

Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer

Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter

© Norges forskningsråd 2004
Norges forskningsråd
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 OSLO
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
Publikasjonen kan bestilles via internett:
<http://www.forskningsradet.no/bibliotek/publikasjonsdatabase/>
eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Internett: bibliotek@forskningsradet.no
X.400: S=bibliotek;PRMD=forskningsradet;ADMD=telemax;C=no;
Hjemmeside: <http://www.forskningsradet.no/>

Grafisk design omslag: Norges forskningsråd
Trykk: Norges forskningsråd
Opplag: 100

Oslo, april 2004
ISBN 978-82-12-01934-8 (pdf)

Forord

Denne rapporten er en sammenfatning og analyse av delrapporter knyttet til evalueringen av Opptappingsplanen. Ved utgangen av mars 2004 foreligger det rapporter fra ti av femten prosjekter. Vi har gått gjennom rapportene fra de ti prosjektene, trukket ut hovedkonklusjoner som vi anser som spesielt nyttige for besluttede myndigheter samt pekt på mulige policyutfordringer som de ulike prosjektene gir opphav til. Så langt som mulig søker vi å skille mellom policyutfordringer som forfatterne selv peker på og utfordringer som styringsgruppen ser ligger latent i rapportene, men som forfatterne ikke viser til eksplisitt.

Vi søker også i noen grad å se grupper av prosjekter på tvers for å få et bedre blikk for planens utvikling innenfor sentrale temaområder. Vi gjør oppmerksom på at de fleste rapportene redegjør for baseline (2001/2002) og derfor i mindre grad befatter seg med endring og utvikling i lys av Opptappingsplanen. Policyutfordringer og -anbefalinger er derfor ikke så uttalte og tydelige i rapportene på dette stadiet i evalueringsprosessen.

Denne rapporten er utarbeidet av Randi Søgne, medlem av styringsgruppen, i samråd med de øvrige medlemmer av styringsgruppen for evalueringen av Opptappingsplanen.

Oslo, mars 2004

Professor Svein Friis
Leder av styringsgruppen

FORORD	3
1. OPPTRAPPINGSPLANEN – HOVEDTREKK	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Mål og intensjoner.....	7
1.3 Tiltak/virkemidler	7
1.4 Utvidelse av planperioden.....	8
2. EVALUERING AV OPPTRAPPINGSPLANEN	9
2.1 Mål med evalueringen.....	9
2.2 Hovedelementer i evalueringen.....	9
2.3 Evalueringstemaer og evalueringsprosjekter	9
3. GJENNOMGANG AV EVALUERINGSPROSJEKTENE	11
3.1 Opptappingsplanens betydning for bruk av tvang.....	11
3.2 Opptappingsplanen, kommunal iverksetting og øremerkede tilskudd	13
3.3 Opptappingsplanen og kommunenes organisering av psykisk helsearbeid	16
3.4 Kommunal iverksetting og brukernes deltakelse i arbeidstrening og fritidstilbud.....	19
3.5 Distriktpsikiatriske sentres betydning for tjenestetilbudet og behandlingsnettverket	22
3.6 Utdanningskapasitet og personelltilgang.....	25
3.7 Opptappingsplanens effekt på tjenester for barn og unge i kommunene.....	28
3.8 Opptappingsplanens fokus på brukere.....	30
3.9 Kunnskap og holdninger til psykisk helse.....	33
4. PROSJEKTENE ”PÅ TVERS” : HVA VET VI SÅ LANGT?	36
4.1 Hovedbildet.....	36
4.2 Utfordringer.....	38

1. Opptrappingsplanen – hovedtrekk

1.1 Bakgrunn

Opptrappingsplanen (OP) stammer fra St.meld.nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet der det ble påvist et helsetjenestetilbud ”som sviktet i alle ledd” i forhold til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. I behandlingen av meldingen ba Stortinget regjeringen snarest fremme forslag om en forpliktende handlingsplan. Som svar på Stortingets oppmodning, la regjeringen Bondevik fram et forslag til en ”opptrappingsplan”, St.prp.nr. (1997-98). Stortinget sluttet seg i all hovedsak til hovedlinjene i den foreslåtte planen.

1.2 Mål og intensjoner

OP er en omfattende satsing (St.prp.nr.1 2002-2003) som impliserer opptrapping av det totale tilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten omstrukturering av det eksisterende tilbudet holdningsendring

Det overordnede målet med OP er: Fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.

Dette overordnede målet forutsettes lagt til grunn for all planlegging, utbygging, organisering og daglig drift av tjenester på alle nivåer. Med rot i dette målet lister planen opp 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.

Planperioden strakk seg opprinnelig fra 1998–2006 (for informasjon om utvidelse av planperioden, se 1.4) og innebærer en samlet økning til investeringer og drift på om lag 24 mrd. kroner mer i løpet av planperioden (i forhold til utgiftsnivået i 1998).

1.3 Tiltak/virkemidler

Planen iverksettes gjennom øremerkede statlige tilskudd der det stilles krav om politisk godkjente kommunale og fylkeskommunale planer før øremerkede tilskudd utbetales.

Planen gjør bruk av en rekke virkemidler av økonomisk, organisatorisk og juridisk art. Overordnet knytter virkemidlene seg til tiltak på to hovednivåer; kommunalt og statlig:

1. Kommunale tiltak

Planen forutsetter en omfattende kommunal satsing der en kan skille mellom:

Tiltak for voksne (bolig, hjemmehjelp, dagsentra0, støttekontakt, kultur- og fritidstilbud, kompetanse- og utdanningstiltak)

Tiltak for barn og unge (helsestasjon, skolehelsetjeneste, støttekontakt, kultur- og fritidstiltak).

2. Statlige tiltak:

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten – de regionale helseforetakene er pålagt å gjennomføre utbyggingen av 78 distriktpsykiatriske sentre (DPSer) på landsbasis.

Det skilles mellom tiltak for voksne (bl.a. kvantitativ og kvalitativ styrking av døgntilbudet og dagplasser) og tiltak for barn og unge (bl.a. økning i døgn- og dagplasser)

Andre typer statlige tiltak:

- Sysselsettingstiltak
- Utdanning/forskning
- Informasjonsvirksomhet

3. Samarbeid med frivillige organisasjoner

Støtte til bruker- og pårørendeorganisasjoner

Støtte til brukerrettede tiltak

1.4 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. OP er nå vedtatt utvidet med to år til ut 2008. I forbindelse med utvidelsen av planperioden prioriteres følgende:

- 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
- Omstille spesialisttjenesten med videre utvikling av distriktssentre og bedre akutfunksjoner
- Arbeid og sysselsetting i samarbeid med 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.

2. Evaluering av Opptrappingsplanen

2.1 Mål med evalueringen

På oppdrag av Helsedepartementet gjennomfører Norges forskningsråd en forskningsbasert evaluering av OP. Det er en type prosessevaluering der en følger planen gjennom iverksetting, gjennomføring og resultater. Hovedformålet er å avdekke om virkemidlene i planen bidrar til å oppfylle intensjonen med og målene for planen. Det er satt av vel fem mill kroner årlig til evalueringen ut planperioden.

Styringsgruppen for evalueringen

Professor Svein Friis, Ullevål sykehus, Oslo – leder

Professor Odd E. Havik, Universitetet i Bergen

Forskningssjef Sonja Heyerdahl, RBUP Helseregion øst og sør

Lægelig blokchef Helle Charlotte Knudsen, Næstved Centralsykehus, Danmark

Professor Torbjørn Åge Moum, Universitetet i Oslo

Docent Claes Göran Stefansson, Socialstyrelsen, Sverige

Forskningsleder Randi Søgner, NIFU, Oslo

2.2 Hovedelementer i evalueringen

Overordnet vil evalueringsarbeidet dekke følgende elementer:

- *"Baseline"*:
 - o Hva er utgangspunktet før iverksetting av OP? (der det er mulig)
- *Mål- og resultatevaluering*:
 - o Blir tiltakene i planen iverksatt?
 - o Hva er effekten av tiltakene?
 - o Er effektene/resultatene i tråd med målene?
- *Årsaksevaluering*:
 - o I fall ikke planen utvikler seg målrettet; hvorfor?
 - o Hvilke utviklingstrekk skyldes primært OP – og hvilke skyldes andre forhold?
- *Anbefalinger*:
 - o Hvilke tiltak bør settes i verk for eventuelt å justere kurs?

2.3 Evalueringstemaer og evalueringsprosjekter

Evalueringen omfatter per mars 2004 15 prosjekter som dekker alle sentrale områder innenfor OP. Temaene som evalueringsprosjektene knytter seg til er:

- Informasjon
- Tilgjengelighet
- Flyt og samarbeid i behandlingsskjeden
- Kvalitet på tjenestetilbudet
- Bedring i levekår
- Virkemidler

- Kompetanseutvikling – utdanning
- Brukermedvirkning
- Frivillighet og tvang.

Evalueringsprosjektene kan også knyttes opp mot de primære virkemidlene i OP som foregår på to hovednivåer; kommunalt og statlig (jf. 2.1), samt til mottakerne av tiltakene – brukerne. Med basis i denne klassifiseringen fordeler prosjektene seg slik:

Kommunale tiltak

4 prosjekter:

- 2 landsdekkende, helhetlige” prosjekter om iverksetting (direkte)
- 1 prosjekt om ”fritid/arbeid”
- 1 prosjekt om ”barn og unge”

Statlige tiltak

A) Spesialisthelsetjenesten

3 prosjekter:

- 1 prosjekt om distriktpsikiatriske sentre (DPS)
- 1 prosjekt om ”tvang”
- 1 prosjekt om ”barn og unge”

B) Kompetanse – utdanning

4 prosjekter

C) Informasjon

1 prosjekt

Brukerne av tiltak

3 (5) prosjekter:

- 1 prosjekt om brukerdeltakelse og brukermidvirkning (type/fora)
- 2 prosjekter om erfaringer/tilfredshet

3. Gjennomgang av evalueringsprosjektene

3.1 Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang

Hva sier Opptrappingsplanen om tvang?

OP har et klart uttalt mål om redusert bruk av tvang i planperioden. Dette blir gjentatt i St.prp.nr.1 (2002-2003), der redusert tvangsbruk blir trukket fram som ett av seks spesielt sentrale temaer innenfor OP.

Prosjekt: Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang i norsk psykiatri v/ SINTEF Helse
Prosjektet følger utviklingen i bruk av tvang fram til og med 2006 for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold og for bruk av tvangsmidler.

Hovedproblemstillinger:

- Tvangsinnleggelse ved døgnopphold
- Bruk av tvangsmidler
- Tvangsbruk utenfor institusjon.

Data: Rapporten om *tvangsmidler* bygger på data innhentet gjennom et skjema til alle sykehus og øvrige døgninstitusjoner innen psykisk helsevern, der de ble bedt om å opplyse om bruk av tvangsmidler og skjerming. Alle svarte. Rapporten om *tvangsinnleggelse* bygger på pasientdata fra sykehus i psykisk helsevern for voksne (Norsk pasientregister).

To rapporter:

- Trond Hatling, Marian Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard (november 2002): *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001*. SINTEF Helse.
- Johan Håkon Bjørngaard og Trond Hatling (januar 2003): *Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i 2001 – 2002*. SINTEF Helse.

Evalueringen har så langt påvist følgende:

A) Omfanget av tvangsmiddelbruk

Baseline: Analysen av omfanget av bruk av det enkelte tvangsmiddel for 1994/1997 og 2001 viser at nivået stort sett er stabilt for denne perioden. Det innebærer at i årene siden Opptrappingsplanen ble iverksatt, ser man ingen vesentlig endring i det totale omfanget av tvangsmiddelbruk. I løpet av de siste 25-30 år har det imidlertid vært en betydelig nedgang i bruk av tvangsmidler i Norge.

B) Omfanget av tvangsinnleggelse

Baseline: Andelen henvisninger til tvang utgjorde om lag 45 prosent av innleggelsene i 2001 (baseline). Om lag 40 prosent av innleggelsene fikk et vedtak om tvang (undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern) i 2001. Undersøkelsen påviser betydelige forskjeller mellom enkeltsykehus i andelen tvangsinnleggelse.

Endring: Andelen tvangsinnleggelseser fra og med 2001 til og med første halvdel av 2002 har ligget på om lag samme nivå. Dette gjelder henvisningsformalitet og spesialistvedtak. Forskjellene mellom sykehus har også endret seg lite. Det samme gjelder nivået for hvert enkelt sykehus.

I St.prp.nr.1 (2002-2003) heter det at ”bruk av tvang ved innleggelseser og under døgnopphold vurderes fortsatt som høy”.

(Policy)utfordringer

De to rapportene peker på følgende utfordringer:

Generelt om bruk av tvang: Utfordringen ligger ikke bare i å redusere tvangsbruk generelt, men også i å optimalisere bruken av tvungent psykisk helsevern slik at de som trenger slik omsorg, faktisk får det.

Når det gjelder tvangsmiddelbruk: Prinsipielt kan en nå anvende tvangsmidler overfor alle pasienter ved alle institusjoner (så lenge kravene til bruk er oppfylt). Dette synes det som fagfeltet ikke er fullt inneforstått med. Mange mindre institusjoner synes ikke å være klar over at de ikke er godkjent for å tvangsinnlegge pasienter, og dermed heller ikke har anledning til å anvende tvangsmidler. ”Ettersom rettsstatus på dette området ikke har endret seg fra gammel til ny lov, kan dette være en indikasjon på at det er mangelfull kunnskap om psykisk helsevernloven” (SINTEF Helse 2002). I tillegg er det særlig grunn til å se nærmere på institusjonenes registreringsrutiner av skjerming under 48 timer, samt om dagens lovgivning er tydelig nok på hva som faller inn under skjermingsbegrepet. Myndighetene, fagfeltet som helhet og institusjonene har en utfordring i å forklare de betydelige forskjellene mellom enkeltsykehus med hensyn til bruk av tvangsmidler.

Når det gjelder tvangsinnleggelseser: Her gjelder det samme som for tvangsmiddelbruk - myndighetene, fagfeltet som helhet og institusjonene har en utfordring i å forklare de betydelige forskjellene mellom enkeltsykehus med hensyn til tvangsinnleggelseser.

Når det gjelder datamaterialet: Opplysninger om tvang skal foreligge i pasientadministrative data som ble gjort obligatoriske i 2000. Enkelte institusjoner har kommet langt i å registrere innleggelsesformaliteter, mens andre fortsatt leverer mangelfulle opplysninger eller ikke rapporterer overhodet. Manglende opplysninger om tvang skyldes enten at noen institusjoner ikke leverer data, eller har mangelfull registrering. Det er trolig ulike årsaker til at enkelte sykehus framstår med mangelfull registrering. Det kan være alt fra tekniske problemer med uttrekket av pasientdata som sendes til Norsk Pasientregister, til mangelfull utfylling av de opplysningene som datasettet krever. Vi har opplysninger om innleggelsesformalitet for kun anslagsvis halvparten av sykehusinnleggelsesene.

3.2 Opptrappingsplanen, kommunal iverksetting og øremerkede tilskudd

Hva sier Opptrappingsplanen om økonomiske virkemidler og utbygging av tjenester?

Kommunene har en sentral plass i OP gjennom 1) tiltak for forebygging, 2) utbygging av et bredt spekter av tjenester og 3) samarbeid mellom disse. Et sentralt virkemiddel for å målene om utbygging og styrking av de kommunale tjenestene er *øremerkede* statlige tilskudd til kommunene. I all hovedsak blir kommunale tjenester finansiert gjennom skatteinntekter og statlig rammetilskudd. Kommunenes prioriteringer mellom ulike sektorer har imidlertid vist seg å variere. Når myndighetene velger å øremerke tilskudd til psykisk helsearbeid, er det primært for å sikre at midlene brukes til sitt rette formål.

OP setter følgende måltall for utbygging av det psykiske helsearbeidet i kommunene, St.prp. nr. 63 (1997-98):

- 3 400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser
- 3 400 flere årsverk i hjemmetjenesten
- 4 500 flere brukere av dagsentra
- 10 000 flere skal få tilbud om støttekontakt
- 15 000 flere skal få tilbud om kultur og fritidstiltak
- styrking av behandlingstilbudet (184 psykologer og 125 flere høgskoleutdannet personell med tilleggstudanning i psykiatri)
- 260 flere årsverk til styrking av tjenester for barn og unge
- 800 flere årsverk til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (+ 50 %)
- tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten – arbeid til flere

Prosjekt: Kommunal iverksetting av Opptrappingsplanen – har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt?

Hovedproblemstillinger:

- Fører øremerkede tilskudd til at kommunenes tilbud på feltet øker?
- Hvilke faktorer har betydning for kommunenes grad av iverksetting av OP?
- Er den valgte utformingen av øremerkede tilskudd et egnet virkemiddel for iverksetting?
- Eller kan alternative utforminger tenkes å gi bedre effekt?

Data: Primærkilder: 1) Spørreskjema til alle kommuner, 277 av 465 kommuner og bydeler svarte (svarprosent på 60). Kommunene som ikke svarte, skiller seg ikke vesentlig fra kommunene som svarte med hensyn til størrelse, inntektsnivå og geografisk spredning. 2) Spørreskjema til rådmenn/administrasjonssjefer i alle kommuner med unntak av Oslo. Svarprosent: 67. Et eget skjema ble sendt til de 20 kommunene som er med i forsøket med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd.

To rapporter:

- Jorid Kalseth (juni 2003): *Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjon i tiltak og tjenester.* SINTEF Helse
- Jorid kalseth og Pål E. Martinussen (november 2003): *Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse – resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunen.* SINTEF Helse.

Evalueringen har så langt påvist følgende:

A) Øremerkede tilskudd som virkemiddel

- Over 90 % av kommunene oppgir at OP har bidratt til en vesentlig bedring av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i deres kommune.
- Det har funnet sted en betydelig prosentvis økning i utgiftene i kommunene til psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Disse utgiftene blir i hovedsak finansiert av statlige øremerkede tilskudd. Hele 65 % av dem som har besvart skjemaet blant rådmenn og administrasjonssjefer (se tekstramme), anslår at over halvparten av utgiftene til psykisk helsearbeid finansieres av øremerkede tilskudd. Det er også et klart flertall av kommunene som oppgir at kommunenes *egenfinansiering* av utgiftene har økt.
- En skal likevel merke seg at de fleste kommunene mener at det er et godt stykke igjen til utgiftene kommer opp på et "tilfredsstillende nivå" (jf rapport, nov. 2003, s. 32), en fjerdedel mener at utgiftene må doubles. Kun 8 % av kommunene som mottar øremerkede tilskudd mener at utgiftsøkninger mellom 0 og 25 % er nok.
- Øremerking anses som nødvendig for å sikre en økt satsing i kommunene og et klart flertall blant kommunene rangerer øremerkede tilskudd som det beste alternativet (blant fire for statlig medfinansiering) for å nå målene med OP. Alternativt ville en økning i rammetilskudd gitt både en annen prioritering og en annen utforming av tjenestetilbudet.
- Plan- og rapporteringskravene i planen fungerer åpenbart ikke fullt ut tilfredsstillende for kommunene, og representerer heller ingen garanti for at utgiftene til psykisk helsearbeid øker i takt med tilskuddet: 2/3 av kommunene opplever at rapporteringskravene ikke representerer en garanti. Nær 40 % er helt eller delvis enig i at rapporteringskravene bidrar til hastverksløsninger.
- Kommunene er i all hovedsak enig i at målene for OP legger føringer på deres prioriteringer av tiltak/tjenester for mennesker med psykiske lidelser, men i mindre grad på hvilke organisatoriske løsninger som kommunene velger.

B) Brukertall og dekningsgrad for ulike tjenester i kommunene, baseline 2001

Et spørreskjema gikk ut til alle kommuner (rådmenn/administrasjonssjefer) høsten 2002. Kommunene ble bedt om å beskrive situasjonen med hensyn til brukertall og dekningsgrad for ulike tjenester ved utgangen av 2001. 2001 må derfor anses som "baseline" - i dette prosjektet som i mange av de andre evalueringsprosjektene.

Foreløpige funn er:

- Det er store variasjoner mellom kommunene med hensyn til omfang og bruk av tjenester/tiltak innen psykisk helsearbeid.
- Det er spesielt store forskjeller med hensyn til *kommunestørrelse* når det gjelder tjenestetilbud og bruk av tjenester. Store kommuner kan, ikke overraskende, vise til et langt bedre utbygd tjenestetilbud enn små kommuner
- *Brukerrater med hensyn til til tjenester (i kommunene)*: Høyest rate finner en for hjemmetjenester (for voksne med psykiske lidelser) som skiller seg markant fra andre tjenester (det er kun for hjemmetjenester at gjennomsnittlig brukerrate i kommunene er i nærheten av det nasjonale anslaget i OP på 7,5 brukere pr 1000 innbyggere). Lavest rate har voksenopplæring. Kommunale tjenester knyttet til tilrettelagt botilbud, støttekontakt, arbeid og dagsenter har også forholdsvis lave bruksrater.
- *Vurdering av dekningsgrader*: Kommunenes vurdering av dekningsgrader viser at voksenopplæring og arbeid skiller seg ut som de to områdene med antatt dårligst

dekning, mens hjemmebaserte tjenester anses å være bra dekket i flertallet av kommunene

- Vel 85 % av kommunene oppgir at de har satt i gang forebyggende tiltak rettet mot barn og unge, primært gjennom skolehelsetjeneste /helsestasjon. Denne rapporten sier imidlertid ikke noe om *innholdet* i disse tiltakene. For utfyllende informasjon om OP og tiltak for barn unge viser vi til omtalen av prosjektet om ”Opptrappingsplanens effekt på tjenester for barn og unge i kommunene” (Wessel Andersson/Hatling, SINTEF Helse).

C) Samarbeid med organisasjoner

- Nær 30 % av kommunene oppgir at de verken gir økonomisk støtte til eller samarbeider med bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner om tilbud til brukerne.
- Det er primært organisasjonen Mental helse som kommunene samarbeider med eller gir økonomisk støtte til når det gjelder tilbud til brukerne. Mental helse har lokallag i halvparten av kommunene. Landsforeningen av pårørende innen psykiatri (LPP) har lokallag i mindre en 20 % av kommunene.
- I den grad kommunene samarbeider med organisasjoner, gjelder det primært innen området kultur /fritid (1/4 av kommunene), mens 15 % av kommunene har etablert samarbeid innen arbeid/aktiviteter.

D) Kompetanse/tilgang på personell/rekruttering

- I perioden 1999-2001 har kommunene i gjennomsnitt rekruttert 0,6 årsverk pr 1000 innbyggere til psykisk helsearbeid. 4 % av kommunene har ikke rekruttert noen.
- Nær 70 % har rekruttert psykiatrisk sykepleier
- Vel 21 % har rekruttert lege til psykisk helsearbeid
- Kun 11 % har rekruttert psykolog
- 40 % av kommunene i utvalget har opplevd problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid de siste årene. 30 % av kommunene oppgir at de har hatt problemer med å rekruttere psykiatrisk sykepleier.
- Kurs/seminar er det mest brukte tiltaket for å heve de ansattes kompetanse i psykisk helsearbeid (87 % av kommunene), deretter følger videreutdanning av høgskolepersonell (74 %) og etterutdanning i psykisk helsearbeid (66 %).

(Policy)utfordringer

Rapporten peker ikke på konkrete policyutfordringer. Vi vil imidlertid med basis i rapporten peke på følgende:

- Det synes som om øremerkede statlige tilskudd har vært en forutsetning for å sikre en økt satsing i kommunene som følge av OP. Det tilsier at ”øremerking” er et virkemiddel som en nødig bør røre ved i fortsettelsen. Myndighetene bør imidlertid se nærmere på rapporteringskravene i forbindelse med tilskuddene siden 2/3 av kommunene i utvalget mener at disse kravene ikke er en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i takt med tilskuddene. De bidrar dessuten til hastverksløsninger, mener 40 % av kommunene.
- Som i prosjektet ved Telemarksforskning der 12 kommuner inngår, finner en også her at tiltak knyttet til *arbeid/voksenopplæring/fritid* har kommet kort i kommunene. En

har prioritert de basale behovene knyttet til hjemmehjelp og i noen grad bo-tilbud/støttekontakt. Når det gjelder arbeidstrening/arbeid spesielt, ser det ut til at samarbeidet mellom kommunene og Aetat bør få økt oppmerksomhet fra myndighetene framover (se også omtalen av prosjektet ved Telemarksforsking om arbeidstrening/fritidstiltak).

- Organisasjoner utenom brukerorganisasjonene er svakt involvert i OP. Det tenkes her på kultur- og fritidsorganisasjoner og humanitære organisasjoner. Hva skyldes det? Mangel på kompetanse? Manglende motivasjon? Manglende informasjon? (jf. omtalen av prosjektet ved Telemarksforsking).
- Ellers bør en merke seg at 40 % av kommunene har opplevd problemer med å rekruttere til psykisk helsearbeid de siste årene.

3.3 Opptrappingsplanen og kommunenes organisering av psykisk helsearbeid

Hva sier Opptrappingsplanen om organisatoriske virkemidler?

OP har et sterkt fokus på det kommunale tjenesteapparatet med mål om å bedre det kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbudet. Planen understreker at psykisk helsevern ikke skal være en særomsorg, men ivareta brukernes behov for tjenester fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer. OP stiller dermed store krav til *samarbeid* mellom etater internt i kommunene, mellom kommunale og statlige etater og mellom kommuner og fylkeskommuner.

OP stiller krav til kommunene om å kartlegge behov og utarbeide planer for tjenestetilbudet. Disse må vedtas politisk for at kommunene skal kunne bli tilført de statlige øremerkede midlene som ble satt til rådighet. OP satser på ulike typer organisatoriske virkemidler, bl.a. er det etablert rådgiverstillinger ved fylkeslegekontorene som skal bistå kommunene i deres arbeid.

Prosjekt: Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. Evalueringen retter søkelyset mot kommunenes iverksetting av OP med vekt på organiseringen av ulike tiltak. Prosjektet gir et *bredt* bilde av hvordan OP implementeres på kommunalt nivå

Hovedproblemstillinger:

- Hvordan OP iverksettes og fortolkes av kommunene?
- Skjer iverksetting av tiltak i tråd med OPs målsettinger?
- og i tråd med kommunenes egne planer for styrking av psykisk helsearbeid?

Data: Primærkilde: Spørreskjema til alle kommuner. 277 av 465 kommuner og bydeler svarte (svarprosent på 60). Kommunene som ikke svarte, skiller seg ikke vesentlig fra kommunene som svarte, med hensyn til størrelse, inntektsnivå og geografisk spredning

Utkast til rapport: Trine Myrvold (2003): *Et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser? Kommunenes arbeid med integrering av tjenestetilbudet.* NIBR

Prosjektet har så langt påvist følgende:

A) Bakgrunn

I perioden før OP var det kommunale arbeidet med tjenester for mennesker med psykiske lidelser i all hovedsak knyttet til pleie- og omsorgsetatene i kommunene. De psykiatriske sykepleierne har utgjort den dominerende profesjonen, og tjenestene har vært dominert av et "sykepleiefaglig" paradigme. I OP blir dette paradigmet utfordret. Der framheves det dessuten at psykisk helsevern ikke skal bygges ut i form av en særomsorg, men det eksisterer ikke noen statlige sanksjoner om kommunen velger å opprette "nye typer særomsorg". Generelt legger OP vekt på et "helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk". Men hvordan kommunen skal oppnå dette noe uklart definerte målet, er langt på vei overlatt til kommunen å bestemme.

B) Ulike valg i kommunene, men "omsorgsmodellen" dominerer

Kommunene har i liten grad fulgt OPs oppfordring om å integrere tilbudet til voksne innbyggere i kommunen i det ordinære tjenestetilbudet. Bare 9 % av kommunene gjør det, og i rapporten blir det reist spørsmål om dette er et bevisst valg eller om kommunene har krysset av på dette alternativet fordi de i liten grad har bygget opp tjenester for denne gruppen av innbyggere. Gruppen av kommuner med integrert modell viser dessuten stor variasjon. Generelt har et overveiende flertall valgt å samle tjenestene i en egen enhet (68 %) på lik linje med pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten etc, som har sin egen leder, budsjett, personal, etc. Noen kommuner har etablert en egen tjeneste for psykisk helsearbeid knyttet til en av de øvrige tjenestene (17). Kun 4 % har plassert ansvaret i stab hos rådmann/ helse- og sosialsjef.

C) Koordinering på systemnivå

Innenfor samtlige modeller nevnt over trengs koordineringsmekanismer for å oppnå et helhetlig tjenestetilbud til brukeren slik OP foreskriver. Slik koordinering kan skje på ulike nivåer og måter; på systemnivå (kommunenivå), på tjenestenivå og på individnivå. Mekanismer for koordinering på ulike nivåer kan være koordinatorene, tverrfaglige team, individuelle planer og/eller ansvarsgrupper, primærkontakter.

Samlet sett finnes det en rekke koordinerende mekanismer som kommunen kan benytte seg av på *systemnivå*. Denne rapporten viser at kommunene i snitt benytter relativt få slike mekanismer. Kommuner med en egen enhet for psykisk helsearbeid, har klart flere slike mekanismer enn kommuner med en integrert modell - som OP anbefalte. Disse kommunene har også en noe større bredde med hensyn til å involvere ulike tjenester (sosialtjeneste, pleie- og omsorgstjeneste, barnevern) i planarbeidet. Hvorvidt en integrert modell faktisk medfører økt koordinering, er uvisst (jf rapport).

Mer konkret:

- *Koordinatorstillingen* på kommunenivå er en sentral stilling med hensyn til OPs mål om samordning av tjenester på systemnivå. 70 % av kommunene (177 kommuner) har minst én slik koordinator, 60 % av disse 177 kommunene har en koordinatorstilling felles for barn og unge, 27 % (av de 177 kommunene) har en koordinator bare for voksne - og ingen for barn. Svært mange av koordinatorene er psykiatriske sykepleiere. Kun to av kommunene har en psykolog som koordinator.
- 52 % av kommunene sier at de har minst ett *tverrfaglig team*. De fleste av disse har ansvar både for voksne og barn, og de aller fleste av disse teamene har ansvar for overordnet planlegging av psykisk helsearbeid i kommunene.

D) Koordinering på individnivå

Samlet sett finnes det en rekke mekanismer som kommunene kan benytte seg av med hensyn til koordinering på bruker/individnivå. Enkelte av disse mekanismene er relativt utbredt i kommunene, men i den forstand at de eksisterer i begrenset omfang. Dette er f. eks. ansvarsgrupper som 182 kommuner (72 %) har erfaring med for noen brukere. 177 kommuner (70 %) har koordinator med ansvar for oppfølging av tjenester overfor enkeltbrukere. 143 kommuner (60 %) benytter individuell plan for *noen* brukere. 38 kommuner (14 %) svarer at de ikke benytter individuell plan. Som for koordinering på systemnivå, er det færrest koordinerende mekanismer i kommuner med integrert modell enn i kommuner med andre modeller. I begge tilfeller er det imidlertid vanskelig å fastslå om dette skyldes et mindre *behov* for slik koordinering eller mindre *evne/vilje* til å gjennomføre slik koordinering.

E) Hvem samarbeider med hvem?

De helse-/pleiefaglige tjenestene er relativt sterkt involvert i det psykiske helsearbeidet, mens det motsatte gjelder for barnehage, grunnskole (utover helsestasjon) og kultursektoren. Det samme gjelder fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering. Det blir framhevet at PPT i liten grad samhandler med de øvrige kommunale tjenester. (Det er viktig å understreke at det er koordinator /kontaktperson for psykisk helsearbeid i kommunen som vurderer samarbeidsrelasjoner på basis av egen erfaring). Når det gjelder samarbeid med *statlige* instanser, er synet på rådgiverens rolle (nyopprettet stilling lagt til fylkeslegen i forbindelse med OP) svært variert. Vedkommende er klart minst populær i kommuner med integrert modell der et klart flertall opplever vedkommende som kontrollør. Når det gjelder samarbeid med Aetat oppgir ¼ av kommunene at de ikke har møter med Aetat, og 2/3 har det "av og til".

F) Samarbeid med brukerorganisasjonene

Samarbeidet med brukerorganisasjonene er klart positivt korrelert med størrelsen på kommunen - folkerike kommuner vurderer samarbeidet som mye bedre enn små kommuner. Det henger sammen med at brukerne i små kommuner i mindre grad er organisert. Erfaringene fra slikt samarbeid viser imidlertid størst spredning i de store kommunene. Det er like mange blant disse kommunene som vurderer samarbeidet som "ofte vanskelig" som "svært godt".

G) Personell og kompetanse

Det er særlig pleie/omsorg og helsestasjon/skolehelsetjenesten som kommunene har rekruttert til gjennom opptappingsmidler. Også sosialtjenesten og barnevernet er i noen grad styrket.

H) Hindringer for gjennomføring av Opptappingsplanen

41 % av kommunene oppfatter kommunenes generelle økonomiske situasjon som svært viktig med hensyn til mulige hindringer. Et flertall av respondentene mener det er for få ansatte som jobber med psykisk helse i deres kommune. Like mange synes det er en ganske viktig eller svært viktig hindring at politisk ledelse har for liten kunnskap om psykisk helsearbeid. Halvparten mener at det ordinære tjenesteapparatet er preget av kompetansemangel. En tredel opplever samarbeidsproblemer internt i kommunen og samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen, som ganske eller svært viktige hindringer for arbeidet med OP. Et interessant funn er at respondenter i kommuner med integrerte tjenester i større grad enn andre er

misfornøyd med eget fagmiljø. De oppleverer dessuten, i større grad enn ansatte i kommuner med andre modeller, organiseringen av arbeidet som en hindring i gjennomføring av OP.

(Policy)utfordringer

Denne første rapporten fra dette prosjektet gir et bredt statusbilde – baseline - av organisering og grad av samarbeid mellom etater og tjenester i kommunene per utgangen av 2001 (skjema tilsendt i 2002). Rapporten peker ikke på spesielle policyutfordringer, men vi vil imidlertid framheve følgende:

- Hovedbildet viser først og fremst en stor variasjon i hvordan kommunene har valgt å organisere arbeidet med OP. De aller fleste kommunene har valgt ”tradisjonelt” ved å samle tjenestene i en *egen* enhet eller i en egen tjeneste innenfor en av kommunens hovedtjenester. Relativt få kommuner har valgt å følge OPs anbefaling om å *integrere* tilbudet - til voksne - i det ordinære tjenestetilbudet i kommunen. Denne rapporten antyder at kommunene som har gjort dette, ikke nødvendigvis framstår som ”de beste i klassen” når det gjelder utbygging og grad av samarbeid i forbindelse med iverksetting av OP (uten at dette må tolkes slik at en integrert modell ikke fungerer i forhold til å nå OPs mål). En skal likevel merke seg at suksesskommunen ”Fjord” i evalueringsprosjektet fra Telemarksforskning (se kap. 3.4) ikke har etablert en særomsorg, men benytter en integrert modell.
- Ellers er det grunn til å merke seg at de helse-/pleiefaglige tjenestene (som også blir bekreftet i et par andre prosjekter, Telemarksforskning v/Bergsgard og SINTEF Helse v/ Kalseth) er relativt godt involvert i arbeidet med OP. I lys av OPs ide om integrering og et helhetlig behandlingstilbud og med et primært fokus på barn og unge, kan det framstå som noe foruroligende at barnehage/grunnskole, kultursektoren og især PPT, i liten grad oppfattes å samhandle med de øvrige tjenestene i det psykiske helsearbeidet. Dette funnet bør imidlertid holdes sammen med analysen av PPTs samarbeidsrelasjoner i prosjektet til SINTEF Helse v/Wessel Andersson).

3.4 Kommunal iverksetting og brukernes deltakelse i arbeidstrening og fritidstilbud

Hva sier Opptrappingsplanen om arbeids- og fritidstilbud?

OP legger vekt på at en skal dekke følgende grunnleggende behov for brukerne: Tilfredsstillende bostandard, arbeid eller annen meningsfylt aktivitet, sosiale relasjoner og meningsfullt fellesskap. Det skal imøtekommes ved å sette inn tiltak både på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

I forbindelse med OP på kommunalt nivå regner en med anslagsvis 4000 nye brukere av arbeidsmarkedsetatens tilbud, og i løpet av planperioden vil det kreve:

- anslagsvis 2 000 nye tiltaksplasser
- 4 500 flere brukere av dagsentra
- 10 000 flere skal få tilbud om støttekontakt
- 15 000 flere skal få tilbud om kultur- og fritidstiltak.

Prosjekt: Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak - samarbeid og lokalisering lokalt. Fokus i prosjektet er hvordan Opptrappingsplanen er fulgt opp med tiltak lokalt (i 12 casekommuner) og hvordan disse tiltakene virker inn på brukernes (30 personer) livskvalitet.

Hovedproblemstillinger:

- Samarbeidet omkring og tilretteleggingen for brukere som deltar på arbeidstreningstiltak
- Samarbeidet mellom kommunen og de frivillige organisasjonene om fritids- og kulturtilbud for brukere.

Data: Kvalitative intervjuer med 100 informanter i 12 kommuner (med kommunalt ansatte på ulike nivåer, med Aetat lokalt, DPS, frivillige organisasjoner og brukere med langvarige psykiske lidelser).

Rapport: Nils Asle Bergsgard, Solveig Flermoen og Heidi Haukelien: *Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og organisering lokalt*. Arbeidsrapport 10/03. Telemarksforskning-Bø.

Prosjektet har så langt påvist følgende:

A) Styrking/utbygging med hensyn til arbeid og fritid

Baseline (årsskiftet 2002/2003, dvs fire år etter OPs oppstart): Hva er satt i gang?

Kommunene (12 case) har satset på de basale behovene i første omgang - knyttet til pleie og omsorg, dvs. å bygge ut hjemmehjelpstjenesten, bygge tilrettelagte boliger og etablere støtteordninger. Kommunen har i mindre grad satset på yrkesrettede tiltak. Dette skyldes blant annet at brukergruppen er ustabil, noe som gjør det vanskelig å delta i faste tiltak.

Hovedtrenden er at kommunen har satset på dagsentra eller aktivitetssentra, dvs. tiltak som i første omgang handler om å aktivisere brukerne, og som i neste omgang kanskje kan gjøre brukeren i stand til å delta mer i yrkesrettede tiltak.

B) Om Aetat spesielt

Satsingen i forhold til Aetat varierer mye mellom kommunene. Hovedinntrykket er at en har ønsket å benytte Aetats tilbud, men at dette har vært vanskelig. Aetat har i liten grad etablert spesielt tilrettelagte tiltaksplasser der arbeidstrening i like stor grad ses som sosial trening og mestring - men det finnes unntak. OP har ført til lite endring på dette punktet. Undersøkelsen viser at det er et ønske om samarbeid fra begge parter, men at det er noe uavklart hvordan kontakten skal opprettes, og hvem som har det primære ansvaret.

C) Om fritidstilbud

Også med hensyn til fritid for brukeren er det gjort lite i de fleste kommunene som undersøkelsen omfatter. Det skyldes i hovedsak en pragmatisk vurdering der en må prioritere og foreta en gradvis opptrapping - først stette de basale behov, dernest fritidstiltak. Tiltakene som tilbys på fritidssiden er omlag alle i kommunal regi. Brukerorganisasjonene har i noen grad deltatt, men ikke fritidsorganisasjonene eller humanitære organisasjoner. De har heller ikke henvendt seg og tilbudt sine tjenester.

D) Brukernes synspunkter

- Å delta på ulike aktivitetsrettede tiltak er svært viktig for brukeren.
- Det er viktig å differensiere tilbudene for også å i møtekomme de mer ”friske”. Differensiering gjelder også de arbeidsrettede tiltakene.
- Personer på kommunalt nivå som bidrar til å koordinere hjelp og tiltak, oppleves som svært positivt for brukerne.
- Rollen til psykiatrikoordinatorerne i kommunene er derfor svært viktig i denne sammenheng og bør oppgraderes både ressursmessig og kompetansemessig, for eksempel ved å øke kunnskapen om Aetat.

(Policy)utfordringer

Rapporten peker på enkelte policyutfordringer:

- *Arbeid og fritid generelt:* Rapporten viser til at pleie/omsorg og hjemmehjelpstjenesten/botilbud, er prioritert i kommunenes arbeid med OP. Andre typer tiltak som arbeid/fritid/voksenopplæring har ikke blitt vesentlig styrket de siste årene i kommunene. Dette blir også bekreftet i den landsdekkende undersøkelsen til kommunene til SINTEF Helse (v/Jorid Kalseth). Her står kommunene overfor klare utfordringer om målene i OP skal nås.
- *Aetat:* Utfordringen på dette området knytter seg bl.a. til Aetat og samarbeid mellom kommune og stat. Dette blir også i noen grad bekreftet i den landsdekkende undersøkelsen til kommunene ved NIBR (Trine Myrvold) der ¼ av kommunen oppgir at de aldri har hatt møter med Aetat og 2/3 har hatt ”det av og til”. Prosjektet fra Telemarksforskning peker på et mulig kommunikasjonsproblem mellom Aetat og kommunene: Hvem skal kontakte hvem? Hvem tar initiativet? Hvem har ansvaret?
- *Organisasjonene:* Også når det gjelder tiltak knyttet til fritid kan det være et mulig kommunikasjons-/informasjonsproblem - i dette tilfellet mellom kommunale etater og relevante organisasjoner. Dette prosjektet viser at kultur- og fritidsorganisasjoner og humanitære organisasjoner er lite involvert i tiltak under OP. Dette blir bekreftet i SINTEF Helse-prosjektet v/ Jorid Kalseth: Er det slik at organisasjonene kjenner til OP, men ikke ønsker å involvere seg, eller er de ukjent med at de er trukket inn i beskrivelsen av hvordan OP kan realiseres?
- *Koordinatorers rolle:* Prosjektet trekker fram koordinatorernes rolle i kommunene (en eller evt. flere stillinger) med klart ansvar for å planlegge /samordne tjenestene på kommunenivå. Det er en nøkkelstilling for å ivareta OPs overordnede plan om samarbeid på tvers av tjenester/tiltak/etater. Rapporten tar imidlertid til orde for at denne stillingen bør oppgraderes både ressursmessig og kompetansemessig, for eksempel ved å øke innsikten i og kunnskapen om Aetat.
- *Primære utfordringer:* Beslutningsfattere bør merke seg beskrivelsen av ”Fjord” kommune som rapporten trekker fram som et eksempel på ”best practice” i denne sammenheng – en kommune der OP har betydd mye, og der en har møtt de utfordringene som andre kommuner i varierende grad sliter med:
 - samarbeid på tvers av etatsgrenser
 - differensiering av tilbud
 - evne til å tenke nytt.

3.5 Distriktpsikiatriske sentres betydning for tjenestetilbudet og behandlingsnettverket

Hva sier Opptrappingsplanen om DPS?

Utbygging av DPS som en sentral del av psykisk helsevern er et av de sentrale satsingsområdene i OP. Hele landet skal dekkes med DPSer med definerte opptaksområder. Et heldekkende nett av DPSer er altså et hovedtiltak i omstruktureringen av spesialisthelsetjenesten. Utbyggingen baseres på de tidligere godkjente fylkesplanene, som fylkene var pålagt å utarbeide i forbindelse med OP. Den *statlige* overtakelsen av spesialisthelsetjenesten innebærer at det i dag er de regionale helseforetakene som står for utbyggingen av distriktpsikiatriske sentra på landsbasis. Opprinnelig ble det foreslått en utbygging av 81 DPSer, men antallet er nå redusert til 78 ved at mindre opptaksområder er slått sammen.

DPSene skal for det første bidra til en sterk *kvantitativ* styrking av tjenesten - bl.a. for å bedre tilgjengeligheten. Hovedmålet er dessuten at et fullt utbygd DPS skal gi en *kvalitativt* bedre tjeneste basert på brukermedvirkning og samarbeid mellom nivåene.

Definisjon av et DPS

Et DPS er en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innenfor et område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles ledelse. DPSet skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene og yte polikliniske og ambulante tjenester til pasientene i kommunene. Døgnavdelingen bør både kunne tilby korttids krise- og avlastningsopphold for hjemmeboende psykiatriske pasienter, og lengre tids opphold for behandling og rehabilitering. (rundskriv, Sosial- og helsedep. 1-24/1999).

Prosjekt: Får etableringen av distriktpsikiatriske sentre de ønskede virkningene for tjenestetilbudet og behandlingsnettverket?

Hovedproblemstillinger:

1. Bidrar utbygging av DPSer til økt *tilgjengelighet* til tjenestene?
2. Bidrar utbygging av DPSer til bedre *funksjonsdeling* innen tjenestene
3. Bidrar utbygging av DPSer til ønskelige endringer i *behandlingstenkning*?
4. Er den faglige *standard og kvalitet* i tilbudene i utbygde DPSer tilfredstillende?
5. Bidrar utbygging av DPSer til et bedre *samarbeid* i behandlingsnettverket?
6. Er det noen sammenheng mellom utbygging av DPSer og den rolle *primærlegen* og andre deler av primærhelsetjenesten har innen behandlingsnettverket
7. Er det noen sammenheng mellom utbygging av DPSer og den rolle *privatpraktiserende spesialister* har innen behandlingsnettverket?
8. Bidrar utbygging av DPSer til høyere livskvalitet og *brukertilfredshet* med tilbudene?
9. Bidrar *individuelle planer* til et bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet?

Data: Nærstudier av 9 DPSer med ulik utbyggingsgrad. Problemstillingene som analyseres i denne første rapporten fra prosjektet, er nr. 4, 5, 8 og 9 i tillegg til et fokus på utbyggingsgrad og hvilke pasienter som nås.

Rapport: Torleif Ruud og Deborah Reas (november 2003): *Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002*. SINTEF Helse.

Evalueringen har så langt påvist følgende:

Denne første rapporten fra prosjektet bygger på baselinedata fra 2002. I 2002 var DPSene i ulike faser av sin utbygging og utvikling. Forfatterne av rapporten peker imidlertid på at definisjon og måling av grad av utbygging har vist seg vanskeligere enn antatt og at utbyggingsgrad foreløpig (i denne rapporten) er basert på en skjønnsmessig vurdering.

A) Utbygging

Basert på en skjønnsmessig vurdering anses de ni DPSene som er undersøkt å være moderat eller godt utbygd, vurdert i forhold til myndighetenes beskrivelse av hvordan et DPS skal være. Vurdering av utbyggingsgrad er som nevnt vanskelig fordi DPSene er ulike med hensyn til hvilke deler som er godt utbygd. Rangering etter utbyggingsgrad vil derfor variere med hva og hvilke tjenestetilbud en legger vekt på.

B) Type pasienter

DPSene skal stå for et bredt tjenestetilbud av god kvalitet og med god intern koordinering. I posisjonen mellom førstelinjetjenesten og de mer spesialiserte sentralsykehusstilbudene, skal DPSene også bidra til koordinering av det samlede tilbudet for den enkelte bruker – og for befolkningen i de aktuelle opptaksområdene. Arbeidsdelingen mellom DPSene og sentralsykehusene skal primært skje etter alvorlighetsgrad med hensyn til pasientenes tilstand mer enn etter diagnose. Data om arbeidsdelingen mellom DPSene og sentralsykehusene vil foreligge i en senere rapport fra dette prosjektet. De ni DPSene som denne studien omfatter, når i hovedsak de samme pasientgruppene med i hovedsak den samme diagnostiske profil. Det er likevel noe variasjon som en mener kan henge sammen med forskjellene i de tilbud som er bygd opp.

C) Omfang av og kvalitet på tilbudet

De mest benyttede former for utredning, behandling og rehabilitering er tilgjengelige ved de fleste DPSene. Det er noe forskjell mellom DPSene med hensyn til omfang av bruk av noen behandlingsmetoder, men det synes ikke å være noe DPS som er radikalt ulikt de andre. Bredden i behandlingstilbudet synes å være størst ved de DPSene som har størst og bredest fagmiljø og som har lengst fartstid som DPS. Disse to dimensjonene ved utbyggingsgrad vurderes som viktigst i forhold til bredde på tilbudet.

D) Samarbeid mellom tjenestene

DPSene har to primære kontaktflater med hensyn til samarbeid - kommunale helse- og sosialtjenester (hovedsakelig fastlege) og pårørende. Det er ingen markert forskjell mellom DPSene med hensyn til omfang av samarbeid med de aktuelle samarbeidspartnerne. Studien av de ni DPSene identifiserer ikke noe entydig mønster som tilsier at utbygging av DPSer medfører økt samarbeid.

E) Bruk av individuelle planer

Bruk av individuelle planer som er et sentralt virkemiddel i OP for å sikre samarbeid og brukermedvirkning, har kommet kort per 2002. På dette tidspunktet var det utarbeidet planer for vel 10 % av pasientene. Mindre enn halvparten av disse planene var utarbeidet i samarbeid

med en annen instans. Det var stor forskjell mellom DPSene med hensyn til antall pasienter med individuell plan, og denne forskjellen kan ikke relateres til noe statistisk mål på utbyggingsgrad for DPSene. Ellers framgår følgende av rapporten:

- Pasientene var per 2002 relativt lite kjent med sin rett til å ha individuell plan.
- Det er ulike oppfatninger i de kliniske miljøene ved de ulike DPSene med hensyn til definisjon av en individuell plan, bl.a. hva som kreves for å kalle noe en individuell plan.
- Det er ulike oppfatninger med hensyn til kriterier for hvem som har rett til en individuell plan.

Pasienter med individuell plan har blandede erfaringer med dette virkemidlet, men det er en overvekt av positive erfaringer i spørreundersøkelsen på dette punktet.

F) Brukertilfredshet

Hovedinntrykket av pasientenes svar på spørsmål om grad av tilfredshet med tilbudene de har mottatt våren 2002, er at de hovedsakelig er fornøyde med tilbudet. Det er imidlertid noen spørsmål som avviker fra dette hovedmønsteret. Det gjelder spørsmål om forhold som ville gi dem mer innflytelse og primært informasjon om rettigheter de har og mulighetene til å påvirke hvem en kan få som behandler.

(Policy)utfordringer

Denne første rapporten fra prosjektet analyserer baselinedata fra 2002, og den viser ikke til konkrete policyutfordringer. I 2002 var som nevnt alle de ni undersøkte enhetene i en aktiv utbyggingsperiode, og det er vanskelig på dette tidspunktet å felle noen dom over DPSenes ekspansjon og innhold i lys av OPs mål. Forfatterne av rapporten påpeker imidlertid en utfordring for dem selv med hensyn til å framskaffe bedre indikatorer for utbyggingstakt slik at en i større grad kan sammenlikne de ulike DPSene i de senere undersøkelsene i 2004 og 2006.

Det vi for egen del kan se som policyutfordringer og kandidater for myndighetenes oppfølging i lys av denne rapporten er følgende:

- Med basis i denne studien synes det å være problemer knyttet til både definisjon og bruk av *individuell plan* i kliniske miljøer innenfor DPSene. Individuell plan er et sentralt virkemiddel i OP bl.a. for styrke brukermedvirkning og samarbeid på tvers av tjenester. Det er derfor viktig å avklare definisjon og regelverk knyttet til bruk av individuell plan (i fall dette ikke er fullt avklart i forskrifter fra myndighetenes side). Dernest blir det viktig å formidle dette til de kliniske miljøene ved DPSene.
- En bør også merke seg at det per 2002 var utarbeidet individuelle planer for kun 10 % av pasientene i de ni DPSene som inngår i studien.
- I forbindelse med individuell plan viser studien at det også er et informasjonsbehov hos pasientene med hensyn til hvem som har rett til individuell plan.
- Oppsummerende: Det foreligger et informasjonsbehov med hensyn til bruk av individuell plan hos to grupper - pasienter/brukere og behandlere.

3.6 Utdanningskapasitet og personelltilgang

Hva sier Opptrappingsplanen om utdanning og personell?

I følge OP skal 9 275 nye årsverk tilføres psykisk helsevern og psykisk helsearbeid innen utgangen av 2006, med omtrent lik fordeling til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Disse nye årsverkene skal fordeles slik på utdanningsgruppene:

- Leger – 375 årsverk; psykologer – 940 årsverk; høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell – 4 360; personell uten høyere utdanning – 3 600 årsverk.

Noen hovedtall for spesialist- og kommunehelsetjenesten er:

- I *kommunehelsetjenesten* vil hjemmetjenesten trekke størsteparten av de nye årsverkene (3 400), dernest helsestasjon og skolehelsetjeneste (800).
- I *spesialisthelsetjenesten* skal psykisk helsevern for voksne styrkes med 2300 årsverk og barn og unge skal tilføres 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. Dette er personell med minimum treårig helsefaglig utdanning.

For en fullstendig liste over OPs måltall vedrørende de ulike utdanningsgrupper og fordeling på kommunene og spesialisthelsetjenesten, viser vi til prosjektrapporten (s. 14 og 15).

To delprosjekter: 1) Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helsearbeid. 2) Gir økt utdanningskapasitet tilstrekkelig økning av personell til psykisk helsevern?

Hovedproblemstillinger:

- I hvilken grad og på hvilken måte økes utdanningskapasiteten i forbindelse med OP?
 - Er økningen i utdanningskapasitet i tråd med OPs mål?
 - I hvilken grad øker personellinnsatsen i spesialisthelsetjenesten og i kommunene?
 - Er økningen i tråd med OPs mål innenfor de ulike utdanningsgruppene?
 - Er økningen geografisk likeverdig fordelt?
 - I fall avvik mellom OPs mål og faktisk personellutvikling – hva skyldes dette?
- Denne rapporteringen er den første av to, den andre gjennomføres i 2005.

Data: Kartlegging av *utdanningskapasiteten* baserer seg på spørreskjema til utdanningsinstitusjonene og data fra Statistisk sentralbyrå samt fra en rekke organisasjoner. Kartleggingen av *personelltilgang* baserer seg på tall fra Samdata/SSB og på spørreskjema til kommunene i 2002 i regi av to andre prosjekter i forbindelse med evalueringen av OP. Data om spesialisthelsetjenesten gjelder for perioden 1998-2002. Analysene for kommunene gjelder for 1999-2001. Kartleggingen av utdanningskapasitet gjelder for perioden 2000-2002, men går tilbake til 1998 der det er mulig.

Rapport: Marian Ådnanes (januar 2004): *Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid – status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002*. SINTEF Helse.

Prosjektet har så langt påvist følgende:

A) Tilfredsstillende utdanningskapasitet

Utdanningskapasiteten innen psykisk helsevern har totalt økt gjennom hele planperioden og synes å være i god rute i forhold til OPs mål. Økningen i utdanningskapasitet skyldes en tredelt opptrapping: 1) økning i antall ferdige kandidater per år ved noen grunntutdanninger ved høgskolenes helse- og sosialutdanninger, 2) en svak økning med hensyn til ferdig utdannede spesialister og 3) et rikholdig videre- og etterutdanningstilbud. Mer konkret fordelte økningen i utdanningskapasitet seg slik:

- Ved *høgskoleutdanningene* økte antall kandidater (gjennom perioden 2000-2002) med 22 % ved sykepleieutdanningen, 45 % ved vernepleieutdanningen, 19 % ved sosionomutdanningen.
- Utdanningskapasiteten ved *universitetene* har holdt seg relativt stabil med hensyn til uteksaminerte kandidater til lege og psykolog, men begge disse utdanningene hadde en kapasitetsøkning på 1990-tallet (forut for OP).
- *Spesialisering* innen både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri har økt svakt i første del av planperioden. Med hensyn til spesialisering av psykologer var det imidlertid en dobling av antallet innen barne- og ungdomspsykiatri, mens antallet innen voksenpsykologi har holdt seg stabilt.
- *Videre- og etterutdanningstilbudet* gjennom de første årene av planperioden har vært svært omfattende både med hensyn til økning i antall utdanningstilbud og antall kandidater ved de ulike utdanningene. I perioden 2000-2002 økte antallet kandidater ved høgskolenes videreutdanninger med om lag 23 %. Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid representerer den største satsingen.

B) Tilfredsstillende personaltilgang

Hovedkonklusjonen er at også personelltilgangen utvikler seg i tråd med OPs mål, også i forhold til grupper som man forventet skulle bli vanskelig å rekruttere. Mer konkret er utviklingen slik:

Spesialisthelsetjenesten: Den årlige tilveksten av årsverk innen spesialisthelsetjenesten har vært tilfredsstillende i forhold til måltallene (i perioden 1998-2000). Forutsatt en litt mer intensiv endringstakt mot slutten av perioden, er man i stand til å nå målet om ca 4 800 nye årsverk totalt innen 2006. I psykisk helsevern for barn og unge har en snart nådd målet om 400 flere fagårsverk i poliklinisk virksomhet. I psykisk helsevern for voksne har en tilsvarende hatt en tilfredsstillende utvikling med hensyn til å rekruttere personell med universitets- og/eller høgskoleutdanning. I perioden 1998-2002 var veksten i denne gruppen personell 81 % av *total* personalvekst, dvs. langt over målet om 72 %. Den relative personalveksten er større både for psykiatere og spesialister i klinisk psykologi enn for leger og psykologer uten spesialistutdanning.

Kommunene: Kommunene har også hatt en god tilvekst av årsverk til psykisk helsearbeid for perioden 1999-2001, spesielt har man lyktes i å rekruttere høgskoleutdannet personell. Forutsatt en økende endringstakt mot slutten av planperioden kan en nå målet om ca 4 800 årsverk totalt innen 2006.¹

Lavere utdanning/ufaglærte: Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten representerer nye årsverk nesten overveiende personell med høyere utdanning. OP har også et måltall om 3 600 nye årsverk for personell *uten* høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Med eksisterende endringstakt vil man innen 2006 ha rekruttert om lag 2 000 årsverk med lavere helse- og sosialfaglig utdanning/ufaglærte. Utviklingen i den personalmessige opptrappingen har til nå nesten vært uventet i forhold til tidligere anslag og framskrivninger med hensyn til å rekruttere personer med høyere utdanning, spesielt leger og psykologer.

¹ Den observante leser vil merke seg at målet om 4800 nye årsverk i kommunene og et tilsvarende antall i spesialisthelsetjenesten blir langt mer i sum enn det totale måltallet på 7275 årsverk som er satt for de to sektorene til sammen. For en drøfting av mulige forklaringer på dette misforholdet, se Ådnanes (2004), s. 15.

C) Personaltilgang versus utdanningskapasitet

Skyldes så den tilfredsstillende personaltilgangen en økning i utdanningskapasiteten i forbindelse med OP? Når det gjelder økningen med hensyn til leger, psykologer samt spesialister skjedde kapasitetsøkningen her primært forut for OPs oppstart, slik at et høyere antall psykologer og leger uteksamineres per år i selve planperioden enn før. Det er primært videreutdanningene både ved høgskolene, regionsentrene og de private instituttene som representerer den store satsingen. Spesielt den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid har sannsynligvis hatt stor betydning for rekruttering av denne utdanningsgruppen. Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene representerer denne gruppen, sammen med de psykiatriske sykepleierne, en svært viktig gruppe.

D) Regionale forskjeller

Selv om utviklingen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene har vært god, eksisterer det fortsatt betydelige forskjeller både mellom kommuner og mellom regioner. Eksempelvis har Helse Nord høyest personelløkning for psykologer og sosionomer både i 1998 og i 2000, mens Helse Øst har flest leger og annet høgskoleutdannet personell (utover sosionomer) per innbygger. Det er også forskjeller mellom kommuner både med hensyn til grad av rekruttering og hvilke utdanningsgrupper en har rekruttert. Antall årsverk rekruttert per 1000 innbygger er høyere blant små kommuner enn store kommuner. Mindre kommuner har rekruttert forholdsvis flere med høgskoleutdanning sammenliknet med store kommuner, men rekruttering av psykologer og leger har vært høyere i store kommuner. De aller minste kommunene hadde ikke ved inngangen til 2002 rekruttert psykolog.

(Policy)utfordringer

Tilfredsstillende utdanningskapasitet og personelltilgang er hovedbudskapet i dette prosjektet. Forfatteren påpeker likevel forhold som problematiserer dette positive totalbildet:

- Selv om personelløkningen er i god utvikling på nasjonalt nivå, har en likevel informasjon som tilsier at noen typer tjenestetilbud har problemer med å skaffe kvalifisert personell: Sosial- og helsedirektoratets underveisrapport (2003) i forbindelse med OP peker bl.a. på at tilgangen på kvalifisert personell i DPSene er vanskelig mange steder. Fra omtalen av prosjekt 3.2 om "Kommunal iverksetting og øremerkede tilskudd" (SINTEF) vet vi dessuten at 40 % av kommunene har opplevd problemer med rekruttering av kvalifisert personell til psykisk helsearbeid. Rekruttering av psykiatriske sykepleiere ble oppgitt å være det mest problematiske (samtidig er det psykiatriske sykepleiere som det totalt sett er rekruttert flest av).
- Ådnes' rapport måler utviklingen i utdanningskapasitet og i personellsituasjonen i forhold til måltallene i OP. Er så måltallene "riktige"? Det er ikke evalueringens oppgave å overprøve myndighetenes måltall, vi vil likevel minne om følgende: Det vil alltid være vanskelig å anslå framtidig ideell dekning av ulike personellgrupper innenfor en såpass omfattende satsing som OP. Dette framgår også av St.meld. 25 (1996-1997). Man må, i følge handlingsplanen for helse- og sosialpersonell (1998-2001), ta utgangspunkt i forventet etterspørsel selv om det er problematisk, ettersom tilbud også

skaper etterspørsel. Ådnanes påpeker at spesialisthelsetjenesten har lang erfaring med å identifisere og definerer egne behov – også vedrørende personell. Kommunene er langt mer uerfarne i så måte når de nå bygger opp egne tjenester. I kommunene vil det dermed kunne være mer tilfeldig og personavhengig hvorvidt behov avdekkes og gjøres noe med enn i spesialisthelsetjenesten. Selv om måltallene for OP med hensyn til personell med all sannsynlighet vil nås, vet vi likevel ikke om de ”reelle” behovene er dekket eller hvorvidt ”rett person på rett plass” er oppnådd.

- Ellers bør en merke seg at til tross for et positivt bilde på *nasjonalt* plan, er det til dels betydelige forskjeller både mellom helseregioner og mellom kommuner både med hensyn til hvor mange som rekrutteres og fordeling på utdanningsgrupper.

3.7 Opptrappingsplanens effekt på tjenester for barn og unge i kommunene

Hva sier Opptrappingsplanen om barn og unge?

OP skal bidra til at tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser blir styrket. Økt støtte til psykososiale tjenester og skolehelsetjeneste/helsestasjonsarbeid samt samarbeid mellom disse tjenestene og tilstøtende tjenester, blir spesielt trukket fram. Tjenestene styrkes ved at det skal opprettes 800 årsverk innenfor helsestasjon og skole- helsetjeneste. I tillegg skal det opprettes stillinger innenfor det rådgivende og forebyggende tjenesteapparatet (St.prp. 63, 1997-1998).

Prosjekt: Tilgjengelighet av helsetjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsevern i kommunene.

Hovedproblemstillinger:

- Tilgjengeligheten av tjenester for barn og unge
- Hvilke faktorer som påvirker tjenestetilgjengelighet
- Medfører Opptrappingsplanen endringer i tjenestetilbudet og i tilgjengelighet?

Data: Spørreskjema til PP-tjenestekontor og helsesøstervirksomheten som omfatter 1773 barn og unge i 40 kommuner i tillegg til et nasjonalt datasett over pasienter og aktiviteter i BUP samt intervjumateriale.

Rapport: H. Wessel Andersson og Trond Hatling (februar 2003): *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene*. SINTEF Helse.

Prosjektet har så langt påvist følgende:

A) Baseline

Avrapporteringen fra dette første delprosjektet etablerer en baseline for tjenestetilgjengelighet i kommunene for barn og unge. Rapporten gir informasjon om hvor mange barn og unge som mottar tjenestetilbud, karakteristika ved klientpopulasjonen og tjenestetilbudet, samarbeidsformer med tilstøtende tjenester etc.

B) Noen hovedfunn i den kvantitative undersøkelsen

- Betydelig variasjon mellom kommunene (kontrollert for befolkningsgrunnlag) med hensyn til volumet av barn og unge som mottar et hjelpetilbud.
- Gutter i alderen 6-12 år er den dominerende brukergruppe ved PPT, mens jenter over 12 år er tilsvarende ved helsesøstervirksomheten.
- 40 % av barna som mottar tilbud fra PPT, er vurdert å ha et alvorlig psykisk problem.
- Helsesøsters vurdering er at 20 % av brukerne her har et alvorlig psykisk problem.
- *Ventetiden* på hjelp hos PPT er gjennomsnittlig 9,5 uker, men den varierer betydelig mellom kommuner. I gjennomsnitt venter barn i kommuner med mellom 3-5 000 innbyggere lengst på et tilbud fra PPT (12,7 uker). Medianverdiene for ventetid varierer fra 2 til 5 uker mellom kommunegruppene og er høyest i kommuner med mer en 9 000 innbyggere.
- Ved PPT er den hyppigst benyttede tiltaksform samtale med barn *og* foreldre, etterfulgt av arbeid med fagpersoner i skolemiljøet. Undersøkelse og utredning er en tredje viktig tiltaksform ved PPT.
- Samtaler med barn alene *eller* foreldre alene er den dominerende tiltaksform ved helsesøstervirksomheten.
- Om samarbeid: Både PPT og helsesøstervirksomheten har et utstrakt samarbeid med skolen. BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) er en viktig instans for PPT. Disse to instansene samarbeider om ett av tre barn som er registrert ved PPT. For helsesøster er samarbeid med allmennlegen viktig. Generelt synes det som om både PPT og helsesøster i små kommuner har et mer utstrakt samarbeid med andre instanser (for eksempel barnevern, BUP) enn i store kommuner.

C) Om den kvalitative undersøkelsen

- Denne delen av undersøkelsen skal supplere det kvantitative materialet. Det dreier seg om intervjuer med ledende fagfolk i tre kommuner i de fire tjenestene som omhandler tjenester for barn og unge: barnevern, PPT, helsesøstertjenesten og den geografisk ansvarlige barne- og psykiatriske poliklinikken. Hovedproblemstillingen her knytter seg til 1) forholdet mellom tilgjengelighet og samarbeidsformer mellom tjenester og 2) i hvilken grad tilgjengelighet på tjenester varierer med kompetansenivå og typer kompetanse i førstelinjetjenesten.
- Spesielt om samarbeid og tilgjengelighet: Det er flere faktorer som påvirker sammenhengen mellom tilgjengelighet og samarbeid som for eksempel hvordan en beslutter rundt ansvaret for en potensielt felles klient, hvem skal ha primæransvaret? Geografisk nærhet (for eksempel gjennom samlokalisering av tjenester) fremmer klart samarbeid, bedre koordinering av tilbudet til brukeren og dermed et mer adekvat tilbud. Ellers blir ressursknapphet - primært for lav behandlerkapasitet - framholdt som et viktig forhold som rammer mange samarbeidsdimensjoner.

(Policy)utfordringer

Denne rapporten fra det første delprosjektet er en typisk baselinerapport og peker ikke på spesielle policyutfordringer/-anbefalinger. I fortsettelsen blir det interessant å sammenholde funn i dette prosjektet med funn i NIBR-prosjektet v/Kristofersen om fleksibilitet i tjenester mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. Koblingen mellom disse to prosjektene vil gi et mer helhetlig bilde av tilgjengeligheten i tilbud for barn og unge i kommunene. Spesielt

vil vi kunne få et bilde av samarbeid og samarbeidsutfordringer mellom ulike etater/tjenester som arbeider med barn/unge, og hvordan dette endres over tid.

Det man *kan* merke seg i denne rapporten er et funn (som for øvrig er et funn i de fleste prosjektene):

- betydelig variasjon mellom kommunene – i dette tilfellet med hensyn til omfanget av barn og unge som mottar et hjelpetilbud (kontrollert for befolkningsgrunnlag).

Dessuten kan opplysningene om ventetid i PPT synes foruroligende:

- betydelig ventetid med hensyn til hjelp hos PPT (9,5 uker i gjennomsnitt). Hvor lenge et barn må vente varierer imidlertid betydelig mellom kommunene (jf. punkt B ovenfor)

3.8 Opptrappingsplanens fokus på brukere

Hva sier Opptrappingsplanen om brukermedvirkning?

OP oppfordrer til et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med *brukerperspektivet* i fokus. OP skal styrke brukernes posisjon på flere områder både 1) i den direkte behandlingssituasjonen og 2) i selve utformingen av tjenestetilbudet kommunalt og fylkeskommunalt. Det er altså et mål om brukerinvolvering både i forhold til den enkelte yrkesutøver, kommuner, helseforetak og staten (brukernes rettigheter er nedfelt i Pasientrettighetsloven og Lov om psykisk helsevern).

OP viser til en rekke virkemidler for å styrke tilbudet til brukerne og brukernes stilling: Utover brukermedvirkning i relasjonen mellom bruker og profesjonell og i behandlingsplaner ("ansvarsgruppe" og "individuell plan"), nevnes etablering av brukerstyrte sentra, oppbygging av brukerorganer på kommunalt og fylkeskommunalt nivå samt opplæring av brukerrepresentanter. Videre anbefaler OP at brukerne representeres i relevante styrever, utvalg og råd. Brukerrepresentasjon i kvalitetsutvalg er nå lovfestet, og alle kontrollkommissjoner innen psykisk helsevern skal minimum oppnevne ett medlem som representerer brukernes interesser (St.prp. nr. 1 2003-2004). Vi viser for øvrig til helselovene av 1.1.01 som vektlegger økt brukermedvirkning.

OP vektlegger at tjenesten tar utgangspunkt i brukerens helhetlige behov. Det innebærer en såkalt *syklisk koordineringsprosess* i behandlingsprosessen der individuelle planer og ansvarsgrupper er sentrale verktøy (i motsetning til *lineær koordinering* der brukeren mottar tjenester ut fra en allerede fastlagt og gjerne administrativt definert rekkefølge).

Prosjekt: Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptrappingsplanens fokus på brukere.

Prosjektet er tredelt:

- Kartlegging av brukerdeltakelsen med fokus på hvilke organer deltakerne deltar i og hva de deltar med
- Studie av innholdet i brukerdeltakelsen med fokus på prosedyrer for deltakelsen og relasjoner mellom de ulike aktørene i brukerorganene
- Oppfølgingsundersøkelse med fokus på grad av måloppnåelse.

Data: Gjennomgang av kommunale planer i 19 kommuner fordelt på 5 fylker om status og utvikling innen psykisk helsevern (planene er politisk behandlet og godkjent av fylkeslegen, intensjonen er at planene skal rulleres). Intervju med 17 kvalitetsrådgivere hos fylkeslegen (5 fylker).

Rapport: Marit Helgesen: *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. 2003, NIBR

Evalueringen har så langt påvist følgende:

A) Baseline

Gjennomgangen i denne rapporten angir en type baseline med hensyn til *tiltak* for brukermedvirkning som angir status 2002; den ser ikke på brukernes møte med/opplevelse av deltakelse i disse tiltakene.

B) Organisert og ikke-organisert brukermedvirkning

En kan overordnet skille mellom to typer brukermedvirkning (jf. rapport): *Ikke-organisert brukermedvirkning* defineres som brukerorientering og brukerhensyn i ansikt-til-ansikt relasjoner mellom brukere og yrkesutøvere, terapeutisk medvirkning, brukerundersøkelser og fritt brukervalg. *Organisert brukerinvolvering* er brukerrepresentasjon i offentlige (primært) råd, utvalg og styrer, samt rene brukerstyrer (f. eks av dagsentra).

C) To hovedområder for ikke-organisert brukermedvirkning

De fleste kommunale planene skiller mellom 1) tiltak for å sikre brukeren behandling og 2) tiltak som knytter seg til brukerens daglige livsførsel (pleie/støtte/bolig/arbeid fritid).

Ad 1: Behandling

Disse tiltakene angår i mindre grad det kommunale nivået direkte, men samarbeid mellom kommunale etater og 2. linjetjenesten (poliklinikker/distriktspsykiatriske sentra). Denne kategorien omfatter likevel virkemidler der brukerne har best muligheter til å komme til orde - som "individuelle planer" og "ansvarsgrupper", som forutsetter samarbeid mellom ulike instanser/etater og brukere.

Ansvarsgruppe er en modell for koordinering av tjenester til enkeltindivid som brukes på flere fagområder enn psykisk helsevern. Tjenesteutøvere fra aktuelle etater/organisasjoner deltar for å avklare behov for tjenester og hvem som får ansvar for de ulike deltjenestene. Det er ulik praksis med hensyn til om brukeren deltar eller ikke. I praksis blir ansvarsgruppen den instans som skal kvalitetssikre og effektivisere oppfølgingen av enkeltbrukere. Gruppen skal utarbeide mål, oppfølgingsplan, fordele ansvar og evaluere. Modellen er utarbeidet i tråd med det som kalles en "helhetlig psykiatriplanlegging". Ansvarsgruppe er ikke et lovbestemt virkemiddel, det er dermed opp til hver kommune å ta det i bruk. Status for "bruk av ansvarsgruppe" er i følge denne rapporten:

- Hittil synes det som om ansvarsgrupper ikke er så utbredt innenfor de psykiske helsetjenestene.
- Kommunene omtaler likevel ansvarsgrupper som et viktig redskap.
- Små kommuner nevner i liten grad ansvarsgrupper som arbeidsform, men er likevel generelt opptatt av å bedre sine rutiner for samarbeid med ulike etater.

Individuelle planer skal sikre kontinuitet, progresjon og samarbeid mellom ulike etater og nivåer i tilbudet til den enkelte bruker. I motsetning til ansvarsgrupper er individuelle planer lovfestet i helselovene og utformes etter at det er fattet vedtak om tjenester. Planene er anbefalt utformet i samarbeid med bruker/eventuelt pårørende/nettverk (det er ikke pålagt at brukeren skal delta i planarbeidet). Lege i overordnet stilling (og spesialist i psykiatri) skal treffe vedtak som ofte innebærer at det er institusjonen i andre linjen som har hovedansvar for utarbeidelse av individuell plan. Status for bruk av individuelle planer er i følge rapporten:

- Få kommuner oppgir at de arbeider med individuelle planer. Store kommuner påpeker at en nå skal rette et mer systematisk søkelys på bruk av slike planer.

Ad 2: Daglig livsførsel

Tiltakene innenfor denne kategorien angår primært det kommunale nivået, men ikke bare. Hovedkategoriene er: Pleie/omsorg (eks. hjemmehjelp, støttekontakt), botilbud, fritidsaktiviteter (eks. dagsenter/aktivitetsenter, brukerstyrte aktiviteter, kultur, samarbeid med frivillige organisasjoner) og arbeid (som også involverer samarbeid med staten gjennom Aetat). Grad av individuell brukermedvirkning innenfor disse tiltakene vil avhenge av prosedyrer som etableres for involvering av brukere og yrkesgruppenes skjønn i denne sammenheng. Foreløpig kjenner en primært til omfanget av tiltak knyttet til ”daglig livsførsel”, og lite til grad av brukermedvirkning i utforming av disse tiltakene:

- *Dagsentra:* Det varierer hvorvidt kommunene tilbyr brukerne et dagsenter (spesielt problematisk i de små kommunene). Sentrene er dessuten svært ulike med hensyn til mål og organisering i ulike kommuner.
- *Arbeid:* OP anbefaler rutiner for kontakt mellom den enkelte, helse- og sosialetatene og arbeidsmarkedsetatene. Det kan synes som om bare store kommuner søker å legge til rette for at den aktuelle brukergruppen skal kunne ha vanlig arbeid.
- *Bolig:* De fleste kommunale planene viser til at botilbud enten er under utvikling eller skal utvikles.
- *Støttekontakt* er et tiltak som kommunen er påbudt å tilby. OP anbefaler å styrke dette tilbudet. Støttekontakter ses som særlig viktige for at brukeren skal kunne nyttiggjøre seg kulturtilbud. Generelt ser de fleste kommuner støttekontakter som et viktig virkemiddel, men ikke alle små kommuner har etablert tilbud om det.
- *Kulturtiltak:* I forbindelse med OP påpeker departementet at ulike etater, instanser og organisasjoner bør inngå samarbeid om slike tiltak. I stort synes det som om kommunene er kommet kort på dette feltet, især de små kommunene.

D) Organisert brukermedvirkning

Organisert brukermedvirkning i form av *brukerrepresentasjon i råd, styrever og utvalg* foregår i en del kommuner, men ikke på en systematisk måte verken i eller mellom kommuner. Det varierer også i hvilken grad helseforetakenes styrever har brukerrepresentasjon eller annen brukermedvirkning. Det samme gjelder i kvalitetsutvalg og kontrollkommisjoner ved institusjonene (jf. OP). Især er de små kommunene kommet kort med hensyn til organisert brukermedvirkning, og flere av dem påpeker at de ikke har lokallag av brukerorganisasjonene.

Når det gjelder *samarbeid mellom brukerorganisasjonene og kommunene utover styreverrepresentasjon*, ser departementet for seg et samarbeid om rekruttering og opplæring av støttekontakter, utvikling av rehabiliteringstiltak (for eksempel arbeid/arbeidstrening) samt kultur- og fritidstiltak. Samarbeidet mellom kommuner og organisasjonene i denne sammenheng varierer i høy grad, både med hensyn til i hvilken grad slikt samarbeid er etablert og omfanget av det. Generelt peker rapporten på at det kan se ut som om kommunene tenker brukermedvirkning primært inn i en korporativ tradisjon: For å sikre brukermedvirkning på systemnivå i kommunen (gjennom for eksempel høringsuttalelser), må det skje utelukkende gjennom representasjon. Det finnes imidlertid eksempler på to kommuner som har lagt brukerhøringer til dagsenteret. Når det gjelder *brukerstyrte aktiviteter* nevnes det knapt i små

kommuner. Eksempler på slike tiltak er dagsentra, aktivitetssentra, møteplasser, etc (alt etter hva de benevnes) som skal gi brukerne mulighet til egenaktivitet. Sentrene er også svært ulikt utformet med hensyn til grad av brukerstyring: Det varierer fra at sentrene er fagstyrte, men involverer brukere på ulike måter (eks. allmøte) til at de er fullt brukerstyrte

(Policy) utfordringer

Rapporten peker ikke på spesielle policyutfordringer. Selv tillater vi oss å trekke fram følgende som en oppsummering:

Kommunene *samlet* sett har åpenbart et godt stykke igjen for å nå OPs intensjoner om å etablere tilbud og ta i bruk virkemidler for å styrke brukeren og brukerens stilling. Det gjelder spesielt ikke-organisert medvirkning, men også organisert. Vi har spesielt merket oss at en (på behandlingssiden) i liten grad har iverksatt OPs primære arbeidsredskap for å inkludere brukeren; ansvarsgruppe og individuell plan. Når det gjelder brukerens ”daglige livsførsel” kommer kommunene, som også vist i andre prosjekter, bra ut når det gjelder tiltak knyttet til pleie/omsorg, hjemmehjelp/støttekontakt, og til en viss grad bolig, men kort når det gjelder tiltak knyttet til arbeid og kultur. Som nevnt vet vi foreløpig ingenting om grad av brukermedvirkning i *utforming* av disse tiltakene.

3.9 Kunnskap om og holdninger til psykisk helse

Hva sier Opptrappingsplanen om informasjonstiltak?

OP satser på brede informasjonstiltak for å øke kunnskapen om og forståelsen av psykisk helse. Hovedmålene med informasjonstiltakene er 1) å bidra til å bedre barns og voksnes forhold til egen psykiske helse, og slik redusere fordommer. Utover dette allmenne målet er intensjonen at 2) informasjonsflyten skal bli bedre i og mellom forvaltningsnivåene og 3) mellom tjenesteytere og brukere. Dessuten skal bedre informasjon bidra til å sikre sterkere grad av brukermedvirkning, samt bedre kvalitet på tjenestetilbudene.

Departementet har utarbeidet en egen informasjonsstrategi, som ledd i denne knyttes en rekke tiltak til markeringen for Verdensdagen for psykiske helse 10. oktober hvert år.

Prosjekt: Dette prosjektet skal bidra til å utvikle en god og hensiktsmessig informasjonsformidling.

Hovedproblemstillinger:

- Hvilken kunnskap om og holdninger til psykisk helse finnes i befolkningen, og i hvilken grad er disse endret i løpet av Opptrappingsplanens planperiode?

Denne problemstillingen undersøkes på to ulike tidspunkter 2002 (fase 1) og 2005 (fase 2). Resultatene fra fase 1 sammenliknes med resultatene fra fase 2 for å kartlegge eventuelle endringer i holdninger og kunnskap. I undersøkelsen for 2005 blir et viktig spørsmål:

- I hvilken grad har informasjonstiltakene gjennom Opptrappingsplanen bidratt til å spre kunnskap og forståelse om psykisk helse og psykiske lidelser?

Data: Dataene er samlet inn ved hjelp av telefonintervjuer basert på et spørreskjema. Utvalget består av 2000 respondenter over 18 år.

Rapport: Sidsel Sverdrup og Christopher Bratt: *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser*. NIBR (2003:5).

Evalueringen har så langt påvist følgende:

A) Baseline

Rapporten omhandler spørsmål knyttet til åpenhet, nærhet og kunnskap. I tillegg omtales ulike andre forhold rundt psykisk helse og psykiske lidelser som syn på årsaker, konsekvenser og løsninger samt forhold som angår barn og unge. Denne første rapporten framstår som en type "baselinerapport" som analyserer synspunkter, holdninger og kunnskap slik de er registrert i 2002.

B) Om åpenhet og nærhet

Rapporten peker på at "åpenhet", "nærhet" og "engasjement" er relatert til hverandre. Jo nærmere folk står hverandre, desto større grad av *åpenhet* overfor den (de) andre: Over halvparten av befolkningen vil være åpne om psykiske problemer overfor egen familie. Bare en tredel ønsker svært stor grad av åpenhet overfor venner og om lag en femtedel vil være åpne overfor kolleger. Altså grad av nærhet i relasjoner følger ønske om åpenhet. En annen form for nærhet omhandler vurdering av hvem man mener har behov for bedring av psykisk helse. Rapporten peker på en klar tendens: Personer som står fjernt fra en selv tillegges størst grad av bedringsbehov i forhold til psykisk helse. Enkelt sagt framkommer forestillingen at det står dårligere til med befolkningens helse enn med egne venners, og det står igjen dårligere til med venners psykiske helse enn med ens egen. Resultatene i rapporten viser videre at et flertall har et relativt nært og konkret forhold til psykiske lidelser: Nesten 3 av 4 opplyser at noen de kjenner godt har hatt psykiske lidelser i løpet av de siste tre årene.

C) Om kunnskap og informasjonsbehov

Halvparten av informantene opplyser at de har hatt behov for å skaffe seg informasjon om psykiske problemer og psykiske lidelser. De fleste velger en lege for å skaffe seg slik informasjon, men internett er flittig benyttet med unntak av de over 50 år. 1/3 opplyser at de har stor grad av kjennskap til de oftest nevnte psykiske lidelsene (depresjon, angst, schizofreni). Det betyr at 2/3 har liten eller ingen kjennskap til disse lidelsene.

D) Synspunkter og holdninger

En del områder knyttet til psykiske lidelser (innenfor et omfattende spørsmålsbatteri for å kartlegge synspunkter og holdninger) synes det å være stor grad av samstemmighet om, som for eksempel: Man har ikke mislyktes i livet selv om man har hatt en psykisk lidelse, og man kan ikke se på en person om vedkommende har en psykisk lidelse. Flertallet mener at man kan selv gjøre mye for å bedre den psykiske helsen. Et mindretall mener at psykiske lidelser er medfødt. Det er ellers en klar oppfatning at barn kan få like alvorlige sammenbrudd som voksne (framholdt av 78 %), og påstanden om at hjelpeapparatet bruker tilstrekkelig ressurser på barn og unge med psykiske lidelser får i liten grad støtte. Det er en svært positiv vurdering overfor familiesentre: 7 av 10 er enige i at slike sentre er sentrale for å bedre situasjonen til barn og foreldre med problemer. Forsøk med familiesentre i seks kommuner med formål å utvikle et helhetlig tilbud til barn og unge med vekt på å møte psykososiale problemer, er nå kommet godt i gang (i følge St.prp. nr 1 2003-2004).

Policy)utfordringer

Rapporten viser til konkrete utfordringer på to nivåer:

Informasjonsfaglige utfordringer: Resultatene påviser kunnskapshull i befolkningen om psykiske helse og psykiske lidelser, for eksempel det faktum at 2/3 av informantene har liten eller mindre kjennskap til de mest vanlige psykiske lidelsene samtidig som 3 av 4 forteller at en de kjenner godt har hatt psykiske lidelser de siste tre årene. Rapporten peker på at utfordringen med å øke kunnskapen må tas hånd om av informasjonsformidlere, både med hensyn til hva man skal formidle om, virkemiddel, målgruppe og budskap. Forfatterne av rapporten påpeker at data som er presentert i denne rapporten kan bidra med innspill i denne sammenheng.

Metodiske utfordringer: En annen type utfordringer er knyttet til metodiske spørsmål, bl.a. bruk av telefonintervjuer og informantenes tendens til å si seg enig i påstander. Dette blir utdypet i kap. 4 og 7 i rapporten.

4. Prosjektene ”på tvers”: Hva vet vi så langt?

4.1 Hovedbildet

2001 – baseline

De fleste evalueringsprosjektene som er gjennomgått foran, bygger på datainnsamling fra årene 2001 og tidlig 2002. I all hovedsak beskriver de situasjonen i 2001. Med modifikasjoner framstår dermed året 2001 som baseline i evalueringen.

OP innebærer en omfattende utbygging av tjenester, ikke minst på kommunalt plan. Selve *utbyggingen* av tjenester kan synes overkommelig om midlene er til stede. Hovedutfordringene med OP materialiseres seg imidlertid gjennom den *ånd og idegrunnlag* som utbyggingen skal gjennomføres av: Et helhetlig behandlingsnettverk med stor grad av brukermedvirkning i alle ledd. Det stiller igjen store krav til samarbeid mellom tjenester på alle nivåer og til et ”behandlingsregime” der behandling av sykdom i snever forstand er *ett* element. Likeså viktig blir tilrettelegging av fritid/arbeid/voksenopplæring for personer med psykiske lidelser som skal bidra til helheten i tjenestetilbudet.

Store variasjoner mellom kommunene med hensyn til utbyggingstakt

Det skjer åpenbart en satsing på psykisk helse/psykisk helsearbeid i de fleste kommunene (jf. den landsdekkende undersøkelsen til alle kommuner ved SINTEF/NIBR):

- 90 % av kommunene oppgir at OP har bidratt til en vesentlig bedring av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i deres kommune.
- Det er imidlertid store variasjoner mellom kommuner med hensyn til utbyggingstakt, spesielt i forhold til kommunestørrelse.
- Når det gjelder utbygging med hensyn til barn og unge spesielt, oppgir 85 % av kommunene at de har satt i gang forebyggende tiltak i regi av OP, primært gjennom skolehelsetjeneste/helsestasjon. SINTEF-prosjektet som ser på tjenestetilbudet til barn og unge spesielt, viser imidlertid til store variasjoner mellom kommunene i omfanget av barn som mottar tjenester (kontrollert for befolkningsgrunnlag).

Utbygging i kommunene primært innenfor helse/pleie

Hvordan skjer utbyggingen? Hvilke tjenester prioriteres? Hovedmønsteret er:

- Kommunen har gjennomgående prioritert feltet pleie/omsorg, for hjemmetjenester nærmer en seg det nasjonale anslaget i OP. Lavest dekningsgrad har voksenopplæring og arbeid. Dagsenter/støttekontakt (altså tiltak knyttet til fritid) har også lave bruksrater. Alle tre prosjektene som ser på utbygging /organisering og tilrettelegging i kommunene (NIBR/SINTEF/Telemarksforskning) viser dette hovedbildet.

Øremerkede tilskudd nødvendig

Til utbyggingen av tjenesteapparatet i kommunene anses ordningen med øremerkede tilskudd å være helt nødvendig. Det viser prosjektet som har som hovedformål å vurdere dette virke-

midlet (SINTEF v/Kalseth). Myndighetene bør imidlertid se nærmere på rapporteringskravene i forbindelse med tilskuddene siden 2/3 av kommunene (i utvalget) mener at disse kravene ikke er en garanti for at de totale utgiftene til psykisk helsearbeid minst øker i takt med tilskuddene. Rapporteringskravene bidrar dessuten til hastverksløsninger, mener 40 % av kommunene.

Langt igjen med hensyn til hovedideen med Opptrappingsplanen - helhetlig tjenestetilbud

Når det gjelder økonomisk satsing har kommunene gjennom øremerking en tvang på seg, og som forventet skjer det utbygging av tjenester i så og si alle kommuner. Men når det kommer til idegrunnlaget for og organiseringen av utbyggingen – ”helhetlig tjenestetilbud med brukeren i sentrum” - har kommunene åpenbart et godt stykke igjen per 2002. Kommunene satser tradisjonelt i måten de organiserer utbygging av tjenestene på. Evalueringsprosjektene påviser bl.a.:

- De fleste kommunene har valgt ikke å følge OPs anbefaling om å integrere tilbudet til voksne i det ordinære tjenestetilbudet, men har løst oppgaven tradisjonelt ved å samle tjenestene i en egen enhet for psykisk helsearbeid.
- Flere prosjekter påpeker direkte og indirekte en relativt lav grad av koordinering mellom tjenester. Dette gjelder gjennomgående, men med unntak av de helse-/pleiefaglige tjenestene som er godt involvert i det psykiske helsearbeidet. Det motsatte gjelder for ergoterapi/rehabilitering/kultur og fritid.
- Når det gjelder barn/unge spesielt har vi vist til at barnehage/grunnskole/kultursektoren og især PPT, i liten grad oppfattes å samhandle med de øvrige tjenestene i det psykiske helsearbeidet.
- Sviktende samarbeid på tvers av etatsgrenser gjelder også forholdet mellom kommunale og statlige etater, især mellom kommunene og Aetat (jf. rapportene fra NIBR/Telemarksforskning/SINTEF – alle om kommunal iverksetting/organisering).

Brukerperspektivet i fare?

Lav grad av integrering av tjenester får igjen konsekvenser for brukerperspektivet og ideen om en syklisk koordineringsprosess med utgangspunkt i brukernes helhetlige behov (og ikke ut fra en allerede fastlagt, gjerne administrativt definert rekkefølge). Prosjektet om brukermedvirkning (NIBR v/Helgesen) viser dessuten at de mest sentrale brukerverktøyene for brukermedvirkning som gjelder individuell, ikke-organisert medvirkning, *individuell plan* og *ansvarsgruppe*, i liten grad er blitt benyttet hittil (per 2002). Dette funnet med hensyn til individuell plan bekreftes også i prosjektet om distriktpsikiatriske sentra (SINTEF Helse v/Ruud). Det er også - snart halvveis i planarbeidet - et godt stykke igjen for å nå OPs intensjoner om organisert brukermedvirkning i form av brukerrepresentasjon i råd, styrer og utvalg.

Flaskehalsene i kommunene: Kunnskap, kompetanse og penger

OP stiller store krav til brudd med kjente rutiner på alle nivåer Det er åpenbart ikke bare holdningsendring som må til: Kommunene selv (v/adm personale) peker på at for *liten kunnskap* hos politisk ledelse om psykisk helse er en viktig hindring for å gjennomføre planen, noe som påpekes av over halvparten av kommunene. Et flertall mener dessuten at *for få ansatte* i psykisk helsearbeid er en ”ganske viktig” eller ”svært viktig” hindring for realisering av OP. Det kan skyldes midler (som 42 % av kommunene mener er en viktig hindring for å gjennomføre OP), men det kan også skyldes mangel på personell: 40 % av

kommunene har opplevd problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid de siste årene. Prosjektet om utdanningskapasitet og personelltilgang (SINTEF v/Ådnanes) viser for øvrig en tilfredsstillende utvikling både med hensyn til utdanningstiltak og personelltilgang i forhold til måltallene. Eksempelvis når det gjelder fagpersonell i psykisk helsevern for barn og unge, er man godt på vei til å oppfylle måltallet i OP allerede i 2004.

Spesialisthelsetjenesten

Mange prosjekter omhandler utviklingen i kommunene, men flere prosjekter analyserer gjennomføring av OP utover kommuneplanet direkte og indirekte: Det gjelder spesielt prosjektet om DPSer og prosjektet om tvang. DPSene er nytt med OP, og utviklingen her blir et interessant mål for OPs grad av suksess i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet som analyserer ni DPSer, viser at utbyggingen av sentrene per 2002 var godt i gang – og at de ni casene kunne karakteriseres som ”godt eller moderat utbygd”. En konkluderte også med at det er mindre forskjeller mellom DPSene enn en kunne forvente. De når stort sett de samme pasientgrupper, og behandlingstilbudet er relativt likt. Det er også et fellestrekk at relativt få pasienter (10 %) ved DPSene har fått utarbeidet individuell plan.

4.2 utfordringer

Vi har oppsummert mulige utfordringer knyttet til hvert prosjekt og skal ikke oppsummere ytterligere, men kort påpeke følgende på *overordnet* plan:

Vel halvveis i planløpet (per 2001/2002) kan en ikke forvente at alle tiltak er på plass. Det positive i bildet framstilt over, er at det åpenbart skjer til dels omfattende utbygging både i kommuner og i statlig regi. Man har kommet langt med hensyn til personell og kompetanse-tilgang innenfor flere områder. Bekymringen knytter seg til *måten* utbyggingen skjer. Kommunene sliter med, muligens også neglisjerer, endringsaspektene ved OP; dvs. endring av etablerte rutiner som OP foreskriver, og som først og fremst omhandler krav til samarbeid på alle nivåer. Hovedutfordringen ligger sannsynligvis primært i følgende: Når kommunene nå har fått på plass basistjenestene knyttet til pleie og omsorg, må de prioritere fritid, arbeid, opplæring og de til dels store samarbeidsutfordringene som ligger i dette – aspektene som skal bidra til ”helheten i tjenestetilbudet”. Dette synes å være spesielt vanskelig i små kommuner, som også i mange andre sammenhenger viser seg å være for små til å ha tilstrekkelig kompetanse og økonomisk ryggrad til å produsere velferdstjenester på en effektiv måte.

Brist på evnen til å gå nye veier kan svekke brukerperspektivet som er så sterkt framhevet i OP. En konkret utfordring knytter seg til å ta i bruk et par av de viktigste verktøyene for brukermedvirkning - individuell plan og ansvarsgruppe. Denne utfordringen stiles ikke minst til spesialisthelsetjenesten ved DPSene.

Ellers viser prosjektene til kommuner som er kreative, har forsert etablerte skanser og fått til et differensiert tilbud på tvers av etatsgrenser som for eksempel kommunen ”Fjord”. Utveksling av gode rollemodeller og formidling av ”best practice” både blant kommunene og i spesialisthelsetjenesten kan være en måte å spre informasjon og øke bevisstheten om hvordan OP kan realiseres. Etter hvert som evalueringen skrider fram, vil den kunne bidra med slike eksempler.