende fordeling når det gjelder de foresattes vurdering av effekten av tjenesten på dem selv. Hele 87 prosent av foresatte til barn *uten* psykiske vansker mener at utsagnet: ”Tjenesten vi mottar fra helsestasjon/skolehelsetjenesten, virker positivt i forhold til meg/oss som foresatt” stemmer i stor grad eller stemmer helt. Tilsvarende svarprosent for foresatte til barn *med* psykiske vansker er 76 prosent. Disse foresatte gir også en positiv vurdering av effekten på familien som helhet - 72 prosent mener at det er tilfellet.

Sett under ett har foresatte til barn som er brukere av helsestasjon og skolehelsetjenesten, en meget positiv vurdering av kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er imidlertid grunn til å understreke at selv om tre fjerdedeler av de foresatte er tilfreds med tilbudet, så er det en forskjell i vurderingen av kvaliteten blant de to gruppene foresatte. Foresatte til barn *med* psykiske vansker er signifikant mindre tilfreds med kvaliteten enn foresatte til barn *uten* slike vansker. Til tross for denne forskjellen, er det grunn til å understreke at det er en høy andel av foresatte til barn *med* psykiske vansker som er tilfreds med kvaliteten på tilbudet.

Datainnsamling ble gjort på to tidspunkter: 2004 og 2007. Det er ingen signifikante endringer i vurderingene fra 2004 til 2007.

Ungdom

De unge brukerne svarte på tre påstander som til sammen gir et uttrykk for deres vurdering av effekten av tjenestetilbudet og dermed kvaliteten på tjenestene. Det ene spørsmålet fanger inn om tilbudet har virket på de vanskene vedkommende har hatt. Det andre ber om en vurdering av om hjelpen fra helsesøster virker med utgangspunkt i vedkommendes behov for å snakke med noen. Det tredje spørsmålet tar opp hvorvidt hjelpen fra helsesøster har virket på å ha det bedre med familien.

⁵⁴ Marit Sitter: ”Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007.” SINTEF rapport A5204. 2008.

Når det gjelder de to første spørsmålene om effekt på egne vansker og brukerens behov for å ha noen å snakke med, er vurderingene positive. Mer enn tre fjerdedeler mener tilbudet har bidratt positivt når det gjelder problemene og det å ha noen å snakke med. Også her finner vi imidlertid en forskjell mellom de som har psykiske vansker og de uten, slik at de *med* problemer er noe mindre tilfreds, men likevel over det nivå vi har satt for at kvaliteten på tilbudet skal være tilfredsstillende. Om lag halvparten av de unge mener hjelpen helsesøster gir, har positiv effekt på relasjonen til familien. Igjen finner forfatterne at respondenter *med* psykiske vansker er noe mindre fornøyd med hjelpen de får rettet mot familien.

5.1.4.2 Spesialisthelsetjenesten

BUP

I hovedsak hadde de foresatte positive erfaringer med behandlingen ved BUP. En betydelig andel av de foresatte (43 prosent) mente at de hadde ventet lenge eller altfor lenge for å få et tilbud ved BUP.⁵⁵

DPS

Pasientene og deres pårørende vurderte utbyttet/kvaliteten av behandlingstilbudet.⁵⁶ Videre vurderte fastleger og kommunehelseansatte kvaliteten på behandlingstilbudet ved de åtte distriktspsykiatriske sentrene som inngår i evalueringsrapporten.

Pasientenes vurdering

Pasientene ble bedt om å vurdere utbytte av ulike terapitiltak slik som rådgivning om spørsmål pasienten har hatt; samtaleterapi; medikamentell behandling; undersøkelse og utredning; gruppesamtaler/terapi; krise-/akutthjelp; trening i å omgås andre mennesker og familiesamtaler/par. Utbytte av disse terapitiltakene varierer:

- Om lag fire femtedeler har hatt stort eller meget stort utbytte av samtaleterapi
- Om lag to tredjedeler har hatt stort eller meget stort utbytte av rådgivning
- Om lag to tredjedeler av pasientene har hatt et stort eller meget stort utbytte av gruppesamtaler, akutthjelp og behandling med medikamenter
- Om lag halvparten av pasientene har hatt et stort eller meget stort utbytte av to grupper av tiltak: familie-/parterapi og undersøkelser/utredninger

Multivariate analyser ble brukt for å se på kliniske og behandlingsmessige forhold som forklarer variasjonen i pasientenes opplevde utbytte av behandlingen. Resultatene viste at pasienttilfredshet var forbundet med behandlerens vurdering av bedring, at pasientene har mindre alvorlige psykiske problemer, er kvinne, er eldre og blir behandlet ved en klinisk enhet hvor pasientene som gruppe har et bedre funksjonsnivå (en høyere gjennomsnittlig GAF-skåre). Dette funnet kan tyde på at behandlingsapparatet ved DPS har problemer med å nå frem til yngre mannlige pasienter som er alvorlig psykisk syke og som behandles ved team for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Alternativt kan dette tolkes som at det er vanskeligere å få uttalt effekt av behandling for mer alvorlig syke.

Pårørendes vurdering

I undersøkelsen ble de pårørende bedt om å vurdere i hvor stor grad pasientene hadde fått kunnskap om sykdommen og reduserte symptomer og plager, hjelp til å forholde seg til seg

⁵⁵ Rapport fra Kunnskapssenteret Nr. 2- 2008, s. 9, 11

⁵⁶ SINTEF rapport A6169

selv, å mestre symptomer og plager, i forholdet til sine nærmeste og å fungere bedre i det daglige. Langs disse dimensjonene vurderer om lag 50 prosent av de pårørende at pasienten har fått mye eller svært mye hjelp.

Derimot er det langt færre, om lag 30 prosent, som synes at pasienten har fått mye eller svært mye hjelp til å forholde seg til andre mennesker, fått en bedre arbeidsevne og fått bedret fysisk form og helse. Det er interessant at denne vurderingsprofilen til de pårørende er omtrent identisk med pasientenes vurderinger.

Fastleger og kommunehelseansattes vurdering av kvalitet

Drøyt halvparten av fastlegene og andre fagpersoner i den kommunale helse- og sosialtjenesten er godt eller svært godt tilfreds med kvaliteten på vurderinger/utredninger, med kvaliteten på behandlingen og med råd og veiledning de har fått. Det er ingen forskjell i vurderingene mellom de to gruppene og det er ingen signifikante endringer i vurderingene fra 2004 til 2007.

For fastlegene og ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid er behandlingstilbudet som gis ved DPS, viktig for deres eget bidrag i behandlingsskjeden. I undersøkelsen fremkommer det at begge gruppene er mest tilfreds med tilbudet til pasienter med akutte psykoser/manier, langvarige psykoser, kriser uten behov for innleggelse, og angstlidelser. Her er om lag 40 prosent av de spurte godt eller svært godt fornøyd med tilbudet. Tre pasientgrupper blir vurdert som å ha et for dårlig utbygd tilbud: pasienter med personlighetsforstyrrelser, alderspsykiatriske lidelser eller samtidige psykiske lidelser og alvorlig rusmiddelmissbruk.

Behandlernes vurdering av effekt

Behandlerne ble bedt om å vurdere graden av pasientenes bedring i behandlingsperioden. Kartleggingen viser at det var størst bedring på områder som psykiatriske symptomer og psykologiske problemer og minst bedring når det gjaldt atferdsproblemer, arbeidsevne, sosial fungering og nære relasjoner. Resultatene viser at graden av bedring økte med behandlingens lengde.

5.2 Tilgjengelighet, samarbeid og flyt i behandlingsskjeden

5.2.1 Målsettinger

Generelt

Innen det kommunale tjenesteapparatet er målsettingen en best mulig samordning av tiltakene til mennesker med psykiske lidelser, særlig overfor personer med langvarige og alvorlige lidelser. Disse vil ha behov for et bredt spekter av kommunale tjenester som er individuelt tilpasset. Organiseringen skal fremme samarbeid og samordning på tvers av profesjoner og deltjenester.

Det presiseres at tjenestene på spesialisthelsetjenestenivå skal være tilgjengelige, oversiktlige og med tilstrekkelig faglig kompetanse. Det legges vekt på at spesialisthelsetjenesten i større grad må utforme sine tilbud om bistand til førstelinjetjenesten i kommunene i form av råd, veiledning og opplæring.

Psykiske helsetjenester for barn og unge

Det ble planlagt en styrking på det kommunale nivået spesielt innen områdene psykososiale tjenester, støttekontakter og helsestasjon/skolehelsetjeneste. På spesialisthelsetjenestenivå ble det poengtert at samarbeidet mellom BUP, barnevernet, pediatri, rusmiddelomsorg og

voksenpsykiatri må styrkes. Det var også en sentral målsetting at behandlingsskapasiteten ved BUP skulle økes. Spesifikke mål er:

- BUP skal gi tjenester til fem prosent av befolkningen under 18 år
- Antallet døgnplasser økes fra 300 til 400 (revidert fra 500 i St.prp. 1 (2004-2005))

Psykiske helsetjenester for voksne

Opptrappingsplanen har hatt klare målsettinger om å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene ved å øke antall årsverk innen behandlingstilbud og hjemmetjeneste mv. I tillegg har Opptrappingsplanen hatt klare mål med hensyn til å opprette omsorgsboliger. For en presentasjon av måltallene henviser vi til kapittel 3.

Det legges vekt på å utforme et spesialisttilbud nær pasientene. DPS-funksjonene er et sentralt element. Et utbygd DPS bør omfatte: poliklinikk med ambulant team, dagavdeling, døgnavdeling for krise og observasjon, korttids åpent døgntilbud, enheter for lengre tids behandling og rehabilitering samt kapasitet for rådgivning og veiledning overfor kommunale tjenester.

Antall døgnplasser ved allmennpsykiatriske avdelinger, psykiatriske sykehjem og DPS må ses i sammenheng, og vurderes i forhold til ikke døgnbaserte spesialisthelsetjenester, akuttpsykiatriske døgnplasser, spesialiserte døgnplasser og kommunale døgnplasser for denne pasientgruppen.

Det er viktig å utvikle gode og oversiktlige rutiner for pasientoverføringer innen spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Evalueringsrapportene gir i begrenset grad svar på om denne målsettingen er nådd. Det er videre et mål å øke antallet privatpraktiserende psykiatere og psykologer både med hel- og deltids praksis. Det er en målsetting at disse inngår i spesialisthelsetjenestens totale tilbud.

5.2.2 Virkemidler

Generelt

Innen det kommunale tjenesteapparatet ønsker man en organisering som fremmer samarbeid og samordning på tvers av profesjoner og deltjenester. Individuell plan er et viktig instrument i denne sammenhengen.

Man ønsker at spesialisthelsetjenesten oppretter kontaktorganer med det kommunale tjenesteapparatet, og at spesialisthelsetjenesten også tar ansvar for å utforme individuell plan. Individuell plan er et sentralt felles instrument for spesialisthelsetjenesten, det kommunale tjenesteapparatet og brukerne. Individuell plan vil bli spesielt omtalt i kapittel 5.3.

Psykiske helsetjenester for barn og unge

Personellstyrkingen på det kommunale nivået omfatter 800 årsverk. Det skal legges vekt på forebyggende tiltak.

Psykiske helsetjenester for voksne

Virkemidlet for å utforme et spesialisttilbud nær pasientene/brukerne er i første rekke en utbygging og vektlegging av DPS-funksjonene, som skal styrkes både kvantitativt og kvalitativt (jfr. målsettingene), samt å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene.

5.2.3 Datagrunnlag

Rolf W. Gråwe, Trond Hatling, Torleif Ruud: "Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007" SINTEF rapport A6169. 2008.

Helle Wessel Andersson og Sissel Steihaug: "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse". SINTEF rapport A4727. 2008.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- Endres tjenesteprofil ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten i løpet av planperioden?
- Blir tjenestene mer tilgjengelige for barn og unge med psykiske problemer?
- Hva kjennetegner barn og unge med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenesten og PP-tjenesten?
- Hvilke faktorer er relatert til tilgjengelighet av tjenester? Dvs. betydningen av tjenesterrelaterede faktorer, og individuelle kjennetegn ved barn og unge?

Undersøkelsen er basert på kartlegging av barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fra PP-tjenesten. I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse blant ledende helsesøstre og ledere i PP-tjenesten i et utvalg kommuner. Dette kvantitative materialet suppleres med data fra kvalitative intervjuer med fagpersoner fra PP-tjenesten, barnevernet, helsesøstertjenesten og BUP. Undersøkelsen har pågått i perioden 2002 til 2007 med hovedfokus på endringer i tilgjengelighet til tjenester i siste del av opptrappingsperioden (2004-2007).

Lars B. Kristofersen: "Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern". NIBR-rapport 2007:13.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- Organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer.
- Utviklingen i brukemønster når det gjelder antallet klienter (BUP og barnevern) samt kort om klientkarrierer (barnevern).
- Utviklingen i noen spesifikke tiltaksformer: poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt og fosterhjem i barnevern; innlegging i BUP- og barneverninstitusjoner.
- Henvisningsmønster fra helsevesenet (førstelinje og psykiatri) til barnvern for barn og unge etter sosial bakgrunn.

Prosjektet har benyttet tre datakilder til sine analyser:

- Landsomfattende individdata fra BUP og barnevern over flere år (HIA-data, NPR og SSB).
- Kvalitative data fra intervjuer med ledere og ansatte i BUP og barnevern i 2002 og i 2004. Til sammen 24 intervjuer utført av NIBR og SINTEF Helse i samarbeid.
- Enkelte administrative data for personellutviklingen i de to tjenestene nasjonalt (SSB).

Solveig Flermoen: "Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse". Telemarksforskning-BØ. Rapport nr 234. 2006.

Hovedmålsettingen med dette prosjektet er å evaluere iverksettingen av Opptappingsplanen på lokalt nivå når det gjelder å legge til rette for at brukere med langvarige psykiske lidelser får mulighet til å delta i meningsfylt virksomhet knyttet både til arbeid og fritid. Dette er tiltak som krever medvirkning fra flere instanser på ulike forvaltningsnivåer.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- Med basis i Aetats tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser; hvordan er samarbeidet på ulike forvaltningsnivå og sektorer organisert for å ivareta hensynet til helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud?
- I hvilken grad, eventuelt på hvilke måter, har det skjedd endringer i løpet av opptappingsperioden innen den ovennevnte problemstillingen?

Undersøkelsen er gjennomført i to perioder: i 2002 og 2005. Datamaterialet består av intervju og skriftlig materiale fra 12 kommuner i daværende Helseregion Sør.

Sidsel Sverdrup, Trine M. Myrvold og Lars B. Kristofersen: "Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Idealer og realiteter". NIBR-rapport 2007:2.

Dette prosjektet har hatt som overordnet målsetting å undersøke om Opptappingsplanen har ført til at brukerne involveres i utformingen av tjenestetilbudet innenfor psykisk helse, og om dette gjøres på en måte som tilfredsstillende brukernes behov og ønsker.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- Hvordan vurderer brukerne samordningen av hjelpetilbudet inkludert ansvarsgrupper?
- Hvordan blir kravet om individuell plan ivaretatt?

Undersøkelsen har et kvalitativt design og baserer seg på intervjuer med voksne og ungdommer med psykiske problemer samt brukernes pårørende. Samme informant ble intervjuet i to faser, i 2004/2005 og 2006/2007. Gjennomsnittlig avstand mellom intervjuene er 1,5 år. I pasientgruppen var det 15 voksne og åtte ungdommer, samt sju-åtte pårørende i hver av de to gruppene. De åtte ungdommene var alle jenter.

Informantene kom fra fire kommuner - to fra Østlandet og to fra Nord-Norge, hvorav en land- og en bykommune fra hver region. Behandlere i hver av kommunene ble også intervjuet i begge fasene; første gang fire intervjuer – et i hver kommune, andre gang til sammen seks intervjuer.

Marit Sitter: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse". SINTEF rapport A5204. April 2008.

Helle Wessel Andersson: "Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer". SINTEF rapport A199. Juli 2006.

Prosjektet undersøker fastlegens deltagelse og rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Studien søker å fremstille fastlegens grad av involvering i utredningstiltak, samarbeidstiltak og oppfølgingstiltak. I tillegg belyses fastlegens tid, kompetanse, rolle og ansvar i tiltak overfor målgruppen.

Følgende problemstillinger belyses i rapporten:

- Hvordan vurderer fastlegen sin egen rolle i arbeid med den aktuelle pasientgruppen?
- Hvilke forventninger har andre kommunale tjenester til fastlegens deltagelse?
- Hvilke faktorer kan gi et bedre kommunalt tjenestetilbud til målgruppen?

Undersøkelsen er basert på fire delstudier:

1. Fastlegers kartlegging av tiltak overfor pasienter med psykiske problemer
2. Fastlegers vurdering av egen rolle i arbeid med målgruppen
3. Kommunale deltjenesters (PP-, barnevern- og helsesøstertjenesten) kartlegging av fastlegens tiltak overfor barn med psykiske problemer
4. Kommunale deltjenesters vurdering av fastlegens rolle overfor målgruppen.

Undersøkelsen er gjennomført i 2005. Det er en lav prosentandel i utvalget av fastleger som har svart. Spesielt gjelder dette delstudie 1. kartleggingsundersøkelsen (svarprosent 31).

Mariann Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard: "Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser" SINTEF rapport A230. Juli 2006.

Prosjektets målsetning er å kartlegge og evaluere tiltak som gjennomføres av henholdsvis fastlegen og ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunen overfor voksne personer med psykiske lidelser.

Følgende problemstillinger belyses i rapporten:

- Hva slags tiltak iverksettes av fastlegen når det gjelder utredning av pasienten, og i hvilken grad bistår ansatte i det psykiske helsearbeidet i utredning?
- Hva slags tiltak iverksettes av henholdsvis fastlegen og ansatte i det psykiske helsearbeidet når det gjelder oppfølging/behandling?
- Hva er omfang av og innhold i samarbeidet mellom tjenestene?
- Hvilke forhold har betydning for henvisning av pasienter?
- Hva er pasientens nåværende totale tilbud, og trenger pasienten et tilbud i spesialisthelsetjenesten?
- Hva kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud, slik disse to tjenestene ser det?

Undersøkelsen har kartlagt to pasientutvalg: fastlegens pasienter (N=962) og brukere som følges opp av psykisk helsearbeid i kommunen (N=486). De to tjenestene har fylt ut et kartleggingsskjema for henholdsvis to og seks av pasientene de sist har vært i kontakt med - en med lettere og en med tyngre psykisk lidelse - og som ikke for tiden har et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Per B. Pedersen, Solfrid E. Lilleeng og Marit Sitter: "Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten" SINTEF rapport A6400. April 2008.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- Utviklingen i ressursinnsats (døgnplasser og personell) i det psykiske helsevernet for voksne – i hvilken grad har vi fått en desentralisering av behandlingstilbudet?
- Utviklingen i behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne – om og i hvilken grad representerer Opptrappingsplanen et brudd eller en fortsettelse av tidligere trender?

- Gjenspeiler økningen i antall opphold i psykisk helsevern for voksne en tilsvarende økning i pasientantallet, eller er det de samme pasientene som innlegges flere ganger?
- Omfanget av reinnleggelser innen 31 dager for voksne i 2000 og 2006.
- I hvilken grad har vi i løpet av opptrappingsperioden fått en utjevning av tilbudet, til voksne og til barn og unge, målt ved behandlingsaktiviteten?
- Hvilke grupper av barn og unge er det som særlig har fått et bedret tilbud i forbindelse med utbygging av tjenesten?

Analysene bygger på data fra Statistiske sentralbyrå (SSB), Norsk pasientregister (NPR) og HIADATA (for barn og unge i 2000). Data fra NPR er ikke komplette og gjør analysene i problemstilling tre og fire usikre.

Vidar Halsteinli: "Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning" SINTEF rapport A6587. April 2008.

Følgende problemstilling belyses i denne rapporten:

- Estimering av poliklinikkenes produktivitetsutvikling når det tas hensyn til pasientsammensetningen og når antall pasienter tillegges vekt som produkt.

Analysene bygger på pasientdata fra NPR og institusjonsdata fra SSB. Dette er nasjonale data av god kvalitet.

Rapporter utenom Forskningsrådets evalueringsportefølje:

Johan Håkon Bjørngaard (red): "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" SINTEF Helse rapport 2/08.

Olaf Holmboe, Kari Aanjesen Dahle og Jon Helgeland: "Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006" Rapport fra Kunnskapssenteret Nr. 2-2008.

Datagrunnlaget for barn og unge

Kvantitative data fra det psykiske helsearbeid i kommunene er generaliserbare, med unntak av fastlegetjenesten. Små kommuner og storbyene er dårlig representert i det undersøkte utvalget og resultatene bør ikke generaliseres til disse. Svarprosenten fra fastlegene om deres arbeid med pasientgruppen er for lav til å kunne generaliseres. Kvantitative data vedrørende barnevern og BUP er landsomfattende og robuste. Det samme er de kvantitative data fra Statistisk sentralbyrå og Norsk Pasientregister.

Kvalitative data fra brukerundersøkelsen i kommunene er lite representative for små kommuner og de store byene. De kvalitative data i prosjektene gir interessante innspill spesielt når det gjelder samarbeid mellom det psykiske helsearbeid i kommunene og BUP og mellom Barnevernet og BUP. Det er ikke rimelig å generalisere disse funnene til nasjonalt nivå.

Evalueringsporteføljen gir muligheter for å vurdere samarbeid mellom tjenester og nivåer, tilgjengelighet av tjenestene, samt kompetanse og kapasitet i BUP. Det samme gjelder tilbud nær brukerne, med unntak av fastlegenes. Det er begrenset hva man kan si om overføringsrutinene mellom nivåene og oversiktligheten innen BUP.

Datagrunnlaget for voksne

De kvantitative data fra det psykiske helsearbeidet i kommunene gir god oversikt over tiltak for voksne med psykiske lidelser. Svarprosenten fra fastlegene er så lav at data vedrørende deres tiltak må brukes med stor forsiktighet.

Data fra DPS-undersøkelsen er omfattende, men omfatter få DPS. Med forsiktighet kan resultatene brukes på nasjonalt nivå, med unntak av ventetid. Storbyene er svakt representert i utvalget. DPS-enes oppgaver og funksjon kan her ha en annen profil enn i landet for øvrig. De kvalitative data om brukermedvirkning er interessante, men gir ikke grunnlag for generalisering. De kvantitative data fra Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister er landsomfattende og i hovedsak representative.

Porteføljen gir muligheter for å vurdere samarbeid mellom tjenester og nivåer og oppbyggingen av og innholdet i DPS. Det samme gjelder tilbud nær brukerne, med unntak av fastlegenes forhold. Det er vanskelig å si noe om overføringsrutinene mellom nivåene.

5.2.4 Resultater

Vi har valgt å dele dette resultatkapitlet i to deler: *Barn og unge* og *Voksne*.

5.2.4.1 Barn og unge

De aktuelle nivåer/instanser som er kartlagt, er fra kommunalt nivå: *helsesøstertjenesten* (helsestasjon/skolehelsetjeneste), *PP-tjenesten*, *kommunalt barnevern* og *fastlegetjenesten*. Fra spesialisthelsetjenesten: *barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)*

Hvem får behandling på ulike nivåer?

Utvikling over tid

I de aktuelle prosjektene anvendes tre egenskaper ved brukerne barn og ungdom med psykiske vansker: alder, kjønn og alvorlighetsgrad av de psykiske vanskene.⁵⁷ I brukerundersøkelser fra 2004 og 2007 av helsestasjonstjenesten i utvalgskommunene oppga foresatte til barn og ungdom opp til 17 år at henholdsvis sju og ni prosent av barna hadde psykiske vansker. Vel 60 prosent av barn og unge som mottok tiltak fra helsesøster for psykiske vansker, var mellom 13 og 18 år. Tabell 5.1 og tabell 5.2 viser alders- og kjønnsfordeling. Andelen av gutter fra 6 til 12 år har økt signifikant fra 2004 til 2007. Dette er den eneste betydelige forskyvningen i kjønn og alder som har skjedd fra 2004 til 2007.

⁵⁷ Helle Wessel Andersson: "Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer" SINTEF rapport A199. Juli 2006.
Marit Sitter: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. Evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse" SINTEF rapport A5204. April 2008
Lars B. Kristofersen: "Tilgjengelighet og samarbeid: Mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern" NIBR-rapport 2007:13
Helle Wessel Andersson og Sissel Steihaug: "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse" SINTEF rapport A4727. Januar 2008
Per B. Pedersen, Solfrid E. Lilleeng og Marit Sitter: "Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjeneste" SINTEF rapport A6400. Mai 2008
Vidar Halsteinli: "Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning" SINTEF rapport A6587. April 2008

Tabell 5.1			
Aldersfordeling for barn med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. (n=1107)			
0-5 år	6-12 år	13-18 år	Totalt
8	30	62	100

Tall fra 2007. Fordelingen er i hovedsak uendret fra 2004.

Tabell 5.2		
Kjønnfordeling for barn med psykiske vansker i helsesøstertjenesten. Etter aldersgrupper. (2004, n=2324) (2007,n=1067)		
Kjønn/alder	2004	2007
Gutter 0-5 år	68	65
Jenter 0-5 år	32	35
Gutter 6-12 år	51	58
Jenter 6-12 år	49	42
Gutter 13-18 år	27	28
Jenter 13-18 år	73	72

Tabell 5.3			
Aldersfordeling for barn med psykiske vansker som mottar tiltak fra PP-tjenesten. (2007, n=2488)			
0-5 år	6-12 år	13-18 år	Totalt
12	55	33	100

Blant brukerne av PP-tjenesten hadde 76 prosent psykiske vansker i 2004, mens det var 79 prosent i 2007.

Vel 70 prosent av de som mottar tjenester fra PP-tjenesten, er gutter, og dette er likt for alle aldersklassene. Det er ingen endringer i kjønns- og alderssammensetning fra 2004 til 2007.

Alvorlighetsgraden av psykiske vansker for barn og unge var uendret fra 2004 til 2007. Drøyt halvparten hadde "tydelige vansker", en fjerdedel hadde "små vansker" og en snau femtedel "alvorlige vansker".

Antallet barn og unge i barnevernstiltak steg fra vel 34 000 i 2002 til vel 39 000 i 2005.

Barnevernet registrerer ikke andelen av klientene som har psykiske vansker.

Av barn og unge som fikk behandling i BUP, mottok 17 prosent samtidig tjenester fra barnevernet. Andelen endret seg ikke i perioden 2002-2005. Andelen som har tjenester både fra BUP og barnevern, er den samme i de ulike aldersgruppene, med noe større andel i gruppen 13-17 år (18,3 prosent). Vurdering av data tilsier at disse tallene antagelig er minimumstall.

Evalueringsporteføljen har ikke rapporter som beskriver brukerne av barnevernet med hensyn til kjønn, alder eller alvorlighetsgrad av psykiske vansker.

Om lag 9 000 barn og unge har hvert år hatt en fosterhjemsplassering som barnevernstiltak.

Det er en svak økning av denne type tiltak gjennom perioden fra 2002 til 2005. I samme periode har 2 200 – 2 400 barn og unge årlig blitt plassert i barnevernsinstitusjon som barnevernstiltak.

Opptrappingsplanens mål for tjenestetilbud fra BUP til barn og unge var en dekningsgrad på fem prosent. I 1998 behandlet BUP to prosent av barn og unge i alderen 0-17 år. I 2002 var dette steget til 2,8 prosent av aldersgruppen, og i 2007 til 4,5 prosent av aldersgruppen.

Det har vært og er en stor variasjon i dekningsgradene mellom helseregionene. Denne variasjonen er ikke blitt redusert i opptrappingsperioden, selv om dekningsgraden har økt i alle regionene (se tabell 5.4 nedenfor).

Tabell 5.4					
Dekningsgrad (%) i det psykiske helsevernet for barn og unge 1998 og 2007					
År	Helseregion				
	Sør Øst	Vest	Midt Norge	Nord	Landet
1998	2,1	1,4	1,6	3,0	2,0
2007	4,7	3,5	4,1	6,3	4,5

Helse Nord har nådd måltallet på fem prosent, Helse Sør-Øst vil med all sannsynlighet nå det i løpet av 2008. De to siste regionene, Vest- og Midt-Norge, vil neppe nå måltallet i løpet av 2008. Innen hver av regionene var det også markerte forskjeller mellom foretakene.

Tabell 5.5 nedenfor viser dekningsgrad i forhold til alder. Veksten i dekningsgrad har vært størst i aldersgruppen 6/7 - 12 år. Høyest dekning finner man blant de eldste. Med tanke på tidlig intervensjon bør det tilstrebes en høyere dekningsgrad i den yngste aldersgruppen.

Tabell 5.5				
Dekningsgrad (%) i det psykiske helsevernet for barn og unge etter alder 1998 og 2007				
År	Alder (gruppering endret i perioden)			Totalt
	0-5/6	6/7-12	13-17/18	
1998	0,5	2,3	3,6	2,0
2007	0,8	5,3	7,1	4,5

Frem til 13 års alder er dekningsgraden størst for gutter, deretter har jentene størst dekningsgrad. De høyeste dekningsgradene for gutter finner vi ved 7-12 år med 6,6 prosent og ved 13-18 år med 6,2 prosent, og for jenter ved 13-18 år med 7,3 prosent.⁵⁸

Omsorgsnivået i BUP-behandlingen er overveiende poliklinisk, med over 95 prosent. Døgnbehandling utgjør 3,6 prosent og gjelder i første rekke den eldste aldersgruppen (fem prosent). Dagbehandling omfatter kun en prosent av BUP-klientellet.

BUP behandler en del personer over 18 år, i hovedsak 18- og 19-åringer. Disse skiller seg lite fra aldersgruppen 13-17 år.

⁵⁸ Johan Håkon Bjørngaard (red): "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" SINTEF Helse rapport 2/08, s. 87 ff.

Hvem henviser?

Barnevernet

Det er tre instanser som dominerer bildet når det gjelder henvisninger til barnevernet: foreldre, barnevernet selv etter bekymringsmelding (inklusive barnevernsvakt) og skolen. Politi/lensmannsetaten har i perioden 2002-2005 hatt størst økning og er blitt den fjerde største henvisningsinstans med en økning fra fem prosent til sju prosent. Disse fire instansene står for 59 prosent av henvisningene. Helsestasjon, lege/sykehus og sosialtjenesten står hver for ca. fem prosent av henvisningene, mens PP-tjenesten kun står for vel to prosent av henvisningene.

BUP

Det er to instanser som står for hoveddelen av henvisninger til BUP: fastlegene med 50 prosent og barnehage/skole/PP-tjenesten med til sammen 15 prosent. De siste henviser dobbelt så mange gutter som jenter, mens fastlegene henviser noe flere jenter enn gutter. Barnevern/sosialtjenesten stod for ni prosent av henvisningene til BUP. Øvrig primærhelsetjeneste stod for sju prosent, spesialisthelsetjenesten 0,5 prosent og andre tjenester/ikke informasjon 19 prosent.

Henvisningsgrunn

Den overveiende grunnen til kontakt med helsesøstertjenesten for barn og unge med psykisk vansker var "emosjonelle problemer" uten ytterligere spesifisering (om lag en tredjedel).

Alvorlighetsgrad av de psykiske vanskene endret seg lite fra 2004 til 2007. Graderingen (små, tydelige eller alvorlige vansker) ble gjort av helsesøstertjenesten. Drøyt halvparten hadde "tydelige" vansker". Andelen "alvorlige vansker" steg fra 14 prosent i 2004 til 17 prosent i 2007. Økningen gjorde seg gjeldende for begge kjønn, men var mest uttalt for gutter mellom 6 og 12 år.

De viktigste henvisningsgrunnene til PP-tjenesten i 2007 var: språkvansker, lærevansker, atferdsvansker, emosjonelle problemer og konsentrasjonsvansker. Av disse hadde emosjonelle problemer og konsentrasjonsvansker økt markert fra 2004 til 2007.

Fastlegenes henvisninger til BUP var i første rekke begrunnet i tilstandens alvorlighetsgrad, foresattes ønske og at tilbudet ved BUP ble oppfattet som godt. I noen grad spilte fastlegens vurdering av egen manglende kompetanse inn.

BUP har registrert henvisningsgrunn fra førstelinjetjenester fordelt på angitte problemområder. Fra 1998 til 2007 skjedde henimot en dobling av andelen henvisninger ut fra hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (fra 12 til 22 prosent). Andre hovedgrunner til henvisning har holdt seg tilnærmet konstant.⁵⁹

Det er ingen data om henvisningsgrunnene til barnevernet.

Fornøyd med behandlingen?

En brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske vansker fra helsesøstertjenesten og PP-tjenesten viser:

- Stor fornøydhet med kontakten med den enkelte behandler
- Rimelig fornøydhet med effekten av tjenesten

⁵⁹ Johan Håkon Bjørngaard (red): "SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007" SINTEF Helse Rapport 2/08; ss 93ff

- Minst fornøydhhet med graden av samarbeid/koordinering innenfor og mellom tjenestene
- Bruk av ansvarsgruppe og individuell plan hadde positiv effekt på brukernes vurdering av samordningen av tjenestene

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde høsten 2006 en postal brukerundersøkelse blant foresatte til barn og unge under 16 år som mottok et tilbud fra BUP. Svarprosent var 46 prosent. Utvalget er vurdert som representativt. De foresatte vurderte tre hovedområder i tilbudet på en skala fra 0 til 100 (100 = best mulig resultat). Tilfredshet med behandlerne hadde gjennomsnittsskåre 75, utbytte av behandlingen 72 og informasjon/medbestemmelse 59.

I hovedsak hadde de foresatte positive erfaringer med BUP. En betydelig andel av de foresatte (43 prosent) mente at de hadde ventet lenge eller altfor lenge for å få et tilbud ved poliklinikken.

Det er ingen data om fornøydhhet med tjenestene i barnevernet.

Gis behandling på riktig nivå?

Evalueringsrapportene belyser dette spørsmålet i første rekke på det kommunale nivået. Om kommunenivået eller spesialisthelsetjeneste er ”riktig” nivå er mindre undersøkt.

På kommunenivå er det spesielt forholdet mellom fastlegens arbeid med barn og unge med psykiske vansker og arbeidet som utføres av andre kommunale tjenesteytere, som utgjør hovedtyngden i evalueringsporteføljen.

Det er i svært liten grad differensiert i forhold til grad og art av ”psykiske vansker” hos barn og unge i de aktuelle undersøkelsene. Dette setter klare begrensninger for å kunne diskutere hva som er ”riktig” nivå for behandling.

Fastlegene - samarbeid og involvering

Fastlegene rapporterer at de har vært involvert gjennom utredning for 60-70 prosent av sine pasienter med psykiske problemer. Det dreier seg vesentlig om samtaler med barnet/ungdommen, utredning av sykehistorie innhenting av informantopplysninger og somatisk utredning.

Andre kommunale tjenesteytere vurderer også at det er disse tiltakene fastlegen oftest deltar i, men rapporterer en lavere grad av involvering fra fastlegene enn det fastlegene selv rapporterer.

De andre aktørene i det psykiske helsearbeidet i kommunene var enige om at fastlegene er lite involvert i samarbeids- og oppfølgingstiltak overfor målgruppen av barn og unge.

Det er en klar tendens til at fastlegen oppfatter sin rolle i tiltak overfor barn og unge med psykiske vansker som vesentlig mindre omfattende enn den rollen de andre kommunale tjenester mener at fastlegen burde ha.

I evalueringsrapportene angis at kun hver fjerde fastlege vurderer at oppfølging av psykisk sykdom ”i stor grad” er et viktig ansvarsområde for dem.⁶⁰ Bare 30 prosent av fastlegene mener at oppfølging av medikasjon for psykiske lidelser hos barn og unge ”i stor grad” er deres ansvarsområde.

⁶⁰ Helle W. Andersson: ”Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer” SINTEF rapport A199. Juli 2006, s. 73

Helsesøster rapporterer større grad av generell deltagelse fra fastlegen enn det barnevernet og PP-tjenesten gjør.

Ifølge fastlegenes kartlegging ble over 80 prosent av barn og unge med psykiske problemer henvist videre til BUP. Dette ble av alle oppfattet som en viktig del av fastlegens rolle. De viktigste grunnene til henvisningen var tilstandens alvorlighetsgrad og foresattes ønske om henvisning. Av fastlegene mente 55 prosent at egen manglende kompetanse hadde betydning for at de henviste til BUP.

Helsesøstrene rapporterte ett markant udekket behov i arbeidet med barn og unge med psykiske vansker, nemlig i polikliniske tilbud fra BUP. Det udekkede behovet for barn med psykiske vansker ble i 2007 rapportert å være 20 prosent. Dette er høyere enn i 2004, selv om tilbudet ved BUP var signifikant økt. 24 prosent av barna med psykiske vansker i helsesøstertjenesten hadde i 2007 et tilbud fra BUP.

PP-tjenesten vurderte generelt de udekkete behovene som små. Poliklinisk tilbud fra BUP og behov for støttekontakt var i størst grad udekket i 2007, hver med ti prosent av klientene. Også her var det udekkete behovet i 2007 angitt å være litt høyere enn i 2004. Det faktiske tilbudet fra BUP omfattet 21 prosent av klientellet til PP-tjenesten.

Sammenfattende står det igjen en betydelig uoverensstemmelse mellom fastlegenes vurdering av sin rolle overfor barn og unge med psykiske vansker og de øvrige kommunale aktørers vurdering av fastlegens rolle. I noen grad vurderer fastlegene at de har manglende kompetanse til å håndtere denne type problematikk. I tillegg konkurrerer det tidkrevende arbeidet med psykiske problemstillinger med arbeidet med somatisk pasienter.

Det foreligger et klart forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet om barn og unge med psykiske vansker mellom de kommunale instanser. Spesielt gjelder dette fastlegenes medvirkning. Målsettingen i Opptappingsplanen når det gjelder samarbeid mellom instansene i det psykiske helsearbeidet i kommunene er ikke oppnådd på dette punktet.

Fastlegene ønsker økt kapasitet hos BUP og mer veiledning fra BUP. Til tross for at BUP har økt både sin kapasitet og dekningsgrad når det gjelder barn og unge med psykiske vansker, rapporterer spesielt helsesøstertjenesten i kommunene om økt udekket behov for poliklinisk behandling ved BUP.

Hvordan er samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten?

Helsesøstertjenesten og PP-tjenestens samarbeid med BUP

Det beskrives et økt og bedret samarbeid fra 2004 frem til 2007. Spesielt synes samarbeid om enkeltsaker å fungere bra. De kommunale tjenestene ønsker mer oppfølging fra BUP etter at pasienten er ferdig utredet/behandlet der. De ønsker også mer veiledning fra BUP.

Helsesøstertjenesten melder om et udekket behov med hensyn til poliklinisk behandling ved BUP, slik det er beskrevet ovenfor.

Samarbeidet mellom BUP og de kommunale tjenestene i form av regelmessige samarbeidsmøter har økt i perioden. For helsesøstertjenesten var slike samarbeidsmøter rimelig etablert i 63 prosent av kommunene i 2007, for PP-tjenestene i 70 prosent.⁶¹

⁶¹ Helle Wessel Andersson og Sissel Steihaug: "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse" SINTEF rapport A4727. Januar 2008, ss. 90, 96.

Vel 60 prosent av helsesøstertjenestene vurderte samarbeidet med BUP til å være ”veldig godt”/”godt”. Dette er bare ubetydelig endret i perioden 2004-2007. For samarbeidet med PP-tjenesten var tilsvarende andel vel 70 prosent (kun 2007-data), mens for samarbeidet med fastlegene hadde andelen ”veldig godt”/”godt” sunket fra 71 prosent i 2004 til 56 prosent i 2007.⁶²

Fastlegene

Når det gjelder barn og unge med psykiske vansker har fastlegene mer samarbeid med BUP (70 prosent) enn med det psykiske helsearbeidet i kommunen (50 prosent). Fastlegene har en sentral rolle i henvisningen av barn og unge med psykiske vansker til BUP, og i forhold til intensjonene i Opptrappingsplanen burde fastlegenes samarbeidsrelasjoner til det øvrige psykiske helsearbeidet i kommunen vært bedre.

Barnevernet

Barnevernet er den eneste enheten i kommunen som kan henvise barn og unge med psykiske vansker direkte til BUP, uten å gå via fastlegen. I kvalitative intervju ga ledere innen både barnevern og BUP uttrykk for at det er en utvikling mot bedre samarbeid og bedre kommunikasjon mellom de to tjenestene fra 2002 til 2005.

Fortsatt hadde begge tjenester kritiske kommentarer til tilgjengelighet og organisering av den andre tjenesten. Dette var mer uttalt fra barnevernets side overfor BUP enn omvendt. Barnevernets kritikk gikk dels på at de ”må ta alle saker”, mens BUP hadde mer kontroll over hvem de måtte ta i mot. I tillegg ønsket barnevernet å ha mer kontakt med psykolog og/eller barnepsykiater, og syntes det var tungvint og unødvendig med sosionom og/eller barnevernspedagog når de mente at denne fagkunnskapen var godt nok tilgjengelig hos barnevernet selv.

Ledere i barnevernet syntes at det var lettere å få øyeblikkelig hjelp fra BUP på dagtid i 2004-2005 enn det var to - tre år tidligere.

Faktorer av betydning for pasientflyt, samarbeid mellom nivåer og tilgjengelighet

Når det gjelder pasientflyt mellom nivåene, er det en sentral faktor at BUP fortsatt blir ansett å ha for liten kapasitet i forhold til kommunenes ønsker om utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker. Til tross for at BUPs kapasitet har økt betydelig i tiden 2004-2007, angir de kommunale tjenestene (spesielt helsesøstertjenesten) at det i 2007 er en noe større andel av barn og unge som angis å ha et udekket behov for hjelp med psykiske vansker enn det var i 2004.

Det systematiske samarbeidet mellom nivåene har økt, men er fortsatt mangelfullt, spesielt sett fra kommunetjenestenes side. Fra BUP sin side fremholdes ressursproblemer som en sentral faktor i samarbeidet med andre instanser. I noen grad trekkes det frem kompetanseproblemer, spesielt mangel på barnepsykiatere og i noe grad psykologer. Dette gjelder først og fremst små poliklinikker. De større poliklinikkene vurderer bredden i kompetansen som god. Det kan virke som om ambulante team ved BUP øker muligheten for systematisk samarbeid med kommunene. Samarbeidet rundt de enkelte sakene er gjennomgående bra, likeledes når det gjelder øyeblikkelig hjelp-funksjonen.

For det psykiske helsearbeidet i kommunene ble særlig mangel på involvering fra fastlegenes side oppgitt som det viktigste problemet i det intrakommunale tjenestesamarbeidet.

⁶² Ibid. s. 64

Fastlegene konsentrerte seg om somatisk oppfølging og den formelle henvisningen til BUP. De anga i første rekke liten tid og i noen grad manglende kompetanse som årsaker til den lave graden av involvering. I noen grad vurderte også de andre kommunale tjenestene, spesielt PP-tjenesten, fastlegenes kompetanse som lav i forhold til barn og unges psykiske vansker. Jevnt over økte fastlegenes involvering hvis legen var kvinne og kommunen liten.

Få møtepunkter mellom tjenestene ble trukket frem som en negativ faktor for utvikling av samarbeid innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet. PP-tjenesten pekte i tillegg på uenighet i syn på problemforståelse og tiltak sammenlignet med andre deler av det kommunale psykiske helsearbeidet som en begrensende faktor for samarbeid.

Ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet pekte også på en spenning mellom forebyggende arbeid og behandlingstiltak overfor enkeltindivider. Selv om bemanningen - spesielt på helsesøstersiden - har økt, oppfattes dette som et prioriteringsdilemma.

Alvorlighetsgrad av tilstanden ser ut til å være den faktoren som sterkest påvirket opplevelsen av kvalitet på det tverrfaglige samarbeidet knyttet til barn og unge med psykiske vansker. Alvorligere tilstander er forbundet med opplevelse av dårligere samarbeid i det intrakommunale tjenesteapparatet. Det er grunn til å tro at dette reflekterer at disse sakene er så kompliserte og utfordrende at det overskrider kompetansen til det kommunale tjenesteapparatet. Det er spesielt råd fra fastlegene og fra BUP som etterspørres i disse sakene. Det rapporteres at barn og unge med alvorlige psykiske vansker prioriteres fremfor de med mindre alvorlig problemer ved inntak i BUP. Fastlegenes henvisningspraksis stemmer også med dette.

I forholdet mellom barnevernet og BUP påpeker begge parter at eget arbeidspress begrenser det formelle samarbeidet. Samarbeidet i enkeltsaker oppfattes som godt, likeledes muligheten for øyeblikkelig hjelp i arbeidstiden. Barnevernet etterlyser imidlertid beredskap fra BUP utenfor ordinær arbeidstid.

Samarbeidet mellom instansene både innen det psykiske helsearbeidet i kommunene og mellom nivåene har økt i opptrappingsperioden, men kan fortsatt forbedres. Spesielt etterlyses mer samarbeid med fastlegene i det psykiske helsearbeidet på kommunenivået.

5.2.4.2 Voksne

Hvem får behandling på ulike nivåer?

Innenfor den psykiatriske spesialisthelsetjenesten omfatter rapporten i all hovedsak forhold knyttet til DPS-funksjonen. De åtte DPS som det rapporteres fra, var alle rimelig utbygde enheter alt i 2002.

Pasienter med affektive lidelser utgjorde den største diagnostiske gruppen ved DPS i 2007. Andelen av den gruppen var gått noe ned i forhold til registreringene i 2002 og 2005. Den neste største gruppen var pasienter med angstlidelser, deretter kom schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelser. Det var ingen endring i den relative andelen av disse tre gruppene i undersøkelsesperioden. Det mest påfallende ved aldersfordelingen var det minimale antall eldre som har hatt kontakt med DPS - snaut sju prosent var over 60 år og kun to prosent var over 70 år. I perioden har det skjedd en signifikant reduksjon i andelen nye pasienter eller

pasienter som hadde førstegangskontakt med psykisk helsevern.⁶³ Det var en økning av pasienter med problemer knyttet til yrke og sosiale aktiviteter.

De fleste av de åtte rapporterende DPS hadde økt sin funksjonsdifferensiering og sine spesialtilbud i undersøkelsesperioden. Alle hadde døgnenhet, sju hadde dagenhet og fem hadde psykoserehabiliteringsteam og rusteam/ruspoliklinikk. Det var kun ett DPS som hadde opprettet akutt-team i 2007, men ved flere var denne funksjonen under oppbygging. Denne utbyggingen har åpenbart satt DPS i stand til å differensiere sitt tilbud mer enn tidligere. Dette tydeliggjøres ved at en betydelig del av pasientene henvises mellom enhetene i DPS. Spesielt deres dagavdelinger utveksler i høy grad pasienter med andre enheter i DPS. Denne utvekslingen hadde økt fra 2005 til 2007.

Døgnavdelingene ved DPS hadde en større andel pasienter med angstproblematikk, en mindre andel med schizofreni og med rusrelaterte lidelser, og vesentlig færre pasienter med dobbeltdiagnoser (rusdiagnose i tillegg til annen psykiatrisk diagnose) enn døgnavdelingene ved sykehus. Tvungent psykisk helsevern ble i meget liten utstrekning bruk ved DPS. Kun 2,5 prosent av alle pasientene i 2005 og 2007 var underlagt tvungent psykisk helsevern. Tvungent helsevern i døgnavdeling omfattet en prosent av pasientgruppen. Lite bruk av tvang er i tråd med den statlige veilederen for DPS.

Personellet ved DPS har vurdert effekten av deres behandling til den totale pasientpopulasjonen. De rapporterte størst bedring for psykiatriske symptomer og psykologiske problemer, minst for atferdsproblemer og arbeidsevne.

Til tross for vesentlig økt kapasitet, har tre av de åtte distriktskykiatriske sentrene fått økte ventelister i løpet av evalueringsperioden. Det var lite endring i lengden på ventelistene for de fem andre sentrene. Det er uklart om de økte ventelistene skyldes spesielle forhold ved de tre DPS. Uansett indikerer det at en del pasienter må vente på å få behandling på et antatt riktig nivå. Når det gjelder de pasientene som var i behandling, tyder resultatene på at fordelingen mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenestenivå og innen spesialisthelsetjenesten overveiende fungerte hensiktsmessig.

I følge Opptappingsplanen skulle DPS være hovedveien inn i sykehusavdelinger for pasientene. Slik forholdt det seg ikke. Kun 20 prosent av innleggelsene på døgnavdelingene ved sykehus kom fra DPS. Hovedkilden for innleggelser i sykehusavdelinger var legevakt/fastleger. Dette sier ikke noe om hvorvidt disse pasientene kan ha hatt kontakt med ikke-døgnbaserte enheter ved DPS i tiden før innleggelsen. Det reflekterer imidlertid sannsynligvis at DPS har liten kapasitet for beredskap utenom vanlig kontortid, slik at pasienter med akutt forverring blir lagt inn gjennom de eksisterende medisinske beredskapskanaler. Det mangler mye på at intensjonene i Opptappingsplanen om DPS som inngangsporten til sykehusavdelingen er oppfylt.

Når det gjelder antall personer med psykiske lidelser, har fastlegene og det psykiske helsearbeidet i kommunene i første rekke kontakt med pasienter mellom 35 og 55 år med angst og depresjon som hovedproblem. De behandler flere menn med psykiske vansker enn svarende til mannsandelen i deres pasientpopulasjon. Om lag 25-30 prosent av fastlegens pasienter med psykiske lidelser har en alvorlig psykisk lidelse (vesentlig schizofreni og affektiv lidelse) som har vart i over fem år. Dette dreier seg sannsynligvis om pasienter som

⁶³ Rolf W. Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: "Bidrar utbyggingen av distriktskykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?" SINTEF rapport A6169. 2008, s. 44 ff.

anses som ferdigbehandlet på spesialisthelsetjenestenivå, og med et antatt rimelig stabilt symptom- og funksjonsnivå.

Gis behandling på riktig nivå?

I tråd med de overordnede statlige føringer for Opptappingsplanen, behandler DPS flere pasienter enn tidligere. Pasienter med de alvorligste vanskene blir prioritert både på kommunalhelsetjenestenivå- og spesialisthelsetjenestenivå. Samtidig er det også denne pasientgruppen som representerer de største utfordringene. Pasienter med schizofrene tilstander og alvorlige personlighetsforstyrrelser utgjør en økende andel ved DPS av de pasientene som får lang tids behandling (>1 år). Pasienter som ble innlagt til døgnavdelinger ved psykiatrisk sykehus, hadde gjennomgående høyere symptomnivå og dårligere funksjonsnivå enn pasientene på DPS. Dette tyder på at fordelingen av oppgaver innen spesialisthelsetjenesten fungerer etter intensjonen i Opptappingsplanen.

Fastlegene gir i noen grad uttrykk for at de har dårlig kompetanse og for lite støtte til å behandle langtidssyke med alvorlige lidelser som spesialisthelsetjenesten vurderer som ferdigbehandlet og rimelig stabile. Dette gjelder sannsynligvis spesielt for pasienter med schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Funksjonsnivået for pasientene i disse gruppene kan variere betydelig. En faglig konsekvens av dette er at noen av de som får omsorg på kommunalhelsetjenestenivå, bør ha en langtidskontakt med DPS eller at det bør være en bedre rådgivningstjeneste fra DPS til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Døgntilbud til denne gruppen vil dels kunne tilbys innen DPS-strukturen, dels vil en del pasienter fra tid til annen trenge innleggelse på psykiatrisk sykehusavdeling. Det psykiske helsearbeidet i kommunene har en viktig utfordring i oppfølgingen av denne gruppen. Dette er også i samsvar med Opptappingsplanens siktnål om økt oppmerksomhet på pasienter med de største vanskene. Fastlegene må kunne ta sin del av ansvaret for oppfølgingen. Pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelser kan representere en spesiell utfordring da de fleste fastleger antakelig har begrenset tid og kompetanse til å tilby denne gruppen effektiv behandling.

Hvordan er samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenestene?

Behandlerne ved DPS rapporterte at de samarbeidet mest med fastlege, sykepleier/psykisk helsearbeid i kommunen og pasientenes pårørende/familie/venner. De prioriterte samarbeid om de pasientene som hadde størst vansker. Det var ingen endring i samarbeidsmønsteret til DPS i løpet av registreringsperioden.

Individuell plan, kommunal ansvarsgruppe eller koordinator i kommunen ble vurdert som hensiktsmessig bare for 30-40 prosent av pasientene. Av disse pasientene hadde 75 prosent fått et slikt tilbud.

For 16 prosent av pasientene vurderte behandlerne ved DPS at det ikke var aktuelt med et samordnet opplegg mellom DPS og kommunehelsetjenesten. Der en slik samordning ble vurdert som hensiktsmessig var dette organisert for nær tre fjerdedeler av de aktuelle pasientene.

40 prosent av fastlegene og helsearbeiderne i kommunene mente at samarbeidet med DPS var bra, 20 prosent mente at det var dårlig. Det var ingen endring i dette i løpet av registreringsperioden.

Av fastlegene var det ti prosent som oppga at DPS-ansatte hadde liten respekt for deres arbeid og kompetanse. Blant ansatte i det øvrige kommunale psykiske helsearbeidet mente 21 prosent at DPS-ansatte hadde liten respekt for deres arbeid og kompetanse.

Blant de pasientene som mente at samarbeid mellom første- og andrelinjetjenestene var viktig, vurderte 75 prosent at samarbeidet forløp bra, 25 prosent at det var dårlig.

Samarbeidet mellom det psykiske helsearbeidet i kommunen og NAV (daværende Aetat) er vurdert i en av rapportene.⁶⁴ Det kommer frem at dette samarbeidet er lite utviklet, noe som fra NAVs side begrunnes med at det dreier seg om ulike kulturer og at tilrettelegging av beskjeftigelse ikke er en sentral oppgave for dem.

For å nå målsetningene i Opptrappingsplanen trengs det en styrking av samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenestene. Det virker som om samarbeidet rundt enkeltpasienter går rimelig bra med en prioritering av dem med størst behov i tråd med Opptrappingsplanens målsetning.

Opptrappingsplanens måltall for tilbud gjennom Aetat/NAV er mer enn oppfylt (se kapittel 3). Likevel synes samarbeidet mellom Aetat/NAV og det psykiske helsearbeidet i noen kommuner å være svakt utviklet.⁶⁵

Hvilke faktorer er av betydning for ulikheter i pasientflyt, samarbeid mellom nivåer og tilgjengelighet?

Det vil i betydelig grad være de samme faktorene som har betydning for tilgjengelighet og pasientflyt. Med hensyn til tilgjengelighet er det en faktor som skiller seg spesielt ut. Blant eldre mennesker med psykiske vansker er det svært få som har kontakt med DPS. Denne aldersgruppen er markant underrepresentert blant pasientene på DPS-nivå. Ventelistelengde ved de undersøkte DPS endrer seg svært ulikt over tid. Det er ikke funnet forhold som forklarer dette. Det rapporteres om en klar økning i differensiering og kompetanse ved DPS i prosjektperioden, i hvert fall i de DPS-områdene som dekkes av undersøkelsen. Dette tyder på at tilgjengeligheten til hensiktsmessige tilbud for ulike pasientkategorier har økt unntatt for eldre.

Det er et gjennomgående funn i evalueringsporteføljen at pasienter med alvorlige psykiske vansker blir prioritert på alle nivåer. Øyeblikkelig hjelp-funksjonen later også til å fungere gjennomgående godt, på den måten at det er lett å få innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Imidlertid er det bekymringsfullt at DPS er henvisende instans til døgnplass i psykiatrisk sykehus kun ved 20 prosent av henvisningene. Resten henvises stort sett av fastleger/legevakt. Det er uklart hvor stor del av disse pasientene som har løpende kontakt med DPS (poliklinikk/dagtilbud) før innleggelsen på psykiatrisk sykehus. Forverring ved akutt eller kronisk psykotisk tilstand kan ofte føre til innleggelse utenfor ordinær arbeidstid, og derfor kun fanges opp av den generelle beredskap i kommunen.

Det er foreløpig ingen dokumentasjon av effekt av akutt-team ved DPS for innleggelsespraksis på psykiatriske sykehus. Det er imidlertid rimelig å tro at slike team vil kunne dels hindre en del innleggelser, dels stå for innleggelser slik at DPS vil øke som innleggende instans.

Vel halvparten av utskrivningene fra psykiatriske sykehus går til DPS, spesielt til poliklinikk og DPS døgnavdeling. Dette tyder på at DPS døgnavdelinger har en viktig funksjon som mellomstasjon fra en akuttavdeling til en poliklinisk/dagbasert behandling. Dessuten kan DPS

⁶⁴ Solveig Flermoen: "Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse" Telemarksforskning-Bø Rapport nr. 234. September 2006.

⁶⁵ Ibid. s. 11

døgnavdelingene også hindre innleggelse på akuttavdeling ved at en her kommer tidligere til, og før et tilbakefall blir for omfattende.

Fra kommunene er fastlegen, eventuelt legevaktlege, den formelle henvisende instansen til DPS-ene. Alvorlighetsgrad av pasientens vansker var den klart viktigste faktoren for henvisning til DPS. For pasienter med lettere psykiske vansker var pasientens eget ønske den viktigste faktoren for henvisningen. Godt behandlingstilbud ved DPS var en viktig faktor for fastlegene i over 60 prosent av henvisningene.

Både DPS og førstelinjen vurderte alvorlighetsgraden av pasientens tilstand som den viktigste faktoren for det faktiske samarbeidet om enkeltpasienter. Her anførte fastlegene at de fikk for lite hjelp/veiledning fra DPS med oppfølging.

Fastlegene og de psykiske helsearbeiderne i kommunene anga at det var dårlig samarbeid om pasienter med personlighetsforstyrrelser, alderspsykiatriske problemstillinger og pasienter med dobbeltdiagnoser.

Samarbeidet mellom DPS og fastlegene/det psykiske helsearbeidet i kommunen var mer omfattende i kommuner med lavt innbyggerantall og lav andel av ansatte med videreutdanning i det psykiske helsearbeidet, enn i større kommuner og i kommuner med høyere andel ansatte med slik videreutdanning. Fortsatt er det disse kommunene som rapporterer et økt behov for støtte fra DPS. Det var en samvariasjon mellom liten kommunestørrelse og lav andel videreutdanning i psykisk helsearbeid. Dette kan bety at disse kommunene raskere og oftere har ønske om kontakt med DPS-nivået enn større kommuner.

5.3 Brukermedvirkning

5.3.1 Målsettinger

I Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet påpekes det at ”økt brukermedvirkning innen helse- og sosialtjenestene er et overordnet mål”. Det er en målsetting at brukere - både pasienter og pårørende - skal få økt medvirkning i utformingen av individuelle tiltak. Målet er også en økt brukermedvirkning i utformingen av tjenester og tilbud både i kommunene og innen spesialisthelsetjenesten.

5.3.2 Virkemidler

I Stortingsproposisjon 63 (1997-1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 følges disse målene opp med forslag til styrking av brukerrettete tiltak og informasjon.

Det er innført en lovpålagt plikt til å gi tilbud om å utarbeide en individuell plan for pasienter innen psykisk helsevern med ”sammensatte og langvarige behov for tjenester”. Utarbeiding av en slik plan krever samtykke fra pasienten og den skal utarbeides i samarbeid med ham/henne. Det psykiske helsearbeidet i kommunene har også en tilsvarende lovpålagt plikt til utarbeiding av individuell plan.

Departementet vil bidra til at det opprettes kvalitetsutvalg med brukerrepresentasjon ved psykiatriske institusjoner og gi bruker- og pårørendeorganisasjoner økte muligheter til å organisere brukermedvirkning, etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet. Departementet vil også bidra til at det i alle kontrollkommisjoner for psykiatriske institusjoner oppnevnes et medlem som representerer brukerinteresser. Samtidig ønsker departementet å bidra til at kunnskap og erfaring om brukermedvirkning tas inn i videre- og etterutdanningen av helse- og sosialpersonell.

5.3.3 Datagrunnlag

Rolf W Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: "Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre helsetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007" SINTEF rapport A6169. April 2008.

Jorid Kalseth og Terje Andreas Eikemo: "Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008" SINTEF rapport A8276. Oktober 2008.

Trine M. Myrvold og Marit K. Helgesen: "Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning" NIBR-rapport 2009:4. Februar 2009.

Marit K. Helgesen: "Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene" NIBR-rapport 2006:21. Desember 2006.

Rapporten fokuserer på brukernes individuelle medvirkning og kollektive deltagelse på kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenestenivå. Hovedfokuset er på det kommunale nivået.

Følgende problemstillinger er belyst i denne rapporten:

- Hvordan legges det til rette for brukernes individuelle medvirkning på kommunalt nivå?
- Hvordan arbeider tjenesteytere for å styrke brukernes individuelle medvirkning?
- Hvordan leges det til rette for brukernes kollektive deltagelse på kommunalt nivå?
- Hvordan legges det til rette for brukernes kollektive deltagelse overfor spesialisthelsetjenesten?
- Hva er suksesskriteriene for brukeres deltagelse og medvirkning på kommunalt nivå?

Det er valgt ut sju kommuner, dels etter størrelse, dels etter avstand til DPS, BUP og sykehus. Tre kommuner er små (>4.000 innbyggere), mens fire er middels store (fra 15 000 til 28 000 innbyggere). De store og de minste kommunene er ikke med i utvalget. I disse sju kommunene har man hatt kvalitative intervjuer med ansatte i administrasjonen og psykisk helsetjeneste, samt i noen tilfeller med ansatte ved andre tjenestesteder. Det er gjennomført to intervjurunder - en i 2003/2004 og en i 2006. Det ble gjennomført 85 intervjuer i de to rundene. Det ble også sendt ut en runde med spørreskjema til brukerorganisasjoner med følgende resultat (sendte skjema/utfylte skjema): Mental Helse Norge: 244/103, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien: 32/18 og Voksne for barn: 127/24. I alt 145 besvarte skjema av 403 utsendte (36 prosent).

Solveig Flermoen: Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Telemarksforskning-Bø Rapport nr.234. August 2006.

Sidsel Sverdrup, Trine M. Myrvold og Lars B. Kristofersen: "Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter" NIBR-rapport 2007:2. Mars 2007.

Marit Sitter: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse" SINTEF rapport A5204. April 2008.

Det er til dels betydelige problemer knyttet til representativiteten av data i denne delen av porteføljen, slik at man må være svært forsiktig med å generalisere funnene.

For barn og unge i kommunene er det gjort kvantitative analyser med et rimelig høyt antall brukere og deres pårørende. Disse kan i utgangspunktet generaliseres til middels store kommuner. Små kommuner og de store byene er dårlig representert i kommuneutvalget og begrenser generaliserbarheten. For barn og unge er det ingen data i porteføljen som gir mulighet for generalisering til spesialisthelsetjenesten.

For voksne er det i kommunene gjort kvalitative undersøkelser blant pasienter og deres pårørende og hos fagpersoner i det psykiske helsearbeidet. Det er også gjort en kvantitativ spørreundersøkelse rettet mot brukerorganisasjoner for pasienter og pårørende. Generaliserbarheten begrenses av en lav svarprosent (36 prosent). Sammenfattende gir disse dataene muligheter til å peke på tendenser innen brukermedvirkningen, men de kan ikke generaliseres til et nasjonalt nivå.

På spesialisthelsetjenestenivå er det et tallmessig stort kvantitativt materiale om brukermedvirkning fra pasienter, pårørende og fagpersoner. Materialet er begrenset til DPS-nivået, men det er likevel mulig å beskrive noen nasjonale tendenser ut fra disse dataene. Svakheterne er underrepresentasjon av storby-DPS, samt problemer med å kunne vurdere endringer over tid. Kvalitative data fra spesialisthelsetjenesten er svært sparsomme og ikke egnet til generalisering.

Rapporter utenom Forskningsrådets evalueringsportefølje:

Kari Aanjesen Dahle, Olaf Holmboe og Jon Helgeland: Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9 2006.

5.3.4 Resultater

Brukermedvirkning kan foregå på individnivå med hensyn til egen behandling og behandlingsplanlegging, eller på systemnivå ved kollektiv representasjon gjennom medlemskap i en brukerorganisasjon. I det følgende avsnittet vil disse forholdene bli omtalt for det kommunale nivået og for spesialisthelsetjenesten. Bruk av individuell plan og ansvarsgrupper vil bli behandlet særskilt. Statlige og kommunale tiltak knyttet opp mot styrking av brukerorganisasjonene vil også bli behandlet særskilt.

Følgende spørsmål søkes belyst:

- Hvordan foregår brukermedvirkning på ulike nivåer?
- Blir brukernes erfaringer hørt?
- Får brukererfaringene konsekvenser for tjenesteutforming?
- Er brukerorganisasjonene styrket?

Kommunalt nivå

De foresatte til barn og unge opplever å bli hørt og mener at de i stor grad anses som sentrale samarbeidspartnere til helsestasjonstjenesten og til PP-tjenesten. De foresatte mener de har god mulighet til å påvirke PP-tjenestens arbeid og beslutninger. Det er ubetydelig endring i disse vurderingene fra 2003/2004 til 2006.⁶⁶

⁶⁶ Marit Sitter: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse" SINTEF Rapport A5204. April 2008, ss. 28, 37, 107

Brukernes samarbeid med det kommunale psykiske helsearbeidet om egen situasjon og forslag til tiltak har endret seg lite fra 2003/2004 til 2006 for voksne brukere. I det kvalitative materialet går det frem at brukerne deltar i disse prosessene. Det er imidlertid sprikende oppfatninger blant brukerne om hvorvidt de blir hørt og har innflytelse på prosessen og beslutninger. Fagpersonene i det psykiske helsearbeidet er mer samstemte om at brukerne blir hørt og har innflytelse. Ansatte i det psykiske helsearbeidet rapporterer også at tiltak som de foreslår og anser som viktige, ikke alltid er ønsket av brukerne, og at medvirkningen kan ta preg av motiveringssamtaler. Tiltak som ikke blir akseptert av brukerne, blir i følge fagpersonene ikke satt i verk.

Det er en tendens til økt brukerstyring av kommunale dagsentre fra 2003/2004 til 2006.

På systemnivå oppfatter brukerorganisasjonene støttegrupper og selvhjelpsarbeid som sitt viktigste arbeidsområde, og deltagelse i helse- og sosialpolitiske beslutningsprosesser blir sett på som sekundært.⁶⁷ Det er en klar tendens til at brukerorganisasjonene opplever lettere tilgang til det psykiske helsearbeidet i de små kommunene enn i de større. Det virker hemmende for den kollektive brukermedvirkningen hvis det er en flat organisasjonsform med uklar definering av lederskap for det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Spesialisthelsetjenesten

I DPS-undersøkelsen ble pasientene spurt om ”behandler har respekt for dine synspunkter/meninger” og om ”behandlingens evne til å lytte og forstå”. Et klart flertall - 85 prosent - av pasientene svarte at de var ganske eller svært godt fornøyd på disse områdene. Det er usikkert i hvilken grad dette også er uttrykk for en aktiv medvirkning i behandlingsopplegget.⁶⁸

En evaluering av døgneheter for voksne bekrefter den positive vurderingen av behandlerkontakten, mens 40 prosent har en negativ vurdering av forberedelsene til utskrivning og innflytelse på behandlingsopplegget.⁶⁹

En undersøkelse blant barn og unge/deres foresatte om medbestemmelse i behandlingsopplegget ved BUP viste at ca. 80 prosent var fornøyd. Det var ingen forskjell på vurderingene til de foresatte og til barna/de unge (>11 år).⁷⁰

På systemnivå er det to arenaer for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten: brukerutvalg i helseforetakene og kontrollkomisjonene i de enkelte institusjonene.

Brukerutvalg er hjemlet i helseforetakslovens § 35 (Lov om helseforetak m.m. av 2. juli 2001 nr. 93). Av 404 lokallag i brukerorganisasjonene som ble spurt var det 50 som svarte at de hadde representanter i brukerutvalg. Dette svarer til 12 prosent av de forespurte lagene. Den lave svarprosenten gjør det vanskelig å generalisere funnene.

- De som deltok i brukerutvalg, vurderte imidlertid at de i stor grad deltok i planprosesser, var med i arbeidsgrupper, møtte institusjonsledelsen og ga råd til spesialisthelsetjenesten.

⁶⁷ Marit K. Helgesen: ”Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene” NIBR-rapport 2006:21. Desember 2006, s. 115

⁶⁸ Rolf W. Gråwe, Trond Hatling, Torleif Ruud: ”Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?” SINTEF rapport A6169. 2008, s. 108

⁶⁹ Rapport fra Kunnskapscenteret nr.9 2006

⁷⁰ Helle W. Anderson, Solveig O. Ose og Marit Sitter: ”Psykisk helsevern for barn og unge. Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet” SINTEF rapport STF78 A055009

- Ut fra de foreliggende evalueringer kan det virke som om brukerutvalg fungerer etter intensjonen, men det er uklart i hvor stort omfang slike utvalg er opprettet.
- En rapport om kartlegging av de distriktpsikiatriske sentre i Norge i 2008 finner at 48 prosent av dem som hadde svart på spørsmål om brukerutvalg, hadde opprettet slike. Det var store forskjeller mellom regionene. I Helse Vest RHF hadde åtte av totalt 16 DPS opprettet brukerutvalg, i Helse Nord RHF var det ett av 14.⁷¹

I kontrollkommisjoner skal det alltid oppnevnes en person som representerer pasient- eller pårørendeinteresser for personer underlagt psykisk helsevern. I Ot.prp. nr. 1 (1998-1999) påpekes det ”at det ved oppnevningen vil være naturlig for fylkesmannen å samarbeide med organisasjoner for pasienter og pårørende med tanke på forslag til slik medlem”.

Gjennomgående tyder brukerorganisasjonenes erfaringer på at brukerne har en meningsfylt rolle i kontrollkommisjonene. Samtidig mener en del at det er vanskelig å arbeide som bruker i kontrollkommisjonene. Hva disse vanskene består i, er ikke spesifisert. Lav svarprosent gjør at disse vurderingene vanskelig kan generaliseres.

Individuell plan og ansvarsgrupper

Både det psykiske helsearbeidet i kommunene og spesialisthelsetjenesten er pålagt å lage individuell plan (IP) for ”pasienter med langvarige og sammensatte behov”. For praktisk formål betyr dette at de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om den enkelte pasients IP.

- Det synes å være bred enighet innen begge nivåer om at IP er et meget hensiktsmessig verktøy i arbeidet med de pasientene som har langvarige og sammensatte behov.
- I DPS vurderes 30-40 prosent av pasientene å ha behov for IP og/eller ansvarsgruppe. Av disse angis det at 60-70 prosent har slik plan eller ansvarsgruppe.⁷² I samme rapport fremgår det at de fleste - 80 prosent - av pasientene som hadde en IP, mente at de hadde hatt innflytelse på sin IP. 60 prosent mente at de hadde hatt innflytelse i stor eller svært stor grad.
- For de pasientene som hadde IP, fant man et mer omfattende samarbeid med kommunale instanser enn for dem som ikke hadde det.
- Antallet pasienter som hadde IP, økte fra ti prosent i 2002 til 22 prosent i 2005, for så å flate noe ut frem til 2007 (19 prosent). For de tre undersøkelsestidspunktene sett under ett, hadde 18 prosent av pasientene ved de åtte DPS en IP.⁷³

Pårørende var i mindre grad involvert i utarbeidelsen av IP, og bare sju prosent av dem mente at de hadde deltatt i dette arbeidet.

For pasienter med langvarige og sammensatte behov for tjenester vil pårørende ofte være viktige når IP skal utarbeides. Det kan være flere grunner til at pårørende i mindre grad enn pasientene trekkes inn i dette arbeidet; for eksempel kan spesialisthelsetjenesten ikke ha prioritert dette høyt nok, eller pasientene kan ha ønsket at pårørende ikke skulle involveres.

⁷¹ Kartlegging av de Distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008, s. 38; Muusman/Agenda Rapport 1909, 2008

⁷² Rolf W. Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: ”Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet. Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002,2005 og 2007?” SINTEF rapport A6169. April 2008, s. 70

⁷³ Ibid. s. 113 ff.

Fra det kommunale psykiske helsearbeidet foreligger det i overveiende grad kvalitative data. Det pekes på at IP står mer på dagsorden i 2006 enn i 2003/2004. Samtidig kommer det frem at arbeidet med IP er omfattende og tidskrevende og at ”enkler” planer ofte virker mer hensiktsmessige. I tillegg kommer at mange pasienter oppfattes som ambivalente til å få utarbeidet en IP eller at de ikke ønsker det. Det påpekes at retten til IP omfatter retten til selve planen, ikke til gjennomføringen av planens innhold, som vil være avhengig av tilgjengelige ressurser. Dette har vært frustrerende og - i noen grad - demotiverende både for helsearbeidere og pasienter. Det står imidlertid fast at det psykiske helsearbeidet i kommunene vurderer IP som et hensiktsmessig verktøy for de dårligste pasientene med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Pårørende til barn og ungdom gir i tillegg uttrykk for at IP for deres barn har ført til bedre koordinering av tiltakene for barna.

Fagpersonalet og pasientene har en samstemt positiv vurdering av bruk av ansvarsgrupper og en sentral kontaktperson. Begge parter vurderer dette som det viktigste strukturelle tiltaket på det kommunale nivået, og spesielt for de pasientgruppene som IP også er tiltenkt. I ansvarsgrupper for disse pasientgruppene vil det oftest være hensiktsmessig med deltagelse også fra spesialisthelsetjenesten. Vi kan ut fra våre evalueringsrapporter ikke si noe om omfanget av slik deltagelse.

Individuell plan og ansvarsgrupper er åpenbart hensiktsmessige verktøy for de pasientene i psykisk helsevern som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Samtidig er det ukart hvor stor andel av pasientene IP er hensiktsmessig for. Ansvarsgrupper blir vurdert som et minst like viktig tiltak for denne pasientgruppen.

Styrking av brukerorganisasjonene

Det har under opptrappingsperioden funnet sted en styrking av midler til brukerorganisasjonene og brukervedvirkning. I 2009 budsjettet ble det foreslått i alt 44 millioner kroner til bruker- og pårørendetiltak.⁷⁴

Evalueringsporteføljen viser at det har vært en økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene fra 2002 til 2008. Andelen som vurderer av samarbeidet som svært godt, øker med kommunestørrelse.⁷⁵

5.4 Bruk av tvang

Følgende spørsmål søkes belyst i dette kapitlet:

- I hvilken grad brukes tvang?
- Hvilke faktorer er av betydning for tvangsinnleggelse/vedtak og bruk av tvangsmidler?

5.4.1 Målsettinger

I prinsippene for Opptrappingsplanen fremheves det at behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. Når bruk av tvang er nødvendig, skal tvangen være regulert på en måte som sikrer rettsikkerhet, klageadgang og kontroll fra uavhengige organer. (St.meld. nr. 25 (1996-97)).

⁷⁴ St.prp.nr.1 HOD 2008-9 s. 168

⁷⁵ Trine M. Myrvold og Marit K. Helgesen: ”Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning” NIBR-rapport 2009:4. Februar 2009, s. 120

Implisitt i Opptrappingsplanens intensjoner ligger det at reduksjon av tvang innen psykisk helsevern er et mål, men verken i Stortingsmeldingen eller i St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 er det angitt noe måltall for bruk av tvang i psykisk helsevern.

5.4.2 Virkemidler

Det sentrale virkemidlet når det gjelder tvang i psykisk helsevern, er Psykisk helsevernloven. Den nåværende loven trådte i kraft 1. januar 2001 og avløste tilsvarende lov fra 1961. Den ble vesentlig omredigert og endret ved lov av 30. juni 2006. Det ble foretatt vesentlige endringer både i formaliteter og prosedyrer spesielt i forhold til etablering av tvungent psykisk helsevern (Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern med senere endringer).

I de senere årene har det vært en løpende offentlig debatt i media omkring tvang i psykisk helsevern. Synspunktene og vinklingene i denne debatten har vært forskjellige, men den har utvilsomt påvirket bevisstheten om tvang i psykisk helsevern både i befolkningen og i fagfeltet.

5.4.3 Datagrunnlag

Følgende rapporter danner datagrunnlaget for denne delen:

Rolf W Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: "Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007" SINTEF rapport A6169. April 2008.

Ragnhild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard: "Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006" SINTEF rapport A4319. Mai 2008.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- I hvilken grad vil tvangsinnleggelser ved døgnopphold reduseres i opptrappingsperioden?
- Hva kan forklare forskjeller mellom institusjoner i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?

Analysene bygger på data fra Norsk Pasientregister. Datakvaliteten har variert betydelig i perioden. Dette kan henge sammen både med rapporteringsformatet og rapporteringsrutinene. Den svake datakvaliteten gjør at det er vanskelig å generalisere funnene til nasjonalt nivå. Et sannsynlig unntak er tallene for *endring* i omfang av tvangsinnleggelser fra 2001 til 2006.

Ragnhild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard: "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007" SINTEF Rapport A8231. November 2008.

Følgende problemstilling belyses i denne rapporten:

- En helhetlig kartlegging av utviklingen i bruk av tvangsmidler (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering – for 2007 også bruk av holding) samt bruk av skjerming gjennom opptrappingsperioden.

På grunn av svakheter i kvaliteten på data fra Norsk Pasientregister, har SINTEF gjennomført en manuell skjemabasert innhenting av data fra institusjonene for de fire angitte årene. Opplysninger om oppholdsdøgn er hentet fra SAMDATA 2008. Dataene vurderes som gjennomgående gode. Endring av rapportering av skjerming i perioden (2006) gjør at endring

i bruk av skjerming må tolkes med forsiktighet. Holding ble først ble definert som tvangsmiddel fra 2007.

Ragnhild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard: "Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007" SINTEF rapport A8237. November 2008.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- For hvor stor andel av henvisninger til tvungent psykisk helsevern skjer innleggelsene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?
- Hvilke pasientegenskaper øker sjansen for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?
- Hvordan er utskrivningspraksisen for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?
- Hvor stor andel av pasienter ved dagavdelinger og poliklinikker er under tvungent psykiske helsevern uten døgnopphold?
- Hvor stor andel av innleggelsene under tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg blir tvangsbehandlet med legemidler?
- Hva karakteriserer pasienter som blir tvangsbehandlet?

Analysene bygger på data fra Norsk Pasientregister. Forfatterne skriver: "Pasientdata er dessverre av en slik art at det ikke er forsvarlig med analyser av omfanget av tvangsbehandling med legemidler utenfor institusjon. Resultater som gjelder omfanget av tvang uten døgnomsorg må, av samme årsak, også tolkes med forsiktighet."

Per Bernhard Pedersen og Anne Mette Bjerkan: "Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse - supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten" SINTEF rapport A7588. August 2008.

Følgende problemstillinger belyses i denne rapporten:

- Hvordan/i hvilken grad har økt behandlingstid påvirket den registrerte dekningsgraden innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge? I hvilken grad er det også en sammenheng mellom konsultasjonsfrekvens og dekningsgrad?
- Hvilke endringer har funnet sted i pasientsammensetningen ved døgninstitusjonene for voksne?
- Har omfanget av tvangsinnlagte blitt redusert i samsvar med Opptappingsplanenes målsetting om økt grad av frivillighet?
- Har vi fått en bedre tilpasning av tjenestetilbudet til døgnpasientenes behov?

Analysene bygger på data fra Norsk Pasientregister, HIADATA (1998-2003) og SINTEFs punktregistreringer i 1989, 1994, 1999, 2003 og 2007.

Data i SINTEFs punktregistreringer kan inneholde skjevheter som kan påvirke analyseresultatene.

Det anføres i alle evalueringsrapportene at det er store problemer med datakvaliteten. Dette gjør at de aller fleste resultatene ikke kan generaliseres til nasjonalt nivå, men heller ses som en pekepinn på hvilke mulige tendenser som bør følges videre. Et unntak er utviklingen i

omfanget av tvangsinnleggelse, der resultatene med forsiktighet kan ses på i et nasjonalt perspektiv.⁷⁶

Andre rapporter:

Per Bernhard Pedersen, Trond Hatling og Kjerstina Røhme: "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller?" SINTEF rapport A686. Januar 2007.

5.4.4 Resultater

5.4.4.1 Henvisning til psykisk helsevern med tvang

Med døgnopphold

Forhold ved henvisning

Datagrunnlaget baserer seg på henvisninger fra eget bosted, som er stipulert til ca. 80 prosent av alle henvisninger. Henvisninger til psykisk helsevern med tvang steg fra snaut 4 300 i 2001 til 6 500 i 2006, noe som gir en økning på 52 prosent. I samme periode var det en økning i innleggelse på omtrent 50 prosent. Andelen som ble henvist med tvang, har altså holdt seg rimelig uendret i perioden.

I all hovedsak forgår henvisning med tvang til sykehusavdelinger. Til DPS døgnavdelinger ble 68 pasienter henvist med tvang i 2001, 296 pasienter i 2006. Dette er økning fra fem prosent til 11 prosent av dem som innlegges på DPS døgnavdeling. På grunn av det lave antallet har dette minimal innvirkning på totaltallene. Likevel er økningen verd å merke seg, siden den muligens illustrerer en endring i DPS-funksjonen mot større ansvar for døgnbehandling av pasienter som ikke er motivert for behandling.

For 2006 er det rimelig sikre tall for andel innleggelse med tvang i psykisk helseverninstitusjoner som er godkjent for dette. Totalt ligger disse estimatene mellom 21 og 25 prosent. For sykehusavdelinger er estimatene mellom 27 og 30 prosent og for avdelinger utenfor sykehus mellom fem og ti prosent. Tar vi med de døgnavdelingene i psykisk helsevern som ikke tar imot innleggelse med tvang, finner vi i 2006 at mellom 16 og 19 prosent av innleggelse totalt i psykisk helsevern foregår med tvang.

Spesialistvurdering/omgjøring av tvangsvedtak

Etter spesialistvurdering i psykisk helsevern i 2006 ble omlag 24 prosent av henvisningene med tvang omgjort til frivillig status. Dette er mer enn en dobling av andelen som ble overført til frivillig status sammenlignet med i 2001. I 33 prosent av henvisningen ble det opprettholdt vedtak om tvunget psykisk helsevern og i 42 prosent som tvungen undersøkelse.

Datagrunnlaget har store svakheter, men andelen tvangsinnlagte som har fått omgjort sin status til frivillig innlagt etter spesialistvedtak, har sannsynligvis økt i perioden. På dette feltet er det store forskjeller mellom institusjonene.

Ser vi på pasienter som på et gitt tidspunkt hadde døgnopphold i psykisk helsevern og andelen av disse som på det tidspunktet var tvangsinnlagt, har denne andelen sunket relativt jevnt gjennom perioden fra vel 33 prosent i 1999 til ca. 29 prosent i 2007.

⁷⁶ Ragnhild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard: "Tvungen psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006" SINTEF rapport A4319. Mai 2008, s. 42

Tabell 5.6

Døgnpasienter fordelt etter status (frivillig/tvang) på registreringstidspunktet. Psykisk helsevern for voksne.

	1999		2003		2007	
	%	n	%	n	%	n
Tvang	33,4	1698	27	1136	29,6	1033
Frivillig	66,6	3386	73	3064	70,4	2452
Totalt	100	5084	100	4200	100	3485

Dette funnet kan umiddelbart virke overraskende, siden det absolutte antallet tvangsinnleggelses har økt.⁷⁷ Forklaringen er antakelig at de fleste tvangsinnleggelses skjer på akuttavdelinger og er av kort varighet. Dermed vil de i liten grad påvirke resultatene av en tverrsnittsundersøkelse som først og fremst vil si noe om de langtidsinnlagte. Det er derfor nærliggende å tolke den påviste reduksjonen i antall inneliggende pasienter på tvang som økt omgjøring til frivillig status under oppholdet for langtidsinnlagte.

Ved spesialistvurderingen krever Psykisk helsevernloven at pasienten skal ha en alvorlig psykisk lidelse. I tillegg må minst ett av følgende kriterier møtes:

Etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelse enten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingskriteriet), eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (farekriteriet). (§3-3 i Psykisk helsevernloven)

Det er undersøkt om bruken av disse tilleggskriteriene har endret seg i opptrappingsperioden.⁷⁸ Bruken av farekriteriet alene har holdt seg stabilt på fem-seks prosent fra 2001 til 2006. Bruken av farekriteriet sammen med behandlingskriteriet har økt litt i perioden. Dette kunne tyde på at graden av farlighet har økt, men vel så sannsynlig kan det være at det tidligere har vært et "underbruk" av farekriteriet for å unngå en stigmatisering. Også her er datagrunnlaget meget usikkert.

Uten døgnopphold

Det har vist seg vanskelig å få pålitelige tall for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Det antas at langt de fleste tilfeller av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold vil etableres ved utskrivning/overføring fra en sykehusdøgnavdeling til en poliklinisk enhet ved et DPS. Kun 11 prosent av slike utskrivninger lar seg identifisere på DPS-nivå.

I tilslutning til dette sies det i rapporten: " På bakgrunn av gjennomgangen av tilgjengelige pasientdata innrapportert til NPR for 2007, anses kvaliteten og representativiteten i rapporteringen av poliklinisk virksomhet (med hensyn til tvunget psykisk helsevern) å være svært usikker. Det presiseres at det er uvisst hvor stor andel av vedtakene som gjelder overføring fra døgnopphold. Det er derfor ikke mulig å si noe om det totale omfanget av vedtak om tvang uten døgnomsorg."⁷⁹

⁷⁷ Ibid. s. 55

⁷⁸ Ibid. s. 73

⁷⁹ Ragnhild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard: "Bruk av tvunget psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007" SINTEF rapport A8237. November 2008, s. 58

5.4.4.2 Bruk av tvangsmidler og skjerming

Psykisk helsevernloven angir fire former for tvangsmidler som kan benyttes:

- Mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer)
- Isolering i form av kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale til stede
- Korttidsvirkende legemidler brukt i beroligende eller bedøvende hensikt
- Kortvarig holding (definert som tvangsmiddel i 2006 revisjonen av loven)

Vilkårene for tvangsmiddelbruk er strenge, og all bruk skal vedtaksfestes og protokollføres.

Skjerming i betydning av at ”pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten” (Psykisk helsevernloven), regnes ikke som et tvangsmiddel. Ettersom det griper inn i individets bevegelsesfrihet, skal et slikt tiltak likevel vedtaksfestes hvis det varer utover 24 timer (lovendringen av 2006).

I rapporten er derfor utviklingen i bruk av skjerming under opptrappingsperioden tatt med i tillegg til tvangsmidlene nevnt ovenfor.

Mekaniske tvangsmidler

I perioden 2001 til 2007 har det vært en økning på mer enn 20 prosent i bruk av mekaniske tvangsmidler enten dette måles som antall ganger, antall timer eller antall pasienter. Antall pasienter steg fra 807 i 2001 til 967 i 2007. Det har vært en økning i bruk (antall ganger) fra 2001 til 2005 - sterkest fra 2003 til 2005. Fra 2005 til 2007 har det vært en klar nedgang for alle tre målene.

Mekaniske tvangsmidler brukes hyppigst på akuttavdelinger og ved sikkerhetsavdelinger.

Det er store forskjeller mellom institusjoner når det gjelder bruk av mekaniske tvangsmidler. En stor andel av den mekaniske tvangsmiddelbruken er konsentrert om et fåtall pasienter, ca. fire prosent. Tilfeldigheter i pasientsammensetningen vil derfor kunne påvirke tvangsmiddelbruken ved de enkelte institusjonene. Det er likevel indikasjoner på at enkelte sykehus benytter mekaniske tvangsmidler i større grad enn andre.

Korttidsvirkende legemidler

Det er en økning i antall pasienter som dette tvangsmiddelet er benyttet overfor på 24 prosent i perioden 2001-2007. Samtidig er det en nedgang i perioden på 15 prosent i antall ganger slike legemidler har blitt benyttet. Som ved mekaniske tvangsmidler er det ved akuttavdelingene og i noen grad ved sikkerhetsavdelingene at dette tvangsmiddelet har blitt benyttet. Også her er det store forskjeller mellom de enkelte institusjonene.

Isolering

Få pasienter (68 i 2007) utsettes for dette tvangsmiddelet. Det har funnet sted en betydelig reduksjon, på 79 prosent, i antall ganger isolering har blitt brukt fra 2001 til 2007. Nedgangen i hvor lenge pasientene har vært i isolasjon er tilsvarende. To sykehus sto for halvparten av pasientene som i 2007 ble utsatt for dette tvangsmidlet.

Holding

Holding som tvangsmiddel er først rapportert fra 2007, og definisjonen av begrepet er i betydelig grad basert på skjønn. Det virker som holding i første rekke er benyttet overfor

kvinner, vurdert ut fra antall pasienter og antall ganger. Bruk av holding viser stor ulikhet ved de forskjellige sykehusene, men om denne skyldes forskjellig praksis eller bruk av ulike definisjon av holding er ikke mulig å si.

Skjerming

Vedtak om skjerming har økt i hele perioden fra 2001 til 2007. Økningen i antallet pasienter som ble utsatt for skjerming, har flatet noe ut i perioden 2005-2007, mens antall ganger skjerming har blitt brukt, har fortsatt å øke. Enkelte pasienter står for mange skjermingsvedtak. Dette forholdet forklarer at antall vedtak pr. pasient har steget fra 1,7 i 2001 til 1,9 i 2007.

Skjerming brukes ved alle typer døgnavdelinger, men i hovedsak ved akuttavdelinger. Det er ikke registret noen kjønnsforskjeller i bruk av skjerming. Det er forskjeller mellom institusjoner i bruk av skjerming som ikke ser ut til å kunne forklares ved forskjeller i pasientbelegget. Man kan ikke se bort fra at økningen i antall vedtak om skjerming i perioden 2005-2007 kan skyldes at vedtak om skjerming fra 2007 skulle fattes etter 24 timer mot tidligere etter 48 timer.

Sammenfatning av tvangsmiddelbruk

Den samlede bruk (antall ganger) av tvangsmidler (mekaniske, korttidsvirkende medikamenter og isolering) økte noe i perioden 2001-2007. I hovedsak forklares dette ved økt bruk av mekaniske tvangsmidler, mens bruk av korttidsvirkende medikamenter og spesielt isolering ble redusert. Det er en liten andel av pasientene som utsettes for tvangsmidler. Enkelte av dem utsettes for flere typer tvangsmidler.

Økningen i bruk var sterkest mellom 2003 og 2005, mens det har vært en reduksjon i bruk fra 2005 til 2007. Antallet pasienter utsatt for tvangsmidler (unntatt holding) økte gjennom perioden 2001 til 2007 med en liten nedgang fra 2005 til 2007. Holding ble definert som tvangsmiddel fra og med 2007 og det er kun data fra det året. Det hefter en del skjønn ved definisjonen av holding. Det vil sannsynligvis ta noe tid før man får pålitelige registreringer.

Omfanget av vedtak om skjerming har økt i hele perioden, sterkest fra 2005 til 2007. Denne siste økningen kan delvis forklares ved endret rapportrutine fra 2007.

Det hefter betydelig usikkerhet ved datagrunnlaget som gjør at funnene må tolkes med stor forsiktighet. Funnet av en til dels meget stor variasjon i tvangsmiddelbruk mellom institusjonene er så påfallende at det må bli gjenstand for oppfølging.

5.4.4.3 Tvangsbehandling

Den eneste form for tvangsbehandling som har blitt undersøkt i evalueringsrapportene, er tvangsbehandling med legemidler utenfor institusjon. Som anført tidligere fra dette prosjektet er datakvaliteten så dårlig at det ikke er grunnlag for å rapportere resultater.⁸⁰

Hvilke faktorer er av betydning for tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler?

Tvangsinnleggelse

Resultatene nedenfor gir uttrykk for samvariasjon mellom variabler, men gir ingen sikre årsakssammenhenger.

⁸⁰ Ibid. ss. 23, 63

- Omfanget av tvangsinnleggelse er nesten fire ganger høyere ved øyeblikkelig hjelp-innleggelse enn ved andre innleggelse
- Det er ingen forskjell på menn og kvinner med hensyn til innleggelse med tvang
- Pasienter med schizofreni spektrum diagnoser har et signifikant høyere omfang av innleggelse med tvang enn pasienter med andre diagnoser
- Aldersgruppen 50-59 år har en høyere risiko enn andre aldersgrupper

Ytre faktorer som skiller, er årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet finansiert av øremerkete midler fra Opptrappingsplanen. Antallet årsverk vil variere med kommunestørrelsen, slik at små kommuner har færre årsverk i det psykiske helsearbeidet. Flere slike årsverk i denne tjenesten er assosiert med lavere andel innleggelse med tvang. Dette kan bety at kommuner som er bedre bemannet i det psykiske helsearbeidet, er bedre i stand til å ta hånd om pasienter med psykiske lidelser, slik at innleggelse med tvang unngås.

Bruk av tvangsmidler

De faktorene som har blitt undersøkt er: pasientgjennomstrømming, alvorlighetsgrad av tilstanden og bemanning og kompetanse.

Når det gjelder pasientgjennomstrømming, fant man at for akuttavdelinger var kort oppholdstid assosiert med økt bruk av tvangsmidler. Det motsatte var tilfelle ved rehabiliteringsavdelinger - her var lang oppholdstid assosiert med økt bruk av tvangsmidler.

Dette er i overensstemmelse med funn i internasjonal litteratur.

Alvorlighetsgrad av tilstanden ble definert ved hjelp av diagnosekategorier. Internasjonale studier tyder på at alvorlighetsgrad vurdert etter diagnosekategorier (spesielt schizofreni) samvarierer med tvangsbruk. I evalueringsrapportene kunne man ikke finne klare sammenhenger mellom diagnosekategorier og bruk av tvangsmidler.

Det kan umiddelbart virke overraskende at både høy bemanningsfaktor og høy kompetanse ved avdelingen var assosiert med økt grad av tvangsmiddelbruk. Den rimelige forklaringen er at man har målt avdelingsfunksjon: et krevende pasientklientell og mye uro vil utløse en økt bemanning og vil kunne rekruttere mer kompetent personell (eksempelvis sikkerhetsavdelinger).

6 Holdninger og levekår som betingelser for gode livsvilkår

I dette kapitlet presenterer vi hovedfunnene knyttet til befolkningens kunnskap og åpenhet om psykiske lidelser, og befolkningens holdninger til personer med slike lidelser. Vi presenterer også hovedfunnene fra undersøkelsen om levekårne blant personer med psykiske lidelser.

Innledning

To sett av betingelser må være oppfylt for å oppnå gode livsvilkår uavhengig av om en person er frisk eller har somatiske eller psykiske lidelser. For det første må det enkelte individ leve i et positivt psykososialt miljø hvor vedkommende er velkomment og ivaretatt, og ikke stigmatisert eller utstøtt av fellesskapet. For det andre må enkelte materielle betingelser være oppfylt, som å ha et godt botilbud, et meningsfullt aktivitetstilbud og et inntektsgrunnlag som gjør at materielle behov kan ivaretas. I dette kapitlet vil vi gjøre rede for evalueringsporteføljens funn langs disse to dimensjonene.

I kapittel 6.1 presenterer vi hovedfunnene knyttet til befolkningens åpenhet rundt psykiske lidelser, deres kunnskaper om slike lidelser og deres holdninger til personer med psykiske lidelser. Presentasjonen omhandler med andre ord pasientenes psykososiale rammebetingelser snarere enn hvordan den enkelte pasient opplever egne psykososiale omgivelser.

I kapittel 6.2 presenteres hovedfunnene fra undersøkelsen om levekårne blant personer med psykiske lidelser. For å sette funnene i relieff, sammenliknes levekårsprofilen for alvorlig psykisk syke med friske, somatisk syke og personer med lettere psykiske lidelser som angst og depresjon.

6.0 Sammendrag

Holdninger

Fra 2002 til 2007 er det en signifikant økning i folks engasjement for psykisk helse både for befolkningen generelt, for egen del og for folk som står en nær. Dette har imidlertid ikke ført til økt grad av åpenhet rundt psykisk helse og psykiske lidelser. Fortsatt er det slik at graden av åpenhet er størst overfor den nære familie og avtar overfor kollegaer og andre utover den nære familie. Det ser således ut til at myndighetene fortsatt er langt unna målet om stor grad av åpenhet i befolkningen rundt psykisk helse.

Fra 2002 til 2007 er det en signifikant økning i antall respondenter som gir uttrykk for at de har behov for mer informasjon om psykisk helse, men det er fortsatt et flertall som ikke har et behov for å skaffe slik informasjon. Analysene viser at de tradisjonelle informasjonskanalene har avtatt i betydning i forhold til internett. Til tross for denne utviklingen er det fortsatt slik at fastlegen er den viktigste informasjonskanalen når folk søker informasjon om psykiske problemer og lidelser. Denne utviklingen burde mane til ettertanke hos myndighetene med

hensyn til hvilke informasjonskanaler det bør satses på. Så langt har man i stor grad satset på de tradisjonelle kanalene. Kanskje tiden er inne for en nytenkning hvor internett får en mer fremtredende plass - i hvert fall hvis man retter inn informasjonsvirksomheten mot barn, unge og unge voksne.

Til tross for et uttalt behov for mer informasjon om psykiske lidelser, og at folk aktivt søker slik informasjon, har nesten halvparten av de spurte en følelse av at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om slike forhold. Det er således et stort kunnskapshull som myndighetene ikke har klart å fylle. Det at situasjonen ikke er bedret fra 2002 til 2007, tyder på at myndighetene ikke har nådd frem med informasjonskampanjene de så langt har iverksatt.

Et av de store målene for myndighetene har vært å få til holdningsendringer i befolkningen slik at personer med psykiske lidelser ikke skal bli stigmatisert, og at de får forståelsen av at de kan få hjelp og at hjelpen nytter. På dette punktet viser analysene at situasjonen er ganske oppløftende da det store flertallet av befolkningen gir klart uttrykk for at de har ikke-stigmatiserende holdninger til psykiske problemer og psykiske lidelser. Folk ser også optimistisk på mulighetene til å bli frisk av en psykisk sykdom og mulighetene til å komme tilbake til et vanlig liv etter sykdommen. Det er også grunn til å merke seg at den positive holdningen som ble registrert i 2002, har forsterket seg i 2007. Denne utviklingen er klart ønskelig med utgangspunkt i myndighetenes intensjoner med informasjonsstrategien som er valgt. Det er imidlertid ikke gitt at denne utviklingen kan tilskrives myndighetenes informasjonsstrategi, også andre faktorer vil sannsynligvis spille en rolle. Uansett årsak til utviklingen, er dette svært positivt med tanke på myndighetenes mål om å berede grunnen i befolkningen for en ”normalisering” av psykiske lidelser på linje med somatiske lidelser.

Analysene viser at de færreste mener det er opp til den enkelte å løse problemet om man skulle bli syk, snarere er det nødvendig med et samspill mellom den enkelte og dennes nærmiljø og hjelpeapparat. Her er det imidlertid en klar oppfatning at hjelpeapparatet ikke oppleves å ha tilstrekkelige ressurser til å håndtere problemene, i hvert fall når det gjelder barn og unge.

Levekår

Psykisk syke har dårligere levekår enn andre. Blant annet er færre psykisk syke sysselsatte, de har gjennomsnittlig dårligere helse og lavere utdanning og inntekt. De som både sliter med rus- og psykiske problemer, kommer spesielt dårlig ut.

Til tross for at Opptrappingsplanen har sprøytet inn betydelige midler i det psykiske helsearbeidet, er det vanskelig å spore store bedringer i psykisk sykes levekår. Det betyr ikke at den enkelte ikke har fått bedret sine levekår, men det store bildet har ikke endret seg så mye som ønskelig. Her bør det legges til at mange av levekårsindikatorerne som inngår i evalueringsporteføljen, er forhold det tar lang tid å endre på. Samtidig er innsatsen i Opptrappingsplanen bare en av mange faktorer som påvirker levekårene til psykisk syke. Uansett viser analysene at det er langt igjen før psykisk syke har levekår som er likeverdige med resten av befolkningen, også sammenliknet med folk som lider av somatiske sykdommer.

6.1 Kunnskaper og holdninger til psykisk sykdom

6.1.1 Innledning

Opptrappingsplanens overordnede mål er i størst mulig grad å gi personer med psykiske problemer et bedre behandlingstilbud i deres eget nærmiljø. For å nå det målet har myndighetene sett det nødvendig å iverksette en egen informasjonsstrategi. Den skal redusere

stigmatiseringen av psykisk syke, opplyse om at hjelp nytter og styrke folks tro på at de selv kan bidra til å bedre den psykiske helsen, både for seg selv og sine nærmeste. Hovedspørsmålet i dette kapitlet er således om myndighetene har oppnådd en ønsket holdningsendring. Kapitlet er i hovedsak en fremstilling av den holdningsprofil publikum hadde i 2002 og utviklingen frem til 2007. Det finnes også elementer av en evaluering av den samlede effekten av myndighetenes informasjonsarbeid.

6.1.2 Mål

Sosial- og helsedepartementet utviklet en overordnet informasjonsstrategi i forbindelse med Opptrappingsplanen. I strategidokumentet *Noe å snakke om. Overordnet informasjonsstrategi* ble følgende målsettinger med informasjonsarbeidet fremhevet:

- Økt *åpenhet* om psykisk helse og psykiske lidelser
- Mer *kunnskap* om psykisk helse og psykiske lidelser
- Bedre *mestring* av egen livssituasjon
- Bedre forståelse av andre menneskers livssituasjon
- Færre fordommer

Disse målsettingene kjennetegnes ved at de i utgangspunktet er ambisiøse, men samtidig lite forpliktende idet de ikke angir konkrete resultatmål og i stedet anvender ord som økt, mer og bedre. De sier ingen ting om hvor stor økningen skal være på noen av de respektive punktene før myndighetene mener at man har nådd et akseptabelt nivå.

6.1.3 Tiltak

Informasjonsarbeidet har i særlig grad vært rettet inn mot tre hovedgrupper:

- Barn og unge og deres nettverk
- Arbeidstakere og arbeidsgivere
- Brukere og tjenesteytere

Sosial- og helsedepartementet har også hatt befolkningen generelt som målgruppe gjennom brede informasjonstiltak som *Verdensdagen for psykisk helse* som avholdes i begynnelsen av oktober hvert år. I tillegg avholdes det en årlig konferanse om Opptrappingsplanen og psykisk helse hvor hensikten blant annet er å rette medias oppmerksomhet mot ulike sider ved psykisk helse for på den måten å nå et bredere publikum.

Når det gjelder informasjonstiltak overfor barn og unge, har det vært et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet, Barne- og familiedepartementet og diverse brukerorganisasjoner. I utgangspunktet var målgruppen ungdom fra åttende klasse og oppover, men ble senere justert til å omfatte yngre barn helt ned til barnehagestadiet. For å få et særskilt fokus på barn og unge, ble det fra 2003 satt som en betingelse for utbetaling av øremerkede statlige midler til kommunene at 20 prosent av midlene skulle gå til arbeid med barn og unge.

Også når det gjelder informasjonstiltak rettet mot arbeidslivet har det vært et samarbeid mellom flere departementer. I tillegg har arbeidslivets organisasjoner vært trukket inn i arbeidet. Tiltakene omfatter blant annet en nettbank med oversikt over tiltak i arbeidslivet, et idé- og læringstorg og arbeidslivskonferanser.

Informasjonsstrategien har hatt som en av sine målsettinger å bygge opp kompetanse i informasjonsarbeid blant pasienter, pårørende og i tjenesteapparatet slik at de kan formidle kunnskap og erfaringer både til tjenesteapparatet og befolkningen generelt. Sosial- og

helsedepartementet startet således i 2003 et arbeid med å utvikle maler og verktøy som kunne brukes av kommuner, foretak og organisasjoner i kommunikasjonsarbeidet.

6.1.4 Datagrunnlaget

Som det fremgår av avsnittene ovenfor, spenner Sosial- og helsedepartementets informasjonsstrategi over et bredt spekter av både målsettinger og virkemidler. Det er kun ett prosjekt som direkte tar opp problemstillinger knyttet til myndighetenes informasjonsstrategi: Trine M. Myrvold, "Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger" NIBR-rapport 2008:16.

Rapporten behandler tre hovedgrupper av spørsmål:

- Hva er befolkningens ønsker rundt engasjement og åpenhet i spørsmål om psykiske problemer og lidelser?
- Hvilke kunnskaper har befolkningen om psykisk helse og psykiske lidelser?
- Hvilke holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser eksisterer i befolkningen?

Disse hovedspørsmålene belyses ved et datamateriale bestående av to spørreundersøkelser med sammenlignbare spørsmål gjennomført i 2002 og 2007, til om lag 2000 respondenter hvert av årene. For å sikre representativitet, er utvalgsdataene korrigert for eventuelle skjevfordelinger gjennom vekting. Det er videre korrigert for enighetsbias, det vil si tendensen til å si seg enig i et utsagn uansett om meningsinnholdet er negativt eller positivt formulert, og følgelig underestimere eller overestimere respondentenes egentlige syn avhengig av retningen på spørsmålet.

Datamaterialet skulle således være velegnet til å belyse de problemstillinger som er reist. I rapporten presiserer forfatteren at den *ikke* er en evaluering av de spesifikke elementene i myndighetenes informasjonsarbeid, men av befolkningens kunnskap og holdninger, samt utviklingen fra 2002 til 2008.

6.1.5 Befolkningens ønsker om engasjement og åpenhet

Engasjement

I både 2002 og 2007 ble respondentene spurt om deres engasjement knyttet til psykisk helse i befolkningen generelt, til psykisk helse for personer som står respondenten nær, og til psykisk helse for respondenten selv. I begge årene oppgir respondentene minst engasjement overfor den psykiske helsen i befolkningen generelt, og har det sterkeste engasjementet overfor folk som står dem nær. Det er en signifikant økning i engasjement fra 2002 til 2007 både for befolkningen generelt, for egen del og for folk som står en nær.

I rapporten er det gjennomført en multivariat analyse for å undersøke hvorvidt kjennetegn ved respondentene kan forklare variasjoner i folks engasjement for psykisk helse. Følgende kjennetegn inngikk i analysen: kjønn, alder, utdanningsnivå, inntekt, yrke, landsdel og hvorvidt respondentene kjente noen som hadde psykiske lidelser. Analysene viser at disse kjennetegnene ved respondentene hadde marginal forklaringskraft. Det er således åpenbart at det er andre kjennetegn som forklarer variasjonene i folks engasjement. Det er imidlertid en svak tendens til at kvinner engasjerer seg mer enn menn. Personer som arbeider med helse- og velferdstjenester, er mer engasjert enn personer i andre yrker. Det å kjenne noen som har vært syk, øker engasjementet knyttet til psykisk helse både i befolkningen, blant folk man kjenner, og for egen del.

Åpenhet

Myndighetene har i forarbeidene til og i selve Opptappingsplanen oppmuntret til økt åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser. I studien ble det spurt om hvorvidt respondentene ville være åpne om egen eller nære families psykiske sykdom. Rapporten dokumenterer klart at villigheten til å være åpen øker med nærheten til dem man er åpen overfor - det vil si at flest personer vil være åpne overfor familie mens færre vil være åpne overfor kolleger. Det er interessant å registrere at det ikke er noen økning i grad av åpenhet rundt psykisk helse fra 2002 til 2007. Dette indikerer at myndighetene så langt ikke har nådd frem med tiltakene som er satt i verk på dette området.

Den multivariate analysen viser igjen at kjennetegnene ved folk som inngår i analysene, helt marginalt er i stand til å forklare variasjoner i grad av åpenhet. Igjen finner vi imidlertid at det er en tendens til at kvinner er mer åpne enn menn.

6.1.6 Kunnskap og informasjon

Informasjon

For å få økt kunnskap om psykisk helse er det nødvendig å søke informasjon om feltet. I NIBR-rapporten⁸¹ har de undersøkt i hvilken grad folk har følt behov for å skaffe seg informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Under halvparten av respondentene oppgir at de har følt et slikt behov. Riktignok er det en signifikant økning i antall respondenter som gir uttrykk for et slikt informasjonsbehov fra 2002 til 2007, men fortsatt er det et flertall som ikke har et behov for å skaffe informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Det som imidlertid er urovekkende fra et myndighetsperspektiv, er at det er færre i 2007 enn i 2002 som faktisk etterspør slik informasjon. Særlig gjelder dette informasjon om spesielle lidelser.

Helsemyndighetene har lagt betydelig vekt på å øke tilgjengeligheten av informasjon ved å styrke informasjonsapparatet. Blant annet har man arbeidet med å klargjøre fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet. Samtidig har brukerorganisasjonene og deres hjelpetelefoner blitt styrket. Det er derfor noe overraskende når rapporten fastslår at fastlegenes rolle som informasjonskilde har avtatt signifikant fra 2002 til 2007, og at brukerorganisasjonenes rolle i informasjonsarbeidet ikke har fått den økte betydningen som styrkingen av brukerorganisasjonene skulle tilsi. I det hele har det tradisjonelle informasjonsapparatet avtatt i betydning, særlig helsetjenesteapparatet, i forhold til internett. Det er tydelig at moderne helsetjenesteinformasjon må forholde seg til helt andre informasjonskanaler enn det myndighetene tradisjonelt har benyttet seg av. Når det er sagt, er det likevel all grunn til å understreke at et klart flertall av respondentene, 60 prosent, oppgir at de vil søke informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser hos fastlegen. Med økende alder øker tendensen til å synes at det er vanskelig å skaffe seg informasjon om psykiske problemer og psykiske lidelser.

Kunnskap

Nesten halvparten av respondentene mener de ikke har tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og lidelser. Det er ingen forskjell mellom 2002 og 2007. Om lag femti prosent av respondentene synes heller ikke at de vet nok om hvordan man kan forebygge psykiske lidelser. Heller ikke her er det noen forskjell mellom de to undersøkelsestidspunktene.

⁸¹ Trine M. Myrvold: "Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger" NIBR-rapport 2008:16

Respondentene ble spurt om i hvilken grad de kjente til ti ulike psykiske sykdommer på en skala fra 1= I svært liten grad til 7= I svært stor grad. Gjennomsnittsskåren var over 5,0 for de fem sykdommene som var best kjent. Det betyr at respondentene mener at de har i noen grad kjennskap til disse sykdommene. Dette gjelder angst, depresjoner, fobier, spiseforstyrrelser og demens. Mer interessant er det at skåren har sunket fra 2002 til 2007, noe som betyr at det enten er en nedgang i folks kjennskap til psykiske sykdommer eller at de har en økt erkjennelse av egen kunnskapsmangel. Rapporten antyder at dette muligens er et resultat av myndighetenes bevisste holdning om ikke å fokusere på alvorlige diagnoser og lidelser. Det understrekes imidlertid at den foreliggende undersøkelsen ikke er egnet til å trekke sikre konklusjoner om årsaken til nedgangen.

6.1.7 Holdninger

I Myrvolds rapport blir respondentenes holdninger til psykisk syke og psykisk helse presentert i fire hovedoverskrifter: 1) Stigmatisering, 2) Mulighetene til å bli frisk, 3) Optimistisk syn og 4) Enkle løsninger. Også respondentenes holdninger til hjelpeapparatets rolle blir presentert. I den videre fremstillingen vil vi også holde oss til denne grupperingen.

Stigmatisering av psykisk syke

Opptrappingsplanen har som en sentral målsetting å integrere psykisk syke i deres lokale miljøer slik at de mest mulig kan leve et vanlig liv. En slik integrering forutsetter blant annet at samfunnet rundt de psykisk syke har en inkluderende holdning til personer med slike lidelser og at man klarer å bryte med de mange negative holdninger som har vært fremtredende i befolkningen. Funnene i rapporten er oppmuntrende i den forstand at et klart flertall av respondentene er helt eller delvis uenige i at det er belastende å være sammen med personer med psykiske problemer, at det er flaut å ha psykiske problemer, og at man har mislykkes i livet hvis man får psykiske problemer. Det er særlig positivt at det er en utvikling fra undersøkelsen i 2002 til 2007 som viser at stadig færre har stigmatiserende holdninger til personer som er psykisk syke, eller i hvert fall at det er færre som vedkjenner seg slike holdninger.

En multivariat analyse viser at kvinner har mindre stigmatiserende holdninger enn menn. Sannsynligheten for å ha stigmatiserende holdninger stiger med økende alder mens den avtar med økende inntekt og utdanning. Det er også grunn til å merke seg at betydningen av alder avtar fra 2002 til 2007, men fortsatt er det slik at det er personer som er eldre enn seksti år som har størst sannsynlighet for å ha stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke.

Muligheten til å bli frisk

Et sentralt mål i informasjonsstrategien var å formidle til befolkningen at det er hjelp å få og at hjelpen nytter. I undersøkelsen har respondentene tatt stilling til en rekke påstander om psykisk helse og psykisk syke:

- *Folk som har vært psykisk syke, vil aldri være i stand til å arbeide igjen*
- *Man kan ikke gjøre noe med den psykiske helsen, for den er skjebnestyrt*
- *Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse*
- *Folk med psykiske lidelser blir aldri helt friske igjen*
- *Folk som har vært psykisk syke, kan aldri bli helt lykkelige igjen*

Det interessante med respondentenes svar er at et overveldende flertall, mellom 60 prosent og nesten 80 prosent er helt eller delvis uenig i påstandene. Andelen som er helt uenig, øker fra 2002 til 2007. Dette innebærer at folk ser optimistisk på mulighetene til å komme seg etter en

psykisk sykdom, og at det er mulig å komme seg tilbake til et normalt liv igjen. Denne utviklingen er klart positiv når det gjelder myndighetenes mål for informasjon.

Optimistisk syn og enkle løsninger

I undersøkelsen har forfatteren bedt respondentene angi hvor enige de var i flere påstander om løsninger på psykiske problemer. I rapporten fastslår forfatteren at:

Analysene viser at de fleste respondentene har et ganske realistisk forhold til hva som hjelper folk med psykiske problemer. Størst oppslutning får påstandene om at hjelp med økonomiske og sosiale problemer fungerer, og at miljøforandringer kan bedre den psykiske helsen. Det er få som har tro på at man kan kjøpe seg til bedre psykisk helse. Mellom 20 og 30 prosent er helt eller delvis enige i at det å kontrollere følelsene eller unngå vonde tanker hjelper mot psykiske problemer.⁸²

I en multivariat analyse for å undersøke om det er kjennetegn ved respondentene som kan forklare variasjonene i holdningene til "lettvinne" og optimistiske løsninger på psykiske problemer, viser resultatene at kvinner har mindre tro på dette enn menn, og at slike løsninger er mer fremtredende i aldersgruppen over seksti år. Det viser seg også at med økende inntekt og økende utdanningsnivå avtar sannsynligheten for at respondentene vil gi sin tilslutning til "lettvinne" løsninger på psykiske problemer.

Hjelpeapparatets rolle

To forhold er av interesse for myndighetene i forbindelse med hvilken rolle hjelpeapparatet skal spille i det psykiske helsevernet: Hvilket behov opplever respondentene at det er for å bedre den psykiske helsen i befolkningen generelt, hos folk som står en nær, og for egen del; og hvilket omfang skal hjelpeapparatet ha. Når det gjelder behovet, er det et stort flertall, om lag 70 prosent, som mener at det i stor eller svært stor grad er behov for å bedre den psykiske helsen i befolkningen generelt og om lag 50 prosent som ser et behov for å bedre den psykiske helsen for folk som står en nær. Derimot er det bare en tredjedel som ser et tilsvarende behov for egen del. Det er bare små forskjeller mellom de to undersøkelsesårene, med ett unntak: Det er signifikant færre i 2007 enn i 2002 som sier at det i svært stor grad er behov for å bedre befolkningens psykiske helse. Hva denne nedgangen skyldes, drøftes ikke i rapporten.

Hvis det er et behov for å bedre den psykiske helsen, hvem skal så stå for dette? Her er det to hovedløsninger: Enten er dette en privatsak i den forstand at den enkelte selv bør løse problemene, eller så er dette et forhold hvor hjelpeapparatet må være en sentral bidragsyter. Av analysene fremgår det med all tydelighet at de aller færreste, 10-12 prosent, mener at det er opp til den enkelte å løse problemene på egen hånd - hjelpeapparatet må komme inn som en sentral aktør. Her er det signifikant færre i 2007 enn i 2002 som mener at løsningen er en privatsak. På den annen side er det åpenbart at respondentene ikke opplever at det er satt av tilstrekkelig med ressurser til å hjelpe barn og unge i hjelpeapparatet. I analysen er det ikke gått nærmere inn på om ressursmangelen gjelder generelt eller bare for denne gruppen. Det er imidlertid nærliggende å tro at dette gjelder generelt, i så fall er det sprik mellom befolkningens ønske om hvilken rolle hjelpeapparatet skal spille og deres oppfatning av apparatets evne til å imøtekomme dette ønsket. På den annen side er det funn i datamaterialet både fra 2002 og 2007 som moderer det noe ensidige bildet av at det er hjelpeapparatet som skal løse problemene. På spørsmål om i hvilken grad respondentene mener at den enkelte kan bidra til å bedre den psykiske helsen til folk som står dem nær eller en selv, svarer om lag 60 prosent at de kan det i stor eller svært stor grad. Denne svarfordelingen indikerer at

⁸² NIBR-rapport 2008:16; ss. 92-93

respondentene oppfatter at den enkelte pasients nærmiljø kan bidra i helbredelsesprosessen, men at dette må skje i et samspill med hjelpeapparatet. Myndighetenes utfordring er å utløse dette potensialet ved å etablere fruktbare samspillsarenaer og -relasjoner mellom pasientene og deres nærmiljø og hjelpeapparatet. Dette er drøftet nærmere i kapittel 5.3.

6.2 Levekår blant psykisk syke

6.2.1 Innledning

Innledningsvis er det grunn til å understreke at det ikke er enkelt å kartlegge levekår til mennesker med psykiske lidelser da det erfaringsmessig er svært vanskelig å få de sykeste til å delta i spørreundersøkelser som levekårskartleggingene bygger på. Ettersom de sykeste etter all sannsynlighet er underrepresentert i spørreundersøkelser av den typen som er brukt i denne evalueringsrapporten, kan levekårene hos gruppa av ”psykisk syke” fremstå som bedre enn de faktisk er. Dette har forfatteren kompensert for ved å innhente informasjon om utviklingen i alvorlig psykisk sykes levekår gjennom en spørreundersøkelse sendt til ansvarlige for psykisk helsearbeid i samtlige norske kommuner. I tillegg er det supplert med intervjuer av ansatte i det psykiske helsearbeidet i seks kommuner.

Selv om Opptappingsplanen har vært virksom fra 1998/1999 og ut 2008, er dette tross alt en relativt kort tidsperiode når vi tar i betraktning at det tar lang tid å endre indikatorvariablene på levekår som inngår i kartleggingene. Det vil dermed være vanskelig å spore eventuelle endringer som følge av Opptappingsplanen over noen få år. Levekårsindikatorer som utdanningsnivå, sysselsetning, inntekt og deres innbyrdes sammenhenger er i tillegg forhold som påvirkes av en rekke faktorer som ikke blir berørt eller påvirket av Opptappingsplanen eller annen statlig satsing. Alt dette bidrar til at det er vanskelig å avgjøre hvilken betydning Opptappingsplanen har hatt for utviklingen av psykisk sykes levekår.

Et annet problem er at rapportens mål på mental helse, Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25), kun gir et mål på grad av subjektive plager på grunn av psykiske symptomer. Det er ikke uvanlig å trekke slutninger fra subjektiv plagethet til psykisk helse. For de fleste personer vil en slik slutning være holdbar. Imidlertid finnes det viktige unntak. Det gjelder først og fremst de aller sykeste: mennesker med kronisk psykotiske lidelser. Erfaringen tilsier at de fleste i denne gruppen angir et lavt nivå av subjektiv plagethet, nesten på linje med friske mennesker. Dersom disse personene - mot formodning - blir med i surveyen, vil de tendere mot å bli definert som ”friske” (av HSCL-25). Forskjellen i levekår mellom psykisk friske og psykisk syke kan med andre ord viskes ut dels ved at psykisk syke blir definert som friske, dels ved selektivt frafall i grupper med særlig stor sykdomsbelastning.

En tredje utfordring i drøftingen av Opptappingsplanens betydning for psykisk sykes levekår, er at det samtidig som Opptappingsplanen har vært i virksomhet, har vært iverksatt flere andre reformer/omorganiseringer som har innvirkning direkte eller indirekte på psykisk sykes levekår. Tre reformer/omorganiseringer er viktige: NAV-reformen, inkluderende arbeidsliv og etableringen av helseforetaksreformen. Man skal således være varsom med å trekke for bastante konklusjoner om effekten av Opptappingsplanen på psykisk sykes levekår enten utviklingen har gått i positiv eller negativ retning. I hovedsak bør man nøye seg med å kartlegge levekårene for den aktuelle gruppen uten å trekke noen årsaksslutninger.

6.2.2 Mål

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som overordnet mål å bedre de psykisk sykes levekår. For å oppnå dette fremhever Opptrappingsplanen en rekke delmål, som at de psykisk syke skal:

- Ha en tilfredsstillende bolig, kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig
- Delta i meningsfylt aktivitet i form av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller annet meningsfylt aktivitetstilbud der dette permanent eller midlertidig ikke er mulig
- Inngå i en sosial sammenheng med familie og venner, bryte sosial isolasjon
- Ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes premisser, og i et meningsfylt fellesskap

6.2.3 Virkemidler

På mange måter kan man si at samtlige av de virkemidler Opptrappingsplanen omfatter, inngår som virkemidler for å oppnå planens overordnede målsetting om å bedre psykisk sykes levekår og livssituasjon. Kommunene har fått et hovedansvar for å iverksette store deler av Opptrappingsplanen. De er pålagt å sikre et tilstrekkelig antall omsorgsboliger, bygge ut hjemmetjenesten, etablere dagsentra, etablere støttekontakter og bygge ut tilbudet av kultur- og fritidstiltak.

Det statlige nivået har et ansvar for å sikre at kommunene har en tilstrekkelig finansiell ryggrad til å kunne møte kravene som Opptrappingsplanen stiller dem overfor, og ikke minst har det statlige nivå et ansvar for å bygge ut spesialisthelsetjenesten både for voksne, barn og ungdom. Gjennom NAV Arbeid har staten et overordnet ansvar for å gi psykisk syke et sysselsettingstilbud i samarbeid med kommunene som gjør det mulig for pasientgruppen å tilbakeføres til arbeidslivet eller annen meningsfull virksomhet etter forutsetningene den enkelte pasient har.

6.2.4 Datagrunnlaget

I prosjektporteføljen er det kun ett prosjekt som direkte tar opp psykisk sykes levekår: Trine M. Myrvold, Frode Berglund og Marit K. Helgesen: "Psykisk sykes levekår" NIBR-rapport 2008:32.

Rapporten har følgende problemstillinger:

Har Opptrappingsplanen for psykisk helse bidratt til å bedre levekårene til mennesker med psykiske problemer og lidelser?

Hovedproblemstillingen belyses ved følgende spørsmål:

- *Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med psykisk friske mennesker?*
- *Hvordan har levekårene for psykisk syke utviklet seg i løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode?*
- *Hvordan er levekårene for psykisk syke sammenliknet med mennesker med somatiske sykdommer og funksjonshemminger?*
- *Hvordan er levekårene for mennesker med alvorligere psykiske plager sammenliknet med levekårene for mennesker med lettere psykiske problemer?*⁸³

⁸³ NIBR-rapport 2008:32, s. 24

Dataene for rapporten er hentet fra Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelser som i årene 1998, 2002 og 2005 har hatt helse som tema. Disse undersøkelsene har vært delt i to med en intervjudel og et postalt skjema. Statistisk Sentralbyrå har vurdert materialet som landsrepresentativt i undersøkelsen i 1998 og 2002, men ikke i 2005. Av den grunn skal man være noe tilbakeholdne med å trekke for sikre konklusjoner om tilstanden i 2005 og følgelig om utviklingen over tid.⁸⁴

6.2.5 Resultater

I analysene av dataene fra Helse- og levekårsundersøkelsene er symptomlisten HSCL-25 brukt som mål på psykisk helse målt som gjennomsnittlig belastning av 25 symptomer på angst og depresjon. I tråd med vanlig praksis blir personer som skårer over 1,75 på denne skalaen, definert i analysene til å ha symptomer på psykiske vansker. Personer med skåre mellom 1,75 og 2,10 defineres til å ha lettere symptomer, mens de som skårer 2,10 og over defineres til å ha tyngre symptomer. Det er således ikke en legevurdering som ligger til grunn for hvorvidt en person defineres som ”syk”, men skåren på et måleinstrument som fanger inn graden av symptombelastning i løpet av de siste fjorten dagene.⁸⁵ Likevel er det en god overensstemmelse mellom høye symptomskårer på HSCL-25 og strukturerte psykiatriske intervju som bedømmer sannsynligheten for at den som svarer, har en behandlingstrengende psykisk lidelse.

For å karakterisere levekårene til psykisk syke, beskriver rapporten de psykisk syke langs følgende dimensjoner: utdanning, sysselsetting, inntekt, deres sosiale kontakt i form av om de er gift/ugift og om de har noen de kan snakke fortrolig med, og hvordan de vurderer egen helsetilstand. For å gi analysene et sammenliknende perspektiv, har forfatterne sammenliknet psykisk sykes levekår med friske, somatisk syke og alvorlig psykisk syke sammenliknet med lettere psykisk syke.

6.2.5.1 Psykisk sykes levekår sammenliknet med friske

Når det gjelder sosioøkonomisk status målt ved utdanning, sysselsetting og inntekt, viser analysene at de psykisk syke gjennomgående har en lavere utdanning, i mindre grad er sysselsatt og har en lavere inntekt enn friske. Analysene viser at det ikke har skjedd dramatiske forskyvninger i levekårene sammenliknet med friske i perioden 1998-2005.

I forarbeidene og i selve Opptrappingsplanen har myndighetene understreket betydningen av å bedre psykisk sykes sosiale kontakter. Grunntanken om at de syke skal bo i hjemkommunen er tuftet på tanken om at dette vil innebære at psykisk syke lettere vil bli integrert i nærmiljøet og få et bedre fungerende sosialt nettverk. Analysene viser at det har vært en negativ utvikling i undersøkelsesperioden ved at stadig flere psykisk syke er enslige uten at dette kan tilskrives Opptrappingsplanen. Det er også en tendens til at andelen uten fortrolige å snakke med er høyere blant psykisk syke enn friske.

Helse har tradisjonelt vært brukt som en sentral levekårsindikator. I denne sammenheng kan helse være en noe problematisk indikator i og med at psykisk syke per definisjon har en dårligere helse enn friske. Det er imidlertid mulig at psykisk syke vil vurdere egen helsetilstand som bedre hvis de eksempelvis har god sosial kontakt, er sysselsatt og har inntekt. Spørsmål om egenvurdering av helsa slik det brukes i levekårsundersøkelsene besvares dessuten erfaringsmessig hovedsakelig ut fra somatiske aspekter. Analysene viser at

⁸⁴ Ibid. ss. 39-40

⁸⁵ Ibid. s. 10

om lag halvparten av personer med psykiske plager regner sin helsetilstand som god sammenliknet med om lag 90 prosent av de friske. Også for egenvurdert helse viser analysene at psykisk syke systematisk skårer lavere enn psykisk friske personer.

I rapporten er det gjennomført en rekke multivariate logistiske regresjonsanalyser hvor effekten av psykisk helse på de ulike levekårsindikatorene beregnes justert for alder, kjønn og tidspunkt for undersøkelsen.⁸⁶ Analysene viser at psykisk syke skårer lavere enn friske på de positive levekårsfaktorene som det å være gift/samboer, ha fortrolige, ha universitetsutdanning, være sysselsatt og ha høy inntekt. Det viser seg at psykisk syke også oftere er somatisk syke og/eller langvarig syke. Analysene viser at betydningen av å være psykisk syk når det gjelder å ha dårlige levekår, har endret seg lite i undersøkelsesperioden.

6.2.5.2 Levekårene for psykisk syke i forhold til andre syke⁸⁷

Sammenliknet med somatisk syke i 2005 viser analysene at de psykisk syke i mindre utstrekning har høy utdanning og høy inntekt. Derimot er det en tendens til at de med psykiske plager i høyere grad er sysselsatte enn personer med kroniske somatiske sykdommer.

Kronisk somatisk syke er like ofte gift/samboer som friske, mens psykisk syke kommer dårligere ut langs denne dimensjonen (ca.70 prosent mot 53 prosent). Som forventet vurderer de friske sin egen helsetilstand som god eller meget god, sammenliknet med både kronisk somatisk syke og psykisk syke (94 prosent mot henholdsvis 71 og 78 prosent). Her er det viktig å understreke at forfatterne ikke har testet for signifikans i sammenlikningen mellom forskjellige grupper av syke. Resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

Av de multivariate analysene der det er justert for alders- og kjønnsforskjeller, fremgår det at både psykisk syke og somatisk syke har dårligere levekår enn friske mennesker.

6.2.5.3 Sammenlikning av levekår for personer med alvorlige psykiske sykdommer og lettere psykiske sykdommer⁸⁸

De bivariante analysene i rapporten bekrefter at personer med tyngre problemer systematisk har lavere andel med høy utdanning, færre er sysselsatt og færre er i høyinnteksgruppen sammenliknet med personer med lettere psykiske plager. Det er imidlertid grunn til å minne om at det samlet sett kun er relativt få personer med psykiske plager som har høy utdanning, høy inntekt og er sysselsatte.

Rapporten viser at det tilsvarende mønsteret fremtrer når det gjelder sosial kontakt. Det er færre som er gift/samboer blant personer med tyngre psykiske plager enn blant dem med lettere plager. Denne gruppen kommer også dårligst ut når det gjelder å ha personer de kan snakke fortrolig med.

Det er også forskjeller når det gjelder vurdering av egen helse, hvor de med de alvorligste plagene kommer dårligere ut enn de med lettere plager.

De multivariate analysene viser at kontrollert for alder og kjønn kommer de sykeste dårligst ut for alle levekårsindikatorer.

⁸⁶ Ibid. ss. 57-65

⁸⁷ Ibid. ss. 66-71

⁸⁸ Ibid. ss. 71-77

6.2.5.4 De alvorlig psykisk syke vurdert av ansatte innen psykisk helsevern i kommunene

Økonomi

Nesten to tredjedeler av utvalget av ansatte i kommunene som arbeider innen psykisk helsevern, er helt eller delvis uenige i påstanden om at alvorlig psykisk syke har fått bedre råd nå enn for fem år siden. Imidlertid mener respondenter fra de mindre kommunene (under 5000 innbyggere) at de alvorlig psykisk syke har fått bedre råd i løpet av de fem siste årene.

Bosituasjonen

Et viktig mål i Opptrappingsplanen var å sikre at psykisk syke fikk en tilfredsstillende bolig. For å oppnå dette tok man i Opptrappingsplanen sikte på å bygge 3 400 boliger i opptrappingsperioden. Frem til 2006 hadde man bygget 2 360 boliger. I rapporten konkluderer man med at ”det er grunn til å tro at denne satsingen har ført til bedre boforhold for en del mennesker med alvorlige psykiske lidelser”⁸⁹. Et knapt flertall av respondentene mener at alvorlig psykisk syke har fått en høyere bostandard i løpet av opptrappingsperioden enn tidligere. Det ser også ut til at bostandarden er bedre i store kommuner enn i små kommuner, og at det i disse kommunene er lettere å beholde boligene når man først har fått en.

Arbeid, utdanning og annen aktivitet

To tredjedeler av respondentene er helt eller delvis enige i at det ikke er enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå enn hva det var for fem år siden. Et knapt flertall av respondentene er også av den oppfatning at det ikke er flere alvorlig psykisk syke med høyere utdanning nå enn tidligere. Det er ingen signifikante forskjeller mellom de kommunene som har gjort en aktiv innsats for å skaffe arbeid og legge forholdene til rette for utdanning, og kommunene som ikke har vist samme aktivitetsnivå. Derimot viser det seg at kommuner som har hatt mye kontakt med NAV Arbeid om enkeltbrukere med psykiske problemer, mener psykisk syke har større mulighet til å skaffe seg arbeid nå, sammenliknet med fem år tidligere.⁹⁰

Når det gjelder fritidsaktiviteter er det en sammenheng mellom kommunestørrelse og psykisk sykes deltakelse i aktiviteter. De største kommunene, over 30 000 innbyggere, vurderer de psykisk sykes deltakelse i aktiviteter klart mer positivt enn respondenter i andre kommuner. Ikke minst er det viktig i en slik sammenheng om kommunene har etablert dagsentra med tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Sosial kontakt

En hovedbegrunnelse for å bygge opp et desentralisert behandlingstilbud har vært at dette ville bidra til å sikre bedre kontakt med familien og nærmiljøet. Rapporten gir støtte til antakelsen om at et desentralisert opplegg vil gi en bedre kontakt med familien enn tidligere tiders institusjonsbehandling, da et flertall, 57 prosent, gir uttrykk for en slik vurdering. På den annen side er det et flertall som mener at den nye strukturen ikke har ført til en bedret sosial kontakt utover familien.

⁸⁹ Ibid. ss. 90-91

⁹⁰ Ibid. s. 99

7 Opptrappingsplanen - en vellykket satsing?

Opprustningen av det psykiske helsevernet går ut på å sikre at pasienter med psykiske lidelser får et tilbud og en behandling som er likeverdig med tilbudet til pasienter med somatiske lidelser. Har man lyktes med dette gjennom iverksettingen av Opptrappingsplanen?

7.1 Innledning

Opptrappingsplanen har en lang forhistorie i den forstand at den bygger på prinsipper nedfelt i tidligere reformarbeid innen psykisk helsevern. Det nye med Opptrappingsplanen er at den setter de ulike prinsippene sammen i *ett* helsepolitisk dokument.

Allerede i midten av 1970-årene ble tanken om et *regionalisert helsevesen* lansert i St.meld. nr. 9 (1974-75). Tanken var at hver institusjon (sykehus) skulle ha et geografisk avgrenset opptaksområde. Samtidig skulle man innføre en nivå-differensiering der ansvaret for pasienter med psykiske lidelser skulle deles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne nivå-differensieringen ble ytterligere utdypet i St.meld. nr. 23 (1977-78). Her ble det presisert at tiltak og tjenester rettet inn mot pasienter med psykiske lidelser og funksjonshemmede generelt, skulle utformes og forankres i den enkeltes lokalmiljø og så langt som mulig ikke være tilknyttet spesialinstitusjoner og institusjonsopphold.⁹¹

I Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 41 (1987-88)) ble desentraliseringstankegangen fremhevet som et hovedprinsipp i alt helsearbeid, også det psykiske helsevern. Man skulle videre legge vekt på forebyggende arbeid på tvers av sektorgrensene, arbeide for helsemessig likhet uansett hvor i landet man bodde og styrke medvirkning for brukerne. I St. meld. nr. 37 (1992-93) understrekes nok en gang betydningen av desentralisering av tilbudene, samtidig som meldingen løfter frem behovet for samarbeid og samordning innen og mellom tjenestenivåene.

I innledningen til Opptrappingsplanen fastslås det at man ikke har nådd langt nok. Det er fortsatt mangler i tilgjengelighet, samkjøring og kvalitet på tjenestene. I det hele er det store mangler ved tjenestetilbudet og tjenesteapparatet som rettferdiggjør en opprustning av det psykiske helsevernet. Opprustningen går ut på å sikre at pasienter med psykiske lidelser får et tilbud og en behandling som er likeverdig med tilbudet til pasienter med somatiske lidelser.

Hovedspørsmålet blir da: Har man gjennom iverksettingen av Opptrappingsplanen lyktes med dette? I dette kapitlet vil vi forsøke å besvare spørsmålet. Først presenteres de sentrale premissene for Opptrappingsplanen. Deretter følger en oppsummering av evalueringstemaer og -resultater på tvers av fremstillingen i de foregående kapitlene. Denne fremstillingen vil kunne ut i noen konkrete anbefalinger. Til sist drøftes veien videre med utgangspunkt i de grunnleggende prinsippene for Opptrappingsplanen.

⁹¹ St.meld. nr. 25 (1996-97) s. 13

7.2 Sentrale premisser for Opptrappingsplanen

I St.meld. nr. 25 (1996-97) konstaterer helsepolitiske myndigheter at:

Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har brister i alle ledd:

- *Det forebyggende arbeidet er for svakt*
- *Tilbudene i kommunene er for få*
- *Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er for dårlig*
- *Opphold i institusjon blir ofte for kortvarige*
- *Utskrivning er mangelfullt planlagt*
- *Oppfølgingen er ikke god nok⁹²*

Gitt denne tilstandsbeskrivelsen ble hovedutfordringen: Hva kunne myndighetene gjøre - hva var deres handlingsrom for å bøte på de svakheter som var identifisert?

Ifølge St.meld. nr. 25 (1996-97) var det rådende synet at tiltak i det psykiske helsevernet bygger på tre hovedpremisser:⁹³

- Psykologisk forståelse med vekt på psykoterapi
- Biologisk forståelse med vekt på farmakologisk terapi
- Sosialpsykiatrisk forståelse med vekt på psykososiale forholds betydning for mental helse

Disse premissene inngår i et tett samspill hvor man legger vekt på å kombinere både bruk av medikamenter, psykologisk behandling og sosiale tiltak. I målene for Opptrappingsplanen ble dette samspillet nedfelt i noen hovedprinsipper:

- *Ta hånd om pasienten i lokalsamfunnet - der hvor han eller hun lever*
- *Trekke familien inn i behandlingen - de som pasienten skal leve med*
- *Bruke medisiner hvis det trengs - sammen med samtaleterapi*

Dette ligger også bak utviklingen mot:

- *Mest mulig poliklinisk behandling*
- *Minst mulig behandling i institusjon*
- *Flest mulig behandlingstilbud i nærheten av der folk bor*
- *Utbygging av bo-, omsorgs- og aktiviseringsstilbud lokalt⁹⁴*

De helsepolitiske myndigheter har et relativt begrenset handlingsrom når det gjelder innholdet i de to første premissene. Dette er profesjonenes og delvis forskningens domene.

Myndighetenes rolle begrenser seg i hovedsak til å støtte fagutviklingen innen feltene gjennom bevilgninger til forskning og utdanning.

Gitt denne begrensningen i myndighetenes handlingsrom, var det naturlig at oppmerksomheten ble rettet mot forhold myndighetene kunne gjøre noe med - behandlingsskjedens infrastruktur. Opptrappingsplanen for psykisk helse bærer således preg av å være en plan for styrking av det psykiatriske behandlingstilbudets infrastruktur og rammebetingelser snarere enn behandlingstilbudets innhold og kvalitet.

⁹² Ibid. s. 16

⁹³ Ibid. s. 9

⁹⁴ Ibid. s. 10

Teorigrunnlaget for omsorg og behandling av psykisk syke har vært omstridt og preget kanskje like mye av verdimeslige og ideologiske standpunkt som av forskningsbasert kunnskap. Innslag av domene- og profesjonsstrid har også vært til stede. Dette har nok gitt politikerne et større handlingsrom for både helsepolitiske og ideologiske ønsker enn man vil finne innen de somatiske helsetjenestene.

7.3 Opptappingsplanens hovedfokus

I St.meld. nr. 25 (1996-97) signaliseres det at Opptappingsplanen tar sikte på å bedre behandlingstilbudet til de mest alvorlig psykisk syke samtidig som den skal legge særlig vekt på det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge. Tiltakene mot barn og unge tar sikte på å hindre at mange blir alvorlig psykisk syke, også senere i livet.

Opptappingsplanen slik den er nedfelt i St.meld. nr. 25 (1996-97), bygger på fire hovedprinsipper: desentralisering, likeverd, kvalitet og brukervedvirkning.

Desentralisering

Tidligere ble alvorlig psykisk syke plassert og behandlet i store institusjoner. Denne tradisjonen ble forlatt både i internasjonal og norsk psykiatri, og de store institusjonene skulle bygges ned. Målet var at behandlingen skulle finne sted desentralisert, helst i lokalmiljøet i pasientens hjemkommune.

Parallelt med at desentraliseringstanken fikk sitt helsepolitiske gjennomslag, ble det også lagt vekt på at samfunnet skulle sikre et likeverdig behandlingstilbud uansett hvor pasienten hørte hjemme. Gitt den store heterogenitet som kjennetegner norske kommuner når det gjelder sosiodemografiske kjennetegn og økonomisk bæreevne, måtte et nasjonalt tjenestetilbud basert på desentralisering og likeverdighet by på store utfordringer når dette skulle forankres i kommunene og fylkeskommunene. Opptappingsplanen kan derfor også ses på som et nasjonalt løft for å kompensere for ulikhetene i forutsetninger som er innebygget i kommune- og fylkeskommunestrukturen i Norge.

Likeverd

For at et desentralisert system skulle kunne gi et likeverdig behandlingstilbud, var det nødvendig med en opprustning av det lokale tjenesteapparat gjennom en utbygging av:

- Et samordnet tjenestetilbud i den enkelte kommune hvor de enkelte tjenestetilbudene måtte koordineres for å skape en helhet
- Bo-, omsorgs- og aktivitetstilbudet lokalt
- Distriktpsykiatriske sentre som sentrale behandlende enheter, men også som rådgivere for det kommunale tjenesteapparatet. Styrking av spesialisttjenesten for barn og unge

Kvalitet

Et kvalitativt godt behandlingstilbud skulle være det tredje prinsippet. Helsemyndighetene var imidlertid mindre presise med hensyn til å definere hva som skulle legges i dette. Et desentralisert kommunalt behandlingstilbud setter store krav til at det bygges opp et system som har en tilstrekkelig faglig kompetanse i de ulike ledd for å sikre et kvalitativt godt tilbud. Derfor måtte det bli en oppgave for myndighetene å sørge for at den enkelte kommune hadde nødvendig tilgang på kvalifisert personell. Dette fordret en utbygging av det helsefaglige utdanningstilbudet.

Brukermedvirkning

Ved siden av hovedprinsippene om desentralisering, likeverdighet og kvalitet har de helsepolitiske myndighetene hatt et overordnet mål om at tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i brukernes behov. Dette skal gjelde både for hvilke tjenester som ytes, og hvordan de er organisert.⁹⁵ Brukermedvirkning skulle således være det fjerde prinsippet.

Hovedproblemstillingen i dette kapitlet er i hvilken grad iverksettingen av Opptappingsplanen har lyktes i å bygge en infrastruktur og gi rammebetingelser som gjør det mulig for psykisk syke å få den behandlingen de har krav på, innenfor rammen av et desentralisert system som også ivaretar hensynet til likeverdighet og brukermedvirkning.

I drøftingen av dette overordnede spørsmålet vil vi sette søkelys på følgende hovedtemaer:

- I kapittel 7.4 presenteres en sammenfattende drøfting av spørsmålet om Opptappingsplanen har ført til et bedre fungerende behandlingsapparat
- I kapittel 7.5 presenteres en sammenfattende drøfting av om Opptappingsplanen har ført til bedre levekår for pasienter med psykiske lidelser
- I kapittel 7.6 oppsummeres hovedpunktene i hva Opptappingsplanen har oppnådd og styringsgruppens anbefalinger
- I kapittel 7.7 foretas en sammenfattende drøfting av Opptappingsplanen i lys av de fire grunnleggende prinsippene planen er tuftet på: desentralisering, likeverdighet, kvalitet og brukermedvirkning

7.4 Et bedre fungerende behandlingsapparat?

7.4.1 Et overblikk

Infrastrukturen i psykisk helsearbeid i kommunene og i DPS og BUP har blitt vesentlig utbygd i perioden for Opptappingsplanen. Man har nådd de fleste kvantitative mål for en desentralisering av behandlingsapparatet for psykiske lidelser.

Evalueringsrapportene gir lite kunnskap om en eventuell endring i kvaliteten. Det er viktig at statlige myndigheter og de regionale helseforetakene i samarbeid med fagfeltet og brukerne, utarbeider kvalitetsmål for de psykiske helsetjenestene både i kommunene og i det psykiske helsevernet. Nylig utgitte veiledere for BUP og DPS fra Helsedirektoratet er et ledd i dette arbeidet, men de kom først mot slutten av Opptappingsplanen.

For *barn og unge* har tilgjengeligheten økt både til det psykiske helsearbeidet i kommunene og til BUP. Dekningsgraden på landsbasis er svært nær måltallet på fem prosent. Det er imidlertid fortsatt store regionale forskjeller. Selv om måltallet nesten er nådd på landsbasis, etterspør likevel kommunene en ytterligere økning av BUPs kapasitet.

For *voksne* har antallet polikliniske konsultasjoner økt vesentlig og er langt over Opptappingsplanens måltall. Generelt har samarbeidet innen tjenestene og mellom tjenestenivåene økt noe, spesielt for barn og unge. På dette feltet står det imidlertid mye igjen før intensjonene i Opptappingsplanen er oppfylt. Utvikling av samarbeidet spesielt mellom tjenestenivåene blir en viktig oppgave fremover. Det kan virke som om misnøyen med samarbeidet er mest uttalt for brukere med de mest alvorlige tilstandene.

⁹⁵ St.meld.nr. 25 (1996-97) s. 28

Brukerne er generelt godt fornøyd med møtet med behandlerne og utbyttet av behandlingen. Dette gjelder både barn og unge (deres foresatte) og voksne brukere. Det er mindre tilfredshet med informasjon og samarbeid mellom instanser og nivåer. Dette er mest uttalt for voksne brukere og deres pårørende.

7.4.2 Kvalitet

I en sammenfattende drøfting av i hvilken grad Opptappingsplanen har ført til en bedret kvalitet i behandlingstilbudet, er det nødvendig å ta utgangspunkt i hvilke elementer de helsepolitiske myndighetene har lagt i kvalitetsbegrepet. I St.meld. nr. 25 (1996-97) fremheves det at:

- Tjenestene skal være like *tilgjengelige* for alle uansett bosted, alder, kjønn eller økonomisk evne
- Tjenestene skal være *tilpasset* den enkeltes individuelle behov
- Tjenestene skal ha *tilfredsstillende resultater* i form av bedring eller lindring av sykdom og lidelse, eller bedret funksjonsevne og livskvalitet
- *Kravene* fastsettes av *bruker* (pasienter og deres pårørende), deres organisasjoner, befolkningen generelt, *helsearbeidere*, og *ledere og eiere* av virksomheten

7.4.2.1 Tilgjengelighet

Barn og unge

For barn og unge med psykiske vansker har tilgjengeligheten til tjenesteapparatet i kommunene økt. Det har skjedd en betydelig bemanningsøkning, spesielt innenfor helsesøstertjenesten. Det har vært en utvidelse av denne tjenesten, med økt fokus på forebyggende tiltak.

Tilgjengeligheten til BUP har økt i opptappingsperioden. I samme periode har behovet for BUP-tjenester også økt i henholdsvis helsesøstertjenesten og PP-tjenesten, slik at det fortsatt er et udekket behov for henvisning til BUP. Dette eksemplifiser en situasjon hvor det uttrykkes økt behov for en tjeneste selv om tilgjengeligheten har økt betydelig.

Voksne

For voksne er det psykiske helsearbeidet i kommunene blitt betydelig styrket. Dette skulle tilsi en økt tilgjengelighet, men Opptappingsplanen har ikke spesifikke mål for dekningsgrad. Tilgangen på akutt konsultasjon hos fastlegene virker å være god; det er mer sprikende oppfatninger om hvorvidt innholdet i denne kontakten er godt nok tilpasset brukergruppene.

Antallet polikliniske konsultasjoner ved DPS har hatt en betydelig økning. Dette har gitt mulighet for en bedret tilgjengelighet. Ut fra evalueringsrapportene, er det imidlertid vanskelig å si noe sikkert om utviklingen av tilgjengeligheten til DPS over tid.

Antallet og bruken av *døgnplasser* i det kommunale psykiske helsearbeidet og i spesialisthelsetjenesten spiller en viktig rolle for samarbeid og flyt i behandlingsapparatet. Døgnplasser finnes i kommunene som omsorgsboliger med forskjellig status (enkelstående med og uten organisert tilsyn, og bofellesskap med og uten dag/døgnbemanning), på DPS (lavterskelplasser og rehabiliteringsplasser) og på sykehusnivå (akuttavdelinger og spesialavdelinger).

Det har blitt opprettet nesten 3 000 omsorgsboliger i kommunene under perioden for Opptrappingsplanen⁹⁶. Døgnplasser ved DPS har hatt en økning omtrent tilsvarende måltallet, mens antallet døgnplasser ved sykehus har gått ned fra 2 938 (i 1996) til 2 712 (i 2007) - en negativ utvikling sett opp mot måltallet på 3 100.

Tallmessig er økningen i omsorgsboliger og døgnplasser ved DPS langt større enn nedgangen i døgnplasser ved sykehus og tidligere psykiatriske sykehjem. Hvilken funksjon omsorgsboligene i kommunene kan ha, er et avgjørende punkt i vurderingen av hvor hensiktsmessig denne utviklingen er. I vesentlig grad vil disse boligene/plassene bli brukt av mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser med sammensatte behov for behandling og støtte.

Premisser for tilgjengelighet - utdanning og kompetanse

For å legge grunnlaget for et kvalitativt godt behandlingstilbud, har myndighetene økt utdanningskapasiteten for relevante faggrupper som leger, psykologer og høgskolekandidater i helsefag. Myndighetene har langt på vei lyktes og sikret et rimelig godt rekrutteringsgrunnlag til stillinger i de psykiske helsetjenestene. Målet for legedekning er eksempelvis nådd. Likeledes har høgskolesystemet utdannet et tilstrekkelig antall kandidater som kan gå inn i psykisk helsearbeid. Fortsatt er det imidlertid mangel på psykologer i forhold til måltallet.

Selv om måltallene for de ulike utdanningsgruppene er nådd, er ikke dette nødvendigvis tilstrekkelig for å oppfylle målene om likeverdighet i tilgjengelighet og kvalitet. Analysene viser at små kommuner sliter med å rekruttere kompetent helsepersonell til det kommunale helsearbeidet, og de små og mer perifere DPS og BUP har tilsvarende rekrutteringsproblemer. Dette innebærer at tilgjengeligheten av tjenestene ikke er lik i alle kommuner. Det betyr at også kvaliteten på tilbudene vil variere da spesialisthelsetjenestens muligheter til å gi adekvat rådgivning til kommunene vil variere. For eksempel er de regionale forskjellene i tilgjengelighet av BUP-tjenester like store ved avslutningen av Opptrappingsplanen som i den tidlige oppstartsfasen.

Det er imidlertid ikke bare det kvantitative rekrutteringsgrunnlaget som er avgjørende for tilgjengeligheten av tjenestene og deres innhold. Det faglige innholdet av utdanningene som tilbys, er viktigere. Den største utdanningsgruppen er høgskolekandidatene. Relevant utdanning gis ved en rekke høgskoler og regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP), men vi vet lite om innholdet av denne utdanningen i forhold til de faglige behovene som eksisterer i det kommunale helsetilbudet. Det eneste vi vet, er at studietilbudene varierer. Særlig gjelder dette de tverrfaglige studietilbudene. Det vil således være dristig å påstå at alle studietilbudene er like relevante i denne sammenhengen. Vi vet lite om hvordan de ulike høgskole- og universitetsutdanningene faktisk har forholdt seg til Opptrappingsplanens mål om forebyggende virksomhet og desentraliserte tiltak.

Det er også variasjoner mellom de aktuelle universitetsutdanningene når det gjelder hvor godt de synes å forberede kandidatene til arbeid innen de psykiske helsetjenestene. Analyser i evalueringsrapportene viser at nyutdannede leger i mindre grad enn nyutdannede psykologer føler at deres utdanning gir et godt grunnlag for slikt arbeid. Mens flertallet av psykologene (90 prosent) mener at deres utdanning er relevant og godt egnet for tjeneste i de psykiske helsetjenestene, er det under en tredjedel (27 prosent) av de nyutdannede legene som har en tilsvarende mening. Det er derfor tydelig at utdanningssystemet står overfor betydelige

⁹⁶ St.prp. nr. 1 (2008-09) s. 165

utfordringer hvis målet om et kvalitativt godt tjenestetilbud skal nås for de psykiske helsetjenestene.

Den skjevfordelingen som synes å være mellom kommuner og regioner med hensyn til tilgjengelighet og kvalitet, bedres ikke ved at fastlegene føler at de har utilstrekkelig kompetanse til å gi adekvat behandling av Opptrappingsplanens hovedmålgruppe - de alvorligst psykisk syke.

7.4.2.2 Tilpasset behandlingsopplegg og brukervedvirkning

Kommunene

De mest alvorlig psykisk syke vil ofte ha sammensatte behov for tjenester. Dette stiller krav til samordningen av tjenestene. Kommuneloven av 1992 gir den enkelte kommune stor grad av frihet til å organisere de kommunale tjenestene slik de selv ønsker. Lokale forhold som kommunestørrelse vil eksempelvis være en viktig faktor i den sammenhengen. En liten kommune vil stå overfor andre organiseringsutfordringer enn en storbykommune. Dette reflekteres også i måten kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet. Det er en generell tendens til at kommunene organiserer virksomheten i en flat struktur med en direkte rapportering til rådmannen. Evalueringsrapportene viser at en flat organisasjonsstruktur i kommunen hvor medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet er spredt over en rekke organisasjonsenheter, har vært klart negativt for samhandling. Det gjelder både i det kommunale psykiske helsearbeidet og overfor instanser utenfor, som for eksempel spesialisthelsetjenesten. Rådmannsnivået har ikke fungert godt som koordinerende enhet da rådmennene vanligvis ikke har tilstrekkelig faglig kompetanse. Organisatorisk virker det som en egen tjeneste for psykisk helsearbeid under en større paraply av tjenester gir de beste betingelser for en god samarbeidsfunksjon. Men tjenestene for barn og unge kan lett komme i skyggen av tjenestene for voksne der disse er organisert sammen.

En forutsetning for et godt samordnet behandlingsapparat er at de ulike berørte tjenestene engasjerer seg i virksomheten. Her viser analysene betydelig variasjon i tjenestene imellom. Særlig er det et uttalt ønske fra ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunene at fastlegene i høyere grad skal involvere seg i det psykiske helsearbeidet. Dette gjelder både for barn og unge og for voksne. Fastlegenes arbeidssituasjon kan i noen grad vanskeliggjøre et mer utstrakt samarbeid, spesielt i form av møter som må avtales på kort varsel. Faste samarbeidsmøter burde være lettere å få til, men vil være et prioriterings spørsmål i forhold til fastlegenes øvrige arbeidsoppgaver. Imidlertid ser det ut til at den største barrieren for et større engasjement fra fastlegenes side er en følt mangel på tilstrekkelig faglig kompetanse på psykiske lidelser. Dette kombinert med en hektisk hverdag fylt av andre presserende oppgaver gjør at tidkrevende behandlingsopplegg for pasienter med psykiske lidelser må vike. I mange tilfeller begrenses fastlegenes bidrag til å være henvisende instans.

Arbeidet med individuell plan har økt i opptrappingsperioden. Der hvor man har lyktes i å etablere fungerende individuelle planer, viser analysene at disse gir viktige bidrag til målet om individuelle, tilpassede behandlingsopplegg.

Spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er BUP og DPS vesentlig styrket kvantitativt. Den polikliniske virksomheten har økt betraktelig og har i hovedsak nådd måltallene. Det har skjedd en utvidelse av behandlernes fagprofil som skulle tilsi en mulighet for økt differensiering i behandlingsoppleggene. Dette forutsetter en intern organisering som muliggjør spesialisering av arbeidsoppgaver. I tillegg er det fortsatt problemer med å bemanne små og perifere BUP

og DPS med nok lege- og psykologspesialister. En adekvat bemanning av disse yrkesgruppene er nødvendig for at enhetene skal fungere som spesialisthelsetjeneste med mulighet til å gi god og hensiktsmessig samhandling med det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært en sentral målsetting i Opptrappingsplanen. Den positive utviklingen i bruken av individuell plan hvor nettopp brukeren settes i sentrum, tyder på at økt brukermedvirkning på individnivå er i ferd med å bli en realitet. Hvor stor påvirkning den enkelte pasient faktisk har og kan ha på egen behandlingssituasjon, vil variere avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsapparatets kompetanse. Dette vet vi imidlertid lite om, men individuell plan er nå i ferd med å finne sin plass i behandlingstilbudet og vil sikre den enkelte pasient en plass som legitim aktør i behandlingsskjeden.

Ansvarsgrupper har vært meget nyttige når det gjelder å utvikle tilpassede behandlingssopplegg, siden de ulike tjenestene samordnes gjennom slike grupper rundt den enkelte pasients behov.

Også brukerorganisasjonene var tiltenkt en aktiv rolle innenfor rammen av Opptrappingsplanen som rådgivere og pådrivere både på statlig og på kommunalt nivå. I kommunene hadde samarbeidet en relativ trang fødsel, særlig i de minste kommunene. Det er en systematisk sammenheng mellom brukerorganisasjonenes samarbeid med kommunene og kommunestørrelse. Jo større kommunene er, jo mer samarbeid har de med brukerorganisasjonene. På dette området kan man registrere en positiv utvikling. Men fortsatt er det slik at over halvparten av de minste kommunene ikke har noe slikt samarbeid. Her bør det bemerkes at den mest sannsynlige forklaringen på dette er at brukerorganisasjonene ikke er etablert i mange små kommuner, og at sannsynligheten for at organisasjonene er lokalt representert øker med økende kommunestørrelse. Relevant datamateriale i evalueringsrapportene gir dessverre ikke innsikt i hvilken *faktisk* rolle brukerorganisasjonene har, verken som rådgivere eller pådrivere. Dette er en mangel som bør rettes på for å bedre grunnlaget for aktive brukerorganisasjoner i det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Kompetansen til å behandle og gi omsorg til denne pasientgruppen i det kommunale psykiske helsearbeidet vil være en sentral faktor for innleggelsesbehov i DPS døgnavdelinger og/eller akuttavdelinger på sykehusnivå. Det må påregnes svingninger i symptom- og funksjonsnivå i denne pasientgruppen. Den manglende kanaliseringen av akuttinnleggelser gjennom DPS og det økte antall innleggelser med tvang kan være uttrykk for at pasienter med alvorlige psykiske lidelser får episoder med forverring som ikke oppdages/behandles tidlig nok. Symptombelastningen og funksjonsnedsettelsen blir derfor så omfattende at en akuttinnleggelse er nødvendig. Mulighetene til å behandle slike episoder med tilbakefall i kommunene vil være avhengig av strukturen på omsorgsboligene, kompetansen til det kommunale psykiske helsearbeidet og tilgangen på støtte og veiledning fra DPS. Dette vet vi mindre om, og det bør derfor vies betydelig oppmerksomhet da det går til kjernen av det psykiske helsearbeidet: at pasientene skal få et kvalitativt likeverdig behandlingstilbud innenfor rammen av en desentralisert modell.

7.4.2.3 Behandlingstilbud og resultater

På *individnivå* er pårørende til barn og unge med psykiske vansker som hovedregel godt fornøyd med behandling og samarbeid med både det psykiske helsearbeidet i kommunene og

BUP. At pårørende til barn med somatisk sykdom er enda mer fornøyd, er rimelig. Problematikken rundt psykiske lidelser vil ofte være mer komplisert.

Kvalitative data tyder også på at ungdom er fornøyd med behandlingskontakten med BUP. For voksne med psykiske lidelser gir dataene i evalueringsrapportene et usikkert og sprikende bilde. Kontakten med og oppfølgingen fra den enkelte behandler på DPS vurderes generelt som god.

Når det gjelder virkemidlene individuell plan og ansvarsgrupper er det en bred faglig enighet om at dette er hensiktsmessige verktøy for pasienter med alvorlige lidelser med langvarige og sammensatte behov. Bruken har økt i opptrappingsperioden, men når fortsatt ut til kun deler av målgruppen. Fagfolkene har reist spørsmål om hensiktsmessigheten av en omfattende individuell plan for alle i målgruppen. Pasientene har også i noen grad vært i tvil om de ønsker en slik plan. Spesielt fra de kommunale tjenestene har det kommet frem at mye tid har gått med til motiveringsarbeid for å delta i utviklingen av individuell plan. Et problem kan være at plikten omfatter utarbeidelsen av en plan, men ikke gjennomføringen av den, noe som bl.a. kan begrenses av tilgjengelige ressurser.

Ansvarsgrupper vurderes som positivt både av tjenesteyterne og brukerne. Dette kan henge sammen med at disse gruppene med én ansvarlig kontaktperson er direkte rettet mot et hensiktsmessig - og nødvendig - samarbeid mellom aktuelle aktører for den enkelte bruker.

Ingen av tjenestene imøtekommer behovet for informasjon hverken til pasientene eller deres pårørende. I forhold til intensjonene i Opptrappingsplanen svikter systemet på dette feltet. Det må påpekes at det ofte ikke vil være et sammenfall mellom hva pårørende og pasienter ønsker når det gjelder informasjonstilgang. Det kan også være ulikt syn på - og uenighet om - hva slags behandlingsopplegg som skal velges, hvordan det skal gjennomføres og hva som er realistiske behandlingsmål. Både pasienter og pårørende er mest fornøyd med behandling av symptomer og de aktuelle psykiske plagene, og mindre fornøyd med tiltak rettet mot sosial- og arbeidsfunksjon. Det er også en tendens til at behandlingene blir mer langvarige og at en større andel av pasientene har hatt kontakt med DPS tidligere.

På *systemnivå* skal brukere være representert i institusjonenes kontrollkommisjoner og i helseforetakenes brukerutvalg. Ved DPS er det opprettet brukerutvalg ved omtrent halvparten av enhetene. En undersøkelse av brukererfaringene i dette forumet, riktignok med et fåtall svar, viser at brukerne i stor grad deltok i dialogen om planprosesser og kunne gi råd til spesialisthelsetjenesten.

De foreliggende evalueringsrapportene gir ikke grunnlag for en omfattende og dyptpløyende analyse av hva som er tilfredsstillende behandlingsresultater. Rapportene dekker kun helsestasjon/skolehelsetjenesten og PP-tjeneste på kommunalt nivå, og DPS på spesialisthelsetjenestnivå. Med forbehold om at de to undersøkelsene⁹⁷ som her ligger til grunn for konklusjonene er representative, står både det kommunale psykiske helsearbeidet og spesialisthelsetjenesten overfor en grunnleggende utfordring. Analysene viser at begge nivåer gir et kvalitativt tilfredsstillende tilbud til den pasientgruppen som har relativt sett mindre alvorlige psykiske problemer. Utfordringen ligger i å nå frem med et kvalitativt

⁹⁷ Marit Sitter: "Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007" SINTEF rapport A5204, 2008 og Rolf W. Gråwe, Trond Hatling og Torleif Ruud: "Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?" SINTEF rapport A6169, 2008.

tilfredsstillende faglig tilbud til den pasientgruppen som har mer alvorlige psykiske problemer. Her må vi være oppmerksomme på at omfang av og kvalitet på tilbudene til store grupper med lette psykiske lidelser ikke inngår i evalueringsrapportene. Det man vet, er at det er svært store regionale og kommunale forskjeller i tilgjengelighet av privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Analysene dokumenterer at særlig spesialisthelsetjenesten, men også det kommunale psykiske helsearbeid, i liten grad gir et tilfredsstillende behandlingstilbud til eldre med psykiske problemer, om noe tilbud i det hele tatt. Gitt aldersstrukturen i den norske befolkning, og utviklingen av denne i tiårene som kommer, står myndighetene overfor et direkte problem. I omfang og samfunnsmessige konsekvenser vil dette langt overstige utfordringene myndighetene står overfor når det gjelder yngre menn med psykiske problemer.

7.4.3 Tvang

Datagrunnlaget som har vært tilgjengelig for evalueringsrapportene om tvang, er så ufullstendig at de fleste av de aktuelle problemstillingene ikke kan belyses skikkelig. Bedring av datakvaliteten for tvang blir en viktig oppgave for helsemyndighetene og helseforetakene. Det foreligger bare data om voksne. Disse gir oss kun mulighet til å si noe om endring i omfanget av tvangsinnleggelse, der resultatene med forsiktighet kan ses i et nasjonalt perspektiv.

Tvangsinnleggelse

Med grunnlag i evalueringsrapportene virker det sannsynlig at andelen henvist til innleggelse med tvang har holdt seg stabil i opptrappingsperioden. Siden antallet innleggelse i samme periode har økt, har også antallet henvisninger til tvangsinnleggelse økt. Innleggelse som øyeblikkelig hjelp, diagnose innen schizofrenispekteret og bosted i en kommune med få årsverk i det psykiske helsearbeidet - i praksis en liten kommune - er faktorer som øker sannsynligheten for henvisning til innleggelse med tvang. Det er en sammenheng mellom økt risiko for innleggelse som øyeblikkelig hjelp og få årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet.

I *spesialisthelsetjenesten* har omgjøring av vedtak om henvisning til innleggelse med tvang til innleggelse med frivillig status økt med gjennomsnittlig 25 prosent i perioden. Det er også store forskjeller mellom institusjonene. Endringene i prosentpoeng i løpet av perioden (2003-2006) varierte mellom institusjonene, fra ingen endring til en endring på ca. 30 prosentpoeng. Endringene gikk for alle institusjonene i retning av flere omgjorte vedtak i 2006 enn i 2003.

Samlet tyder dette på et relativt stort avvik mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i indikasjoner for bruk av tvangsinnleggelse, samt at samhandlingen ved innleggelse er mangelfull.

Tvangsmidler

Målt i antall ganger har bruk av mekaniske tvangsmidler økt i opptrappingsperioden, mens bruk av korttidsvirkende medikamenter og isolering som tvangsmidler har gått ned. Samlet har bruken av disse tre tvangsmidlene endret seg lite i perioden. Antallet pasienter utsatt for tvangsmidler har økt noe, men det er likevel få pasienter som utsettes for tvangsmidler.

Bruk av skjerming har økt i samme periode. Endring av rapporteringsrutinene under perioden kan ha gitt en underrapportering i starten av opptrappingsperioden og en sannsynlig økning i rapportering etter lovendringen i 2006. Det er derfor vanskelig å dra et sikkert skille mellom økning av skjermingsaktiviteten og økt rapportering av aktiviteten. Et spørsmål vi sitter igjen

med, er om økningen av antallet pasienter i kommunene medfører at enkelte pasienter nå blir dårligere uten at dette blir fanget opp tidsnok, slik at de ved innleggelse vil være mer krevende adferdsmessig.

Det er imidlertid en påfallende stor variasjon mellom institusjoner både når det gjelder henvisning til innleggelse med tvang, omgjøring av tvangsinnleggelse til frivillig status ved spesialistvedtak og bruk av tvangsmidler under oppholdet. Dette er forhold som ikke ser ut til å kunne forklares ved forskjeller i pasientsammensetningen og representerer en utfordring for både helsemyndigheter, helseforetak og fagfeltet. Enten variasjonen skyldes forskjeller i behandlingskulturer eller rapporteringsrutiner, må videre undersøkelser og tiltak på dette feltet være en prioritert oppgave.

7.5 Har Opptrappingsplanen ført til bedre levekår for pasienter med psykiske lidelser?

Gode levekår krever to sett av betingelser, uavhengig om en person er frisk eller har somatiske eller psykiske lidelser. For det første må det enkelte individ leve i et nærmiljø hvor vedkommende er velkomment og ivaretatt, og ikke stigmatisert og utstøtt. For det andre må visse materielle betingelser være oppfylt, slik som et godt botilbud, et meningsfullt aktivitetstilbud og et rimelig inntektsgrunnlag.

Det er grunn til å understreke at det ikke er enkelt å kartlegge levekår til mennesker med psykiske lidelser siden det erfaringsmessig er svært vanskelig å få de sykeste til å delta i spørreundersøkelser som levekårkartleggingene bygger på. Av den grunn vil denne gruppen være grovt underrepresentert i de undersøkelser som ligger til grunn for denne fremstillingen.

Psykososiale rammebetingelser

En grunnleggende idé i Opptrappingsplanen var at nedbygging av institusjonene og bosetting i nærmiljøet skulle bidra til sterkere integrering av psykisk syke. I lokalmiljøet ville de få bedre kontakt med nær familie og et større og bedre sosialt nettverk. Analysene viser at det har vært en positiv utvikling, særlig med hensyn til at de psykisk syke har fått bedre kontakt med den nære familien, og det er en tendens til at de med alvorlig symptombelastning har fått et større sosialt nettverk. Her har kommunene spilt en viktig rolle ved å legge til rette for ulike aktiviteter. Til tross for denne utviklingen er det imidlertid grunn til å merke seg at de med alvorlige psykiske lidelser kommer dårligst ut når det gjelder sosial kontakt sammenliknet med personer med lettere psykiske lidelser, og ikke minst, med friske personer. Det er således langt igjen før de med alvorlige psykiske lidelser har et tilfredsstillende psykososialt nærmiljø. Man skal heller ikke se bort fra at evne og vilje til sosial kontakt samvarierer med alvorlighetsgrad.

På den annen side viser evalueringen en positiv utvikling i publikums generelle holdninger til psykiske lidelser. Et klart flertall av befolkningen gir uttrykk for at de har ikke-stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser, og at de mener man kan få hjelp og at hjelpen nytter hvis man rammes av en psykisk sykdom. I det hele tatt har det vært en positiv utvikling både med hensyn til de psykisk sykes psykososiale nærmiljø og i de psykososiale rammebetingelsene definert som befolkningens holdninger til psykiske lidelser og dem som rammes av slike lidelser. Det er likevel langt igjen før myndighetene har nådd målet om at pasienter med psykiske lidelser skal være innlemmet i det samfunnet og den kulturen de er en del av.

Materielle rammebetingelser

Data fra helse- og levekårsundersøkelsene viser at psykisk syke har dårligere levekår enn psykisk friske. De skårer systematisk lavere enn friske på levekårsindikatorer som sysselsetting, helse, utdanning og inntekt. Analysene tyder ikke på at det har skjedd en relativ bedring i de materielle levekårene til psykisk syke til tross for at det var ett av målene i Opptrappingsplanen. Det er for så vidt ikke så overraskende da det er mange faktorer som bidrar til endringer i disse forholdene og de fleste ligger langt utenfor Opptrappingsplanens virkefelt. Funnene tyder likevel på at de virkemidlene som har vært brukt i forbindelse med Opptrappingsplanen, ikke har vært tilstrekkelige til å påvirke de psykisk sykes materielle levekår. I det videre arbeidet vil det derfor være nødvendig at myndighetene retter spesiell oppmerksomhet mot faktorer som kan bidra til bedring på dette området.

Som oppsummering kan vi fastslå at det er gjort betydelige fremskritt når det gjelder å bedre de psykososiale rammebetingelsene for at personer med psykiske lidelser skal få bedre levekår. I et slikt perspektiv har desentraliseringstanken åpenbart vært fornuftig. På den annen side har ikke Opptrappingsplanen hatt den ønskede effekt på å bedre denne pasientgruppens materielle levekår. Samlet sett står myndighetene derfor overfor en stor utfordring for å sikre personer med psykiske lidelser likeverdige levekår sammenliknet med psykisk friske personer.

7.6 Oppsummering: Hva har man oppnådd?

I kapittel 1 er hovedproblemstillingene i evalueringen av Opptrappingsplanen presentert slik: Har tiltakene bidratt til å nå de mål som er satt for Opptrappingsplanen? Hva kan myndighetene lære av virkemiddelbruken? Hvilke hull er det fortsatt i tilbudet? Hvor er det behov for ytterligere innsats?

Nedenfor oppsummeres punktvis svarene på disse spørsmålene.

Har tiltakene bidratt til å nå Opptrappingsplanens mål?

En rekke av Opptrappingsplanens sentrale mål er langt på vei nådd:

- I hovedsak har man nådd de kvantitative mål som ble satt for Opptrappingsplanen når det gjelder styrking av infrastrukturen for det psykiske helsearbeid i kommunene. I første rekke har man styrket antall helsetjenesteårverk i kommunene og et desentralisert botilbud.
- Når det gjelder spesialisthelsetjenesten for *voksne*, har døgncapasiteten på DPS økt. Den polikliniske aktiviteten har også økt i betydelig grad. Dette har bidratt til å bedre tilgjengeligheten av tjenestene.
- Når det gjelder barn og unge, har det vært en markant bemanningsøkning ved BUP slik at dekningsgraden har økt vesentlig og er nær måltallet på fem prosent på landsbasis
- Det har skjedd en styrking av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS og BUP) og psykisk helsearbeid i kommunene
- Utdanningskapasiteten har økt i høgskolesektoren slik at rekrutteringsgrunnlaget til stillinger i de psykiske helsetjenestene er styrket
- Det er gjennomført en styrking av statlige brukerrettede tiltak

Det er sannsynlig at tiltakene i Opptrappingsplanen er en vesentlig årsak til at målene er nådd, selv om vi strengt tatt ikke kan vite hvor stor del av utviklingen som skyldes andre faktorer.

Hva kan myndighetene lære av virkemiddelbruken?

- Øremerking av midler til utbyggingen av de psykiske helsetjenestene har vært en suksess som har bidratt til å nå Opptrappingsplanens mål. De statlige øremerkede midlene til kommunene har utløst egne kommunale midler til det psykiske helsearbeidet. Det er en uttalt bekymring for at bortfallet av de øremerkede midlene vil føre til et dårligere tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunene.
Anbefaling: Myndighetene bør nøye følge utviklingen i investeringer i dette området, og ha en løpende vurdering av om øremerking må gjeninnføres.
- De fleste kommunene er mest tilfreds med en organisering av psykisk helsearbeid som en egen enhet i kommunen.
Anbefaling: Det kommunale helsetjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser bør samles i en enhet både for å koordinere tjenestetilbudet og for å kunne bygge opp og vedlikeholde et faglig kompetent miljø. Samtidig må man spesielt sørge for at barn og unge får tilfredsstillende tjenestetilbud.
- Døgnplassantallet ved sykehusene ligger under det mål som ble satt i Opptrappingsplanen. Nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser har gått vesentlig raskere enn forutsatt. På den annen side har antall kommunale boenheter økt betydelig, slik at totalbildet er vanskelig å vurdere.
Anbefaling: Det bør gjøres en kartlegging av kommunenes botilbud med hensyn til type bolig og bemanningsstrukturen og en ny vurdering av totalbehovet for antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Det er behov for fortsatt styrking av DPS og BUP slik at de kan ivareta den sentrale funksjonen som de er tiltenkt i spesialisthelsetjenesten. Selv om samhandlingen er styrket, viser evalueringen at det er et betydelig stykke å gå for å innfri intensjonene om ”god samhandling og flyt i behandlingsskjeden”. For å ivareta veiledningsfunksjonen på en fullgod måte trengs det faglige og kompetente DPS- og BUP-miljøer. Dette kan ha konsekvenser for hva som er et optimalt antall DPS og BUP på landsbasis.
Anbefaling: Det er viktig at den faglige kompetanse i DPS og BUP styrkes, og at organisering og økonomiske insentiver fremmer mulighetene for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale psykiske helsearbeidet.

Hvilke hull er det fortsatt i tilbudet og hvor er det behov for ytterligere innsats?

- Et sentralt problem er at vi vet lite om innholdet i tjenestetilbudene som gis. Vi vet derfor ingen ting om kvaliteten på disse tilbudene. Selv om man har lyktes i en kvantitativ utbygging av relevante utdanningsløp, vet vi lite om i hvilken grad de ulike utdanningsprogrammene virkelig sikrer nødvendig faglige kompetanse.
Anbefaling: Fokus bør heretter rettes mot det faglige innholdet i behandling og utdanning. Det bør satses videre på utarbeiding av veiledere og faglige standarder for god evaluering og behandling både i spesialisthelsetjenesten og i det psykiske helsearbeidet i kommunene.
- Det er et stort behov for bedre registrering av rutinedata for å kunne følge hvilke grupper som får tilbud, og hvilken kvalitet det er på tilbudene.
Anbefaling: Det bør satses på videreutvikling av meningsfulle kvalitetsindikatorer og bruk av rutinedata for kvalitetssikring av klinisk virksomhet. Det er særlig viktig at det tas et krafttak for å skaffe pålitelige, landsdekkende data for bruk av tvang i psykisk helsevern.
- Det er noen store pasientgrupper som i dag har et mangelfullt behandlingstilbud. Dette gjelder særlig eldre og pasienter med lettere psykiske lidelser.

Anbefaling: Det må utvikles et bedre tilbud til eldre pasienter og pasienter med lettere psykiske lidelser.

- Det finnes en del pasientgrupper som har behov for tilbud som krever større grad av spesialkompetanse enn det er mulig å gi i det ordinære behandlingsapparatet.

Anbefaling: Det bør utvikles spesialiserte tilbud for en del pasientgrupper. Det bør utredes nærmere hvilke tilstander dette bør gjøres for, og hvilken form de spesialiserte tilbudene bør ha.

- I opptrappingsperioden har brukermedvirkning fått en langt mer sentral plass. Det gjenstår imidlertid fortsatt store utfordringer på dette området.

Anbefaling: Det må satses på en ytterligere styrking av brukermedvirkning i det psykiske helsearbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Noen av anbefalingene over blir drøftet nærmere i kapittel 7.7 Sluttbetraktninger nedenfor.

7.7 Sluttbetraktninger

7.7.1 Noen tanker om Opptrappingsplanens ideologiske fundament

I Nasjonal helseplan (St. meld. nr. 41 (1987-88)) la de sentrale helsepolitiske myndigheter rammene for utviklingen av helsetjenesten med vekt på organisering, ressursfordeling og styringsformer.⁹⁸ Utformingen av helsetjenestene skulle bygges rundt et desentralisert og regionalisert forvaltningssystem som skulle sikre et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av hvor i landet man bodde og uavhengig av kjennetegn som kjønn og alder. Allerede i den nasjonale helseplanen ga myndighetene klart til kjenne at de så de spenningene som potensielt lå i prinsippene den nasjonale helseplanen bygget på. Myndighetene var også innstilt på å etablere mekanismer for å møte disse spenningene. Ti år senere, da Opptrappingsplanen tok form, la man likevel de samme prinsippene til grunn. Det innebar at også arbeidet med å sette Opptrappingsplanen ut i livet måtte foregå i spenningsfeltet mellom nasjonale likhetsidealer og kravet om lokalt selvstyre. Det interessante i denne sammenhengen er at Opptrappingsplanen tok opp i seg de grunnleggende prinsippene uten egentlig å stille spørsmål om hvordan de hadde fungert for helsetjenestene generelt i den forangående tiårsperioden. Det kan altså virke som Opptrappingsplanen er tuftet på prinsipper som ikke har vært gjort til gjenstand for systematisk empirisk belysning.

I Opptrappingsplanen er sykdomsbegrepet tonet ned. Det er en opptrappingsplan for psykisk helse slik det fremstår i stortingsproposisjonen (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Tanken er god. Ikke minst i folkehelsesammenheng står primærforebygging av feilutvikling og sykdommer sentralt. Nedtoningen av sykdomsbegrepet har gått sammen med tanken om at det vil virke normaliserende for pasienter med langvarige og alvorlige psykiske lidelser å bli flyttet fra institusjonene til en desentralisert tilværelse i kommune-Norge. Det viktige arbeidet med avstigmatisering av psykiske lidelser kan ha ført til en forestilling om at en slik normalisering vil ha i seg en sterk bedringskraft uansett hvor alvorlig den psykiske lidelsen er. Det kan igjen ha ført til mindre vektlegging av diagnostisering i utredning og behandling av psykiske lidelser. Bildet er imidlertid ikke entydig. Helsedirektoratet har i de senere årene av Opptrappingsperioden gitt ut flere diagnoserelaterte behandlingsveiledere. Likevel synes det klart at diagnoserelaterte utredninger og behandlingsmanualer har stått mye mer sentralt i andre land enn i Norge de siste årene. Det mest gjennomførte eksemplet på en slik utredning

⁹⁸ St.meld. nr. 41 (1987-88) s. 8

er antakelig den britiske ”Paying the price” som gjennomgår forekomst, behandlingsmuligheter og samfunnskostnader knyttet til de viktigste psykiske lidelsene.⁹⁹

I kontrast til et slikt faglig perspektiv, kjennetegnes Opptrappingsplanen ved at innsatsen i hovedsak er rettet inn mot å styrke rammebetingelsene for det psykiske helsearbeidet i kommunene og spesialisthelsetjenesten gjennom å styrke infrastrukturen i disse tjenestene. I første rekke har det skjedd gjennom en oppbygging av tjenesteapparatet i kommunene med utbygging av botilbud til pasienter med psykiske lidelser og en utbygging av DPS og BUP i spesialisthelsetjenesten. Suksess på disse områdene har blitt vurdert ut fra oppfyllelse av angitte måltall. Denne evalueringen har dokumentert en kvantitativ opprusting av helsetilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Tilgjengeligheten har økt, tilbudene har blitt mer varierte og brukertilpasset samtidig som det er utdannet flere med helsefaglig bakgrunn som har gått inn i det psykiske helsearbeidet. Men vi vet langt mindre om innholdet i tjenestene og lite om den innholdsmessige kvaliteten til de helsefaglige utdanningsprogrammene. Én ting som bør undersøkes nærmere, er sammenhengen mellom kvalitet på tilbudene og antall ansatte med helsefaglig utdanning. Det er også nødvendig å vurdere innholdet og den faglige kvaliteten i tilbud som gis innen rammen av et desentralisert opplegg for å fastslå om man lykkes med å gi et likeverdig tilbud til pasientene.

Om man vil lykkes i å styrke det lokale tjenestetilbudet med tilstrekkelig faglig kompetanse til å nå målet om et likeverdig behandlingstilbud, er til en viss grad avhengig av hva man legger i begrepet likeverdig. De helsepolitiske myndighetene har vært seg bevisst denne problemstillingen, og den ble drøftet allerede i Nasjonal helseplan. I den ene ytterkant kan likeverdighet tolkes som at behandlingstilbudet skal være likt over hele landet. Dette forutsetter at det foreligger tilstrekkelig kompetanse i alle landets kommuner. Det er lite sannsynlig at denne forutsetningen noen gang vil bli oppfylt. Erfaringene med fastlegeordningen viser at det er svært vanskelig å sikre alle like muligheter til å velge en fastlege som kan være stabil over tid. Når vi legger til at mange fastleger tviler på om de har tilstrekkelig kompetanse til å behandle de mest alvorlige psykiske lidelsene, og at de savner veiledning fra spesialisthelsetjenesten, er målet om likhet neppe oppnåelig. Men selv med en relativt vid definisjon av likeverdighet, er det neppe realistisk å vente at et slikt mål kan nås innenfor rammen av et sterkt desentralisert behandlingstilbud. Et gjennomgående funn fra evalueringsrapportene er stor kommunal og regional variasjon i de aller fleste indikatorer på organisering, tilgjengelighet og ressursbruk. Det indikerer at en stor grad av desentraliseringen også kan fremme ulikheter.

7.7.2 Noen tanker om veien videre

I dette kapitlet vil vi konsentrere kommentarene om fire hovedpunkter: virkemiddelbruk, desentralisering, kvalitet og brukervedvirkning. Vi tar til orde for en revurdering av virkemiddelbruken, en sentralisert desentralisering, et sterkere fokus på kvalitet og en fortsatt styrking av brukervedvirkning.

7.7.2.1 Revurdering av virkemiddelbruken

Behovet for fortsatt øremerking

En betydelig andel av kommunale informanter, både fra rådmannssjiktet og fra de ansatte i det psykiske helsearbeidet, uttrykker bekymring for en nedgang i det psykiske helsetilbudet når øremerkingen faller bort. Midler til psykisk helsearbeid vil da - som i inneværende år -

⁹⁹ King's Fund, London 2008 (ISBN: 978 1 857175 714)

komme som et ledd i den generelle rammefinansieringen av kommunene. Det psykiske helsearbeidet vil da konkurrere om midler både med annet helsearbeid og med andre aktivitetsområder. Erfaringen med en rammefinansiering som grunnlag for finansiering av psykisk helsearbeid i kommunene, tyder på at det psykiske helsearbeidet ikke uten videre vil få den prioritet som er i tråd med intensjonen. Det kan føre til at kommunale og regionale ulikheter i tilbud vil øke ytterligere i tiden som kommer. Som en følge av Opptrappingsplanens tilføring av ressurser har det i mange kommuner vokst frem et engasjement for det psykiske helsearbeidet som det er viktig å holde levende.

Organisering av psykisk helsearbeid i kommunene

Som et ledd i alminneliggjøring av psykiske problemer ga helsemyndighetene føringer om at personellet i det kommunale psykiske helsearbeidet burde fordeles over en rekke enheter i den kommunale linjeorganisasjonen. Føringer synes å hvile på en forestilling om altruistisk atferd blant kommunale aktører i en organisasjon med stor spredning av delegert budsjettsansvar. Dette kan knapt påregnes. Evalueringsrapportene viser også at de fleste kommunene har gått bort fra dette organiseringsprinsippet og har samlet personellet i det psykiske helsearbeidet i én enhet med egen leder. Dette gir både bedre kontroll med bruken av øremerkete midler og muligheten for bedre faglig kvalitet. En slik organisering er imidlertid ikke uten problemer. En egen enhet for psykisk helsearbeid kan stå i fare for å bli så sterkt opptatt av omsorg for de mest alvorlig syke voksne personer at andre områder får for liten plass. Slike områder kan være tilbud til barn og unge og samarbeid med instanser som PP-tjenesten og barnevern.

7.7.2.2 Sentralisert desentralisering

Desentralisering av omsorg og behandling står sentralt i Opptrappingsplanen. Spørsmålet er hvor langt desentraliseringen kan og skal gå. Det er nødvendig å se nærmere på hvordan tjenestetilbudet organiseres, hvilke tilbud som skal gis på hvilke nivåer og i hvilket omfang.

En vellykket desentralisering av tjenestetilbudet til psykisk syke hviler på tre hovedkomponenter:

- En hensiktsmessig boform
- Et kvalitativt og kvantitativt godt utbygd psykisk helsearbeid i kommunen
- Et godt fungerende samarbeid med et kvalitativt og kvantitativt godt utbygd DPS/BUP.

Boligformene som har kommet med Opptrappingsplanen, kan variere fra en bolig i den ordinære boligmassen med varierende grad av tilsyn til en bolig i et bokollektiv med betjening på dagtid eller døgnbasis. Fra evalueringsrapportene har vi ingen oversikt over hvordan disse botilbudene er fordelt i landets kommuner. Det er urealistisk å forvente at alle små og mindre kommuner vil kunne opprette bokollektiver med heldøgns betjening, noe som vil være vesentlig for å kunne gi et godt tilbud til en del av den aktuelle pasientgruppen.

Mange norske kommuner er små med en begrenset økonomisk bæreevne og begrenset tilgang til faglig kompetanse. I en liten kommune vil det være få som har alvorlige psykiske lidelser, men selv en enkelt pasient vil kunne kreve store økonomiske ressurser og en faglig kompetanse kommunen ikke kan stille opp med. Små og mindre kommuner synes også å ha problem med å skaffe seg et kvantitativt, og spesielt kvalitativt, godt nok psykisk helsearbeid til å følge opp pasienter med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. I denne sammenhengen er det tankevekkende at pasienter fra små kommuner i større grad blir søkt innlagt med tvang.

Ifølge Opptrappingsplanen skal andrelinjetjenesten tre støttende til ved å veilede og rådgi. Så langt har ikke dette fungert optimalt. Enkelte BUP og DPS er for spinkelt bemannet, og selv med en betydelig opprustning av veiledningsfunksjonen er det uklart om mottakerapparatet har det nødvendige omfang og kompetanse til at dette kan fungere som en generell modell. Etter vår vurdering er det derfor nødvendig med en grundig gjennomgang av grensene for kommunenes kapasitet og kompetanse i et slikt perspektiv. Det er all grunn til å drøfte nærmere berettigelsen av å legge en desentralisert struktur til grunn for det videre arbeidet med å styrke behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser, særlig for dem med de alvorligste problemene. Det er viktig å få en avklaring av hva de helsepolitiske myndighetene legger i begrepene likt og likeverdig behandlingstilbud. Slik det nå er, bidrar uklarhet til at pasienter, pasientorganisasjoner, pårørende og tjenestetilbydere kan få urealistiske forventninger til omfanget, nivået og kvaliteten på det behandlingstilbudet som det er mulig å gi innenfor rammen av et desentralisert helsesystem.

De politiske myndighetene har i den senere tid gitt uttrykk for at det ikke er samsvar mellom forventningene som stilles til den enkelte kommune og de mulighetene kommunene har til å møte disse forventningene. I lys av dette har man fremmet tanken om å etablere "helsekommuner" hvor flere kommuner går sammen om et samarbeid om å tilby helsetjenester til kommunenes innbyggere. Opptrappingsplanen har oppfordret til et interkommunalt samarbeid, det vi kan kalle en sentralisert desentralisering, men i hovedsak har det kommet lite ut av det. Vi tror likevel at det kan være en riktig vei å gå. Et slikt interkommunalt samarbeid er ingen nyskaping. Det har i mange år eksistert såkalte "brannkommuner", hvor flere kommuner samarbeider om et distriktsbrannvesen. Det nye er at denne tankegangen, av nødvendighet, nå introduseres i helsesektoren. Den bør etter vår vurdering tas opp til grundig drøfting. Spørsmålet blir hvilke betingelser som må være til stede for at man skal kunne etablere slike helsekommuner. Det viktige med denne modellen er at den kan knytte de ulike elementene - kommunene, DPS, BUP og et regionalt sykehus - sammen i et forpliktende samarbeid. En slik konstruksjon ivaretar mange av de intensjonene som er nedfelt i Opptrappingsplanen: pasientene er knyttet til nærmiljøet, det er et interkommunalt samarbeid og virksomheten er nært knyttet opp til spesialisthelsetjenesten både som behandlende og rådgivende instans.

Den norske kommunestrukturen har i de senere årene blitt satt under sterkt press, og kommunene tillegges stadig flere oppgaver. Statlig nivå bidrar gjennom rammebevilgninger til at kommunene er i stand til å ivareta fellesskapets forpliktelser. Til tross for de beste hensikter har det vist seg at ordningen har ført til ulikheter i kommunes evne til å gi innbyggerne et tilfredsstillende tjenestetilbud. Mange av kommunene er for små til å være levedyktige politisk-administrative enheter i lys av den økende oppgavemengden de blir pålagt. Flere politikere har derfor påpekt at det er nødvendig med en gjennomgang av kommunestrukturen med tanke på en sanering av antall kommuner. Dette er helt i tråd med det markante og gjennomløpende mønstret som fremtrer i de evalueringsrapportene som ligger til grunn for denne sluttrapporten. Mange kommuner er ikke i stand til å møte kravene og forventningene til tjenestetilbudets omfang og innhold som pasienter med psykiske lidelser legitimt kan stille til den enkelte kommune. En alternativ modell vil derfor være at man etablerer større kommuner som kan stå på egne ben også når det gjelder å gi pasienter med psykiske lidelser et best mulig tjenestetilbud.

I St.meld. nr. 41 (1987-88) peker Sosialdepartementet på at en rekke ulike faktorer påvirker befolkningens helse. De fleste av disse ligger utenfor helsemyndighetenes kontroll. Departementet er derfor opptatt av samspillet mellom ulike politisk-administrative myndigheter og nivåer. Ved en eventuell omstrukturering av kommune-Norge er det derfor

viktig at helsemyndighetene er aktive aktører både med hensyn til kommunenes størrelse og hvordan helsetjenestene kan organiseres for best å ivareta pasientenes behov i lys av de erfaringer som er gjort i løpet av Opptrappingsplanens periode.

7.7.2.3 Sterkere fokus på kvalitet

Behov for utvikling av behandlingsstandarder

Iverksettingen av Opptrappingsplanen har avdekket at det ikke er tilstrekkelig fokus på infrastrukturen og rammebetingelsene. Det må også være et sterkt fokus på det faglige innholdet i tilbudene. Slik planen ble utformet og iverksatt, har det vært for ensidig oppmerksomhet på kvantitative mål av mer økonomisk art, som utbygging av boliger, antall stillinger eller konsultasjoner slik at disse indikatorene har blitt en erstatning for indikatorer på faglig kvalitet i behandlingstilbudet. En forklaring på dette kan være at fagmiljøene i for liten grad ble trukket inn i utarbeidelsen av Opptrappingsplanen. En annen, og like sannsynlig, forklaring er at fagmiljøene abdiserte fra den nødvendige, men faglig svært utfordrende oppgaven det er å skulle definere hva som er et faglig tilfredsstillende behandlingstilbud.

Resultatet ble at man ikke hadde en faglig standard å måle behandlingstilbudene etter, og dermed fikk økonomiske mål dominere; oppbygging av infrastruktur og rammebetingelser ble målet i seg selv. Gode rammer er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å gi personer med psykiske lidelser det behandlingstilbudet de rettmessig har krav på, på lik linje med somatiske syke. Fokus bør heretter rettes mot det faglige innholdet i behandlingssystemet. Det bør satses videre på utarbeiding av veiledere og av faglige standarder for god evaluering og behandling. Spesialiseringsløp, videre- og etterutdanning bør også kvalitetsvurderes.

Styrket veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Evalueringsrapportene viser at fastlegene gir klart uttrykk for et ønske om mer veiledning og støtte fra DPS og BUP. Vi tror at samarbeidet mellom ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunene og DPS/BUP vil være den viktigste faktoren for å sikre kvalitet i et desentralisert opplegg for pasienter med psykiske lidelser. Evalueringsrapportene viser at formalisering og utviklingen av dette samarbeidet har økt betydelig under Opptrappingsplanen. Innholdet av samarbeidet vet vi mindre om, men evalueringen dokumenterer et fortsatt stort behov fra ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet for kontakt med og veiledning fra både DPS og fra BUP. Bruk av privatpraktiserende avtalespesialister for psykiatere og psykologer vil kunne være et tilskudd til dette samarbeidet.

Den økte polikliniske kapasiteten og opprettelsen av ambulante team er viktige elementer, men vi mener at en faglig kvalitativ styrking av DPS og BUP fortsatt er viktig for å sikre et godt samarbeid med kommunene. Dette samarbeidet er tidkrevende og personalkonsumerende, og poliklinikkens økonomiske insentiver må være innrettet slik at denne aktiviteten stimuleres. Dette er et viktig poeng siden budsjettmessig kontroll i overskuelig fremtid vil være et sentralt element i drift av helsevesenet.

Behov for spesialiserte tilbud

Opptrappingsplanen har særlig fokus på voksne med alvorlige psykiske lidelser, og på barn og unge. Denne sterke prioriteringen har åpenbart vært viktig. Samtidig innebærer den en reell fare for at andre viktige pasientgruppers behov kommer i bakgrunnen.

Det er særlig to store grupper som det er viktig å ha fokus på i tiden som kommer, nemlig pasienter med lettere psykiske lidelser og eldre med psykiske lidelser.

Funksjonsnivået hos mennesker med lettere psykiske lidelser kan variere fra betydelig funksjonstap til normal funksjon, avbrutt av episoder med uttalt funksjonssvikt utløst av akutte livshendelser. Mange med disse lidelsene kan med hensiktsmessig behandling få vesentlig bedre livskvalitet og funksjonsevne, og bedre muligheter på det åpne arbeidsmarkedet. Denne gruppen er 10-15 ganger større enn gruppen av pasienter med alvorlige lidelser. For pasientene og pårørende er det samlede lidelsestrykket knyttet til lettere psykiske lidelser betydelig. De svært store samfunnsøkonomiske omkostningene knyttet til sykmelding, redusert produktivitet og tidlig uføretrygd gjør det viktig å iverksette et lavterskeltilbud til denne pasientgruppen.

Evalueringen av Opptappingsplanen har i liten grad tatt for seg omfang, innhold i og kvaliteten på tilbudene til mennesker med denne gruppen av psykiske lidelser. Helsepolitiske føringer for organiseringen og innholdet av tilbud til disse pasientgruppene (i første rekke angst- og depressive tilstander) er nødvendige.

For eldre med psykiske lidelser foreligger det et tilbud i en spesialisert gren av det psykiske helsevernet. Imidlertid har dette tilbudet begrenset kapasitet, og det har liten kontakt med de allmennpsykiatriske tilbud ved DPS. Nesten ingen i denne aldersgruppen gjenfinnes i rapportene om DPS. Vi må derfor slutte at de fleste av disse pasientene må ha fått sitt tilbud hos fastlegen, i den grad de har fått noe tilbud overhodet. Med de forestående endringene i befolkningens alderssammensetning, vil det være behov for en betydelig opprustning av tilbudet til denne gruppen, både innen det psykiske helsearbeidet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være den største utfordringen som psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og helsetjenesten generelt står overfor.

I tillegg til disse to store pasientgruppene er det viktig å nevne flere mindre grupper med alvorlige lidelser og spesialiserte behov: pasienter med spiseforstyrrelser; pasienter med førstegangpsykosor; pasienter med de mest alvorlige personlighetsforstyrrelser; pasienter med resistente/problematiske affektive lidelser; pasienter med alvorlig voldsproblematikk; pasienter med både misbruk og psykisk sykdom; pasienter med lavfrekvente psykiske lidelser i barne- og ungdomsalder.

Disse gruppene representerer store faglige utfordringer og krever at fagpersonalet har spesialkunnskap innen feltet. Dette forutsetter at tilbudet i noen grad sentraliseres, ikke minst fordi pasienttilfanget er så lite at fagpersonalet på DPS vil se pasienter for sjelden til at spesialkompetanse vil kunne opprettholdes.

En slik sentralisering vil gå på tvers av Opptappingsplanens vektlegging av desentralisering. Men den vil være i tråd med en utvikling av spesialisthelsetjenester i psykiatri de senere tiårene. Denne utviklingen har skjedd med utgangspunkt i økt kunnskap om psykiske lidelser og evidensbaserte behandlingsmuligheter. Denne utviklingen har en parallell i utviklingen i somatisk medisin der en viss grad av sentralisering har blitt anført som en nødvendig forutsetning for fullgod behandling.

Kvalitetssikring av tvangsbruk og bedre kvalitetsindikatorer

Bruk av tvang ved innleggelse i psykisk helsevern har to hovedformål:

- Beskytte den syke mot at hun eller han på grunn av manglende sykdomsinnsikt enten blir mer alvorlig og mer langvarig syk enn nødvendig, eller kan komme til å skade seg selv

- Beskytte samfunnet mot vold fra den syke

Mot disse hensynene står hensynet til enkeltmenneskets behov for fritt å kunne bestemme over sitt eget liv. I hvert enkelt tilfelle må det foretas en nøye avveining mellom de to hensynene. Det er ikke til å komme utenom at en slik avveining er forbundet med atskillig skjønn.

Den psykiske Helsevernloven opererer med to sentrale kriterier: ”farlighetskriteriet” og ”behandlingskriteriet”. Det siste av disse kriteriene har blitt sterkt kritisert i den senere tid. Denne kritikken har gått sammen med ønsket om å holde tvangsbruken på et lavest mulig nivå. Et slikt ønske er meget forståelig fordi tvang griper inn i enkeltpersoners integritet og rettsikkerhet. På den annen side er det ikke uproblematisk om man blir for tilbakeholden med bruk av tvang. Ett tema har vært lite fremme i debatten: Hvilken grad av samtykkekompetanse må en pasient ha for at et frivillig opphold i psykisk helsevern skal ha mening? For en person med manglende forståelse for egen situasjon vil en pro forma frivillig innleggelse kunne gi langt dårligere rettsikkerhet enn innleggelse med tvang, der kontrollkommisjonen har et mye sterkere overvåkningsansvar.

Bruk av tvang innebærer alvorlige etiske dilemmaer. Vi tror det trengs en videre gjennomtenkning av tvangsbruk i psykisk helsevern, der de problemstillinger som er tatt opp her, kan balanseres videre. I tillegg må problemet med datakvaliteten på dette feltet løses raskt. Det påhviler både offentlig myndigheter, helseforetakene og fagfeltet å fremskaffe troverdige data.

Bedre dataregistrering

Behovet for bedre data gjelder for langt flere områder enn bruk av tvang. Vi trenger meningsfulle kvalitetsindikatorer som kan anvendes lokalt, slik at den enkelte enhet kan evaluere egen virksomhet. Slike data bør kunne aggregeres opp på høyere nivå, så de kan gi et bilde av virksomheten på nærings-, regions- og landsnivå. Dette vil være på linje med oppdraget den svenske regjeringen nylig har gitt Socialstyrelsen:

1. *att påskynda utvecklingen av grunddata, kvalitetsindikatorer och andra indikatorer, statistik och andra mått för hälso- och sjukvård och sosialtjänst inom psykiatriområdet*
2. *att följa och analysera utvecklingen inom psykiatriområdet, samt*
3. *att fortlöpande föra ut information om utvecklingen inom psykiatriområdet til de ansvariga huvudmännen*¹⁰⁰

Erfaringen fra evalueringen viser at det er krevende å få rapporteringssystemer til å fungere godt. Det er avgjørende at man får til god dataregistrering lokalt. Det forutsetter at de lokale miljøene opplever registreringen som meningsfull. Vi tror det er behov for å satse sterkere på å utvikle indikatorer som oppleves meningsfulle på alle nivåer. Det er viktig å sørge for datasystemer som muliggjør enkel registrering og lokal rapportering.

7.7.2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært en viktig del av Opptrappingsplanens fundament. Opptrappingsplanen oppfordrer til et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med brukerperspektivet i fokus. Evalueringsrapportene viser at kommunene har et godt stykke igjen for å nå Opptrappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling. Selv om studiene har registrert en økende brukermedvirkning på det individuelle planet, vet vi

¹⁰⁰ Regeringsbeslut 2009-04-08. S2006/9394/HS (delvis), S2008/1051/HS

relativt lite om innholdet av brukermedvirkningen og effekten av denne på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Det er på disse nivåene, hvor behandlingstilbudene utformes, at brukernes organisasjoner vil kunne spille en viktig rolle. Det er derfor beklagelig at kunnskapsgrunnlaget er relativt spinkelt med hensyn til å si noe om effekten av brukerdeltakelse på utformingen av behandlingsnettverket og det tilbud som gis.

Vedlegg

Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – delrapporter

1. Bidrar utbygging av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? 146326/V50 Gråwe, SINTEF Helse

1.1 Ruud T, Reas D, august 2003: "Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002" SINTEF rapport STF78 A035008.

1.2 Ruud T, Lidal E, Røhme K, Sitter M, Hagen H, juni 2004: "Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003" SINTEF rapport STF78 A045008.

1.3 Ruud T, Gråwe R, Lilleng S, Bjørngaard J H, revidert mai 2006 "Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2003 til 2005. SINTEF rapport STF78 A055028.

1.4 Ruud T, sept.2006: "Kommunenes vurdering av distriktpsikiatriske tilbud" SINTEF rapport A259.

1.5 Ruud T, mars 2007: "Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus" SINTEF rapport A1203.

1.6 Gråwe R W, Hatling T, Ruud T, april 2008: "Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007". SINTEF rapport A6169. Revidert september 2008. **Sluttrapport.**

2. Kommunal iverksetting av nasjonal plan – har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt? 146327/V50 Kalseth, SINTEF Helse

2.1 Kalseth J, juni 2003: "Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester". SINTEF rapport STF78 A035006.

2.2 Kalseth J, Martinussen P E, november 2003: "Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse - resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene". SINTEF rapport STF78 A035011.

2.3 Ose S O, Kalseth J, desember 2004: "Opptrappingsplan for psykisk helse: Hva forklarer variasjonene i kommunale brukerrater og dekningsgrader?" SINTEF rapport STF78 A045027.

2.4 Ose S O, Kalseth J, desember 2004: "Opptrappingsplanen for psykisk helse: Analyser av rapporteringen på bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene". SINTEF rapport STF78 A045028.

2.5 Kalseth J, april 2005: "Kommunal iverksetting av nasjonal plan – har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt? Sammendragsrapport fra første fase i prosjektet". SINTEF rapport STF78 A055012.

2.6 Kalseth J, desember 2005 (kom i mars 2006): "Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse – resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2005". SINTEF rapport STF78 A055034.

2.7 Kalseth J, mai 2006: "Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester 2004/2005". SINTEF rapport A182.

2.8 Ose S O, Pettersen I, Kalseth J, desember 2006 (april 2007): "Opptrappingsplanen for psykisk helse: Utvikling i kommunale brukerrater og dekningsgrader fra 2001-2004". SINTEF rapport

2.9 Kalseth J, Eikemo T A, oktober 2008: "Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse – Resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008". SINTEF rapport A8276

2.10 Kalseth J, Pettersen I, Kalseth B, desember 2008: "Psykisk helse i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden". SINTEF rapport A8823. **Sluttrapport.**

3. Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. 146341/V50 Myrvold, NIBR

3.1 Myrvold T M, mai 2004: "Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering". NIBR-rapport 2004:12

3.2 Myrvold T M, Helgesen M K(2005): "Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner". NIBR-notat 2005:108

3.3 Myrvold T M, **synteserapport** 2005: "Kommunenes iverksetting av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Foreløpige resultater fra tre forskningsprosjekter". NIBR-notat 2005:113

3.4 Myrvold T M, juli 2006: "Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005". NIBR-rapport 2006:11.

3.5 Myrvold T M, Helgesen M K, februar 2009: "Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning". NIBR-rapport 2009:4. **Sluttrapport.**

4. Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang i norsk psykiatri. 146329/V50 Hatling, SINTEF Helse

4.1 Hatling T, Ådnanes M , Bjørngaard J H, nov. 2002: "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001". SINTEF rapport STF78 A025017.

4.2 Bjørngaard J H, Hatling T, januar 2003: "Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2001-2002". SINTEF rapport STF78 A035004.

4.3 Pedersen P B, Hatling T, Bjørngaard J H, mars 2004: "Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002". SINTEF rapport STF78 A045003.

4.4 Pedersen P B, Hatling T, Bjørngaard J H, desember 2004: "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003". SINTEF rapport STF78 A045029.

4.5 Bjørngaard J H, Hatling T, januar 2005: "Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001 - 2003". SINTEF rapport STF78 A055001.

4.6 Hatling T, **synteserapport** "Tvang i psykisk helsevern" november 2005, revidert mars 2006.

4.7 Pedersen P B, Hatling T, Røhme K, mars 2007: "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller?" SINTEF rapport A686.

4.8 Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard J H, februar 2008: "Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001 -2006. SINTEF rapport A4319. **Sluttrapport, del 1.**

4.9 Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard J H, november 2008: "Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007". SINTEF rapport A8231. **Sluttrapport del 2.**

4.10 Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard J H, november 2008: "Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007". SINTEF rapport A8237. **Sluttrapport del 3.**

5. Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. 146330/V50 Wessel Andersson, SINTEF Helse

5.1 Andersson H W, Hatling T, februar 2003: "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanenes effekt på psykisk helsearbeid i kommunene". SINTEF rapport STF78 A035005.

5.2 Andersson H W, Røhme K, Hatling T, januar 2005: "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge – Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2". SINTEF rapport STF78 A055002.

5.3 Andersson H W, Kristofersen L, september 2006. **Synteserapport:** "Opptrappingsplanens betydning for barn og unge – sammenstilling av funn fra fire forskningsprosjekter". SINTEF rapport A105.

5.4 Andersson H W, Steihaug S, januar 2008: "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse". SINTEF rapport A4727. **Sluttrapport.**

6. Bidrar Opptrappingsplanen for psykisk helse til at risikoutsatte barn får mer fleksible hjelpetjenester? 146346/V50 Kristofersen, NIBR

6.1 Kristofersen L, juni 2004: "Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002". NIBR-notat 2004:112.

6.2 Kristofersen L, september 2007: "Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern". NIBR-rapport 2007:13. **Sluttrapport.**

7. Befolkningens holdninger til og kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser. 146342/V50 Myrvold, NIBR

7.1 Sverdrup S, Bratt C, februar 2003: "Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser". NIBR-rapport 2003:5.

7.2 Myrvold T M, september 2008: ”Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger”. NIBR-rapport 2008:16. **Sluttrapport.**

8. Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptreppingsplanens fokus på brukere. 146343/V50 Helgesen, NIBR

8.1 Helgesen M K, oktober 2003: ”Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene”. NIBR-notat 2003:117.

8.2 Helgesen M K, desember 2004: ”Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene”. NIBR-notat 2004:136.

8.3 Helgesen M K, juli 2006: ”ORGANISERING – for samarbeid og samordning?” NIBR-notat 2006:129.

8.4 Helgesen M K, mars 2007: ”Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene”. NIBR-rapport 2006:21. **Sluttrapport.**

9. Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og organisering lokalt. 146332/V50 Flermoen, Telemarksforskning-Bø

9.1 Bergsgard N A, Flermoen S, Haukelien H, mai 2003: ”Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og organisering lokalt. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptreppingsplanen for psykisk helse”. Delrapport fra fase I, Arbeidsrapport nr. 10, 2003.

9.2 Flermoen S, desember 2003: ”Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2003”. TF-notat nr. 2/2003.

9.3 Flermoen S, januar 2005: ”Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2004”. TF-notat nr. 1/2005.

9.4 Flermoen S, september 2006: ”Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptreppingsplanen for psykisk helse”. Rapport nr 234. **Sluttrapport.**

10. Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helsearbeid 156299/V50 Ådnanes, SINTEF Helse

11. Gir økt utdanningskapasitet tilstrekkelig økning av personell til psykisk helsevern? 152380/V50 Ådnanes, SINTEF Helse

10/11.1 Ådnanes M, Sitter M, januar 2004: Delrapport 1. ”Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid - status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002”. SINTEF-rapport STF78 A045001.

10/11.2 Ådnanes M, Helgesen M, Arnesen C Å, desember 2005, **synteserapport:** ”Utdanning, kompetanseheving og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid”.

10/11.3 Ådnanes M, Sitter M, januar 2007: ”Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunen i perioden 1998-2005. Nå Opptreppingsplanens mål innen 2008?” SINTEF rapport A851. **Sluttrapport.**

12. Kompetanseutvikling og kompetanseheving – Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet. 152381/V50 Helgesen, NIBR

12.1 Ludvigsen K, Helgesen M K, desember 2004: ”Kompetanse i det psykiske helsearbeidet. Videreutdanning i høgschooler og SEPREP tverrfaglig utdanning”, NIBR-notat 2004:135.

12.2 Helgesen M K, Feiring M, Ramsdal H, oktober 2005: ”Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid”, NIBR-notat 2005:10.

12.3 Helgesen M K, mars 2007: ”Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid”, NIBR-notat 2006:135. **Sluttrapport.**

13. Arbeid og kompetanseutvikling blant nyutdannede med helse- og sosialfagutdanning. 152417/V50 Arnesen, NIFU-STEP

13.1 Arnesen C Å, februar 2005: ”Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern” Arbeidsnotat 4/2005.

13.2 Arnesen C Å, mars 2007: ”Arbeid og videreutdanning innenfor psykisk helsevern blant nyutdannede”. Rapport 11/2007. **Sluttrapport.**

14. Brukermedvirkning: Idealer og realiteter i lys av et bottom-up perspektiv. 161804/V50 Sverdrup, NIBR

14.1 Sverdrup S, Kristofersen L, Myrvold T M, september 2005: ”Brukermedvirkning og psykisk helse”, NIBR-rapport 2005:6.

14.2 Sverdrup S, Myrvold T M, Kristofersen L, mars 2007: ”Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter”, NIBR-rapport 2007:2. **Sluttrapport.**

14.3 Sverdrup S, april 2007, Diakonhjemmets Høgskole: **Syntese om brukermidvirkning.**

15. Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer. 161805/V50 Wessel Andersson, SINTEF Helse

15.1 Sitter M, Andersson H W, februar 2005: ”Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker” SINTEF rapport STF78 A055005.

15.2 Sitter M, april 2008: ”Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse”. SINTEF rapport A5204. **Sluttrapport.**

16. Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. 173066/V50 Wessel Andersson, SINTEF Helse

16.1 Andersson H W, juni 2006: ”Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter”, SINTEF Helse-rapport A205.

16.2 Andersson H W, juli 2006: ”Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer”, SINTEF rapport A199. **Sluttrapport.**

17. Kommunehelsetjenestens tiltak overfor voksne med psykiske lidelser. 173101/V50 Ådnanes, SINTEF Helse

17.1 Ådnanes M, Bjørngaard J H, juli 2006: "Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser". SINTEF Helse-rapport A230. **Sluttrapport.**

18. Opptrappingsplanens betydning for psykisk sykes levekår. 183065/V50 Myrvold, NIBR

18.1 Myrvold T M, Berglund F, april 2008: "Levekår blant psykisk syke. Analyse av Helse- og levekårsundersøkelsene 1998, 2002, 2005". Kommentirutgave NOTAT 2008:108 april 2008.

18.2 Myrvold T M, Berglund F, Helgesen M K, februar 2009: "Psykisk sykes levekår". NIBR-rapport 2008:32. **Sluttrapport**

19. Prosjekt om forskning. 188240/V50 Brofoss, NIFU STEP


19.1 Wiig O, Aksnes D W, Brofoss K E, februar 2009: "Opptrappingsplanen for psykisk helse og forskningen. Forskningsressurser og vitenskapelig publisering". NIFU STEP rapport 8/2009. **Sluttrapport.**

20. SAMDATA-prosjektet. Pedersen, SINTEF Helse

20.1 Pedersen P B, Lilleeng S E, Sitter M, april 2008: "Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten". **Del I av sluttrapport.** SINTEF rapport A6400.

20.2 Halsteinli, V, april 2008: Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning. **Del II av sluttrapport.** SINTEF rapport A6587.

20.3 Pedersen P B, Bjerkan A M, august 2008: "Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten". **Del III sluttrapport.** SINTEF rapport A7588.



Publikasjonen kan bestilles på
www.forskningsradet.no/publikasjoner

Norges forskningsråd

Stensberggata 26
Postboks 2700 St. Hanshaugen
N0-0131 Oslo

Telefon: +47 22 03 70 00
Telefaks: +47 22 03 70 01
post@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no

Juni 2009

ISBN 978-82-12-02677-3 (trykk)
ISBN 978-82-12-02678-0 (pdf)

Opplag: 1200
Trykk: 07 Gruppen AS
Design: 07 Gruppen AS
Foto/ill: Photodisc