
Sammendrag

Fra 1995 er det bevilget et statlig øremerket tilskudd til kommunene til styrking av tjenestetilbudet for personer med alvorlige psykiske lidelser og til forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge. I 1997 var tilskuddet på 290 millioner kroner.

Vi har evaluert denne tilskuddsordningen gjennom å analysere rapportmateriale fra kommunene om bruken av tilskuddet og gjennom å intervju representanter for målgruppen og et utvalg kommuner om ulike sider ved ordningen.

Det overordnede formålet med prosjektet er å belyse hvorvidt det øremerkede tilskuddet er et tjenlig virkemiddel for å bedre livskvaliteten for personer med psykiske lidelser.

Vår tilnærming til prosjektet er å undersøke om det er sammenheng mellom tilskudd, tiltakene som er iverksatt og virkninger for brukerne.

Vi har belyst tre hovedspørsmål:

- I hvilken grad avspeiler rapporteringen fra kommunene det faktiske tjenestetilbudet?
- I hvilken grad har det øremerkede tilskuddet bidratt til et bedre tjenestetilbud?
- I hvilken grad gir rapporteringen grunnlag for å vurdere tilskuddet – får departementet gjennom denne rapporteringen den informasjon de har behov for?

Opplysningene som innhentes gjennom rapporteringen gjelder tiltak som både brukerne og berørte i kommunene mener er viktige for tjenestetilbudet. Intervjuundersøkelsen avdekker imidlertid at opplysningene er høyst usikre. Enkelttallene som rapporteres kan være feilaktige eller misvisende. Vi kommer likevel til at summene som uttrykker omfang og variasjoner i tjenestetilbudene på landsbasis, er noenlunde riktige. Det bygger på at feilene i grunnlagsmaterialet slår begge veier og at tallstørrelsene stemmer med andre opplysninger om tjenestetilbudet og kommunene.

Ordningen har ikke virket lenge nok til å ha påvirket tjenestetilbudet i kommunene vesentlig. Etter kommunenes opplysninger for 1996, er det en til to promille av befolkningen som får et tjenestetilbud. Vurdert i lys av andelen personer med alvorlige psykiske lidelser i befolkningen, er det lavt. Rådet for psykisk helse anslår andelen med alvorlige psykiske lidelser til en prosent. Sammenliknet med situasjonen i 1995, representerer tjenestetilbudet i 1996 likevel en økning.

Etter at ordningen ble innført har det vært en markert økning i antall årsverk for personell som er særskilt kvalifisert til å arbeide med personer med psykiske

lidelser. Alle kommunene vi besøkte har opprettet minst én stilling. Dette har vært en prioritert oppgave fra departementets side. Det er grunn til å regne med at alle kommunene også får ferdigbehandlet en plan for styrking av tjenestetilbudet i og med at det fra 1998 er en betingelse for å få tilskuddet utbetalt. På bakgrunn av intervjuene antar vi at det er måten planarbeidet er utført på og ikke planens status som har betydning for den videre utviklingen av tiltakene. Vårt inntrykk er at i kommuner hvor brukerrepresentanter og berørte etater har bidratt allerede i planarbeidet, blir samarbeidet videreført også når det gjelder etablering av tjenestetilbudet.

Ut fra det inntrykket vi fikk av situasjonen gjennom intervjuene, mener vi det er grunn til å vente en forholdsvis rask stigning i antall brukere av enkelte av tjenestetilbudene. Økning i andre tjenestetilbud er imidlertid avhengig av mer utstrakt samarbeid mellom ulike instanser i kommunen. Flere av de aktuelle tjenestene kunne etter vår vurdering i større grad ha kommet målgruppen til gode dersom en hadde fått til et bedre samarbeid – f.eks. med sosialkontoret. Også når det gjelder forholdet til andrelinjetjenesten er samarbeidet i mange kommuner mangelfullt. Fylkeslegekontorene som fra 1998 er tildelt mer ressurser i forbindelse med ordningen, bør kunne bistå med å utvikle disse samarbeidsrelasjonene.

Først i løpet av 1997 ble det fra departementets side forutsatt at alle kommunene skulle ha etablert samarbeid om forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge. Det er derfor for tidlig å se virkninger av tilskuddet for denne målgruppen. Gjennom intervjuundersøkelsen går det imidlertid fram at det er svært få som til nå har prioritert barn og unge f.eks. ved å inkludere dem i kartlegging og planarbeid. Målgruppen med alvorlige psykiske lidelser blir prioritert i alle kommunene vi besøkte. Enkelte ønsker imidlertid ikke å avgrense målgruppen så strengt. De mener som brukerrepresentantene vi intervjuet, at også personer med lettere lidelser bør inngå i målgruppen. Vi foreslår at departementet vurderer å utelate «alvorlige» i betegnelsen på målgruppen for tilskuddet. Målgrupper kan i stedet presiseres i forbindelse med tiltakene som blir prioritert.

Ved å sammenlikne tilskuddsbeløpet for 1996 med lønnsutgiftene for stillingene som er opprettet, kan vi slå fast at ressursinnsatsen i kommunene er økt med mer enn det øremerkede tilskuddet.

Vi konkluderer med at rapporteringssystemet gir gode muligheter for å belyse utviklingen i tjenestetilbudet. Vi mener også å ha vist at det med utgangspunkt i opplysningene i rapportsystemet, lar seg gjøre å finne ut hvilken andel tilskuddet har bidratt med til etablering av tjenestetilbudet i kommunene. Det er imidlertid vanskeligere og forbundet med større usikkerhet å fortolke materialet enn det behøver å være. Vi har derfor pekt på enkelte forbedringsmuligheter.

I departementets videre arbeid med tilskuddsordningen er det etter vår oppfatning viktigst å bedre kvaliteten på grunnlagsmaterialet. Det forutsetter en klargjøring av spørsmålene i rapportskjemaene. Spørsmål om hva tilskuddet er

brukt til og spørsmål om hva tjenestetilbudet til målgruppen er må gå klarere fram. Vi mener også det vil være en fordel om rapportskjemaet framstår tydeligere som en oppfølging av tiltakene som prioriteres i rundskrivene. Ved en mer oversiktlig framstilling av resultatene for de ulike tiltakene, vil det også bli enklere å følge utviklingen i tjenestetilbudet.

De kvalitative sidene ved tjenestetilbudet mener vi bør følges opp av fylkes-legen i forbindelse med stikkprøvekontroller i kommunene.

1 Innledning

1.1 Forvaltningsansvaret

Kommunenes ansvar for å yte tjenester overfor innbyggerne, også personer med psykiske lidelser, følger av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og barneloven. Tjenestene finansieres gjennom rammetilskuddet fra staten¹ og andre ubundne kommunale inntekter som skatter og avgifter mv. I tillegg til rammetilskuddet er det fra og med budsjettåret 1995 bevilget et øremerket tilskudd til kommunene over statsbudsjettets kap.761 post 62 til tilbud til personer med psykiske lidelser.

Ansvar for tjenestetilbudene er delt mellom forvaltningsnivåene. Kommunene har drifts- og planleggingsansvar for alminnelige helse- og sosialtjenester (førstelinetjenesten), fylkeskommunene har tilsvarende ansvar for spesialisthelsetjenester (andrelinetjenesten), mens staten har det overordnede ansvaret for tjenestenes juridiske og økonomiske rammebetingelser. Staten har dessuten ansvar for utdanning av personell på universitets- og høgskolenivå, for trygdeytelser, og for arbeidsmarkedstiltak. Fra 1985 har alle fylkeskommunene i landet hatt en egen barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.² I tillegg til de fylkeskommunale helsetjenestene som ytes til innbyggerne i det enkelte fylke, er en del høyspesialiserte helsetjenester organisert slik at de dekker en eller flere av landets fem helseregioner eller hele landet.

1.2 Bakgrunn for tilskuddet

Det har lenge vært enighet om at det er behov for styrking av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Nedbyggingen av de store psykiatriske institusjonene som startet på midten av 60-tallet, medførte et økt kommunalt ansvar for å utvikle tilbud som også denne gruppen kunne dra nytte av.

I rundskriv til kommunene i 1981 fra Helsedirektoratet, undertegnet av daværende forbruker- og administrasjonsminister, kirke- og undervisningsminister, kommunal- og arbeidsminister og sosialminister, ble kommunene bedt om å ta sin del av ansvaret for utvikling av tilbud i nærmiljøet /lokalmiljøet for personer med psykiske lidelser.

Personer med psykiske lidelser ble videre høyt prioritert av det første Lønningutvalget.³ Anbefalingene ble fulgt opp i Nasjonal helseplan,⁴ og i 1991 startet Regjeringen en femårig Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse. I perioden 1991–94 ble det brukt om lag 230 mill kroner på handlingsplanen, og en rekke tiltak på problemområder som var

¹Jf utgiftene til kommunenes helse- og sosialtjeneste kap 571, post 60 under Kommunal- og regionaldepartementet.

² St meld 25 (1996–97) Åpenhet og helhet s. 33 og 67.

³ NOU 1987:23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.

⁴ St meld nr 41 (1987–88) Helsepolitikken mot år 2000.

beskrevet i Nasjonal helseplan, ble satt i verk.⁵ Også midler fra departementets moderniserings- og effektiviseringsbevilgning ble brukt til utviklingstiltak innenfor psykisk helsevern med sikte på å bedre tilgjengeligheten til relevante tjenester for personer med psykiske lidelser.

I behandlingen av St meld nr 50 (1994–95) Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, påpekte Sosialkomiteen at psykiske lidelser er prioritert for lavt både i kommuner og fylkeskommuner, jf Innst S nr 165 (1994–95). Stortinget sluttet seg til at behandlingsskapasiteten i psykisk helsevern måtte styrkes, og at tilbudene i kommunene måtte bygges ut. Dette ble fulgt opp med øremerkede tilskudd til kommunene og fylkeskommunene i statsbudsjettene fra og med 1995.

Meldingen varslet at departementet ville komme tilbake med forslag til organisatoriske løsninger og innhold i tiltak for å bedre tilbudet til personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Stortinget ba Regjeringen fremme forslag om en nasjonal handlingsplan for psykisk helsevern, eventuelt som en del av den bebudede meldingen.

Våren 1997, omtrent samtidig med Lønning II-utvalgets innstilling,⁶ ble det lagt fram en særskilt melding om psykisk helsevern: St meld nr 25 (1996–97) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Det konstateres at det har foregått en stor nedgang i antall oppholdsøgn i institusjon og en enda kraftigere reduksjon i varigheten av det enkelte opphold, uten at det har foregått en tilsvarende oppbygging av tjenestetilbud i kommunene. I sin vurdering av utviklingen siden det første prioriteringsutvalget, finner Lønning II- utvalget at mens det har vært en realvekst i offentlige utgifter til helsemessige ytelser på 15 prosent, har det ikke vært utgiftsvekst til psykisk helsevern. I St meld nr 25 gis en omfattende framstilling av utviklingen og situasjonen samt en rekke forslag til tiltak. Det blir også gjort rede for det øremerkede tilskuddet og hvilke tiltak kommunene har rapportert om. Under Stortingets behandling av meldingen i juni 1997 var det stor enighet om meldingens beskrivelse av dagens situasjon i norsk psykiatri og hovedtrekkene i politikken framover. Kritikken mot meldingen var at den ikke inneholdt en økonomisk forpliktende opptrappingsplan. En slik plan, basert på forslagene i meldingen, er lagt fram våren 1998.

Det øremerkede tilskuddet til kommunene er altså ett av flere stimuleringstiltak for å bedre tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Det er gitt et tilsvarende øremerket tilskudd til fylkeskommunene. I 1995 og 1996 fikk fylkeskommunene også tildelt midler til utvikling av modeller for samarbeid mellom forvaltningsnivåene. I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 1997 ble det gitt et nytt øremerket tilskudd til fylkeskommunene til omstrukturering av voksenpsykiatrien.⁷

⁵ Statens helsetilsyn har for øvrig gitt ut en rekke publikasjoner (ni hefter) som redegjør for metodene som ble utviklet innenfor spesialisthelsetjenestene i psykiatri.

⁶ NOU 1997:18 Prioritering på ny.

⁷ Dette tilskuddet er bl.a. rettet mot utbygging av distriktpsikiatriske tjenester i fylkeskommunene.

Enkelte grupper har spesielt tilpassede ordninger. Barne- og ungdoms-psykiatrien har et eget øremerket tilskudd. Annen statlig støtte går til Aksjonsprogrammet for barn og helse 1995–99⁸ som er forankret hos fylkeslegene og med formålet å forebygge psykososiale problemer. Det gis også særskilte bevilgninger til utrednings- og utviklingsarbeid, blant annet til videreføring av enkelte av prosjektene i handlingsplanen⁹ og til forskning, videre- og etterutdanning. Under den sistnevnte typen tiltak hører en statlig «Tilskuddsordning til kommuner – til videreutdanning av høyskoleutdannet personell som arbeider eller skal arbeide med personer med psykiske lidelser», en ordning som administreres av fylkeslegene. Kommunene blir hvert år orientert om denne ordningen gjennom brev fra Statens helsetilsyn. En del av det øremerkede tilskuddet er også satt av til videreutdanning. Denne støtten fordeles av Statens helsetilsyn til videreutvikling av personell som arbeider eller skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser.¹⁰ For perioden 1998–2001 er det vedtatt en Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell, som blant annet innebærer at det skal bevilges midler til opplæring av ufaglærte og til økning av kapasiteten i den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid (Rundskriv I 4/98).

Sterkere statlig innsats kommer også til uttrykk gjennom at støtten til frivillige organisasjoner for brukere og pårørende er økt.

I forbindelse med sin vurdering av virkemiddelbruken på dette området, har departementet fått utført evalueringer av statlige styrkingstiltak som er iverksatt. Det gjelder både forsøkene i Tilgjengelighetsprogrammet¹¹ og forsøksvirksomheten i Handlingsplanen.¹² Departementet ønsker nå å få evaluert det øremerkede tilskuddet som er gitt til kommunene fra 1995.

⁸ Omtalt i Rundskriv I 25/95, jf St meld nr 37 (1992–93), statsbudsjettets post 66 under kap 719 Andre forebyggende tiltak.

⁹ Bevilgningene knyttet til Handlingsplan for psykisk helsevern og mental helse 1990–95 ble videreført med 78,3 mill i 1996 og 85,8 mill i 1997 (jf Boks 1.13 i St meld nr 25).

¹⁰ Jf kap.743 Statlige stimuleringsiltak for psykisk helsevern, post 70 Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning og kap 761 post 62 Øremerkede tilskudd til kommunene. I budsjettproposisjonen for 1998 er postene samlet under kap 743 Statlige stimuleringsiltak for psykisk helsevern.

¹¹ NIBR-rapport 1995:8 Mer enn eksperthjelp og medisiner – erfaringer fra Tilgjengelighetsforsøkene i psykiatri.

¹² Agenda utredning og utvikling AS 10. januar 1996 Et integrert psykisk helsevern? Evaluering av forsøksvirksomheten under «Handlingsplan for stimulering av psykisk helsevern og mental helse».

1.3 Mandat og formål

Følgende mandat er lagt til grunn for prosjektet:

- I hvilken grad har det øremerkede tilskuddet bidratt til et bedret (kvantitativt og/eller kvalitativt) tjenestetilbud?
- I hvilken grad avspeiler rapporteringen fra kommunene det faktiske tjenestetilbudet i kommunene?
- I hvilken grad gir rapporteringen grunnlag for å vurdere tilskuddet? Får departementet gjennom denne rapporteringen den informasjon de har behov for?

Det overordnede formålet med prosjektet er å belyse hvorvidt det øremerkede tilskuddet er et tjenlig virkemiddel for å bedre livskvaliteten for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Departementet får informasjon om kommunenes bruk av midlene ved at kommunene sender inn et rapporteringsskjema en gang i året. Departementet ønsker å få belyst hvordan tilskuddsordningen fortoner seg i kommunene utover den informasjonen som rapporteringen gir.

1.4 Organisering av arbeidet

Sosial- og helsedepartementet er oppdragsgiver for prosjektet. Departementet har stilt nødvendig materiale til disposisjon og bidratt til nødvendige avklaringer av mandatet for undersøkelsen.

Statskonsult har et selvstendig og uavhengig ansvar for gjennomføringen av analysen samt for vurderinger og anbefalinger som inngår i rapporten.

2 Kort beskrivelse av tilskuddsordningen

2.1 Innledning

Rundskriv om det øremerkede tilskuddet ble første gang sendt til kommunene i slutten av desember 1994 (I-35/94). Her ble det gjort greie for hovedmålene med tilskuddet, og enkelte av målene ble utdypet og konkretisert. Det ble dessuten informert om at departementet mot slutten av 1995 ville komme tilbake med et rapporteringsskjema som kommunene skulle fylle ut, om bruken av tilskuddet som det første året var på 100 mill kroner.

Ved Stortingets behandling av forslaget¹³ ble det vedtatt også å gi en ekstra bevilgning på 30 mill kroner til forebyggende arbeid blant barn og unge i kommunene. I de påfølgende årene har tilskuddet som fordeles til kommunene etter befolkning over 16 år til personer med alvorlige psykiske lidelser og tilskuddet rettet mot barn og unge vært omtalt i samme rundskriv. Både for 1996 og 1997 vedtok Stortinget et høyere tilskuddsbeløp enn bevilgningsforslaget fra Sosial- og helsedepartementet.

2.2 Beløp og tildelingskriterier

Tilskuddet var på 130 mill kroner i 1995, 270 mill kroner i 1996 og 290 mill kroner i 1997. Tilskuddet er hovedsaklig fordelt til kommunene etter folketall.

2.3 Formål og tilskuddsberettigede tiltak

I rundskrivet om tilskuddet for 1995 (Rundskriv I-35/94) er tre hovedoppgaver prioritert. Departementet foreslår at midlene brukes til å

- opprette stillinger for personell som er kvalifisert til å jobbe med personer med alvorlige psykiske lidelser samt heve det faglige nivået/kompetansen
- etablere tilbud på dagtid og
- få til tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten.

Når det gjelder tilskuddet som senere på året ble bevilget til forebyggende arbeid blant barn og unge, refererer departementet Stortingets merknader og mener «midlene bør brukes til styrking av et strukturert samarbeid om konkrete forebyggende og helsefremmende oppgaver, i forhold til barn og unge som trenger bistand fra flere etater» (Rundskriv I-34/95). Departementet er imidlertid også åpen for at midlene kan benyttes til å styrke enkeltetaters arbeid.

¹³ St prp nr 51 (1994–95) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1995, Innst S nr 220 (1994–95).

I rundskrivet for 1996 blir det påpekt at en del kommuner i 1995 brukte en del av midlene til forebygging – også av andre problemer enn psykososiale – blant barn og ungdom. Det understrekes at midlene fra bevilgningen skal nyttes med innretning mot psykososiale problemer og psykiske lidelser. I dette rundskrivet forutsettes det at kommunene i tillegg til oppgavene som var prioritert i 1995, bruker midlene til å øke innsatsen når det gjelder

- å skaffe oversikt over behov og planlegge utbygging av tilbudet til personer med psykiske lidelser
- å gi bo-, aktivitets-, pleie- og omsorgstilbud til pasienter med langvarige psykiske lidelser utenfor institusjon.

For 1997 ble det i tillegg til dette, ført opp som et hovedmål å

- styrke samarbeidet mellom kommune og fylkeskommune om personer som har behov for tjenester både fra kommune og fylkeskommune.

2.4 Informasjon og veiledning

I det første rundskrivet redegjør departementet for kommunenes ansvar og beskriver nærmere enkelte tjenester som kan være særlig viktige for personer med psykiske lidelser. Bistand til å skaffe bolig og hjemmetjenester, aktivitets-tilbud, eventuell opplæring og til rehabilitering blir omtalt. Det pekes på at personer med langvarige psykiske lidelser vil trenge fast legekontakt. Spesielt for personene med alvorlige lidelser, vil det være viktig å samordne tiltakene. I den forbindelsen blir det vist til case management-metodikken.¹⁴ Departementet finner det naturlig å forankre en rolle som koordinator i kommunene framfor i fylkeskommunene. Dette vil være en ny oppgave for kommunene, og det kan være aktuelt med forskjellige tilknytninger.

I rundskrivet for 1996 gis også en oversikt over erfaringene fra forsknings- og utviklingsarbeidet som er gjort (Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse samt tilgjengelighetsprosjektene under Moderniserings- og effektiviseringsprogrammet). Alle kommunene og fylkeskommunene fikk også tilsendt temahefter som i popularisert form oppsummerer en del av erfaringene:

- «Sammen er vi sterkere» (Om brukermedvirkning for personer med psykiske lidelser)
- «Utskrevet til mor» (Pårørende til personer med psykiske lidelser)

¹⁴ Det går fram av kommentarer til Nøkkeltall 15 (jf punkt 2.5) at dette er en modell for koordinering av tilbudet til den enkelte person.

-
- «Hjelp!» (Om førstehjelp ved psykiske lidelser. Erfaringer fra forsøksprosjekter der spesialisthelsetjenesten har bistått med opplysning og veiledning)
 - «Samarbeid over grensene» (Organisering av omsorg for personer med psykiske lidelser, basert på forsøk i kommunene med etatssamarbeid).

En orientering om prosjektet «Helhetlig psykiatriplanlegging» ble sendt til kommunene i juli 1996.

I rundskrivet for 1997 ble det også vist til at Kommuneforlaget etter kontakt med Mental Helse Norge har utarbeidet en håndbok i kommunal planlegging av tiltak for personer med psykiske lidelser, «Snu på flisa!».

I forbindelse med kompetansetiltak i kommunene, vises det til tilskuddsordningen som forvaltes av Statens helsetilsyn. I samarbeid med Norsk Fjernundervisning har Statens helsetilsyn også utviklet et kurstilbud, «Støtte og lære», beregnet på tilsatte i helse- og sosialtjenesten og pleie- og omsorgs-sektoren. Kurspakken ble sendt til kommunene i januar 1997.

2.5 Rapportering og tilbakemelding

Rapporteringsskjemaet ¹⁵ ble første gang sendt til kommunene 30. november 1995. (Skjemaene for årene 1996 og 1997 har i hovedsak fulgt oppsettet for rapportering om bruken av midlene for 1995.) De utfylte skjemaene skulle sendes fylkeslegen innen 10. januar 1996. Fylkeslegen sammenfatter resultatene og sender dem til departementet.

Et utvalg av opplysningene blir systematisert og gjengitt i sammenlikningstall for kommunene, jf Nøkkeltall 15 «Kommunale tiltak som ledd i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser» i Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. ¹⁶

Opplysningene om foregående år er tilgjengelige på forsommeren året etter. Gjennom årlig oppdatering av disse opplysningene kan både departementet og kommunene vurdere utviklingen og forskjeller kommunene imellom.

¹⁵ Rapporteringsskjemaet er gjengitt i Vedlegg 1.

¹⁶ «Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene» er et oppfølgingssystem for statlig styring av og informasjonsutveksling med helse- og sosialtjenesten i kommunene, utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn. Systemet ble satt i verk våren/sommeren 1992. Det består av et rundskriv med nasjonale mål og hovedprioriteringer, hefter med sammenlikningstall (det blir utgitt 6 regionhefter), diskett med råttallene bak beregningene i sammenlikningstallene og kommuneark som gir et samlet bilde av situasjonen i den enkelte kommune ved å stille sammen et utvalg av tallene i heftene.

3 Tilnærming og metoder

For å belyse problemstillingene i mandatet, har vi valgt to metodiske innfallsvinkler:

- en kvantitativ analyse av rapportmaterialet fra kommunene
- en kvalitativ intervjuundersøkelse.

I tillegg har vi foretatt en dokumentanalyse av foreliggende skriftlig materiale, med særlig vekt på aktuelle rundskriv for perioden og St meld nr 25 (1996–97). Vi har fått utfyllende informasjon ved å gjennomgå fylkeslegenes samle-rapporter fra kommunene og ved å delta på psykiatrikonferanser i to fylker.

I prosjektplanen av 23. september 1997 er det bare lagt opp til en intervjuundersøkelse. Den var tenkt gjennomført i et antall kommuner i et utvalg av fylker. Det viste seg imidlertid å være vanskelig å finne relevante kriterier for valg av fylker.¹⁷ Derimot forelå det et godt grunnlag for å velge kommuner direkte. Rapportinformasjonen fra kommunene ga i tillegg langt større muligheter for systematikk i framgangsmåten enn vi antok i utgangspunktet.

Den kvantitative analysen er gjennomført høsten 1997 og bygger på rapportmaterialet for 1996. Intervjuene er foretatt fra januar til april 1998. For de kommunene som ble intervjuet, har vi supplert rapportmaterialet med rapportene for 1997 i den utstrekning de forelå. Det innebærer at materialet i tillegg til rapportene fra 1996 omfatter rapporter for 1997 for sju (av de ni besøkte) kommuner.

Informasjonen fra dokumentanalysen samt den kvalitative og den kvantitative analysen gir oss muligheter til å vurdere problemstillingene i mandatet på følgende måter:

1. Resultatene i henholdsvis rapportanalysen og intervjuundersøkelsen vil hver for seg si noe om tjenestetilbudet i kommunene. Sammenholdt med informasjonen i St meld nr 25 1996–97, vil opplysningene bidra til å belyse i hvilken grad det øremerkede tilskuddet har bidratt til et bedre tjenestetilbud (jf mandatpunkt 1).
2. Rapportanalysen er benyttet som grunnlag for utvelging av kommuner til intervjuundersøkelsen. Ved å sammenlikne opplysningene i rapportmaterialet med informasjonen vi får i intervjuene, kan vi sjekke om det bildet rapporttallene gir, stemmer med de utvalgte kommunenes faktiske tjenestetilbud (jf mandatpunkt 2).
3. Intervjuene omhandler utviklingen av arbeidet med psykisk helsevern i kommunene fram til intervjutidspunktet i 1998 og gir dermed informasjon om mer enn situasjonen i 1996. Ved å supplere rapportmaterialet med rapporter for

¹⁷ I materialet vi hadde tilgang på, fant vi ingen entydige opplysninger om det psykiatriske tjenestetilbudet i fylkeskommunene.

1997 fra de sju kommunene, får vi et mer utfyllende bilde av forholdet mellom det som rapporteres og det som er det reelle tjenestetilbudet i kommunene (jf mandatpunkt 2).

4. Vurderingen av i hvilken grad rapporteringen avspeiler det faktiske tjenestetilbudet, legger føringer på spørsmålet om rapporteringen gir grunnlag for å vurdere tilskuddet, og om rapporteringen gir tilstrekkelig informasjon til departementet (mandatpunkt 3). På grunnlag av rapportanalysen, intervjuundersøkelsen og dokumentanalysen, vil vi se om det er samsvar mellom den informasjonen departementet etterspør og den som mottas, og vurdere om dette er den informasjonen departementet trenger.

3.1 Grunnlagsmateriale

I prosjektet tok vi utgangspunkt i en omfattende beskrivelse som allerede forelå, i og med at stortingsmeldingen om psykiske lidelser og tjenestetilbudet var lagt fram våren 1997 (St meld nr 25 (1996–97)). Vi har også i stor utstrekning bygget på arbeidet som er gjort av Inntektssystemutvalget (NOU 1991:1 Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner).

Vi har dessuten fått stilt til disposisjon departementets datagrunnlag vedrørende ordningen. Materialet omfatter

- det ferdig registrerte rapportmaterialet fra kommunene.¹⁸ For Oslo har vi fått tilgang på rapportmaterialet fra bydelene
- befolknings- og levekårsstatistikk om kommunene
- fylkeslegenes samlerapporter.

Kommunal- og regionaldepartementet og Statistisk sentralbyrå har i tillegg bistått med bakgrunnstatistikk om kommunene.

3.2 Effektkjeden

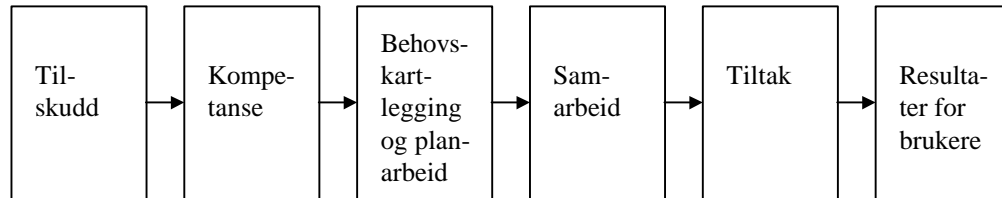
Vi har organisert opplysningene i rapportmaterialet i en effektkjede. Den avspeiler en hypotese om sammenhenger mellom ulike komponenter i utbyggingen av psykisk helsevern i kommunene.

Hypotesen innebærer at det øremerkede tilskuddet er utgangspunktet i en prosess som fører til opprettelse av tiltak som når brukerne. Det må foreligge tilskuddsmidler for at kommunen skal opprette stillinger for særlig kvalifisert personell til arbeid med psykisk helsevern. Kvalifisert personell er en forutsetning for at kommunen kan foreta en behovskartlegging og utarbeide en plan

¹⁸ Jf punkt 2.5 note 16.

for utforming av tjenestetilbudet. Ved gjennomføringen av planen må aktuelle etater samarbeide for å iverksette tiltakene. Tiltakene er en forutsetning for å kunne gi et tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser.

Effektkjeden kan framstilles slik:



Analysen av både rapportmaterialet og intervjumaterialet er strukturert etter komponentene i effektkjeden. I analysen av rapportmaterialet tar vi utgangspunkt i leddet lengst til høyre i kjeden (resultatene) og leddene til venstre fungerer som mulige forklaringsfaktorer. I tolkningen av intervjumaterialet (kapitlene 5–7) følger framstillingen kjeden (prosessen) fra venstre mot høyre.

Komponentene i effektkjeden blir operasjonalisert ulikt i de to analysene, som vist i tabell 1.

Tabell 1

Komponenter	Kvantitativ analyse	Kvalitativ analyse
tilskudd	andel brukt av tildelte midler	tilskuddsmidler og kommunale midler
kompetanse	antall opprettede stillinger (per 1000 innbyggere) for særlig kvalifisert personell	<ul style="list-style-type: none"> nye og etablerte stillinger for særlig kvalifisert personell organisering av psykisk helsevern kompetansebehov kompetansehevende tiltak for tilsatte, brukere og andre
behovskartlegging og planarbeid	planstatus (vedtatt, ikke vedtatt)	<ul style="list-style-type: none"> status for kartlegging og planarbeid hvordan kartlegging og planarbeid er gjennomført
samarbeid	samarbeid med arbeidsmarkedsetaten (ja, nei)	samarbeid <ul style="list-style-type: none"> med arbeidsmarkeds-etaten om forebyggende arbeid for barn og unge mellom sektorer i kommunen mellom første- og andrelinjen
tiltak	antall brukere (per 1000 innbyggere) med <ul style="list-style-type: none"> dagtilbud støttekontakt arbeidsmarkedstiltak spesielle boligtilbud 	hvilke tiltak er iverksatt for brukerne og på hvilken måte
resultater for brukere	antall brukere rapportert av kommunene	<ul style="list-style-type: none"> målgrupper som kommunene og andre informanter prioriterer synspunkter på resultater av tiltak

3.2.1 Utvelging av intervjukommuner

Vi konstruerte et resultatmål¹⁹ for kommunene basert på antall brukere med dagtilbud, støttekontakt, spesielt tilrettelagt boligtilbud og arbeidsmarkedstiltak.

Kommunene/bydelene ble rangert og gruppert i tre «resultatkategorier» som det ble trukket et utvalg fra. Utvalget omfattet 20 kommuner og tre bydeler i Oslo.

Fra dette utvalget plukket vi skjønnsmessig ut ni av kommunene. Vi la dels vekt på praktiske hensyn som reiseavstander, tid og utgifter, dels på å beholde variasjonsbredden i det opprinnelige utvalget. Kommunene er fordelt i seks fylker utenom Oslo.

¹⁹ Jf Vedlegg II, beskrivelse av framgangsmåten.

3.2.2 Opplegg for intervjuene

Det ble sendt brev til kommunene ved rådmannen, som ble bedt om å ta kontakt med de aktuelle informantene. Intervjuguide²⁰ med liste over aktuelle informanter var vedlagt.

Vi lot det være opp til de aktuelle personene å legge opp møtene. I noen kommuner/bydeler har vi intervjuet informantene enkeltvis, andre møtte med de aktuelle medarbeiderne samlet. Flere av intervjuene er derfor gruppeintervjuer. To intervjuer er gjennomført over telefon.

Intervjuguiden har vært utgangspunkt for intervjuene i alle kommunene/bydelene – også for intervjuer med brukerrepresentantene. Spørsmålene ble tatt opp i den utstrekning de var relevante for den personen vi intervjuet.

3.2.3 Informantene

Intervjuene har omfattet om lag 60 informanter, som på ulike vis har hatt relevans for den øremerkede tilskuddsordningen.

Kommunene er noe ulikt organisert når det gjelder hvem som har det administrative ansvaret for det øremerkede tilskuddet. Flertallet av kommunene i denne undersøkelsen har en helse- og sosialsjef,²¹ mens kommunelegen i enkelte (mindre) kommuner også har funksjon som helsesjef og er ansvarlig for forvaltningen av tilskuddet.

Den administrative ledelsen i tre bydeler er representert med bydelsoverlege. I tillegg fikk vi innspill fra pleie-, rehabiliterings- og omsorgssjef i én bydel.

Seks av kommunene var dessuten representert med enten rådmann, økonomisjef, avdelingssjef for merkantile saker eller økonomikonsulent. Informantene representerer ulike nivåer i kommunenes økonomiske administrasjon, men omtales for enkelhets skyld heretter som «økonomistab».

Vi intervjuet i alt ti psykiatriske sykepleiere og en kommunepsykiater. Enkelte av de psykiatriske sykepleierene har en koordinerende funksjon, mens andre er mer orientert mot klinisk arbeid.

Brukernes synspunkter har i denne undersøkelsen først og fremst blitt framført av og vært representert ved Mental Helse Norge og tre fylkeslag av samme organisasjon. I intervjuet med Mental Helse Oslo deltok fylkeslagets styre som var sammensatt av representanter for brukerne, pårørende og FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon). Vi har også fått innspill fra enkelte brukere som vi møtte ved besøk i kommunale dagaktivitetshus.

²⁰ Intervjuguiden er gjengitt i Vedlegg III.

²¹ Helse- og sosialsjefen eller helsesjefen er i flere kommuner lege, men defineres i denne sammenheng som administrativt personale. Tilsvarende gjelder for de kommuneleger som også har funksjon som helsesjef i kommunen og for bydelsoverlegene.

I tillegg har vi intervjuet representanter for tre fylkeslegekontorer, én fylkeskommune og ett distriktpsikiatrisk senter i Oslo.

3.2.4 Begrepsbruk og referanser

Tiltak for personer med psykiske lidelser i kommune er ingen særomsorg, og skal derfor ikke benevnes som psykisk helsevern eller psykiatri. Det dreier seg om personer som, på lik linje med øvrige innbyggere i en kommune, skal få de kommunale tjenester de har krav på. Da denne evalueringen handler om tiltak som finansieres ved hjelp av øremerkede midler til personer med psykiske lidelser, velger vi likevel – for enkelhets skyld – å omtale denne aktiviteten eller tjenesteområdet som «psykisk helsevern».

Vi bruker i hovedsak uttrykket «psykisk helsevern» om tjenestetilbudet i kommunene og «psykiatri» om andrelinjens tilbud. Dette er imidlertid ikke konsekvent gjennomført.

Dersom det ikke gjelder bydelene i Oslo spesielt, bruker vi «kommunene» som felles betegnelse for intervjukommunene og tilsvarende – «bydelene» (i Oslo).

St meld nr 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* blir referert til som «St meld nr 25». NOU 1991:1 *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner* blir referert til som «Inntektssystemutvalget».

4 Analyse av rapportmaterialet for 1996

4.1 Innledning

Som redegjort for i kapittel 3, er analyse av den registrerte rapportinformasjonen fra kommunene en av innfallsvinklene vi benytter for å belyse problemstillingene i mandatet.

For å utføre analysen har vi konstruert en modell basert på den underliggende effektkjeden i rapportinformasjonen, jf punkt 3.2. Vi har skilt mellom opplysninger som gir informasjon om tiltak for brukerne og opplysninger om andre tiltak. Opplysningene om tiltak med et oppgitt antall brukere er definert som resultatinformasjon. Den øvrige rapportinformasjonen definerer vi som opplysninger om virkemidler; tiltak det kan være nødvendig å iverksette, før det kan iverksettes tiltak som når brukerne.

Rekkefølgen på leddene i effektkjeden illustrerer hypotesen om hvordan prosessen i kommunene kan foregå ved oppbyggingen av et tiltaksapparat for personer med psykiske lidelser.

Analysen har flere formål:

- For det første gir den opplysninger om nivået på tjenestetilbudet i kommunene i 1996, noe som kan sammenliknes med resultatene som er framstilt i St meld nr 25.
- For det andre vil vi få prøvet sammenhengene i effektkjeden ved å analysere samvariasjonen mellom de ulike leddene. Hvis det er slik at resultatene avhenger av at de øvrige tiltakene er gjennomført, vil vi finne en bestemt samvariasjon mellom leddene. Finner vi at resultatene når det gjelder antall brukere ikke har sammenheng med de øvrige tiltakene kommunene har rapportert om, mener vi det er grunn til å stille spørsmål ved den virkemiddelbruken som departementet har lagt opp til.

Det vil imidlertid være begrenset hvilke virkninger tilskuddsordningen kan ha. Mangelfull sammenheng mellom virkemiddelbruk og resultater kan skyldes at andre forhold er utslagsgivende, ikke at virkemidlene i ordningen er uhensiktsmessige. Ordningen endrer ikke kommunenes rammebetingelser. Hvis kommunene i utgangspunktet har helt ulike forutsetninger for å løse oppgavene, er ikke tilskuddsordningen tilstrekkelig til å endre dette. Store ulikheter i behov og økonomisk handlefrihet kan være slike rammebetingelser. Vi har derfor undersøkt om det er samvariasjon mellom resultatene og slike bakgrunnskjennetegn ved kommunene og om disse faktorene eventuelt er mer utslagsgivende enn virkemidlene i ordningen. Sammenhengene er også kontrollert for størrelse (befolkningstall i kommunene).

Mangelfull sammenheng mellom virkemiddelbruk og resultater kan også skyldes at ordningen ikke har virket lenge nok. Det vil begrense mulighetene til å evaluere virkemiddelbruken i dette prosjektet. I noen grad vil vi imidlertid belyse denne muligheten gjennom intervjuundersøkelsen.

- Et tredje formål med analysen har vært å gi grunnlag for intervjuundersøkelsen. Ved å velge intervjukommuner ut fra resultatene de har rapportert om, får vi prøvd om det virkelighetsbildet som ligger i rapportinformasjonen er dekkende.

I dette kapitlet vil vi innledningsvis beskrive hvordan rapportopplysningene er definert, før vi går over til å analysere materialet etter følgende systematikk:

- kommunenes rapportering om brukertiltak (resultater)
- kommunenes rapportering om andre tiltak (virkemidler)
- sammenhenger mellom virkemidler og resultater
- sammenhenger mellom bakgrunnskjennetegn ved kommunene og resultater.

For enkelthets skyld gjengis her kun oppsummeringen. Den fullstendige analysen er gjengitt i Vedlegg II Analyse av rapportmaterialet 1996.

4.2 Klassifisering av opplysningene i rapportmaterialet

4.2.1 Resultater

Samlebetegnelsen «brukertiltak» omfatter tiltak som har til felles at de når helt fram til brukerne og at det er oppgitt hvor mange som mottar eller benytter tilbudet.²² Etter vår oppfatning er dette egenskaper som gjør opplysningene til egnede mål på resultater av tilskuddsordningen. Følgende opplysninger i rapportinformasjonen inngår dermed i hva vi definerer som resultatmål:

- antall personer i dagtilbud
- antall personer med støttekontakt
- antall deltakere i arbeidsmarkedstiltak
- antall personer med spesielle botilbud

Tallene er standardisert for antall innbyggere i kommunene.

²² For gjengivelse av spørsmålene som er utgangspunkt for kommunenes opplysninger om tiltakene, vises det til rapporteringsskjemaet, Vedlegg I.

4.2.2 Virkemidler

Effektkjeden innebærer at det foregår en prosess i kommunene som leder fram til brukertiltakene. Før iverksetting av brukertiltakene, må det iverksettes andre tiltak. Rapportinformasjonen inneholder opplysninger om følgende virkemidler:

- pengebruk, definert som andel benyttede midler i 1996 av tildelte midler i 1996
- stillinger, definert som nye stillinger i 1996 for særlig kvalifisert personell per 1000 innbyggere
- planstatus, definert til om kommunen har vedtatt eller ikke vedtatt psykiatriplan
- samarbeid, definert til om kommunen samarbeider med arbeidsmarkeds-etaten (uavhengig av om det har resultert i etablering av arbeidsplasser).

Hypotesen som skal testes er om disse variablene kan bidra til å forklare forekomsten av brukertiltak.

Rapportinformasjonen inneholder i tillegg noen opplysninger hvor det ikke er klart hva resultatmålet er. Det gjelder opplysningene om samarbeid med fylkeskommunen (jf punkt 4.2.3) og samarbeid om forebyggende tiltak for barn og unge (behandlet under punkt 5.4.1 og punkt 6.6.2). Det gjelder også opplysningen om koordinering av tjenestetilbud som vi kommer tilbake til i kapittel 12.

4.2.3 Bakgrunnskjennetegn ved kommunene

Hvordan kommunene forholder seg til tilskuddsordningen kan ha å gjøre med rammebetingelser som de må operere innenfor.

På bakgrunn av opplysninger i Inntektssystemutvalgets utredning har vi valgt to mål – ett som uttrykk for behov og ett som uttrykk for muligheter

- som indikator for behov har vi brukt andel enslige og enslige forsørgere i kommunen
- som indikator for muligheter har vi brukt kommuneøkonomi (frie inntekter, dvs skatt pluss rammetilskudd per innbygger).

I tillegg har vi klassifisert et par av opplysningene i rapportmaterialet som bakgrunnskjennetegn for kommunene

- tilgang på andrelinjetjenester, uttrykt ved opplysningene om kommunen har etablert samarbeid med fylkeskommunen om enkeltpasienter og om kommunen har tilbud om veiledning fra fylkeskommunen.

Nærmere om ulikheter i behov

Den bakgrunnsvariablen som gjelder behov, henspeiler på en sosialt betinget forekomst av psykiske lidelser i befolkningen. Avhengig av definisjon, varierer anslaget over forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen fra én prosent til seks-sju og opp til 20 prosent, jf St meld nr 25, boks 1.11.

Det er antatt at den biologisk betingede forekomsten av psykiske lidelser er relativt konstant i befolkningen. Dette betyr ikke nødvendigvis at forekomsten er jevnt fordelt i kommunene. Det er sannsynlig at forekomsten kan variere med hvor institusjonene for personer med psykiske lidelser er plassert. Vi har imidlertid ikke hatt muligheter til å undersøke hvordan forekomsten i kommunene varierer hvis denne definisjonen legges til grunn. Vi har derfor bare sett på behovsvariasjoner som knytter seg til sosial integrasjon. Av Levekårsundersøkelsen 1991 går det fram at enslige og enslige forsørgere hadde hyppigere symptomer på nervøse lidelser og større forbruk av beroligende midler enn befolkningen som helhet. I tillegg økte forekomsten av disse to indikatorene med alder. På bakgrunn av dette anbefalte Inntektssystemutvalget at kriteriene alder og andel enslige og enslige forsørgere skulle legges til grunn for beregning av utgiftbehovet i psykisk helsevern.²³

Som indikator på variasjoner i behovet på kommunenivå har vi derfor valgt «andel enslige og enslige forsørgere», fordi det er denne indikatoren som isolert sett viser størst samvariasjon med psykisk helse. Det er antakelig også den tilgjengelige indikatoren som best avspeiler den underliggende forklaringsvariablen sosial integrasjon.²⁴

Nærmere om ulike muligheter

Det er betydelige forskjeller i hvor mye ressurser den enkelte kommune disponerer. Inntektene per innbygger varierte for eksempel i 1993 fra 18 000 til i overkant av 100 000 kroner. Ifølge Inntektssystemutvalget resulterte disse inntektsforskjellene i svært ulik standard på det kommunale tjenestetilbudet. Kommuner med høye frie inntekter (skatt pluss rammetilskudd) hadde høye dekningsgrader og høy kvalitet på de fleste tjenestene. Klarest kom dette til uttrykk innenfor pleie- og omsorgssektoren, barnehagesektoren og primærlege-tjenesten.

Vi finner det derfor rimelig å anta at kommuneøkonomi kan ha stor betydning også for tilbudet til personer med psykiske lidelser.

Bydelene i Oslo har ikke som kommunene en behovsuavhengig økonomi. Bydelene er derfor utelatt i denne delen av undersøkelsen.

²³ Ved behandling av St prp nr 55 (1995–96) Om kommune-økonomien for 1997 vedtok Stortinget å bruke disse kriteriene, jf Innst S nr 286 (1995–96).

²⁴ Hvis «andelen personer som ikke har noen å snakke fortrolig med» hadde vært brukt, kunne den kanskje vært en bedre indikator på sosiale forklaringsvariabler bak forekomsten av psykiske lidelser, jf Samfunnsspeilet 2/1997.

Nærmere om tilgang på andrelinjetjenester

Kortere liggetid og færre innlagte pasienter ved psykiatriske institusjoner innebærer at kommunene til enhver tid har ansvar for flere personer enn før. Hvis kommunen har et nært samarbeid med fylkeskommunen, kan det tenkes at det er lettere å få lagt inn pasienter og på denne måten bli avlastet for de mest krevende oppgavene. Tilstrekkelig omfang av veiledning fra fylkeskommunen kan også være til hjelp for kommuner med krevende pasienter. Vi mener derfor at det kan være grunn til å undersøke om kommunenes tilgang på tjenester fra andrelinjen har betydning for det kommunale tjenestetilbudet.

4.3 Hva viser rapportmaterialet?

Et av siktemålene med å studere rapporttallene for 1996 er å kartlegge forekomsten og fordelingen av brukertiltak i kommunene. Dernest er hensikten å undersøke om disse tallene samvarierer med andre tiltak, slik som illustrert i effektkjeden. Hypotesen er at de første komponentene i effektkjeden er forutsetninger for de påfølgende komponentene, det vil si brukertiltakene.

4.3.1 – om resultatene

Vi har tidligere lagt til grunn at tiltak som når fram til brukerne anses som resultater av tilskuddsordningen. De sentrale funnene når vi tar for oss resultatfordelingen i henholdsvis bydelene i Oslo og kommunene er at:

- Resultatnivået er lavt sett i forhold til hvor stor andel av befolkningen som antas å ha psykiske problemer.
- Resultatnivået er lavere i Oslo enn i landets øvrige kommuner samlet. Dette gjelder rapporterte resultater på alle fire brukertiltak.
- Dagtilbud er det tiltaket som når fram til flest brukere både i Oslos bydeler og i kommunene ellers i landet. Dagtilbud er også det tiltaket som varierer mest med hensyn til antall brukere. I Oslo får mindre enn én av 1000 innbyggere slikt tilbud, mens det er nærmere to av 1000 innbyggere som får dagtilbud i de øvrige kommunene.
- Bildet som tegnes av antall brukere med støttekontakt har et tilsvarende mønster som dagtilbudet, men nivået er litt lavere og variasjonen er mindre.
- Arbeidsmarkedstiltak og botilbud har langt færre brukere enn de to andre tiltakene. I Oslo er det 0,08 per 1000 innbyggere som deltar i arbeidsmarkedstiltak og som har botilbud, mens det i kommunene ellers er henholdsvis 0,56 og 0,13 innbyggere per 1000 i arbeidsmarkedstiltak eller med botilbud.

-
- Det er store variasjoner i de rapporterte resultatene både bydelene imellom og kommunene imellom.
 - Oslo rapporterer om best resultater i form av høyt antall brukere av ulike tjenester i folkerike bydeler. Særlig gjelder dette botilbud. Kommunene har best resultater i små kommuner, med unntak av antall brukere med botilbud. Situasjonen i kommunene er således motsatt av bydelene i Oslo når vi kontrollerer for innbyggertall.
 - Totalt sett er det en viss samvariasjon mellom de enkelte resultatvariablene dagtilbud, støttekontakt, arbeidsmarkedstiltak og botilbud. Dette betyr for eksempel at kommuner som har ett tilbud som omfatter mange brukere, i større grad enn andre kommuner også har andre tilbud som når mange. I bydelene i Oslo samvarierer for eksempel antall mottakere av dagtilbud både med hvor mange som får botilbud og med hvor mange som deltar i arbeidsmarkedstiltak. I kommunene ellers i landet er det derimot antall brukere med støttekontakt som samvarierer med hvor mange som mottar dagtilbud.

4.3.2 – om virkemidlene

Kommunenes og bydelenes rapportering når det gjelder virkemidlene (eventuelt forklaringsvariablene) pengebruk, stillinger, planstatus og samarbeid kan oppsummeres i følgende punkter:

- Oslos bydeler har i gjennomsnitt brukt 75 prosent av tilskuddsbeløpet i 1996, mens kommunene for øvrig i gjennomsnitt har benyttet 85 prosent av midlene.
- Oslos bydeler har opprettet klart færre stillinger for særlig kvalifisert personell per 1000 innbyggere enn hva resten av landets kommuner i gjennomsnitt har gjort.
- I Oslo har 44 prosent av bydelene enten vedtatt egne planer for psykisk helsevern eller inkludert slik plan i andre vedtatte planer, mens 38 prosent av kommunene ellers har vedtatt tilsvarende planer.
- I Oslo har 32 prosent av bydelene etablert samarbeid med arbeidsmarkedsetaten, mens 61 prosent av kommunene ellers i landet har etablert slikt samarbeid.
- Det er store variasjoner mellom både bydeler og kommuner når det gjelder pengebruk og oppretting av stillinger innenfor psykisk helsevern.
- Når det gjelder samvariasjon mellom virkemidlene, er denne tydeligst mellom pengebruk og stillinger, og den er sterkere i Oslo enn i kommunene for øvrig. Kommuner som benytter en stor andel av tildelt tilskuddsbeløp har forholdsvis mange nyopprettede stillinger for kvalifisert

personell. Tilsvarende er tendensen at kommuner med lav andel brukte tilskuddsmidler har få nyopprettede stillinger.

4.3.3 – om sammenhengen mellom virkemidler og resultater

- Pengebruk har en viss sammenheng med resultatmålene. Det er en svak positiv samvariasjon mellom hvor mye kommunene har brukt av tilskuddsbeløpet og hvor mange brukere i kommunen som mottar dagtilbud, støttekontakt, botilbud eller deltar i arbeidsmarkedstiltak.
- Vi finner også en svak positiv sammenheng mellom antall nyopprettede stillinger for personell innenfor psykiske helsevern og mottakere av brukertiltak i kommunene, mens situasjonen er varierende i Oslos bydeler.
- Det er ingen klar sammenheng mellom status for arbeidet med plan for psykisk helsevern i kommunene og antall mottakere av de ulike brukertiltak eller resultater. Dette innebærer for eksempel at kommuner som har vedtatt plan for psykisk helsevern, ikke nødvendigvis har kommet lenger enn andre i å gi personer med psykiske lidelser noe tilbud.
- Det er en klar sammenheng mellom samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og antall deltakere i arbeidsmarkedstiltak. Sammenhengen er positiv og noe sterkere i kommunene enn i bydelene i Oslo.

4.3.4 – om betydningen av bakgrunnskjenne tegn

- Analysen viser at i Oslo er det en klar, positiv sammenheng mellom behov og resultater. Vi finner ikke tilsvarende sammenhenger i landets øvrige kommuner.
- I kommunene utenom Oslo finner vi en klar, positiv sammenheng mellom økonomi og resultater. Sammenhengen er sterkere enn mellom tilskuddsordningens virkemidler og resultater.
- Det ser ikke ut til å være noen bestemt sammenheng mellom kommunenes tilgang på andrelinjetjenester og resultater.

Samlet gir analysen av sammenhengen mellom kommunenes bakgrunnskjenne tegn og resultatene et bilde som forteller at tilbudet i Oslos bydeler grovt sett varierer med behov, mens tilbudet i de øvrige kommunene varierer med økonomi. Dette er i overensstemmelse med hva vi finner når vi kontrollerer for befolkningsstørrelse. Brukertilta kene når flest personer i de folkerike bydelene i Oslo, mens tendensen i kommunene er at tilbudet når flest i små kommuner.

4.4 Oppsummering og vurderinger

4.4.1 Er tjenestetilbudet blitt bedre?

Om situasjonen før det øremerkede tilskuddet kom, går det fram av Lønning II-utvalget (jf punkt 1.2) at det ikke har vært utgiftsvekst til psykisk helsevern i kommunene fra 1988 til 1995.²⁵ Av departementets oppsummering i St meld nr 25 av rapportinformasjonen fra kommunene går det fram at antallet dagplasser og antallet kommuner som har tilbud om støttekontakt, er økt fra 1995 til 1996. Vår analyse av rapportmaterialet for 1996 bekrefter dette. Vi mener imidlertid at både rapporteringen og framstillingen av resultatene bør endres for å gi bedre oversikt over utviklingen i tjenestetilbudet.

Som uttrykk for tilbudet til personer med psykiske lidelser, foreslår vi å benytte gjennomsnittlig antall personer i dagtilbud, antall personer med støttekontakt, antall deltakere i arbeidsmarkedstiltak og antall personer med spesielle botilbud og at tallene standardiseres for befolkningstall i kommunene/bydelene.

Det er en viss samvariasjon mellom de fire brukertiltakene, men forekomsten av ett tilbud sier lite om forekomsten av de øvrige. Dette tilsier at det ikke er grunn til å benytte færre resultatmål.

Før det foretas endringer i rapportering og framstilling, bør en imidlertid ta stilling til om disse tiltakene er nyttige for brukerne eller om de ville være bedre tjent med andre tiltak. Dette belyses nærmere i intervjuundersøkelsen.

4.4.2 Er virkemidlene effektive?

Bortsett fra sammenhengen vi finner mellom kommunenes samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og antall personer i arbeidsmarkedstiltak, er det svake sammenhenger mellom disse tiltakene og brukertiltakene. Verken pengebruk, stillinger eller planstatus sier noe særlig om hva personer med psykiske lidelser faktisk får.

Bakgrunnskjenntegn forklarer vesentlig mer av resultatene enn virkemidlene i ordningen. I bydelene i Oslo er det behov som er utslagsgivende, mens økonomi har størst sammenheng med resultatene i kommunene ellers i landet.

Det er imidlertid rimelig å tro at tiltakene vi har definert som virkemidler, vil få betydning etter noen år. I noen grad belyser vi betydningen av virkemidlene i intervjuundersøkelsen. Først og fremst vil imidlertid dette være et spørsmål som kan besvares gjennom oppfølging av tilskuddsordningen. Det blir derfor en viktig oppgave for departementet å følge med i om tiltakene fungerer som virkemidler for oppbygging av tjenestetilbudet til brukerne.

²⁵ NOU 1997: 18 s. 42.

4.4.3 Vurdering av tiltak i lys av tilskuddsbeløp

Tiltakene som kommunene rapporterer om, kan vurderes i lys av størrelsen på tilskuddsbeløpet. I 1996 utgjorde tilskuddsbeløpet i de minste kommunene (under 1 000 innbyggere) 100 000 kroner per 1 000 innbyggere. I kommuner med over 5 000 innbyggere er tilskuddsbeløpet i overkant av 50 000 kroner per 1 000 innbyggere. For å kunne vurdere hvor stor andel tilskuddet utgjør av kostnadene ved tiltakene som det rapporteres om, har vi tatt utgangspunkt i lønnskostnadene for psykiatrisk sykepleier i 1996. Vi finner da at tilskuddsbeløpet omtrent dekker det antall stillinger som er opprettet i Oslo. I kommunene ellers i landet ble det opprettet om lag tre ganger så mange stillinger per 1000 innbyggere som hva tilskuddsbeløpet gir rom for.

Hvis opplysningene om de øvrige tiltakene er riktige, betyr det at både bydelene i Oslo og kommunene for øvrig har satset mer enn det øremerkede tilskuddet.

4.4.4 Betydningen av bakgrunnskjenetegn

Tilskuddsbeløpet fordeles etter folketall. I utgangspunktet finner vi at dette er rimelig, dersom behovet for tjenester til personer med psykiske lidelser er noenlunde jevnt fordelt i kommunene. Levekårsundersøkelsen 1991 tyder på at det ikke er slik.

I grunnlaget for beregning av rammetilskuddet til kommunene for 1998 er det imidlertid tatt hensyn til alderskriteriet og kriteriet «antall enslige og antall enslige forsørgere». Vi ser derfor ikke grunn til å benytte andre fordelingskriterier enn folketall.

Vi finner at resultatene i Oslo – til forskjell fra kommunene for øvrig – varierer med behov (definert som andel enslige og enslige forsørgere), mens de i kommunene for øvrig varierer med økonomi. Det lavere nivået i Oslo kan i noen grad skyldes den tidsforskyvningen som oppstår ved at bydelene har et ekstra administrativt ledd og blant annet får utbetalt tilskuddsbeløpet senere. Vi mener imidlertid at denne forskjellen bør følges opp. For det første bør opplysningene fra bydelene i Oslo registreres og sammenliknes på samme måte som det gjøres for kommunene. For det andre bør det undersøkes om kommune-økonomi blir mindre utslagsgivende etter endringene i beregningen av ramme-tilskuddet.

5 Intervjuundersøkelsen – virkemidler

I kapittel 4 tok vi utgangspunkt i siste ledd i effektkjeden, brukerresultater, og leddene foran fungerte som mulige forklaringsfaktorer. Gjennom intervjuundersøkelsen ønsker vi å belyse nærmere tiltakenes funksjon som virkemidler.

I dette kapitlet starter vi med de første leddene i effektkjeden – tilskuddsbeløp, kompetanse, planarbeid og samarbeid. Disse tiltakene betrakter vi som virkemidler og eventuelle forutsetninger for iverksetting av tiltak rettet mot brukerne.

De siste leddene i effektkjeden, tiltak som er opprettet for brukerne, gjennomgås i kapittel 6.

Formålet er å belyse om hypotesen om sammenhengen mellom virkemidler og resultater stemmer med det bildet som analysen av rapportmaterialet gav (jf kapittel 4).

5.1 Tilskuddsbeløp

5.1.1 Føringer fra departementet

Det øremerkede tilskuddet til tiltak for personer med psykiske lidelser fordeles direkte til kommunene utover et minstebeløp – etter innbyggertall.

Som nevnt innledningsvis, har kommunene – i henhold til kommunehelse- tjenesteloven, sosialtjenesteloven og barneloven – ansvar for å yte tjenester til alle innbyggere, herunder personer med psykiske lidelser. Når staten gir øremerkede tilskudd til psykisk helsevern, er disse midlene ment som et supplement til kommunenes frie inntekter (rammetilskudd, skatter og avgifter), slik at tjenestetilbudet skal komme opp på et høyere nivå enn før innføring av tilskuddet.

Det er således ikke bare de pengene kommunene mottar i form av øremerkede tilskudd som er en forutsetning for iverksetting av tiltak, men også de pengene kommunene allerede disponerer innenfor sine ordinære budsjetter.

Vår hensikt med å spørre informantene om deres syn på tilskuddsbeløpets størrelse, er å få et inntrykk av om tilskuddet muliggjør en ekstrainsats på dette området.

5.1.2 Kommuner og bydeler: «For lite i forhold til behov, men tilstrekkelig i oppstarten»

I synet på tilskuddsbeløpets størrelse i forhold til behov, later det til at mange psykiatriske sykepleiere, administrative ledere og politikere oppfatter beløpet som utilstrekkelig både til å innfri nasjonale målsettinger og til å etterkomme de behovene som er avdekket i hver enkelt kommune. Flere av kommunene

sammenlikner eget tilskuddsbeløp med hva fylkeskommunen får og sier: «Vi får smuler i forhold til andrelinjen».

Bildet er imidlertid ikke entydig. Noen kommuner konstaterer at arbeidet er i oppbyggingsfasen og at kommunen derfor ikke hadde maktet å gjøre mer likevel. Foreløpig er tilskuddsbeløpet derfor tilstrekkelig, og for noen er det nødvendig å overføre midler til påfølgende år.

Et tilbakevendende moment er at pengene monner lite i forhold til de kostnads-krevende tiltakene som både trengs og som målbæres i rundskrivene fra departementet. Mange kommuner mener de har behov for døgnbemannet botilbud, noe som tilsier store lønnsutgifter. Til forskjell fra investeringsutgifter som følger ved etablering av boliger eller aktivitetslokaler, er lønnsutgifter en utgiftspost som bare vil øke.

En politiker i en av Oslos bydeler uttaler at «det er typisk for statlige reformer at det ikke følger med nok penger. Det er mangel på ansvar fra statens side for reformer som settes igang, selv om intensjonene er gode. Økonomi må dimensjoneres etter behov».

Utsagnet understøttes av en av bydelsoverlegene som er oppgitt over at «myndighetene ikke følger opp helsepolitiske målsettinger med tilstrekkelig ressurstilførsel».

Selv om mange kommuner sier de har fått til mye for pengene, er de litt oppgitte over at det uansett ikke er nok til å dekke behovet i «begge ender av funksjons-skalaen», det vil si tiltak både for de pleie- og omsorgstrengende og for de friskere som kan dra nytte av arbeidstrening.

De som ikke gir klare innspill om beløpets størrelse, gir inntrykk av at kommunene iallfall er tilfredse med å ha fått midler som gjør det mulig å tilsette psykiatrisk sykepleier.

En del informanter mener at det ikke er samsvar mellom pengeoverføringer og ansvarsområder når det gjelder forholdet mellom første- og andrelinjen. De er frustrerte over at andrelinjen hevder at de ikke har ressurser til å samarbeide med førstelinjen. Andre mener imidlertid at også fylkeskommunen er økonomisk presset. Siden behandlingsforholdene var elendige tidligere, har andrelinjen behov for de midlene den får for å kunne forbedre tilbudet. Noen informanter tror bydelene og kommunene får mer ut av pengene enn fylkes-kommunen gjør.

5.1.3 Brukerrepresentanter: «Alt for lite»

Brukerorganisasjonene mener bestemt at tilskuddsbeløpene må økes for å oppnå et tilfredsstillende tiltaksapparat for personer med psykiske lidelser.

5.1.4 Fylkesleger: «Dekker ikke dyre tiltak»

Fylkeslegene er opptatt av at tilskuddsbeløpet ikke er tilstrekkelig til å dekke for eksempel lønn til nødvendig personell i omsorgsboliger og ressurser til aktivitetstilbud på dagtid. Den viktigste grunnen til at kommunene ikke har brukt opp midlene er at de «samler opp» fra år til år for å kunne finansiere slike tiltak.

Det poengteres videre at det koster like mye å opprette stillinger i en liten kommune som i en stor. For småkommuner er det ikke mulig å opprette stillinger med for eksempel 70 000 kroner i tilskudd.

Én fylkeslege foreslår å legge tilskudd til tilsettinger inn i rammen, mens tilskudd til investeringer øremerkes.

En annen fylkeslege understreker at tidsperspektivet er vesentlig og at det er viktigere for kommunene enn hva staten synes å oppfatte. Kommunene arbeider med økonomisk planlegging innenfor en periode på fire år. Det er for eksempel håpløst å planlegge for 1998 når de får tilskuddet i november 1997. Den økonomiske opptrappingsplanen vil være avgjørende for hvordan det går videre.

5.2 Kompetanse

5.2.1 Føringer fra departementet

I det første rundskrivet for 1995 ble det tatt utgangspunkt i at «det er nødvendig med en opprustning av den primære kommunale tjeneste innenfor dette området.» På den bakgrunn burde det prioriteres «.. å opprette stillinger for personell som er kvalifisert til å jobbe med personer med alvorlige psykiske lidelser samt heve det faglige nivået/kompetansen generelt».

I rapportskjemaet er dette fulgt opp med to rubrikker for utfylling, én for hvor mange stillinger (nærmere spesifiserte) som er opprettet ved utgangen av året og én for kompetansetiltak med underspørsmål om hvor mange som har søkt og fått tilskudd om videreutdanning i psykiatri, eventuelt andre kompetansetiltak.

I rapportskjemaet for 1996 er det henvist til den særskilte tilskuddsordningen som administreres av fylkeslegen, jf brevene av 9. januar og 7. juni 1996 fra Helsetilsynet om «Tilskuddsordning til kommuner – støtte til videreutdanning av personell som arbeider eller skal arbeide med personer med psykiske lidelser».

Kommunenes rapporttall for 1995 blir referert i rundskrivet for 1997. De viser at antall årsverk ble nær fordoblet i 1995 sammenliknet med 1994. Departementet mener likevel det er mange kommuner som har problemer med å skaffe faglig kvalifisert personell, og at det da vil være særlig viktig å satse på kompetanseutvikling. I tillegg til tilskuddsordningen som ble omtalt i det første rundskrivet, blir det vist til kurspakken «Støtte og lære».

Det settes som et mål at samtlige kommuner i løpet av 1997 enten har tilsatt personell som er kvalifisert for arbeid med personer med psykiske lidelser, og/eller har iverksatt kompetansehevingstiltak på dette feltet for annet personell.

5.2.2 Opprettelse av stillinger og organisering av psykisk helsevern i kommunene

Organiseringen av psykisk helsevern i kommunene var opprinnelig et lite sentralt tema i intervjuundersøkelsen. Men mange informanter har trukket fram dette temaet. De understreker at organiseringen har betydning for kommunenes forutsetninger for planlegging og gjennomføring av tiltak og for utnyttelse av fagkompetansen på en best mulig måte. Under dette punktet tar vi derfor for oss opprettelse av stillinger sett i sammenheng med organiseringen av psykisk helsevern.

Intervjumaterialet viser at noen kommuner har tatt stilling til plassering av ansvaret for psykisk helsevern flere år før tilskuddet kom. Mange er imidlertid i startfasen. Ansvaret er ivaretatt på ulike måter i de 12 kommunene og bydelene vi har foretatt intervjuer. I den største kommunen er det tilsatt en kommune-psykiater. Alle de øvrige har tilsatt minst én psykiatrisk sykepleier i sin administrasjon. I kommunenes administrasjon er det ofte bare disse som har psykisk helsevern som sitt hovedarbeidsfelt.

I svært mange intervjuer blir det understreket at psykisk helsevern ikke skal være en særomsorg. Likevel er opprettelse av tverrfaglige psykiatriske team og egne avdelinger/enheter for arbeidet med psykisk helsevern under diskusjon i mange kommuner. En egen avdeling/enhet for psykisk helsevern er innført i to av kommunene.

Et annet sentralt tema i tilknytning til organiseringen av arbeidet med psykisk helsevern er hvilken sektor ansvaret for psykisk helsevern er lagt til.

I de kommunene der psykisk helsevern er knyttet til helsesektoren, har det kommet fram sterke synspunkter på at organisatorisk tilhørighet har stor betydning og at deres løsning er den beste. De viktigste argumentene for dette er at

- psykisk helsevern blir synliggjort
- psykiatrisk sykepleier får anledning til å arbeide koordinerende og strategisk
- samarbeid med andre fagområder under kommunehelsetjenesten blir muliggjort
- det gir en legitim adgang til andre sektorer
- dersom lederen for helseavdelingen er lege, kan det gi innpass hos flere primærleger for pasientene.

Hvis ansvaret for psykisk helsevern knyttes til pleie- og omsorgsfunksjonene, kan arbeidstiden til psykiatrisk sykepleier lettere bli «spist opp» av pleieoppgaver og gi en for stor andel klientrettet arbeid, mener disse informantene.

Bildet er mer sammensatt i de kommunene der ansvaret for psykisk helsevern ligger under en pleie- og omsorgsavdeling. Informantene i disse kommunene er i mindre grad opptatt av organisasjonstilknytningen, og det er uenighet om hva som er den ønskelige løsningen.

I en del kommuner blir det diskutert hvor sentralisert tjenestene fra psykiatriske sykepleiere skal være. Uenigheten ligger i hva som er hovedoppgaven til psykiatrisk sykepleier: klientrettet arbeid eller koordinering.

Det er store variasjoner i hvilken posisjon og arbeidssituasjon den enkelte psykiatriske sykepleier har i kommunene. Noen arbeider svært selvstendig og får anledning til å utforme arbeidet selv, foreta rapportering til departementet og delta i planleggingen av tiltak for personer med psykiske lidelser. De har også oversikt over budsjettet og er aktive veiledere. I den andre enden av skalaen er det noen som både faglig og sosialt er helt isolert. De har ikke en klar stillingsinstruks og har ingenting med rapportering eller planlegging å gjøre. De samarbeider heller ikke med avdelingsledelsen og i liten grad med andre i kommunen. De fleste psykiatriske sykepleierne i vårt materiale har en arbeidssituasjon som ligger et sted mellom disse ytterpunktene.

En hovedtendens i vårt materiale er at de psykiatriske sykepleierne selv ønsker å ha et koordineringsansvar. En kommune har opprettet en stilling som psykiatrikoordinator, og tilsatt en psykiatrisk sykepleier i stillingen. Arbeidsoppgavene hennes er imidlertid ikke slik det er skissert i Case management-metodikken (jf kapittel 2), og psykiatriske sykepleiere i andre kommuner har en større andel av koordinering i sin stilling enn henne.

Intervjumaterialet viser at de psykiatriske sykepleiernes faglige bakgrunn og personlighet har stor betydning for hvordan arbeidet utføres. Enkelte takler for eksempel et dårlig samarbeid med sin leder ved å «hoppe over» dette leddet, og forholder seg i stedet til helse- og sosialsjefen eller rådmannen.

Etterhvert som stillingene som psykiatrisk sykepleier / psykiater har blitt etablert og kjent i kommunene, uttrykker flere informanter at etterspørselen etter både omsorgstjenester og veiledning av sosial- og helsepersonell stiger. Det at personer med psykiske lidelser vet om et sted å henvende seg, gjør at flere tar kontakt. Ved at en (eller flere) person(er) har psykisk helsevern som eget arbeidsfelt, blir psykisk helsevern også synliggjort i kommuneadministrasjonen og blant politikerne, ifølge fagfolk i kommunene.

Brugerrepresentantene er i hovedsak positive til at kommunene tilsetter psykiatriske sykepleiere. Mental Helse har imidlertid mottatt flere henvendelser fra psykiatriske sykepleiere som føler seg overlatt til seg selv, og som derfor fort blir utbrent i jobben. Brukerrepresentanter hevder at mange kommuner tror at ved å tilsette en psykiatrisk sykepleier, så er ansvaret for psykisk helsevern dekket. Resultatet er at: «Når psykiatrisk sykepleier sykemelder seg, blir psykiatrien nedlagt i kommunen!»

En fylkeslege er opptatt av at støtteapparatet rundt de psykiatriske sykepleierne bør styrkes.

5.2.3 Behovet for og utviklingen av kompetanse i kommunene

I intervjuene med representanter i kommunene går det fram at det er store variasjoner i oppfatninger av kompetansebehovet – i betydningen om kommunen har tilfredsstillende antall tilsatte og om disse har riktige/tilstrekke-lige kvalifikasjoner. Enkelte kommuner hevder at de har et passende antall tilsatte med riktig kompetanse innenfor psykisk helsevern. Men de fleste kommunene mener at de enten mangler kompetanse innenfor enkelte profesjoner (særlig psykiatrikompetanse for leger og sykepleiere) eller områder (f eks barn/unge).

Informantene oppgir ulike og sammensatte årsaker til at kompetansebehovet ikke er dekket. For det første er det mangel på personell i mange kommuner. Informanter mener at dårlig økonomi i kommunen fører til at stillinger blir stående ledige og at sykepleiere med etterutdanning i psykiatri ikke får lønn i forhold til utdanningen. Dårlig økonomi blir også trukket fram som en årsak til at for få psykiatriske sykepleierstillinger blir opprettet.

Det er forskjeller mellom fylkene i hvor høy turnover det er blant fagfolk og i hvor lett det er å rekruttere dem. I Finnmark er begge disse faktorene et stort problem. Der har de f eks bare en psykiater (pluss en stilling som nå dekkes av flere personer fra Troms). Det er også forskjeller internt i fylkene, der noen kommuner lettere trekker til seg og beholder fagpersonell enn andre. Distriktskommuner har ofte problemer med rekruttering generelt, og med å få tak i fagfolk spesielt. Samtidig er sirkulasjonen av fagpersonell stor. I Oslos bydeler har det vært problemer med å rekruttere psykiatriske sykepleiere. Det blir framholdt at en årsak til dette blant annet kan være at det ofte er en ensom jobb å ha og at behovet nærmest er umettelig både når det gjelder klientrettet arbeid, opplæring og koordinering.

For det andre er kompetansen hos de tilsatte ikke alltid bra nok. Det er et vanlig syn blant informantene at mange leger har for liten kompetanse i psykiatri, på grunn av mangelfull utdanning og liten praksis. Dessuten hevder de at legene har for liten oppmerksomhet rettet mot psykiatri. Mange informanter peker på at økningen i overgang av leger med fastlønsordning til privatpraktiserende leger slår negativt ut i denne sammenhengen, fordi «allmennlegers innsats preges av et pengekjør, der avtalelegene ikke får refusjon for tverrfaglige møter og ned-prioriterer dette arbeidet», som en informant uttrykker det.

Et poeng som er blitt trukket fram av brukerrepresentanter, er at de psykiatriske sykepleierne ikke alltid har tilstrekkelig kompetanse til å utarbeide planer.

Flere informanter tar opp spørsmålet om kompetansen blir utnyttet på den mest effektive måten. Det hevdes at organiseringen av personell og/eller deres stillingsinstrukser/arbeidsoppgaver gjør at den psykiatriske kompetansen ikke blir fullt utnyttet. Blant annet må en del personell utføre andre arbeidsoppgaver enn innenfor psykisk helsevern. Enkelte brukerrepresentanter hevder at personell

i kommunene ikke alltid trenger å ha spesialkompetanse for å gi personer med psykiske lidelser et godt tilbud.

I intervjuer både i kommuner og med brukerrepresentanter har mange hevdet at brukere har behov for å heve kompetansen, om brukermedvirkning og medbestemmelse skal være mer enn fine ord.

Økt oppmerksomhet om psykisk helsevern, tilsetting av psykiatriske sykepleiere og ekstra pengetilførsel har ifølge informanter medført en økt interesse for kompetanseutvikling i mange kommuner.

Kompetanseutvikling har blitt rettet mot ulike målgrupper og inneholder mange ulike typer tiltak. Etter våre informasjoner blir kompetanseutvikling rettet mot målgrupper på fire nivåer:

- personell som allerede har utdanning innenfor psykiatri
- personell som ikke har spesialisert seg innenfor psykiatri
- andre som kommer i kontakt med psykisk helsevern
- brukere.

For personer som kommer i kontakt med psykisk helsevern i sitt arbeid, blir det understreket av flere at den viktigste kompetanseoppbyggingen skjer gjennom selve arbeidet. Etter-/videreutdanning av fagpersonell, f.eks. av hjemmehjelpere og sykepleiere, blir gitt på ulike nivåer. Brukerrepresentanter uttrykker en skepsis til å satse stort på etter-/videreutdanningen, som er i sterk oppblomstring nå, fordi utdanningen ofte er uten sammenheng med de utarbeidede planene for psykisk helsevern. De mener at kommunene skal satse på slik kompetanseheving, gjerne i bredden på tjenestenivå, men på en mer bevisst måte.

Veiledning ser ut til å være et sentralt kompetansehevende tiltak, både når det gjelder veiledning gitt av andrelinjetjenesten og internt i kommunen, gjerne gitt av psykiatrisk sykepleier til hjemmetjenesten, støttekontakter osv. I kommunen med kommunepsykiater, gir han veiledning til leger. Veiledningen framheves som positiv der det er laget systemer som fungerer. I mange kommuner blir imidlertid mangel på ressurser trukket fram som årsak til at veiledning ikke blir gitt i stor nok utstrekning. En informant mener at ikke alle i psykiatriske sykepleierstillinger har tilstrekkelig kompetanse til å gi veiledning. En psykiatrisk sykepleier opplyser at hun har hatt gode erfaringer med å bruke veiledningsopplegget «Støtte og lære».

Det blir gitt tilbud til ulike målgrupper om mange forskjellige kurs av ulik lengde og – ifølge informanter – av ulik kvalitet. Enkelte stiller seg tvilende til verdien av dagens «happenings». Andre er positive til kursing og at det dermed blir satt fokus på psykisk helsevern. Brukerorganisasjoner blir til dels trukket inn i arbeidet med å utforme undervisningsopplegg og for å delta i undervisning/opplæring. Brukerrepresentantene oppfordrer til følgende: «Benytt heller brukere enn video i undervisningen!»

Én kommune arrangerer åpne seminarer for fagfolk og andre interesserte. De psykiatriske sykepleierne i bydelene i Oslo samles til faglige fora. Vi har hørt at psykiatriske sykepleiere samarbeider på samme måte i en del fylker.

For personer med psykiske lidelser vil det være til hjelp dersom folk som de møter kan se faresignalene tidlig, mener flere informanter. Generell informasjon og debatter i media er viktig. Opplysning og veiledning er et billig og nødvendig virkemiddel, mener brukerrepresentanter vi har snakket med. De mener det er viktig å involvere alle – enten de har faglig kompetanse eller ikke – som har kontakt med personer med psykiske lidelser.

Mental Helse har startet med kompetanseoppbygging for brukere. Men dette er for øvrig et lite utbygd område. I flere kommuner som vi besøkte, var det ingen brukermedvirkning. Noen kommuner hadde hatt aktive grupper tidligere, men de aktuelle personene var nå for dårlige til å opprettholde dette arbeidet. Brukerrepresentanter mener det er et potensiale av brukere som kan bli mer aktive.

5.3 Behovskartlegging og planarbeid

5.3.1 Føringer fra departementet

Oppgaven å få kommunene til å legge planer for tilbudene til personer med psykiske lidelser går ikke eksplisitt fram av rundskrivet for 1995. Spørsmålet «Er behov vurdert og tiltak for personer med psykiske lidelser ivaretatt i gjeldende/vedtatte planer?» ble imidlertid stilt i rapportskjemaet. Kommunene ble bedt om å opplyse om dette er ivaretatt i en særskilt plan eller om det inngår i en annen plan og eventuelt hvilken status planarbeidet har.

I rundskrivet for 1996 ble det lagt vekt på at midlene kunne brukes til å «bidra til at alle kommuner skaffer seg oversikt over behov og planlegger utbygging av tilbudet til personer med psykiske lidelser» – i tillegg til formålene som var formulert i 1995.

Det ble sendt informasjon til kommunene om planleggingsverktøyet «Helhetlig psykiatriplanlegging» i juli 1996, og Håndbok i kommunal planlegging («Snu på flisa!») ble sendt landets kommuner høsten 1996.

Rapporteringen fra kommunene blir omtalt i rundskrivet for 1997, og ved utgangen av 1995 var situasjonen at «173 av kommunene har plan eller et ferdig utkast til plan og 55 kommuner verken har eller arbeidet med utkast til plan.» Departementet legger til grunn at alle kommuner som ikke allerede har gjort det, skal ha satt igang arbeidet innen 1. juli 1997.

For 1998 er det gjort til et vilkår for utbetaling av tilskuddet at kommunen innen 1. juni 1998 har vedtatt en handlingsplan for tjenester til personer med psykiske lidelser.

5.3.2 Situasjonen i kommunene

Informantene mener at det å få en oversikt over behovene for tilbud til personer med psykiske lidelser er viktig og at utarbeidelse av psykiatriplan er nødvendig. Behovskartleggingen og planarbeidet er imidlertid grepet an på ulike måter. Det er derfor stor variasjon i hvor mye engasjement og ressurser som er lagt i arbeidet.

En kommune hadde gjennomført en kartlegging og laget plan før tilskuddet kom i 1995. Mange av kommunene vi besøkte, var nettopp ferdige med eller var i sluttfasen av utarbeidning av plan for å få behandlet planen politisk innen tidsfristen som departementet har satt.

Som eksempler på hvordan behovskartleggingen er blitt lagt opp, kan nevnes at noen baserer seg på kartlegging som er gjort i kommunen tidligere. En kommune la til grunn resultatene fra en nokså lik kommune som hadde foretatt en grundig kartlegging. Noen kommuner har engasjert en sosionom eller annen fagperson til å foreta kartleggingen. Andre har laget en samlet oversikt basert på opplysninger fra andrelinjen, hjemmetjenesten, sykehjem, barnevern, sosial-kontor og/eller leger. I små kommuner kan det være enkeltpersoner som har oversikten gjennom klientrettet arbeid. I en av de minste kommunene har psykiatrisk sykepleier intervjuet brukere om deres behov, i tillegg til å innhente informasjon fra andre etater.

Deltakelsen i planarbeidet varierer fra å være overlatt til én person til å involvere både berørte kommunale etater, andrelinjetjeneste, politikere og brukerrepresentanter. Noen har engasjert private konsulenter til å bistå med å gjennomføre en kommunal planleggingsprosess, mens andre har satt ut hele arbeidet. Tre kommuner som hadde brukt verktøyet Helhetlig psykiatriplanlegging, mener de derved hadde fått godt grunnlag både for planlegging og for gjennomslag for planene i kommunen. Andre sto i ferd med å ta dette verktøyet i bruk.

To av kommunene vi besøkte, den største og den minste, har i 1997 i tillegg til en generell plan, utarbeidet en mer detaljert handlings-/tiltaksplan.

Fra brukerhold blir det hevdet at kvaliteten på eksisterende planer kan rangeres etter hvor mange av de berørte instansene som er med i arbeidet. Inntrykket er at det verbalt er stor vilje i kommunene til brukermedvirkning i planarbeidet, men at det varierer i praksis. Brukerrepresentanter vi intervjuet, mener planarbeidet i enkelte kommuner er unødig omfattende og at ambisjonene om kartlegging er for høye. Arbeid med planen blir i enkelte tilfeller brukt som unnskyldning for ikke å gå igang med tiltak, hevdes det. Også brukerne mener imidlertid at det er viktig å få opp tall for hva som ytes og hva som mangler. Ett forslag er at fylkeskommunene som har et stort planapparat, gir veiledning til kommuner som mangler plankompetanse.

Fra brukerhold blir det for øvrig framholdt at både Helhetlig psykiatriplanlegging og «Snu på flisa!» innebærer svak brukermedvirkning, at brukerne bør

spørres om hvilke behov de har og at denne informasjonen bør genereres oppover.

Det er uklart for enkelte kommuner hvorvidt behovskartleggingen og planene kun skal dekke personer med alvorlige psykiske lidelser, eller også de med lettere lidelser. Dette er håndtert ulikt av kommunene. Det varierer også om barn og unge er trukket inn i planene.

5.4 Samarbeid²⁶

5.4.1 – om forebyggende arbeid blant barn og unge

Føringer fra departementet

I rundskrivet om tilskuddet til forebyggende arbeid blant barn og unge er samarbeid det tiltaket som prioriteres. Departementet anbefaler at midlene brukes til styrking av et strukturert samarbeid om konkrete forebyggende og helsefremmende oppgaver overfor barn og unge. Samarbeidspartene som (i tråd med Stortingets merknader da tilskuddet ble vedtatt) blir nevnt, er helsestasjon, barnevern, PP-tjeneste, rusomsorg og psykisk helsevern.

I rapportskjemaet er forebygging konkretisert til «forebygging av psykososiale problemer» og kommunene bes opplyse hvilke nye tiltak de har iverksatt, hvilke etater samarbeidet gjelder og hva som er målsetting eller resultat av samarbeids-tiltaket.

I rundskrivet for 1996 hvor tilskuddet til voksne og tilskuddet til barn og unge blir behandlet samlet, er det å «styrke et strukturert samarbeid om konkrete forebyggende oppgaver overfor barn og unge, særlig mellom helsestasjon, barnevern, PP-tjeneste, rusomsorg og psykiatri» satt opp som et av de prioriterte hovedmålene som videreføres fra 1995.

Det blir påpekt (rundskriv I-2/96) at noen kommuner i 1995 brukte midlene til annet forebyggende arbeid blant barn og unge enn til forebygging av psykososiale problemer. Det understrekes at midlene fra bevilgningen skal nyttes med innretning mot psykososiale problemer.

Departementet gir også en orientering om tilskudd til fylkeskommunene. Det går fram av dette at fylkeskommunene ved disponeringen av sine øremerkede tilskudd skal vurdere egne tiltak for unge schizofrene og behandlingsskapiteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien – særlig døgnplasser for ungdom. Departementet viser i den forbindelse til at Stortinget spesielt har understreket behovet for økt satsing på barne- og ungdomspsykiatrien.

I rundskrivet for 1997 settes det opp som et mål at samtlige kommuner i løpet av året skal etablere et strukturert samarbeid mellom helsestasjon, barnevern, PP-

²⁶ Samarbeid med arbeidsmarkedsetaten tas opp i punkt 6.4.

tjeneste, rusomsorg og psykisk helsevern om forebyggende oppgaver overfor barn og unge, rettet mot psykiske lidelser og psykososiale problemer.

Situasjonen i kommunene

Intervjumaterialet vårt gir en noe begrenset informasjon om hvordan kommunene satser på forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge generelt, og på det prioriterte tiltaket. Hovedtendensen er imidlertid at dette er et felt som er lavt prioritert. Flere uttrykker at dette arbeidet er for dårlig ivaretatt i deres kommune. Enkelte kommuner har foretatt eller er i ferd med å foreta behovskartlegging og med å innlemme barn og unge i psykiatriplanen.

I den største kommunen i utvalget mener informantene at de har kommet langt når det gjelder samarbeid om forebyggende tiltak for barn og unge. Det samarbeides tett mellom PP-tjenesten, helsetjenesten, veiledningstjeneste for foreldre, barnehager, barne- og ungdomspsykiatrien og dem som arbeider med psykisk helsevern. En øremerket stilling er opprettet til å koordinere dette arbeidet. En annen kommune prioriterer også forebyggende arbeid for barn og unge, og har satt av midler til slike tiltak over kommunens ordinære budsjett. I enkelte kommuner bemerker informanter at barn og unge nås indirekte av tiltak som ikke er rettet bare mot dem, for eksempel gjennom sorg- og krisegrupper.

5.4.2 – mellom sektorer i kommunene

Føringer fra departementet

I St meld 25 (s. 95) står det at

Utbygging, organisering og drift av tjenester må i størst mulig grad planlegges helhetlig, slik at tilbudene framstår som et integrert nettverk av tjenester. Regelverk, økonomiske ordninger, krav til effektivitet og produktivitet og institusjonelle forhold må ikke hindre samarbeid, men stimulere til koordinerte og sammenhengende tilbud. Samarbeidet vil være avhengig av faste ordninger, som eksempelvis samarbeidsfora, regelmessige møter, opplegg for utveksling av informasjon, m v. Videre er det vesentlig at ledelsen, fagpersonell og administrasjon på alle nivåer og tjenestesteder bidrar til å skape en kultur som fremmer slikt samarbeid gjennom utvikling av holdninger og spredning av kunnskap.

I det første rundskrivet for 1995 blir det framholdt at det er viktig med koordinering av tjenestetilbudet i kommunene, særlig for «personer med alvorlige psykiske lidelser som vanligvis vil ha store problemer med å forholde seg til flere instanser, og i liten grad selv tar nødvendige kontakter». I 1996 ble det informert om forsøkene som var gjort, og kommunene fikk tilsendt temaheftet «Samarbeid over grensene».

Tverrsektorielt samarbeid i kommunene

Intervjumaterialet viser at det er varierende grad av tverrsektorielt samarbeid i kommunene når det gjelder psykisk helsevern. I halvparten av kommunene kan samarbeidet mellom de som har det koordinerende ansvaret for psykisk

helsevern og andre sektorer betegnes som utbredt, og informantene virker fornøyd. De samme kommunene kan imidlertid ha problemer med samarbeid med visse etater. Når det gjelder psykisk helsevern er det mange aktuelle samarbeidspartene. Eksempler fra kommunene er lensmanns- og politietaten, sosialetaten, kulturetaten, arbeidsmarkedsetaten, PP-tjenesten, skoler, barnehager, helsestasjoner, leger og prester. Informanter som har et utstrakt samarbeid med andre, vektlegger dette arbeidet og ser det som nyttig. Flere gir uttrykk for at samarbeidet bryter ned barrierer når det samarbeides på tvers av faggrupper.

I noen kommuner har psykiatrisk sykepleier/psykiater en utbredt kontakt med andre etater – som rådgiver, veileder, samarbeidspartner, behandler, foredragsholder, videreformidler av kontakt og/eller buffer mellom første- og andrelinjen.

Noen kommuner har opprettet faste systemer for samarbeid. Eksempler på dette er

- tverrfaglige sorg-/krise-/katastrofegrupper rettet mot både tilsatte og befolkningen. I to kommuner er slike grupper opprettet etter initiativ fra og drives i samarbeid med prester
- vaktjeneste, f eks legevaktjeneste med felles datasystem som kommunehelsetjenesten er tilkoblet, slik at informasjonen er tilgjengelig for alt relevant helsepersonell. Et annet eksempel er en sosial vaktjeneste med legevakt og barnevernsvakt, som fungerer som en paraplyorganisasjon der mange faggrupper samarbeider, som koordinerer aktuelle instanser og foretar kartlegging og vurdering av alvorlighetsgrad. Det forekommer alle typer henvendelser og fra alle aldersgrupper
- faggrupper som opprettes ved behov og i ulike konstellasjoner, som enten på fritt grunnlag drøfter utfordringer innenfor psykisk helsevern eller innenfor et mer bundet mandat
- fast samarbeid om dagsentra med flere brukertyper.

I noen kommuner foregår et sak-til-sak-samarbeid. I små kommuner er miljøet oversiktlig, og ulike fagpersoner kan samarbeide om felles brukere, henvise til hverandre og lage felles opplegg. Vi har sett eksempler på at dette fungerer både bra og dårlig.

Ved fordeling av det øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern, samarbeides det ofte internt i kommunen. I to kommuner er det f eks slik at helse- og sosialavdelingen mottar midlene, men alle berørte avdelinger diskuterer prioriteringer og sender en samlet innstilling til hovedutvalget. I en annen kommune sender en uavhengig faggruppe inn en innstilling parallelt med kommunehelsetjenesten.

5.4.3 – mellom første- og andrelinjetjenesten

Føringer fra departementet

I St meld nr 25 (s. 96) går det fram at både fylkeskommunen og kommunene er pålagt et planleggingsansvar, der planarbeidet skal være et redskap til å samordne tjenestene med tjenester på andre nivåer. I rundskrivet for 1997 føres det opp som et av hovedmålene med tilskuddene til psykisk helsevern å styrke samarbeidet mellom kommunene og fylkeskommunen om personer som har behov for tjenester både fra kommune og fylkeskommune.

Samarbeidsformer

I intervjuene med kommunene har følgende ulike samarbeidsformer mellom første- og andrelinjen blitt nevnt:

- Fylkeskommunen er inne i forbindelse med utarbeiding av psykiatriplaner i noen kommuner.
- I en del kommuner blir det opprettet periodiske tverrfaglige samarbeidsgrupper med deltakere fra første- og andrelinjen, som tar for seg bestemte saksområder.
- I to kommuner enten har eller har de hatt et fast månedlig samarbeidsmøte med deler av andrelinjetjenesten. I den ene kommunen møter representanter fra fylkeskommunalt sykehus og kommune i noe som blir betegnet som et viktig samarbeidsforum. I den andre kommunen ble det tidligere holdt et månedlig heldagsmøte med fagpersonell fra poliklinikk og kommunen. Der kunne leger og annet fagpersonell få veiledning etter behov, og opplegg for enkeltpersoner og grupper ble diskutert. Et tilsvarende opplegg er under utbygging i kommunen i samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien.

Når det gjelder veiledning fra fylkeskommunen, er hovedtendensen i vårt materiale at slik veiledning enten ikke forekommer eller at veiledningen er tilfeldig og lite strukturert. Flere kommuner gir uttrykk for at de trenger mer veiledning, mens fylkeskommunen sier at den ikke har ressurser til det. I ett fylke opplyser fylkeslegekontoret at alle kommuner som ønsker det, får veiledning av fylkeskommunen.

En utfordring for fylkeskommunen og kommunene er å få til et samarbeid om innleggelse og utskriving av pasienter fra andrelinjetjenestens behandlingsinstitusjoner. I de fleste intervjuene har dette vært et sentralt tema.

På den ene siden er problemene knyttet til innleggelse av pasienter. Mange hevder at det er vanskelig. Fylkeskommunen kan si at den ikke har kapasitet til å ta inn flere, og kommunen blir da sittende med ansvaret for pasienter som de mener burde være fylkeskommunens ansvar. Generelt sett viser intervjumaterialet at det i liten grad er et systematisk og fast samarbeid mellom første- og andrelinjen om innleggelse av pasienter. Den kommunen som har en psykiater i

administrasjonen, er imidlertid blant de kommunene som har opprettet et tett samarbeid med fylkeskommunen.

På den andre siden kan det være problemer knyttet til utskriving av pasienter. Det vanligste problemet er at kommunene mener pasienter blir skrevet ut for tidlig. Det er et generelt problem for kommunene at andrelinjen kan si: «Ferdigbehandlet!». I en kommune sies det slik: «Kriteriet sykehuset har benyttet for utskriving har vært at sykehuset ikke har kapasitet til å beholde pasientene.» Så blir kommunen sittende med ansvaret. Det fører ifølge informanter enten til at brukere ikke får den hjelpen de trenger eller at fagfolk i kommunen eller pårørende sliter seg ut.

Det påpekes at pasienter i en del tilfeller blir raskt syke igjen etter utskriving. Det fører til hyppige gjeninnleggelsler, og antallet «svingdørspasienter» øker. I to av bydelene i Oslo hadde de det motsatte problemet, nemlig at de opplever det slik at andrelinjetjenesten ikke har tillit til bydelen og oppfølgingen pasientene får der, og derfor ikke vil gi slipp på pasienter. Ifølge en informant i Oslo kommune, har man arbeidet aktivt siden 1995 med å bygge opp gjensidig tillit og legge til rette for samarbeid mellom bydelene og de distriktskykiatriske sentrene. Likevel gjenstår det en del barrierer, noe som bekreftes av en informant ved et distriktskykiatrisk senter i Oslo.

Noen kommuner har opprettet et samarbeid ved utskriving av pasienter. Da får kommunen/psykiatrisk sykepleier beskjed i forkant om utskrivingen og har anledning til (og utnytter i varierende grad) å besøke pasienten før utskriving, gi beskjed til relevante instanser i kommunen og ordne praktiske forhold, som for eksempel å skaffe primærlege. Noen kommuner har opprettet ansvarsgrupper rundt langtidspasienter.

På konferansene om psykiatri som er blitt arrangert i mange fylker, møtes helsepersonell fra kommunene og fylkeskommunen samt representanter fra fylkeslegen og departementet.

I en del kommuner har de et uformelt sak-til-sak-samarbeid med fylkeskommunen, og det fungerer godt ifølge noen informanter.

Kommunenes syn på samarbeidet med andrelinjetjenesten

Mange informanter gir uttrykk for at samarbeidet mellom første- og andrelinjen er for dårlig. Det framkommer synspunkter som at man savner klarere retningslinjer hos andrelinjen for forholdet mellom dem og førstelinjen. Det er behov for klargjøring av ansvars- og oppgavefordeling. Kommunen er avhengig av at andrelinjen fungerer optimalt for å kunne yte den hjelpen som brukerne trenger, hevdes det. Noen savner et større initiativ fra andrelinjen, og mener at fylkeskommunen viser for liten interesse for kommunene. Det pekes på at det er en treghet i andrelinjetjenesten med å komme seg ut til kommunene. Ved et fylkeslegekontor karakteriseres det som «administrativ frykt for å forlate nisjen». Informanten mener at både de sentraliserte sykehusene og de distriktskykiatriske sentrene må styrke samarbeidet med kommunene for å få systemet til å fungere.

Det er hevdet at både kommunen og fylkeskommunen oppnår en effektiviseringsgevinst ved et nært samarbeid. I stedet for å sende brukere mer eller mindre vilkårlig mellom første- og andrelinjetjenesten, kan partene komme fram til løsninger i fellesskap og dermed oppnå et bedre resultat for alle parter – ikke minst for brukerne. Distriktpsikiatriske sentra har ifølge en informant erfart at et nært samarbeid med førstelinjetjenesten frigir mer kapasitet enn det tar.

Et problem i forhold til det å bygge opp et samarbeid, henger sammen med utviklingen i allmennlegetjenesten, hevdes det. De seneste årene har det vært en tendens i retning av stadig mer privatisering av allmennlegetjenesten. Dette har gjort tilbudet uoversiktlig for andrelinjetjenesten. Informanter hevder at det dessuten er slik at privatpraktiserende leger i mindre grad er villige til å samarbeide med andrelinjetjenesten fordi de økonomiske insentivene legger lite til rette for det. For å sikre et best mulig samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, er det derfor viktig at kommunene blir gjort i stand til å drive fram et slikt samarbeid uavhengig av om legen er privatpraktiserende eller kommunalt tilsatt, hevdes det. I Oslo er dette trukket fram som et stort problem.

Brukerrepresentanters syn på samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten

Brukerrepresentanter mener at det råder en usikkerhet mellom forvaltningsnivåene angående ansvar og arbeidsoppgaver hos første- og andrelinjetjenesten. De mener det er viktig at kommunene ikke påtar seg andrelinjetjenestens oppgaver. De oppfatter det ikke nødvendigvis som uvilje i kommunene mot å ta ansvar for psykisk helsevern, men mener at det heller er en hjelpeløshet som råder. Andrelinjetjenesten mangler på sin side klare retningslinjer for samarbeidet med kommunene, hevdes det.

Brukerne har behov for et bedre tilbud fra andrelinjetjenesten, der problemet er både manglende kapasitet og et for lite differensiert behandlingstilbud – tilrettelagt for hver enkelt. Det er et problem med underrapportering i kommunene for personer med lettere lidelser, og dermed får de ingen tilbud, verken fra første- eller andrelinjetjenesten. Dessuten unnlater primærleger å søke inn pasienter til andrelinjetjenesten pga lange ventetider.

Det er fremdeles mye å gripe fatt i i samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten om innleggelser og utskrivinger, hevder brukerrepresentanter. Det er imidlertid generelt sett forbedringer på dette feltet. Brukerrepresentanter mener det er forskjeller mellom instanser i hver enkelt fylkeskommune. De hevder at det fremdeles er for vanskelig å få lagt pasienter inn.

Brukerrepresentantene mener at å ta pasientene med på råd er en forutsetning for å lykkes, men at dette blir gjort i for liten grad. Fylkeskommunen skriver ut pasientene før de er ferdigbehandlet. De blir ofte skrevet ut til den samme situasjonen som gjorde dem syke – til ensomhet og isolasjon. Det er behov for ettervern ved utskriving, og ansvarliggjøring av kommuner. Brukerrepresentantene ønsker at det lages individuelle planer ved utskriving, og sentralt i Mental Helse ønsker de å bistå i dette arbeidet i framtiden.

I Oslo oppfattes situasjonen generelt som dårlig, ifølge våre informanter. Der kan boligsituasjonen karakteriseres som «en katastrofe», tilsettingen av psykiatriske sykepleiere er stoppet opp, og oppfølgingen av personer med så vel tunge som lettere psykiske lidelser, er svært mangelfull. Det blir pekt på at bydelene mangler både kapasitet og innsikt. Det er viktig å tilføre bydeler kapasitet til å bygge opp tjenestene nedenfra, hevder brukerrepresentanter.

6 Intervjuundersøkelsen – brukerrettede tiltak og målgrupper

I dette kapitlet vil vi belyse de siste leddene i effektkjeden med utgangspunkt i intervjuundersøkelsen. Tiltakene omfatter

- etablering av tilbud på dagtid
- etablering av støttekontakt
- utvikling av et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å gi mulighet for å delta i arbeidslivet
- medvirke til at egnede botilbud etableres.

Vi vil også gjennomgå hvilke brukere som nås av tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen gjelder to målgrupper: personer med alvorlige psykiske lidelser og personer under 16 år med (fare for å få) psykososiale problemer. Vi vil her se på de utvalgte kommunenes prioriteringer av målgrupper.

6.1 Er det de riktige tiltakene?

På spørsmål om det er riktige tiltak som er prioritert fra departementets side, fikk vi ingen negative svar. Brukerrepresentanter ga uttrykk for at de prioriterte områdene var treffende for brukernes behov.

En av brukerrepresentantene mente det i tillegg kunne være en god løsning ved behov å bruke «hjelpesverge» for personer med psykiske lidelser.

Etablering av samarbeid med primærlegene ble også av mange framholdt som viktig. Både informanter fra kommunene og brukerorganisasjoner ser fram til fastlegeordningen som skal innføres fra 1. januar 2000.

6.2 Dagtilbudet

6.2.1 Føringer fra departementet

Å «etablere tilbud på dagtid for hjemmeboende personer med alvorlige psykiske lidelser» har vært en av de særlig prioriterte oppgavene fra og med departementets første rundskriv for 1995.

I omtalen av det alminnelige ansvaret kommunene har etter lov om sosiale tjenester og kommunehelseloven, vises det til at mange kommuner har aktivitetssentra for ulike grupper. Personer med kroniske psykiske lidelser vil ofte trenge ulike aktiviseringstilbud på dagtid. Departementet mener det vil «avhenge av kommunens størrelse og geografi om det kan være aktuelt med eget dagsenter for pasienter med psykiske lidelser, eller om disse kan gis tilbud innenfor rammen av dagsentra for andre grupper.»

Det vises i denne sammenhengen også til at det bør arbeides for et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å gi flere personer med alvorlige psykiske lidelser mulighet til å delta i tilrettelagt arbeid.

Kommunenes rapportering om tiltakene i 1995 blir oppsummert i rundskrivet for 1997. Tallene viser at vel 300 kommuner hadde etablert dagtilbud til personer med psykiske lidelser.

I St meld nr 25 omtales ulike prosjekter hvor det er skapt felles møteplasser rundt aktiviteter, kurs, verksteder og ulike former for gruppevirksomhet. Det vises til at erfaringene med møteplassene gir grunnlag for selvhjelp og gjensidig støtte, og bidrar til at avstanden mellom brukere og omverdenen blir mindre. En driftsmodell er at ansvar for budsjett og daglig drift plasseres i kommunen, mens et brukerstyre bestemmer hvordan tilbudene skal være («eldresentremodellen»). En annen modell er at brukerorganisasjonene får midler til å etablere og drive tilbudet.

6.2.2 Situasjonen i kommunene

Alle informantene er enige i at innsatsen bør økes når det gjelder «å bedre dagtilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser» (jf et av prioriteringsområdene i rundskrivet for 1996). Spesielt vil det være viktig for dem som ikke har noe annet tilbud.

Intervjuundersøkelsen viser at dagtilbudet er svært varierende både når det gjelder åpningstider, aktivitetstilbud og grad av brukermedvirkning.

Noen kommuner har etablert dagsenter i forbindelse med deltakelse i forsøksprosjektene som pågikk før innføringen av det øremerkede tilskuddet, mens flere kommuner nylig har etablert dagsentertilbud.

Målgruppene for dagsentrene varierer. I noen kommuner er dagsentrene åpne bare for personer med psykiske lidelser. Andre steder har sentrene sambruk med flere brukergrupper, eksempelvis med psykisk utviklingshemmede og arbeidsledige. En av bydelene i Oslo planlegger et nærmiljøsentert med sambruk for flere grupper og med lokalisering av flere kommunale tjenester. Et par steder hvor dagsentret benyttes av flere brukergrupper, blir øremerkede midler brukt til å finansiere en andel av styrerstillingen, tilsvarende denne målgruppens andel av bruken.

Blant kommunene vi besøkte, er det flere modeller for eierskap og driftsansvar. Ansvaret for dagtilbud er i de fleste kommuner vi besøkte, lagt til pleie- og omsorgsetaten. I et par kommuner hvor kulturetaten har ansvaret, var dagtilbudet falt bort eller ikke kommet i gang. Andre steder er dagsenterordningen knyttet til andrelinjen, men kommunen står i ferd med å overta ansvaret. Øremerkede midler bidrar til å finansiere nye miljøarbeiderstillinger i disse dagsentrene. I et par av kommunene blir det vist til vellykkede brukerdrevne tiltak. Det blir imidlertid framholdt at det krever mer innsats fra kommunens side å holde aktivitetene gående enn antatt på forhånd.

Brukerrepresentantene framholder betydningen av aktivisering; gode aktiviteter i et inkluderende miljø kan være god «behandling». Uten aktiviteter er det fare for at dagsentrene bare blir en ny form for institusjon. Brukerrepresentanter hevder at dagtilbudet ofte ikke er det lavterskeltilbudet det er ment å skulle være. Beskrivelse av ulike modeller fra departementets side ville vært nyttig.

Det anbefales å satse på brukermedvirkning fra starten av, gjerne fra før dagsentertilbudet er åpnet. Det anbefales også opprettet brukerråd ved dagsentrene, og at brukerne i størst mulig grad blir involvert i oppussing, kafédrift osv. Det ble vist til et organisasjonsdrevet senter med to miljøarbeidere tilsatt for øremerkede midler, hvor det gis opplæringskurs for brukermedvirkere. Her spør en ikke hvor brukerne bor, men hvilke behov de har og hva de kan bidra med.

Det ble nevnt som et problem i Oslo at adgang til sentrene noen steder er reservert for folk i bydelen. Brukerrepresentanter mener at det bør være mulig å ha samme møtested for personer som tilhører ulike bydeler, og at Oslo kommune sentralt bør gi retningslinjer som løser dette problemet.

Dagtilbudene gis ofte om formiddagen på hverdage. Fra brukerhold blir det pekt på at behovet for dagtilbud kanskje er større i helgene enn på hverdager. Det kan også være aktuelt at åpningstidene på hverdage forskyves til ettermiddagen.

Representanter for både kommunene og brukerne framholdt problemet med lang avstand til dagsentra for brukere som bor spredt.

6.3 Støttekontakt

6.3.1 Føringer fra departementet

Tilbud om støttekontakt er ikke nevnt spesielt i rundskrivet for 1995, men i rapportskjemaet er det spurt om det gis et slikt tilbud og eventuelt hvor mange som hadde fått tilbud om støttekontakt ved utgangen av 1995.

I rundskrivet for 1996 oppfordres kommunene til å benytte støttekontakter som skal arbeide med personer med psykiske lidelser. Det understrekes at støttekontaktene har behov for veiledning og oppfølging.

Det blir også presisert at støttekontakter etter lov om sosiale tjenester er en obligatorisk tjeneste for kommunene å yte til personer som har behov for dette. I rundskrivet for 1997 opplyser departementet at 282 kommuner har oppgitt at de i 1995 ga tilbud om støttekontakt til personer med psykiske lidelser. Departementet satte som mål at samtlige kommuner i løpet av 1997 har vurdert behovet og eventuelt startet opp et slikt tilbud.

6.3.2 Situasjonen i kommunene

Støttekontaktordningen var i de fleste kommunene vi besøkte, lagt under sosialkontoret. Bruken av støttekontakter for personer med psykiske lidelser varierte med samarbeidsrelasjonene i kommunen. I noen kommuner samarbeider psykiatrisk sykepleier med sosialkontoret om behov og løsninger, mens dette samarbeidet mangler i andre kommuner. I noen kommuner blir støttekontakter for personer med psykiske lidelser «kjøpt» med øremerkede midler.

I én kommune ble støttekontaktordningen – etter at det øremerkede tilskuddet kom – forankret hos psykiatrisk sykepleier. Hun holder kurs for nye støttekontakter og gir veiledning underveis. Flere informanter framholder at det er et udekket behov for veiledning og oppfølging av støttekontakter.

I én kommune var støttekontaktordningen lagt under kulturetaten, mens sosial- og helseavdelingen hadde veilederansvaret. I denne kommunen ble bruken av støttekontakter finansiert med øremerkede midler.

I kommunene har støttekontaktene fra tre til seks måneders kontrakter. Noen informanter påpeker at den korte kontraktstiden er en medvirkende årsak til at kommuner har problemer med å få tak i og å beholde støttekontakter. Kommunen som i størst utstrekning brukte støttekontakter, hadde imidlertid tremåneders kontrakter.

Brukerrepresentantene mener at støttekontakter burde benyttes mye mer, noe som ofte kan være nok til å bryte en sykdomsskapende isolasjon. Brukermedvirkning bør for øvrig også komme inn ved valg av støttekontakt. Støttekontakter kan for eksempel bistå med å introdusere brukeren i forskjellige miljøer og aktiviteter, som Mental Helses «Åpent hus» eller «Aktiv på dagtid» i Oslo.

Brukere hevder at det ikke er vanskelig å rekruttere støttekontakter. Det mener man også i noen av kommunene. Frivillighetssentraler og Røde Kors' vennetjeneste blir omtalt som gode samarbeidspartnere.

Hindringene for mer utstrakt bruk av støttekontakt ligger – etter brukerrepresentanters erfaring – først og fremst i mangel på samarbeid mellom sektorene, dessuten i dårlig lønn og mangelfull oppfølging og veiledning.

6.4 Samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og etablering av arbeidsplasser

6.4.1 Føringer fra departementet

En av de prioriterte oppgavene i rundskrivet for 1995 var å

få til et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å gi flere personer med alvorlige psykiske lidelser mulighet for å delta i arbeidslivet eller i tilrettelagt arbeidstilbud.

I rapportskjemaet skal kommunene svare på om det er etablert samarbeidstiltak, oppgi nærmere hvilke instanser som er involvert og hvor mange personer med psykiske lidelser som har deltatt i arbeidsmarkedstiltak.

I rundskrivet for 1996 vises det til at arbeidsmarkedsetaten har ansvar også for å bistå personer med psykiske lidelser.

I rundskrivet for 1997 beskrives de foreløpige resultatene fra det treårige forsøket «Arbeid med bistand» som da var avsluttet. Departementet opplyser at rapporteringen om bruken av de øremerkede tilskuddene i 1995 viste at 185 kommuner hadde etablert samarbeid med arbeidsmarkedsetaten. Det settes som et mål at samtlige kommuner skulle ha etablert samarbeid med arbeidsmarkedsetaten i løpet av 1997.

6.4.2 Situasjonen i kommunene

I den største kommunen vi besøkte (utenom Oslo), er det etablert et samarbeid med arbeidsmarkedsetaten om tilbud til enkeltpersoner. Så lenge kommunen prioriterer å følge opp personer som kommer rett fra sykehus, blir imidlertid aktivitet ved dagsenteret vurdert som langt viktigere enn samarbeid med arbeidsmarkedsetaten.

De fleste informantene i de øvrige kommunene som har synspunkter på dette, opplyste at de har fått lite ut av kontakten med arbeidsmarkedsetaten. Det blir forklart med at arbeidsmarkedsetaten opererer ut fra en selvhjelpsmodell som ikke passer for personer med psykiske lidelser. Det blir antatt at arbeidsmarkedsetaten ikke er orientert om departementets ønske om samarbeid om denne målgruppen, og heller ikke har fått midler til det. Behovet for flere egnede, lokale arbeidsplasser blir imidlertid understreket i de fleste kommunene.

Brukerrepresentantene mente at det burde være mulig å få til flere vernede arbeidsplasser. Hovedinntrykket deres var at arbeidsmarkedsetaten som oftest ikke satser på denne målgruppen.

Vårt inntrykk ut fra intervjumaterialet er at svært få av de arbeidsplassene som er etablert, er kommet i stand som følge av samarbeid med arbeidsmarkedsetaten. Noen steder blir det bare henvist til det generelle ansvaret tiltaks-konsulentene hos sosialsjefen har.

Én kommune har imidlertid brukt øremerkede midler til å etablere en bedrift med arbeidsplasser for personer med psykiske lidelser. Kommunen har nå overtatt det økonomiske ansvaret over ordinært budsjett.

På grunnlag av lokalkunnskap kunne psykiatrisk sykepleier i en annen kommune ta kontakt med mulige arbeidsgivere og finne plasser som passet for enkelte brukere. I denne kommunen er arbeidstreningsgruppen som sosialkontoret organiserer for psykisk utviklingshemmede, utvidet til også å kunne ha med brukere med psykiske lidelser.

Et sted eier kommunen en andel av en vernet bedrift hvor aktuelle brukere kan være i tre år.

Flere mente at kommunene i større grad burde bidra med midler til offentlige, tilrettelagte arbeidsplasser. En kommune har valgt sysselsetting som satsingsområde og vil, gjennom å øke antallet støttekontakter, bruke disse til å bistå med arbeidstrening.

6.5 Boligtilbud

6.5.1 Føringer fra departementet

Boligtilbud er i rundskrivet for 1995 om ordningen omtalt under avsnittet om kommunenes generelle ansvar. Kommunene har ikke plikt til å skaffe bolig, men «sosialtjenesten skal medvirke til å skaffe boliger med hjelpe- og verne-tiltak for funksjonshemmede». Departementet viser til Husbankens ordning med fullfinansiering av boliger for funksjonshemmede, og den kompetansen på spesiell tilrettelegging som kommunene har opparbeidet etter ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemming. Det framholdes at «Personer med alvorlige psykiske lidelser som har vært mange år i institusjon har vanligvis ikke egen bolig, og svært ofte heller ikke familie som de kan vende tilbake til.» Rundskrivet viser også til behovet for «bistand i bolig», personer med alvorlige psykiske lidelser vil trenge tilsyn og strukturering av tilværelsen for å unngå isolasjon og tilbakefall. Hjemmebaserte tjenester er kommunenes ansvar og departementet mener «ansvarsreformen for personer med psykisk funksjonshemming har vist at kommunene kan ta på seg omfattende omsorgsoppgaver dersom det gis særskilte økonomiske tilskudd».

I rapportskjemaet er det under «Andre tiltak..» spurt om det gis spesielle botilbud til personer med psykiske lidelser og i tilfelle, hvor mange personer som hadde det ved utgangen av det gjeldende året.

I rundskrivet for 1996 er det ført opp som et nytt område for bruk av tilskuddet å bidra til å gi «bo-, aktivitets-, pleie- og omsorgstilbud til pasienter som er ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten».

«Omsorgsboliger – en veileder» ble sendt som et felles rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet (I-29/97 og H-24/97).

I St meld nr 25 (s 41) vises det til at det i de senere årene er etablert gunstige støtteordninger til såkalte omsorgsboliger. Det er særskilt tilrettelagte boliger som disponeres av kommunen, men boligene kan organiseres i borettslag eller sameie med beboerne som eiere. Nye omsorgsboliger fullfinansieres av Husbanken med lån og tilskudd. For at en kommune skal få støtte, kreves det at det er lagt til rette for heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Departementet mener at personalet som skal yte disse hjemmebaserte tjenestene, trenger kunnskaper og gjennomarbeidede holdninger i forhold til oppgavene. For å bidra

til å møte opplæringsbehovet – særlig for denne gruppen tilsatte i kommunene, vises det til kurspakken «Støtte og lære» (jf kapittel 2).

6.5.2 Situasjonen i kommunene

Intervjuene gir et klart inntrykk av at den store utfordringen for kommunene ressursmessig sett, er å opprette boliger for utskrevne pasienter som trenger mye bistand.

I Oslo framstår dette som en konflikt om hvem som skal bygge ut dette tilbudet, kommunen sentralt eller bydelene.

I kommuner som ikke disponerer egne boliger/leiligheter, blir det framholdt at det er behov for ekstra tiltak, da mange er for syke til å bo alene. Hjemmehjelp og hjemmesykepleier er den eneste kontakten slike brukere har.

Én kommune disponerer et par plasser i en treningsbolig som brukes av flere kommuner, andre planlegger bruk av boliger som kommunen disponerer. I ett tilfelle var øremerkede midler brukt til å finansiere drift av et botreningstilbud som i hovedsak ble brukt av psykisk utviklingshemmede. Dette ble det imidlertid rettet på i 1997.

En av kommunene har boligene og planlegger å satse mer på botrening. I de øvrige kommunene er tilbudet både om boliger og bistand i ulike stadier av planlegging og gjennomføring.

Flere av informantene, spesielt i Oslo, framholder at det øremerkede tilskuddet «forslår lite» i denne sammenhengen, selv om det dreier seg om få brukere.

Brukerrepresentantene har inntrykk av at kommunene tar oppgaven alvorlig, men de hevder at noen er trege og lite flinke til å utnytte mulighetene som finnes. De framholdt at det kan være «god butikk» å satse på omsorgsboliger; kommunene kan spare personale ved å samle brukerne. Men det beste vil være å satse på mange forskjellige boformer med mulighet til å flytte innenfor tilbudene, til mer eller mindre bistand. I små, tette bomiljøer kan det lett oppstå vanskeligheter, og for en psykiatrisk pasient kan ensomheten ved det å bo i egen bolig være et dårligere alternativ enn en åpen institusjon. Det er derfor ikke grunn til for eksempel å kutte ut bruk av sykehjem som fungerer godt. Mer bruk av boveiledere ble anbefalt. Med en slik oppfølging og et bra dagtilbud vil mange kunne klare seg fint.

6.6 Målgrupper

6.6.1 Føringer fra departementet

Tittelen på det første rundskrivet er «Øremerket tilskudd for å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser i kommunene». Både opprettelse av

stillinger, etablering av dagtilbud og tettere samarbeid med arbeidsmarkeds-etaten er ment å skulle være rettet mot personer med «alvorlige psykiske lidelser». Det går fram av kriteriene for fordeling av tilskuddet at det er befolkningen over 16 år som er lagt til grunn.

Tilleggsbevilgningen til forebyggende arbeid blant barn og unge fordeles etter størrelse på befolkningen under 16 år. I rundskrivet for tilleggsbevilgningen prioriteres samarbeid som skal tjene «barn og unge som trenger bistand fra flere kommunale etater.»

Rundskrivet for 1996 «Styrking av tilbudet i kommunene til personer med alvorlige psykiske lidelser» gjelder alle aldersgrupper. Dette er tydeliggjort i rundskrivet for 1997 med tittelen «Styrking av tilbudet i kommunene til personer med alvorlige psykiske lidelser og til forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge».

Tilskuddsmidlene er imidlertid fortsatt todelt – med ett beløp som fordeles etter befolkning over 16 år og et annet beløp som fordeles etter antall befolkning fra 0 til 16 år i kommunene.

Det går ikke fram om oversikten over behov og planleggingen av tiltak, som kommunene fikk i oppgave å utarbeide i 1996, kan avgrenses til voksne. Det går heller ikke fram om kartlegging og planarbeid skal avgrenses til personer med «alvorlige» psykiske lidelser. I kommentarene til rundskrivet for 1998 er det imidlertid presisert at kartleggingen også skal omfatte barn og unge som har behov for tjenester/tilbud.

En annen ny oppgave i 1996 har en klart definert målgruppe som kommer inn under begrepet «alvorlige psykiske lidelser». Det gjelder tilbud til «pasienter med psykiske lidelser som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten».

6.6.2 Situasjonen i kommunene

For å belyse hvilke brukere som nås av tilskuddsordningen, vil vi se på hva informantene oppgir som målgrupper i kommunene.

Beskrivelsen av hvilke målgrupper som blir prioritert i de utvalgte kommunene, kan deles i to:

1. I hvilken grad skilles målgruppene ut etter diagnose/funksjonsnivå?
(Departementet har gitt signaler om at det er personer med alvorlige psykiske lidelser som skal prioriteres.)
2. I hvilken grad prioriteres den delen av tilskuddet som skal gå til forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge, sammenliknet med den delen som retter seg mot tiltak til personer med alvorlige psykiske lidelser?

Når det gjelder punkt 1, har alle kommunene personer med alvorlige psykiske lidelser med i målgruppen for sin satsing. Noen sier at de kun satser på disse

brukerne. Det argumenteres for at man først må hjelpe dem som er hardest rammet. Det kommer fram at definisjonen av «alvorlige psykiske lidelser» ikke er entydig. Noen definerer gruppen ut fra diagnose, andre ut fra funksjonsnivå, og det kan være uklart hvilke diagnoser og på hvilket funksjonsnivå skillet mellom lettere og alvorlige lidelser går.

Flere kommuner sier at de også prioriterer personer med lettere psykiske lidelser. Argumenter for dette er at såkalte lettere lidelser kan oppfattes som svært alvorlige og hemmende for enkeltpersoner. Tiltak for disse kan dessuten fungere som forebygging i forhold til utvikling av mer alvorlige lidelser. I én kommune er det foretatt en behovskartlegging av personer med lettere psykiske lidelser og det er lagt inn i psykiatriplanen en satsing på denne gruppen. Det blir framholdt at det ikke går fram av rundskrivene at tilskuddet skal være reservert for dem med alvorlige psykiske lidelser.

Brukerrepresentanter har oppfattet det slik at det er personer med alvorlige psykiske lidelser som har førsteprioritet i mange kommuner. De understreker imidlertid at det ikke bare er personer med alvorlige psykiske lidelser som det må gjøres noe for. Forebygging og tiltak for dem med lettere lidelser er vel så viktig. Det er i denne gruppen at antallet personer med problemer vokser, hevdes det.

Ifølge brukerrepresentanter er det store mørketall når det gjelder forekomsten av personer med lettere psykiske lidelser. Kommunenes behovskartlegging bør i mye større grad omfatte denne gruppen og ikke bare de med det største hjelpebehovet, som hjelpeapparatet allerede kjenner til.

Punkt 2 gjelder den delen av tilskuddet som går til forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge. Det er bare hos tre kommuner i utvalget at det går fram at de har en klar prioritering av denne målgruppen. Disse kommunene mener å ha tatt konsekvensen av at barn og unge er innlemmet som målgruppe. En av kommunene uttrykker det slik: «Vi har satt fokus på at barn er likeverdige innbyggere. Det er ikke alle kommuner som behandler dem som det i psykiatriplanene sine.» En av de andre kommunene har utarbeidet en egen psykiatriplan for barn og unge, og har synliggjort satsingen i 1998-budsjettet ved at oppvekstetaten har fått overført midler til psykisk helsevern.

Fem kommuner nevnte ikke noe om at barn og unge er en av målgruppene for dette tilskuddet.

I noen kommuner er man bekymret fordi behovet for målrettede tiltak for barn og unge er stort. Flere kommuner har for eksempel registrert en økning av psykiske lidelser hos barn og unge. Det blir hevdet at det er en tendens til at barn med psykiske lidelser betraktes som barn med atferdsvansker, og som dermed ikke har behov for psykisk helsevern. Disse kommunene har imidlertid ikke prioritert forebyggende tiltak for barn og unge like høyt som tiltak for voksne med alvorlige psykiske lidelser. En av årsakene er at begrensede ressurser gjør at tilbud til utskrevne psykiatriske pasienter har blitt prioritert først. En annen årsak

sies å være at det er mangel på kompetanse i forhold til barn og unge hos psykiatrisk sykepleier og andre.

Flere av brukerrepresentantene kommenterer ikke at barn og unge er en av målgruppene for tilskuddet. En brukerrepresentant understreker at dette er et prioriterings spørsmål, der det er viktig med tiltak rettet mot både barn, unge og voksne. Men det er viktigst å satse på dem som trenger hjelp nå (voksne) og satsingen på barn og unge får komme senere.

Gjennomgangen av hvor utbredt samarbeidet om forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge (jf punkt 5.4.1) er, viser at dette er et felt som hittil har vært lavt prioritert i mange av utvalgs kommunene.

7 Informasjon om tilskuddsordningen

Kapitlene 5–6 omhandler de ulike leddene i effektkjeden. I kapitlene 7–10 er det sider ved forvaltningen av tilskuddet som er tema.

En sentral forutsetning for at et øremerket tilskudd skal virke etter hensikten er at det gis god informasjon om tilskuddsordningen. I dette kapitlet ser vi derfor nærmere på informantenes oppfatninger og bruk av de viktigste kildene for informasjon fra Sosial- og helsedepartementet; rundskriv, veiledninger og annen informasjon.

7.1 Rundskrivene fra departementet

Hovedinntrykket fra intervjuene er at kommunene stort sett er fornøyde med utformingen av rundskrivene, i den forstand at de synes rundskrivene gir tilstrekkelig informasjon om den øremerkede tilskuddsordningen. Utsagn som går igjen er «greie» og «OK».

Inntrykket er videre at rundskrivene har blitt mer informative og konstruktive enn de var til å begynne med, noe som gjenspeiles i kommentarene fra kommunene.

Flere av informantene gir imidlertid uttrykk for at det er uklart hvilke målgrupper departementet mener kommunene skal benytte tilskuddet til og viser til rundskrivenes titler. Der heter det at tilskuddet skal benyttes til personer med alvorlige psykiske lidelser og til forbygging av psykososiale problemer blant barn og unge. I denne forbindelsen kan det oppstå spørsmål om alvorlige lidelser henspiller på hvilken diagnose brukeren har eller hvilket funksjonsnivå han eller hun befinner seg på.

Når det gjelder meninger om hvor styrende rundskrivene skal være, det vil si hvor konkret departementet skal angi krav til bruk av midlene, fordeler synspunktene seg noenlunde etter informantgrupper. Særlig de psykiatriske sykepleierne, men også bydelsoverlegene i Oslo, synes rundskrivene er for generelle. De mener rundskrivene burde inneholde flere forslag til løsninger eller modeller som kunne hjelpe kommunene og bydelene i etablering av tilbud.

Flere av de psykiatriske sykepleierne etterlyser sterkere styringssignaler og sier det ville være til stor hjelp om departementet presiserer ytterligere hva pengene skal brukes til. Brukergruppen er tung å arbeide med, og det er vanskelig å få politisk og administrativ ledelse til å forstå at gruppen trenger et godt tilbud.

Tre psykiatriske sykepleiere foreslår at rundskrivene også bør opplyse om hva pengene ikke skal brukes til. De har blant annet erfart at når det kommer midler, så er plutselig alt psykisk helsevern, for eksempel røykeavvenningskurs. «Det er kamp om statlige midler – alle vil ha noe. De som er nevnt i rundskrivet stiller sterkest i forhold til å vinne fram.»

Flere av helse- og sosialsjefene mener at rundskrivene inneholder for mye detaljer. «Kommunene finner uansett fram til det som er best og tilpasser dette til hva direktivene fra staten sier. Det som passer ett sted, passer ikke nødvendigvis i alle kommuner.»

Enkelte i den administrative ledelsen i kommunene mener også det er for uklare signaler fra departementets side om bruken av midlene, og at rundskrivene er vanskelige å tolke. Mange har små forventninger om hvor presis departementet kan være overfor kommunene og sier de ikke kan forvente ytterligere presisering.

De psykiatriske sykepleierne mottar også rundskrivene. Unntaket er en av bydelene i Oslo, der psykiatrisk sykepleier er relativt nytilsatt. Hun fikk ingen informasjon om det øremerkede tilskuddet da hun begynte i jobben. Informasjon om tilskuddet har hun innhentet fra tidligere tilsatte og psykiatriske sykepleiere i andre bydeler.

I noen kommuner mottar og leser politikerne rundskrivene fra departementet, andre steder har politikerne ikke kjennskap til at slike retningslinjer eksisterer.

7.2 Oppfatninger om og bruk av veiledningsmateriale og annen informasjon fra statlige myndigheter

De fleste informantene er enige om at gode eksempler fra andre kommuner er nyttig informasjon som bør spres ut til alle kommunene.

I tre kommuner opplyser de psykiatriske sykepleierne at de benytter kurspakken «Støtte og lære»²⁷ hovedsakelig til veiledning av støttekontakter, hjemmehjelpere og annet ufaglært personell som skal ha med personer med psykiske lidelser å gjøre.

En av de psykiatriske sykepleierene sier at rådmenn, leger og andre også burde få veiledning og opplæring for å forstå litt mer av hva psykiske problemer innebærer. Disse tar ikke kontakt med psykiatrisk sykepleier for å spørre om råd. Det er et problem at kommunelegefunksjonen er redusert. Leger i slike tilsetningsforhold hadde et annet forhold til pasienter med psykiske lidelser.

Flere kommuner har hatt nytte av planverktøyet «Helhetlig psykiatriplanlegging», som er utarbeidet ved SINTEF-NIS i Trondheim. De som har benyttet seg av «Helhetlig psykiatriplanlegging» er positive og sier det har gitt inspirasjon i planleggingen.

Håndboken «Snu på flisa!» ble også nevnt som et brukbart verktøy.

²⁷ Vi utelukker ikke at «Støtte og lære»-kurset benyttes andre steder, men det ble ikke nevnt eksplisitt under intervjuene.

En av helse- og sosialsjefene bruker informasjonssystemet (jf punkt 2.5) aktivt, ikke minst overfor politikerne. Nøkkeltallene blir nedfelt i budsjettokumenter for å illustrere kommunens situasjon. Han bemerker at tallene bærer preg av at kommunene er ulikt organisert og at han håper KOSTRA²⁸ kan gjøre rapporteringssystemene enklere og smidigere.

Regionale konferanser, kurs og liknende samlinger er ønsket i større grad. En av bydelsoverlegene savner å få delta på slike fylkesvise konferanser. Han foreslår at departementet eller andre arrangerer samlinger med orientering om sentrale utredninger. En effekt av slike samlinger vil også være at fagfolk treffes og kan utveksle erfaringer. Dette synspunktet understøttes av andre som mener en har større utbytte av å sette av en dag til slike formål enn av å lese skriftlig informasjon. Skriftlig veiledning kunne heller være supplerende informasjon.

Alle er imidlertid ikke enige i nytten av kurs og konferanser. En helse- og sosialsjef synes slike samlinger får karakter av enveiskommunikasjon og er bortkastet tid.

²⁸ KOSTRA står for KOrmmune-STat-RApportering.

8 Rapporteringen fra kommunene

8.1 Innledning

Rapportering om bruk av de øremerkede midlene inngår som et viktig ledd i tilskuddsforvalters oppfølging og kontroll av det øremerkede tilskuddet, jf § 3.2. i økonomiregelverket for staten.

I de tilfellene rapporteringsskjemaer benyttes, er det en viktig betingelse for å oppnå god kontroll med tilskuddsordningen at skjemaene er utformet på en måte som sikrer relevant informasjon. I dette kapitlet redegjør vi i korthet for hvordan rapporteringsskjemaet er bygget opp og hvilke spørsmål som stilles. Deretter ser vi på et utvalg av konkrete og kritiske innspill til rapporterings-skjemaet som kom til uttrykk under intervjuene.

Det er viktig å merke seg følgende distinksjon når det gjelder eventuelle feil i rapporteringsmaterialet:

- Pengene brukes feil, i den forstand at kommunen disponerer midlene til andre formål enn forutsatt. Rapporteringen kan være slik at den kamuflerer bruk av midler til uintendert virksomhet.
- Rapporteringen er feil på den måten at det ikke gis et riktig bilde av kommunens aktivitet innenfor de tilskuddsberettigede områdene.

På bakgrunn av en sammenholdelse av rapporteringsskjemaer for 1997 med hva som kom fram under intervjuene, drøfter vi om rapporteringen har ovennevnte feil eller på andre måter inneholder svakheter som reduserer rapportmaterialets verdi som beskrivelsen av virkeligheten.

Et slikt empirisk supplement kan være nyttig, da analysen i denne rapporten i hovedsak tar utgangspunkt i rapporteringsskjemaene for 1996, mens intervjuene ble foretatt i perioden januar til mars 1998. Mange av informantene har best kunnskap om og fokuserer mer på aktiviteten i 1997 enn i 1996, ikke bare på grunn av nærheten i tid, men også fordi mange tiltrådte stillingene i løpet av 1997. Særlig gjelder dette de psykiatriske sykepleierne som er en sentral informantgruppe.²⁹

Før presentasjonen av synspunkter på selve skjemaet og drøftingen av dette, sammenfattes imidlertid informantenes generelle oppfatning om rapporteringen til fylkeslege og departement. Det er rimelig å anta at tilskuddsmottakernes tilslutning til rapporteringen har betydning for hvor vellykket tilskuddsordningen er. I hvilken grad tilskuddsmottakerne spiller på lag med tildelings-

²⁹ Tiltredelsestidspunkt for de psykiatriske sykepleierne har sammenheng med at disse stillingene er et av tiltakene det øremerkede tilskuddet er benyttet til og således en direkte effekt av ordningen.

instansen, kommer delvis til uttrykk gjennom hvilken innstilling de har til rapporteringskrav.

8.2 Synspunkter på rapporteringen generelt

- Det er positivt at det stilles krav til kommunene.
- Rapporteringen fungerer greit, selv om den kommer i tillegg til andre oppgaver.
- Rapportering er absolutt det kjedeligste kommunen gjør, den gjøres med «harelab» og av plikt.
- Vi ser at rapportering er et virkemiddel for departementet, men den har liten egeninteresse for kommunene og er således unyttig for oss.
- Tilbakemeldinger er offentlig tilgjengelige. Ofte medfører offentliggjøringen sammenlikning med andre kommuner, noe som medfører unødig tidsbruk for kommunene til å forklare hva tallene i skjemaet betyr.
- Rapporteringen går via for mange nivåer.

Hovedinntrykket av kommunenes oppfatninger om rapporteringsarbeid er noe delt. Enkelte synes rapportering er greit og uproblematisk, andre utfører arbeidet av plikt og ser ikke noen egenverdi i dette. I tillegg til arbeidsbelastning som rapporteringen i seg selv medfører, oppleves det som en ekstra belastning å bruke ytterligere arbeidstid til å forklare innholdet i rapportene for utenforstående (media o a).

8.3 Rapporteringsskjemaets oppbygging og innhold

Det har allerede fra rapporteringen startet vært lagt opp til at kommunene sender rapportene til fylkeslegen. Fylkeslegen lager en samlet framstilling og sender den til Sosial- og helsedepartementet. I Oslo inngår ytterligere et ledd i rapporteringsprosedyren idet bydelenes rapportering går via kommunen sentralt til fylkeslegen. Fylkeslegen følger deretter tilsvarende prosedyre som landets øvrige fylkesleger, og sammenfatter samtlige rapporter før oversendelse til departementet.

I hovedsak har rapporteringsskjemaet for årene 1996, 1997 og 1998 fulgt oppsettet fra det første skjemaet for 1995. Skjemaet er delt inn i tre hoveddeler, med følgende titler:

- I. Bruk av øremerkede midler 199..
- II. Kommunen har disponert de disponible midlene i 199.. til:
- III. Andre tiltak rettet mot personer med psykiske lidelser.

I del I skal det gis opplysninger om disponibelt beløp i rapporteringsåret og hvor stor del av beløpet som er benyttet. Deretter bes kommunene oppsummere hvilke typer tiltak midlene er brukt til. Vedtak om hva eventuelle overføringer til neste år skal brukes til må legges ved.

Del II inneholder fem eller flere underpunkter som angir prioriterte tiltaksområder som er presisert i rundskriv om tildeling av tilskuddet. Kommunene skal gi opplysninger om disponering av midler innenfor hver av de prioriterte områdene. De fem faste underpunktene er opprettede stillinger, kompetanse-tiltak, dagtilbud, samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge.

Til slutt i del II følger et åpent spørsmål med følgende ordlyd: «Dersom kommunene ikke har brukt sin del av det øremerkede tilskuddet på ... mill. kroner til de prioriterte områdene i 19... (rundskriv...), hva er da midlene brukt til?»

I del III samles diverse aktiviteter departementet vil vite om kommunen har iverksatt, herunder støttekontakt, botilbud, samarbeid med fylkeskommunen om tjenester for personer med psykiske lidelser og koordinering av tjenestetilbudene til denne brukergruppen.

Fra 1998 spørres det ikke lenger om det foreligger handlingsplan for tjenester til personer med psykiske lidelser i kommunene, da politisk vedtatt plan er blitt en betingelse for å utløse det statlige tilskuddet.

Rapporteringsskjemaene for årene 1995 og 1996 inneholdt i tillegg en avsluttende «invitasjon til å gi en kort beskrivelse av enkelttiltak som kommunen har gode erfaringer fra og som kan være nyttig å spre til andre kommuner».

8.4 Synspunkter på rapporteringsskjemaet

I det følgende siteres ulike informanternes innspill om rapporteringsskjemaet:

- Skjemaet er for dårlig. En kan ikke spørre «hvor stor del av tilskuddet for 1996 ble overført til 1997», og tro at når en legger til tilskuddet for 1997 så får en «sum tilskudd disponibelt i 1997». En må isteden legge inn et spørsmål om hvor mye av øremerkede tilskudd fra tidligere år som var til disposisjon per 1. januar 1997.
- Det hadde vært klokt å legge inn en summeringslinje i det punktet der en skal spesifisere med kronebeløp hvilke tiltak en har brukt de øremerkede midlene til i løpet av året. Poenget må jo være at summen her skal være lik sum hvor stor del av disponibelt tilskudd i 1997 ble brukt i 1997, og da er det greit å summere for å se at dette stemmer – noe jeg (representant for økonomistab i en kommune) i ettertid ser at det ikke gjorde i rapporten vår for 1996).

-
- Fanger bare opp biter av virkeligheten. Rapportene gir for eksempel ikke god nok informasjon om ordningens resultater, fordi tiltakene er vanskelige å registrere. Dessuten er det vanskelig å gi et fullstendig bilde av tiltakene, jf små rubrikker som ikke imøtekommer behov for å skrive mer enn stikkord.
 - Upresise føringer om hvor omfattende svar som ønskes.
 - Detaljeringsgraden må ikke bli mindre.
 - Ville være bedre å bruke måltall, for eksempel psykiatriske sykepleiere, boliger osv i forhold til antall innbyggere i kommunen.
 - Bør spørre om allmennlegers virksomhet; de har direkte kontakt med mange brukere og er samarbeidspartnere til mange etater og aktører innenfor psykisk helsevern.
 - Støttekontakter foreslås registrert med antall årsverk.
 - Etterspør ikke om kommunene har brukt midler til eller har opprettet samarbeid med brukerorganisasjoner og på den måten initiert brukermedvirkning i oppbygging av tjenestetilbudet.
 - Fungerer dårlig som styringsredskap, fordi det ikke framgår noe om effektene av tiltakene det rapporteres om.
 - Bør være strengere for å unngå at midlene brukes til andre formål enn intendert.
 - Fanger ikke opp at det tar tid å bygge opp tilbud og at resultater først synes om noen år.
 - Bør gjenspeile den utviklingen og de satsningsområdene som departementet legger opp til, jf rundskrivenes prioritering av ulike områder fra år til år. I kommunene er det i tråd med dette en utvikling som går noenlunde parallelt hva gjelder oppbygging av tilbud. Det første året var det viktig for eksempel å få oversikt over fagstillinger i kommunene, det neste året dagtilbudet, deretter støttekontaktordningen og boliger.
 - Departementet bør stille spørsmål om hva de øremerkede midlene har ført til av tilbud utover det kommunene fra før har tilbudt personer med psykiske lidelser.
 - Siste punkt i skjemaet – om forslag og gode ideer – fylles ikke alltid ut. En av fylkeslegene forklarer dette med at det sannsynligvis er i samtaler mellom fagfolk at ideer kleskes ut, og ikke ved å lese om andres tiltak i rundskriv eller annet.

Informantenes innspill til rapporteringsskjemaet kan i grove trekk sammenfattes til at de opplever det som vanskelig å presentere en kompleks virkelighet med korte svar i et spørreskjema. Konkret kommer dette til uttrykk ved at rubrikkene er for små, det mangler rubrikker for flere tiltak og tjenester som kommunene legger vekt på, og skjemaet fanger ikke opp det arbeidet som legger føringer for tiltak som først vil synes om noen år.

Som eksempel på sistnevnte innvending kan nevnes at en kommune kan ha investert i lokaler og på ulike vis forberedt igangsetting av dagaktiviteter, men driften er ennå ikke igangsatt. I skjemaet etterspørres hvilken aktivitet som er i drift, hvor mange personer som får tilbud og antall årsverk knyttet til virksomheten. Skjemaet er med andre ord ikke tilstrekkelig tilpasset alt arbeid som utføres i forkant av en aktivitet. Tilsvarende fokuserer spørsmålet om boliger på antall brukere som har hatt tilbud i rapporteringsåret, og ikke hvor langt kommunen er kommet i eventuell planleggingen av spesielt tilrettelagte boliger.

8.5 Forholdet mellom rapportopplysninger og informasjon

Hensikten med å se på sammenhengen mellom rapportering og intervjuene, er å undersøke om rapporteringsskjemaet kan være utydelig med hensyn til hvordan rapporteringen skjer (er rapporteringen riktig?) og hva det rapporteres om (rapporteres det om de riktige tingene?).

8.5.1 Bare tiltak i kommunens regi?

En av bydelene i Oslo rapporterer om dag- eller aktivitetstilbud som – sammenliknet med tilsvarende type tiltak i andre bydeler – ligger over gjennomsnittet. Dette bidrog til at bydelen ble valgt ut som intervjuobjekt under kategorien «høy aktivitet».³⁰

Det viste seg imidlertid at et av Oslos distriktpsykiatriske sentra, det vil si et andrelinjetilbud, er lokalisert i kommuneadministrasjonen i bydelen. Senteret har bare denne bydelen som nedslagsfelt, men det er likevel misvisende å føre opp et andrelinjetilbud som bydelens dagtilbud. I denne sammenhengen er det ikke relevant at det faktisk er bydelens egne innbyggere som benytter tilbudet, og at målsettingen er å overføre tilbudet til førstelinjetjenesten.

8.5.2 Tiltak bare for personer med psykiske lidelser?

Ifølge rapporteringsskjemaet disponerte en av Oslos bydeler i 1997 midlene i hovedsak til drift av en institusjon for psykisk utviklingshemmede. Informantene i bydelen, særlig psykiatrisk sykepleier, legger vekt på at dette ikke er riktig bruk av pengene. Bydelsoverlegen sier også at bruken har vært «på kanten», og at i 1998 skal ingen psykiatrimidler gå til denne institusjonen.

³⁰ Se bilag til Vedlegg II, utvalgsmetode.

Psykiatrisk sykepleier i en av kommunene forteller at dagsenteret i kommunen, som mottar en stor andel av de øremerkede midlene, er åpent for personer med psykiske lidelser kun fire timer to dager i uken, resten av tiden benyttes senteret av andre brukergrupper. Rapporten beskriver situasjonen annerledes. Her framgår det at det gis dagtilbud til personer med psykiske lidelser fem dager i uken.

Det omtalte dagsenteret er en etablert institusjon som gjennom flere år har gitt tilbud til brukergrupper som psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede m.fl. Ifølge psykiatrisk sykepleier brukes midlene til psykisk helsevern til å opprettholde kommunens dagsenter, og finansierer dermed tilbud til andre brukergrupper.

Poenget med de to eksemplene er at tilskuddet ikke går til tilskuddsberettiget virksomhet, og at kommunene således ikke rapporterer om de riktige tingene.

8.5.3 Et dagtilbud er lik et dagtilbud?

I rapporteringsskjemaet spørres det om kommunen har dagtilbud, hvilken aktivitet som eventuelt er i drift og hvor mange personer som i løpet av en uke får dette tilbudet.

Antakelig er kommunenes dagtilbud svært ulike. Vår begrunnelse for å anta dette, beror på besøk i to kommuners aktivitetshus.

Én kommune har et eget hus med mesteparten av de fasilitetene som forbindes med et fullverdig hjem. Dette innebærer at brukerne kan sysselsettes med hobbyer av ulike slag; matlaging, søm, snekring, tv-titting osv.

I den andre kommunen består lokalene for dagtilbudet av to små, trekkfulle rom i et gammelt og forfallent hus. Hvert av aktivitetsrommene har plass til en til to personer. Hvis rapporteringsskjemaet i dette tilfellet er eneste informasjonskilde, vil denne kommunens dagtilbud framstå som jevngodt med andre kommuners.

I ovennevnte eksempler har kommunene rapportert om de riktige tingene, men skjemaet fanger ikke opp viktige nyanser av virkeligheten.

I tillegg til våre observasjoner, har fylkeslegen i Akershus kartlagt og klassifisert dagtilbudene i alle kommunene i Akershus og funnet at variasjonen er meget stor.

8.5.4 Hvordan registrere antall stillinger?

Del II i rapporteringsskjemaet, som handler om hva kommunene har disponert midlene til, etterspør blant annet opplysninger om stillinger.

Ved å sammenholde rapporteringen med intervjuene, kommer det fram uklarerheter rundt tabellen «opprettede stillinger». Det synes noe uklart om det

menes nyopprettede stillinger i de ulike årene, eller om det spørres om eksisterende stillinger som kommunene til enhver tid har.

En av de større kommunene har tolket spørsmålet som nyopprettede stillinger. Stillingene her ble opprettet i 1996, ingen nye stillinger ble opprettet i 1997 og 97-rubrikken står således tom. Hvis det derimot er eksisterende stillinger departementet etterspør har flere kommunene gitt feil opplysninger og deres rapportering er dermed ikke riktig.

I samme tabell bes vakanser oppgitt i parentes. Spørsmålet enkelte av kommunene stiller seg er om det menes «i tillegg til de opprettede stillingene» eller «som andel av opprettede stillinger». Igjen er rapporteringsskjemaet ikke tilstrekkelig, men må suppleres med intervju for å få fram korrekte opplysninger.

Eksemplene bekrefter at spørsmålet om stillinger kan misforstås, og sannsynligvis vil kommunene forstå innholdet på ulike måter. I tillegg til at rapporteringen i mange tilfeller ikke blir riktig, vanskeliggjøres sammenlikning mellom kommunene.

8.5.5 Lekkasjer – hvis de finnes – avsløres de?

I en av kommunene var en stilling som psykiatrisk sykepleier i administrasjonen opprettet før tilskuddsordningen ble iverksatt og således finansiert innenfor ordinært budsjett. Vår informant – for øvrig også en psykiatrisk sykepleier – hevder at da de øremerkede midlene kom, ble denne stillingen tatt ut av ordinært budsjett. Stillingen ble deretter finansiert med øremerkede midler til psykisk helsevern og rapportert som et nytt tiltak. Helsesjefen vedgår dette og forklarer det med budsjettekniske hensyn. Vår informant påpeker at dette er opplysninger som ikke kommer fram i rapporten.

8.5.6 Kommunens totale tilbud til personer med psykiske lidelser eller resultater av den øremerkede ordningen?

Tiltak for personer med psykiske lidelser skal ikke være noen særomsorg. Det kan derfor være vanskelig å avgrense hva det skal rapporteres om, hvis rapporteringen skal omfatte alle kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser.

Flere kommuner mener rapporteringen burde omfatte allmennlegenes arbeid med psykisk helsevern. Dersom det hadde vært tydeliggjort at rapporteringen bare skulle omfatte tiltak finansiert med de øremerkede midlene, hadde det vært greit å utelate legenes arbeid. Når departementet signaliserer at det er totalt antall stillinger de vil ha opplysninger om, blir det galt å ikke inkludere legetjenesten.

9 Fylkeslegens rolle i forvaltning av tilskuddet

9.1 Rollefordelingen mellom departementet og fylkeslegen

9.1.1 Hovedelementer i økonomiregelverket angående tilskuddsforvaltning og kontroll

Ifølge økonomireglementets §§ 3.2 og 3.3, er hovedelementene i tilskuddsforvalters rolle å formulere målsettingen for tilskuddsordningen. Tilskuddsforvalteren skal videre utarbeide oppfølgingskriterier samt utforme rapportmetoder om resultater i henhold til de fastsatte kriteriene. Tilskuddsforvalter skal også foreta oppfølging og kontroll overfor den enkelte mottaker – tilpasset den enkelte tilskuddsordning. I tillegg skal det gjennomføres evalueringer av om man oppnår de fastsatte målsettinger, med særlig vekt på forutsatte, samfunnsmessige virkninger.

Departementet kan delegere kontrollmyndighet til underliggende virksomheter. Departementet må da føre kontroll med at den underliggende virksomheten utfører oppgaven tilfredsstillende.

Kontrollen hos tilskuddsforvalter skal sikre korrekt saksbehandling ved tildeling og utbetaling av tilskudd. Det må være etablert metoder og tiltak som har til oppgave å avdekke og korrigere feil og mangler, jf økonomireglementets § 21.3.

Oppfølging og kontroll med tilskuddsmottakers bruk av midlene må i henhold til regelverket (funksjonelle krav pkt. 12-5.2) tilpasses den enkelte tilskuddsordning og ha et rimelig omfang i forhold til nytten. Det viktigste elementet i kontrollen vil bestå i å vurdere rapporter fra hver enkelt tilskuddsmottaker om resultater og økonomi. Det må videre foretas hensiktsmessige kontroller av kvaliteten på informasjon som er av betydning for tilskuddsstørrelsen.

I henhold til økonomiregelverket kan kontrolltiltak grupperes i følgende hovedalternativer:

1. En generell formalia- og rimelighetskontroll, dvs at rapportene er signert og attestert og at tallmaterialet ikke virker usannsynlig.
2. Stikkprøvekontroll for prøving av data som ligger til grunn for utarbeidelsen av innrapportert informasjon.
3. Gjennomgang og vurdering av innrapportert informasjon. (Er bare aktuelt for ordninger der tilskuddet gis som en andel av regnskapsførte utgifter, og dokumentasjonen sendes inn til tilskuddsforvalter, og er dermed ikke aktuelt for dette tilskuddet.)

9.1.2 Departementets rolle

For det øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern er Sosial- og helsedepartementet tilskuddsforvalter og kommunene er tilskuddsmottakere. Departementet har formulert målsettinger for tilskuddet. De har også formulert kriterier for tildeling av midler til kommunene, og de fordeler midlene ut fra de fastsatte kriteriene.

Sosial- og helsedepartementet har videre utarbeidet kriterier for oppfølging av tilskuddet og laget opplegget for oppfølgingen. Ansvar for den praktiske oppfølgingen overfor kommunene og kontrollmyndigheten er imidlertid delegert til fylkeslegen. Ifølge rundskrivene er en viktig del av oppfølgingen å innhente rapporter fra kommunene om hvordan midlene er brukt og hvilke resultater denne bruken forventes å få eller har fått for målgruppene. Departementet vektlegger videre at oppfølgingen skal skje i dialog med kommunene, der utveksling av erfaringer og effektiv utnyttelse av ressursene vil stå i fokus. Om dette samarbeider departementet med fylkeslegene.

Departementet gir rapportmaterialet tilbake og formidler annen relevant informasjon til kommunene.

Det er departementet som har ansvaret for å evaluere om de fastsatte målsettingene oppnås.

9.1.3 Fylkeslegens rolle

Fylkeslegen har fått delegert ansvaret for den praktiske oppfølgingen og kontrollen av tilskuddet overfor kommunene.

I det følgende presenteres fylkeslegens rolle slik den framgår av rundskrivene:

Fylkeslegen har ansvaret for å samle inn rapporteringsskjemaene fra kommunene innen fristen som departementet har satt. Implisitt ligger også ansvaret som fylkeslegen har for å purre kommuner som ikke sender inn skjemaet innen fristen.

Fylkeslegen har også ansvaret for å vurdere om tilskuddet er brukt etter forutsetningene. Fylkeslegen skal sjekke at rapporteringsskjemaet er tilfredsstillende utfyllt, for å kunne vurdere om midlene er brukt etter formålet. Det innebærer at fylkeslegen skal kontrollere at alle spørsmålene i rapporteringsskjemaet er besvart utfyllende, og at opplysningene om hva midlene er brukt til går tydelig fram.

Fylkeslegen har videre i oppgave å sammenfatte resultatene fra kommunenes rapporteringsskjemaer og deretter sende sammenfatningen til departementet.

Fra og med 1998 skal fylkeslegene ha en sentral rolle i oppfølgingen av kommunenes handlingsplaner for psykisk helsevern. Fylkeslegen skal blant annet gi en vurdering av planene og se til at kravene til innhold er oppfylt før tilskuddet for 1998 blir utbetalt. De kommunene som allerede har en

handlingsplan, skal sende planen inn til fylkeslegen sammen med et referat fra kommunestyrebehandlingen. Dette innebærer at fylkeslegen skal sjekke at referatet fra kommunestyret er vedlagt.

I rundskrivet for 1998 er det også kommet inn et avsnitt hvor det står:

Departementet stiller som vilkår for utbetalingen av det øremerkede tilskuddet for 1998, at økningen i dette tilskuddet medfører en tilsvarende økning i tjenestetilbudet sammenliknet med tilbudet i 1997.

Dersom kommunene har spørsmål i forbindelse med utfyllingen av rapporteringsskjemaet, skal de rettes til fylkeslegen.

Fylkeslegen – i samarbeid med Kommunenes sentralforbund – er oppfordret til å avholde fylkesvise konferanser med psykiatri som tema, for representanter fra kommunene, fylkeskommunen og departementet. Formålet er å øke samhandlingen og informasjonsflyten mellom kommuner, fylkeskommunen, fylkeslegen og departementet.

Alle fylkeslegekontorene har i 1998 fått en til to nye fireårige stillinger for rådgivere finansiert over statsbudsjettet. Formålet er å sette fylkeslegen i bedre stand til å ivareta den samlede kontakten med kommunene. Fylkeslegen skal gi bistand i kommunenes planarbeid, organisering, utvikling og gjennomføring av arbeidet med å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser i kommunene, samt bidra til kompetanseheving og være aktive formidlere av konkrete erfaringer.

9.2 Tre fylkeslegers oppfatning av egen rolle

Representantene for de tre fylkeslegekontorene vi har intervjuet, er enige om at det er en viktig oppgave for fylkeslegen å følge opp arbeidet med psykisk helsevern i kommunene. I praksis varierer imidlertid prioriteringen av denne oppgaven. Den har svært høy prioritet hos én fylkeslege. En annen innrømmer at oppgaven ikke har hatt førsteprioritet før innskjerpingen fra departementets side om oppfølging av rapporteringen kom i 1997. Hos den tredje fylkeslegen er inntrykket at en ønsker å prioritere oppgaven høyere, men at kapasiteten er begrenset.

Dette bildet gjenspeiles i hvordan fylkeslegene arbeider og hvordan de oppfatter sin rolle:

1. Ved det fylkeslegekontoret som har psykisk helsevern i kommunene som en høyt prioritert arbeidsoppgave, oppfattes fylkeslegen som en «etterretnings-sentral». På den ene siden mottar fylkeslegen informasjon fra departementet og sprer den ut til kommunene. På den andre siden samles informasjon fra kommunene og som sendes videre til sentrale myndigheter. Departementet bearbeider den informasjonen de har mottatt og sender tilbakemelding til kommunene. Tilbakemeldingen er en viktig forutsetning for kommunikasjonen

og for motivasjonen lokalt, hevder vår informant. I 1994 var representanter for fylkeslegen på besøksrunde hos de distriktsspsykiatriske sentrene. I 1996 var de hos alle kommunene på «tilskuddsbesøk» og spurte om hva som ble gjort innenfor psykisk helsevern. I 1997 var det igjen en besøksrunde hos sentrene. Vår informant opplever en nærmest rørende takknemlighet for denne oppmerksomheten. På spørsmål om hva de lokalt har bruk for fylkeslegen til, er det gjennomgående svaret «samtalepartner». Forholdet mellom kommune og fylkeskommune er ofte preget av gjensidig mistillit. Fylkeskommunen har opplevd fylkeslegen som «redningsmann» i denne sammenhengen, fordi de selv har hatt så dårlig forhold til kommunene (og vice versa). Derfor inviterte fylkeslegen til kontaktrunden i 1996, der andrelinjen også var med. Klimaet er bedre nå – med større forståelse av hvordan den andre parten tenker. Informanten anser det som en viktig del av fylkeslegens oppgave å lage et støttesystem for «ildsjelene» som arbeider i psykiatri. For eksempel bør de månedlige møtene mellom de psykiatriske sykepleierne foregå i arbeidstida. Informanten mener at dette er et viktig signal å gi.

2. Ved det fylkeslegekontoret som uttrykker at de i lengre tid ikke prioriterte oppfølgingen av denne tilskuddsordningen høyt nok, var arbeidet i hovedsak konsentrert om innsamling av kommunenes rapporter. Den utadrettede virksomheten var begrenset. Fylkeslegen fulgte imidlertid opp kommunenes bruk av midlene det første året (1995), før departementet hadde laget rapporterings-skjema. Informanten mener det var mer enn departementet kunne forvente av dem. Fylkeslegen har nå skjerpet oppfølgingen av rapporteringen, ved at mer enn en tredel av kommunene har fått oppfølgingsbrev fra fylkeslegen. Informanten tror kommunene nå har forstått at rapporteringen må tas på alvor, men at de nok ikke liker denne innblanding fra fylkeslegen. Informanten antar at kommunene ser på fylkeslegen som en «kontrollør», og ikke som en som er interessert i det faglige innholdet.

Ved dette fylkeslegekontoret mener de at de har for lite ressurser til å hjelpe kommunene med deres kompetanseutvikling.

3. Ifølge informanten hos den tredje fylkeslegen vi besøkte, går oppfølgingsarbeidet ut på å gi råd, veilede og føre tilsyn. Hvert år har fylkeslegen sendt brev til fagfolkene i kommunene om at «nå har pengene fra staten kommet og din kommune skal motta den og den summen». Dette gir fagfolkene bedre bakgrunn for å komme med innspill i planleggingen, og informanten tror at dette er nyttig for å hjelpe fagfolkene. Økonomene i kommunene har ikke alltid det beste samarbeidet med fagfolkene. I noen kommuner er det også konflikt mellom fagfolk. Fylkeslegen har ikke kapasitet til å gå inn i slike konflikter. Ved dette fylkeslegekontoret mener informanten at de var tidlig ute med veiledning i planarbeidet i kommunene. De har også reklamert for temahefter og veiledningshefter.

Informantene opplyser at det har kommet få eller ingen henvendelser fra kommunene til fylkeslegene angående forståelse av eller kommentarer til rundskriv og rapporteringsskjema. Det kommer fram av intervjuene i kommunene at årsaken kan være at rundskrivene har vært tydelige nok.

9.3 Oppfatninger av fylkeslegens rolle hos våre informanter i kommunene

Et generelt inntrykk på bakgrunn av intervjuene i kommunene er at fylkeslegen i liten grad har kontakt med kommunene i forbindelse med det øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern. I mange tilfeller består kontakten mellom fylkeslege og kommune i at fylkeslegen innhenter rapporteringsskjemaet, og at fylkeslegen purrer dersom fristen ikke overholdes. En psykiatrisk sykepleier uttrykker den manglende dialogen med fylkeslegen som frustrerende. Hun mener fylkeslegen burde være mer aktiv som en støttespiller i et tungt og ensomt arbeid.

I tillegg kommer den fylkesvise psykiatrikonferansen som noen av fylkeslegene arrangerer. Flere mener at konferansene fungerer bra, og at det vekker interesse for og gir en oversikt over feltet. Noen mener det er bedre å sette av en dag til dette, enn å lese mye skriftlig informasjon. I én bydel er det misnøye med at de ikke har blitt invitert på fylkesvis konferanse – noe det er behov for. Én informant mener at konferansene er en «enveiskommunikasjon» fra fylkeslegens side. Det oppfordres til at det ikke tas opp for mange temaer på konferansen.

I en kommune i det fylket som har fulgt opp rapporteringen grundigere siden 1997, liker man fylkeslegens rolle dårlig. Den karakteriseres som «bisperitas». Helse- og sosialsjefen ønsker heller at fylkeslegen har en tilsvarende rolle som skoledirektøren, som driver opplæring, forklarer lovverket, gir hjelp og støtte til å etablere nettverk osv.

10 Øremerking av statlig tilskudd

10.1 Generelt om statlige tilskuddsordninger

Overføring av tilskudd til kommunene³¹ er et av flere økonomiske virkemidler staten kan benytte for å nå nasjonale målsettinger.

I hovedsak kan overføringene skje på to ulike måter,

- ved ubundne tilskudd som er et generelt inntektsbidrag for å finansiere kommunenes virksomhet og som alltid vil være prioriteringsnøytralt, det vil si at det ikke knyttes til aktivitet, men fordeles etter faste kriterier
- ved øremerkede tilskudd som ytes til nærmere angitte formål i kommunene.

Rammetilskudd er generelle, ubundne tilskudd som fordeles etter såkalte objektive eller faste kriterier. Staten legger ingen bindinger for hvordan midlene skal brukes innenfor gjeldende lover og forskrifter. Hensikten med rammetilskudd til kommunene er blant annet å sette dem i stand til å oppfylle befolkningens krav på helsetjenester.

10.1.1 Nærmere om øremerkede tilskudd

Øremerkede tilskudd er tilskudd som kan være spesielt rettet inn mot visse funksjonsområder. Bakgrunnen for å overføre tilskuddet på denne måten er at staten ser behov for å stimulere kommunene til å øke aktiviteten innenfor de utpekte områdene, for eksempel innenfor psykisk helsevern. Avhengig av hvilke krav staten stiller til kommunene for utbetaling av midlene, skilles det mellom to typer øremerkede tilskudd:

- Tilskudd som i likhet med rammetilskudd fordeles etter faste kriterier, men som øremerkes en bestemt sektor eller oppgave. Statens intensjon er å sikre seg at de fordelte midlene går til en bestemt sektor eller oppgave, og kommunene settes i stand til³² og forpliktes til å bruke pengene til denne sektoren eller oppgaven. Øremerket tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser er et eksempel på denne typen tilskudd.
- Tilskudd som knyttes til aktivitet innenfor en bestemt sektor, aktivitet eller oppgave, der kommunen mottar midler fra staten i forhold til hva de selv yter. Kommunen kan påvirke beløpets størrelse, mens staten samtidig øker kontrollen med hva pengene går til. For å fullfinansiere tjenesten kreves det en kommunal egenandel. Tilskuddene betegnes ofte som prioriteringsvridende, fordi kommunene ikke bare settes i stand til å produsere den

³¹ Omfatter primær- og fylkeskommuner

³² Inntektseffekt

prioriterte tjenesten, men også forventes å produsere mer av denne tjenesten på bekostning av andre tjenester.³³

10.2 Øremerkede tilskudd til psykisk helsevern

Vi spurte informantene om deres syn på måten midlene overføres på – i form av øremerket tilskudd eller som en del av det generelle rammetilskuddet. Spørsmålet ble stilt fordi vi antar holdningene til overføringsmåten kan ha betydning for tilskuddets virkninger.

Informantene vi har intervjuet i kommuner og bydeler kan grovt sett deles inn i fire grupper:

- psykiatriske sykepleiere³⁴
- administrativ ledelse
- representanter fra økonomistab i administrasjonen
- politikere

Representanter for brukerorganisasjonene, andrelinjetjenesten og fylkeslegene utgjør de resterende informantgruppene. I noen grad samsvarer synet om øremerking med hvilken av disse gruppene informantene tilhører.³⁵

10.2.1 Psykiatriske sykepleiere: «Ja til øremerking!»

Informantgruppen som profilerer sitt syn sterkest, og som uten unntak har sammenfallende oppfatninger om å øremerke tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser, er de psykiatriske sykepleierne. Deres oppfatning om øremerking er utelukkende positiv.

Et gjennomgående argument for at tilskuddet bør øremerkes er at pengene «forsvinner» hvis de legges inn i rammen, det vil si hvis midlene overføres gjennom inntektssystemet. Videre er det et viktig poeng at psykiske lidelser må vies mer oppmerksomhet, og at tiltak for personer med slike problemer settes på dagsorden i kommunene. Etter de psykiatriske sykepleierens oppfatning er egne midler, øremerket for formålet, et svært hensiktsmessig virkemiddel for å oppnå disse målsettingene.

To av kommunene hadde jobbet med prosjekter før de øremerkede midlene kom. Disse kommunene, med de psykiatriske sykepleierene i spissen, opplevde de øremerkede midlene som «manna fra himmelen».³⁶

³³ Substitusjons- eller prioriteringsvridende effekt

³⁴ Herunder kommunepsykiater

³⁵ Når vi beskriver informantenes prinsipielle og generelle syn på øremerking som styringsvirkemiddel sies dette eksplisitt; ellers vil vi med uttrykket «syn på øremerking» mene syn på øremerking av midler til tiltak for personer med psykiske lidelser.

³⁶ Et av prosjektene var det såkalte «Tilgjengelighetsprosjektet». En av kommunene vi besøkte, hadde mottatt «Det Nyttet-prisen» for sin innsats her.

Øremerking ses på som en nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig forutsetning for at midlene blir brukt til riktig formål. Psykiatrisk sykepleier, som også har funksjon som psykiatrikoordinator i en av kommunene, er frustrert over at ikke engang øremerkingen er tilstrekkelig for at pengene brukes etter intensjonen, og lister opp flere eksempler som illustrerer disponeringer «på kanten». Likeledes mener psykiatrisk sykepleier i en annen kommune at departementet i rundskrivet må være enda mer konkret om hvordan midlene skal brukes: «Det burde være mer styring fra staten. Kommunene vet slett ikke best». Også i denne kommunen får vi beskrivelser av hvordan store deler av tilskuddet ikke kommer brukerne til gode.

10.2.2 Administrativ ledelse: «Tja til øremerking generelt, ja til øremerking til psykisk helsevern»

I samtlige kommuner er den administrative ledelsen (helse- og sosialsjef, helsesjef og bydelsoverleger) helt og holdent positive til å motta statlige midler til oppbygging av tiltak for psykisk syke i form av øremerkede tilskudd.

Helse- og sosialsjefen i en av bykommunene sier at tilskuddet er nødvendig for å få gjort noe med psykiatrien. Standpunktet underbygges av flere andre: «Politikerne er mer opptatt av utbyggingsprosjekter enn tiltak på helse- og sosialsektoren, det er ikke tradisjon i kommunene å tenke på psykiatri».

Helse- og sosialsjefene i to andre kommuner peker på nødvendigheten av å øremerke midler til en gruppe personer som ellers ville tape i politikernes prioritering: «Uten øremerking ville pengene gått til de eldre, det er mye enklere å argumentere for de eldres behov enn for de psykisk syke» og «dette er ikke en pressgruppe».

Det framheves videre at behov synliggjøres, og at kommunene klarer å opprette og opprettholde tilbud de ellers ikke ville hatt.

Den administrative ledelsen er imidlertid noe mer nyansert i synet på øremerking generelt sett. I flere av kommunene er det skepsis til for mye statlig innblanding.

Helse- og sosialsjefen i en relativt stor kommune er klar i sin tale: «Det er prinsipielt og generelt dumt med statlig øremerking. Lokaldemokratiet fungerer best hvis styringen overlates til lokale politikere, og det er også enklere å få politikerne til å drive prosesser når de er lokalt initiert framfor statlig.» Såvel denne helse- og sosialsjefen, som de øvrige informantene fra administrativ ledelse som generelt har innvendinger til statlig øremerking, mener imidlertid at øremerking på dette området er påkrevet.

10.2.3 Økonomistab: «Skepsis til øremerking generelt , stort sett ja til øremerking til psykisk helsevern»

Flere representanter fra økonomistaben i administrasjonen vurderer også nedslagsfeltet for dette tilskuddet som så spesielt og interessegruppen som så svak, at øremerking kan forsvares. Synspunktene varierer imidlertid fra utsagn som «jeg er uenig i øremerking, rådmannen vil følge opp denne gruppen dersom midlene legges inn i rammen» til «øremerking er i denne sammenhengen veldig bra fordi det setter tiltak for personer med psykiske lidelser på dagsorden og vi i administrasjonen og politikerne tvinges til å planlegge tiltak».

Generelt er imidlertid informantene fra økonomistaben oppgitte over at en økende andel av statens overføringer bindes opp, noe som vanskeliggjør planlegging og tilpassing av produksjonen og – ikke minst – undergraver det lokale initiativet.

10.2.4 Politikere: «Skepsis til øremerking generelt, ja til øremerking til psykisk helsevern»

Alle politikerne i vår informantgruppe er enige i at det må øremerkes tilskudd til kommunene til tiltak for personer med psykiske lidelser. Flertallet av politikerne uttaler i tillegg at øremerkede midler rett og slett er en betingelse for dette feltet, «det ville ikke vært slik satsing på psykisk helsevern uten de øremerkede midlene».

En politiker sier at det ikke engang ville være tilstrekkelig å binde opp midlene innenfor helse- og sosialfeltet, men at pengene må være eksplisitt øremerket tiltak innenfor psykisk helsevern. Han gir, i likhet med andre politikere, uttrykk for at synspunktene er uvanlige for en lokal politiker. Prinsipielt vil kommunepolitikerne ha større selvstyre og mindre innblanding fra staten og er forbeholdne når det gjelder øremerking generelt. Selv de største skeptikerne til øremerking later imidlertid til å gjøre unntak for dette formålet: «lokalpolitikere bør kunne prioritere selv, men det er en fordel at dette tilskuddet er opprettet».

En annen politiker peker også på det problematiske i å få «slenget midler over bordet» når det fokuseres på et problem i media. Det settes deretter igang tiltak lokalt, mens man er usikker på om eller når tilførselen av midler stopper. «Vi ønsker at staten bryr seg om, men ikke med hva som skjer lokalt.

10.2.5 Brukerorganisasjoner: «Ja til øremerking !»

Brukerorganisasjonene er alle tilfredse med at psykisk helsevern i kommunene endelig settes på dagsorden. Det er ingen vilje i kommunene til å ta fra andre områder, og innsatsen kommer først når det tilføres øremerkede midler.

10.2.6 Fylkesleger: «Øremerking til psykisk helsevern er nødvendig»

Likeledes er fylkeslegene vi intervjuet overbeviste om at det er nødvendig med øremerkede midler for å bygge opp et tiltaksapparat i kommunene. En av fylkeslegene hevder det er lite sprik mellom departementets og kommunenes mål og prioriteringer, men at andre kommunale sektorer vil kjempe om de samme midlene. Departementet må her være streng i sine krav til hva midlene skal brukes til.

10.3 Hvor lenge bør tilskuddet øremerkes?

10.3.1 Kommuner og bydeler: «Mange år!»

I to av bydelene pekes det på usikkerheten som er knyttet til om tilskuddet videreføres, og at dette vanskeliggjør en langsiktig planlegging. Bydels-overlegen i den tredje bydelen anslår at behovet for øremerking vil være sju til åtte år – til ting har «satt seg» og kan legges inn i rammen.

I kommunene er meningene klare på at tilskuddet må videreføres i flere år framover. Antall år som anslås, strekker seg fra minimum to år til iallfall 10 år. En av politikere sier aktiviteten bør styres enda noen år og begrunner dette slik: «Et tilfredsstillende tilbud til personer med psykiske lidelser er fremdeles kun på «unntaksperioden». Hvis midlene legges inn i rammen nå, er jeg i tvil om fokus opprettholdes».

Rådmannen i en av bykommunene sammenlikner denne tilskuddsordningen med det tidligere øremerkede tilskuddet til stillinger for miljøvernledere i kommunene. Mange kommuner opprettet slike stillinger og satset på miljøvern som da var «i tiden». Da midlene «forsvant», det vil si ble lagt inn i rammen, ble aktiviteten vannet ut og stillingene forsvant etterhvert. Rådmannen frykter tilsvarende utfall for denne ordningen, om ikke øremerkingen vedvarer enda noen år.

De viktigste argumentene som framføres for hvorfor øremerking fortsatt er nødvendig, kan oppsummeres slik:

- ordningen/tiltakene må «spikres»
- kommunene må stadig «ta flere hjem», hvilket genererer økt behov for tiltak
- utgiftene blir som regel høyere enn forventet
- viktig at saken «holdes varm» og forblir på dagsorden.

Alle er innforstått med at øremerkede midler før eller siden legges inn i rammetilskuddet og presiserer at ordningen ikke må endres over natten, men trappes ned gradvis.

10.3.2 Brukerrepresentanter: «Mange år!»

Mental Helse Norge trodde i utgangspunktet det ville holde med fem til seks år, men tror nå det er behov for øremerkede midler i flere år. Det er blant annet viktig med etablering av et politisk eierskap til disse oppgavene.

De regionale brukerorganisasjonene mener også tidsperspektivet bør være opp til åtte år. Det understrekes at ulempen med øremerking er usikkerhet med hensyn til hvor lenge øremerkingen varer.

10.3.3 Fylkesleger: «Kommunene må få beskjed i god tid før tilskuddet endres»

En av fylkeslegene foreslår ytterligere ett år med tilsvarende øremerking. Deretter kan en pott holdes av for kommuner som har kommet kort. Disse kommunene kan så søke om midler til tiltak.

Det er imidlertid viktig at kommunene får beskjed i god tid hvis/når tilskuddet faller bort.

10.4 Har det skjedd holdningsendringer etter innføring av øremerkede midler?

Vi er spesielt opptatt av om det øremerkede tilskuddet har medført holdningsendringer hos politikerne. Dette er interessant, fordi det er politikerne som fatter de formelle beslutningene om hvilke formål som skal prioriteres osv. Det er også viktig å se på hvilke holdninger administrasjonen har, ettersom de forvalter tilskuddet.

10.4.1 Politikerne: Gode intensjoner, men er det sammenheng mellom liv og lære?

I de fleste kommuner og bydeler er oppfatningen både blant de psykiatriske sykepleierne og i administrasjonen for øvrig at politikernes holdninger i noen grad er endret etter innføring av tilskuddet. Om ikke holdningene er endret så har de iallfall blitt tvunget til å sette disse problemstillingene på den politiske dagsorden.

En informant fra en av bydelene i Oslo sier de har en lang vei å gå med å få samme holdning til psykiske lidelser som til andre lidelser og problemer: «Politikerne er ikke spesielt obs på personer med psykiske lidelser, holdningene er noe preget av at dette er tabubelagt, de snakker ikke gjerne om det – og enkelte politikere synes vi stigmatiserer når vi tilbyr psykisk helsevern».

I tre kommuner sier psykiatrisk sykepleier at politikernes holdninger er ok, men at det mangler mye når det kommer til praktisk politikk.

Alle politikerne vi intervjuet svarer at de selv er svært engasjerte og at de enten alltid har vært engasjerte i dette feltet eller at de har blitt det de seneste årene.

10.4.2 Administrasjonen: Sannsynligvis en holdningsendring

Flere av informantene synes holdningsendringen er mer merkbar i administrasjonen enn blant politikere. En av kommunene sier det slik: «Det tar lengst tid å få forståelse blant politikerne, lettere med administrasjonen – herunder rådmannen og andre etater».

11 Intervjuundersøkelsen – oppsummering og vurderinger

11.1 Innledning

I kapitlene 5–10 har vi presentert informasjonen vi har fått ved å intervju ulike aktører i 12 kommuner og bydeler i Oslo samt representanter for brukere, fylkeslegekontorer og andre linjetjenesten.

I dette kapitlet oppsummerer vi informasjonen som kom fram under intervjuene. Stoffet er strukturert på samme måte som i de foregående kapitlene, det vil si at vi først vurderer de ulike leddene i effektkjeden (punktene 11.2–11.6) og deretter tar for oss sider ved forvaltningen av tilskuddet (punktene 11.7–11.10).

11.2 Tilskuddsbeløpet

Fra flere kommuner er tilbakemeldingen når det gjelder tilskuddsbeløpets størrelse, at beløpet er altfor lite. For eksempel «tar lønnsmidler til psykiatrisk sykepleier store deler av summen». Samtidig er det begrenset hva en kommune kan få til i løpet av kort tid. Det er mulig at kommuner som hadde startet arbeidet tidligere gjennom deltakelse i prosjekter som har pågått før tilskuddet kom, kunne fått utrettet mer med større tilskudd. I alle de utvalgte kommunene har tilskuddet imidlertid vært tilstrekkelig til å muliggjøre en merkbar ekstrainsats. Det er viktig også å ta hensyn til at tiltakene skal innpasses i kommunenes ordinære planer og budsjetter. Erfaringene viser at ikke alle kommunene har vært i stand til å bruke tilskuddet fullt ut i det enkelte året. Etter vår oppfatning vil forutsigbarhet i tilskuddets størrelse være viktig for å sikre at tilskuddene blir brukt som forutsatt.

11.3 Kompetansen i kommunene

11.3.1 Organisering av psykisk helsevern

Organiseringen av psykisk helsevern viste seg å være et viktig spørsmål i kommunene. Organiseringen har betydning for kommunenes forutsetninger for planlegging og gjennomføring av tiltak og for utnyttelse av fagkompetansen på en best mulig måte.

Hovedtendensen i intervjumaterialet viser at psykisk helsevern ikke har stått høyt på dagsordenen i kommunene fram til 1995, da det øremerkede tilskuddet ble innført. Alle kommunene og bydelene har imidlertid nå tilsatt minst én psykiatrisk sykepleier/psykiater i sin administrasjon. Nå er kommunene inne i en fase der organiseringen av arbeidet med psykisk helsevern er et viktig tema. Etter gjennomgangen av intervjumaterialet, framstår tre viktige poenger:

-
- For det første viser materialet at det er ulike oppfatninger av hva det innebærer i praksis at psykisk helsevern ikke skal være en særomsorg. Det er for eksempel et spørsmål om det er ønskelig å synliggjøre arbeidet for personer med psykiske lidelser ved å opprette egne enheter i kommunene, eller om dette går på tvers av prinsippet om at psykisk helsevern ikke er en særomsorg.
 - For det andre er det ulike oppfatninger mellom og innad i kommunene om de psykiatriske sykepleiernes arbeid skal være klientrettet eller koordinerende. Dette kommer blant annet til uttrykk i diskusjoner om hvilken avdelingstilhørighet / hvilket funksjonsområde psykisk helsevern skal ha / skal knyttes til, og hvor sentralisert de psykiatriske sykepleiernes funksjoner skal være. Intervjumaterialet viser at det i praksis er stor bredde i de psykiatriske sykepleiernes arbeidsmåter. Etter vår vurdering er det mange fordeler ved at en person (eller flere – i større kommuner) i kommuneadministrasjonen har til oppgave å koordinere planlegging, samarbeid, veiledning, tiltak og brukerkontakt. Spørsmålet som må avklares er hvilke oppgaver som skal tillegges den ansvarlige personen og hvordan organiseringen skal være, slik at disse oppgavene blir ivaretatt på best mulig måte. Av erfaringene så langt ser det ut til at tilknytning til helsefunksjonen ofte vil gi de beste vilkårene for å ivareta oppgavene.
 - For det tredje framstår de psykiatriske sykepleierne som svært sentrale og viktige i arbeidet med psykisk helsevern i kommunene. Etter vår vurdering virker det imidlertid som om de er sårbare. Informasjonen vi har fått viser at de psykiatriske sykepleierne i mange tilfeller blir stående alene eller ikke har de beste forutsetningene for å utføre en optimal jobb. Det nevnes i rundskrivet for 1998 at mange kommuner bare har tilsatt én person med relevant utdanning, og departementet skriver i den forbindelse at «Det kan være ønskelig at fylkeskommunene bistår i å etablere faglige nettverk, både gjennom utdanningstiltak og fagsamarbeid.» Vi mener at det er nødvendig å tilrettelegge for faglige nettverk, dersom funksjonen som kommunens ansvarlige for psykisk helsevern skal ivaretas på en god måte.

11.3.2 Behovet for og utviklingen av kompetanse

Etter at kommunene er blitt mer oppmerksomme på sitt ansvar overfor personer med psykiske lidelser – blant annet gjennom det øremerkede tilskuddet, er det også blitt større oppmerksomhet om behovet for kvalifikasjoner på området. Intervjumaterialet viser at det er store variasjoner i oppfatningene om kompetansebehov. De fleste kommunene mener imidlertid at de mangler kompetanse innenfor mange eller noen områder og profesjoner.

Det blir oppgitt ulike og sammensatte årsaker til at kompetansebehovet ikke er dekket. Dårlig økonomi, høy turnover, problemer med rekruttering og vanskelige arbeidsforhold blir trukket fram som årsaker til at det mangler fagpersoner i mange kommuner. Det er særlig mangelen på psykiatriske sykepleiere som trekkes fram. Videre er ikke alltid kompetansen bra nok. Mange informanter mener at leger ofte har manglende kompetanse på og

oppmerksomhet rettet mot psykiatrifeltet. Endringer i finansieringsordningen for primærlegene kan ha medvirket til dette. Dessuten blir ikke alltid kompetansen utnyttet på den mest formålstjenlige måten, hevdes det.

Kompetanseoppbygging for brukerne er satt i gang i begrenset omfang. Etter vår vurdering er det viktig å videreutvikle dette, slik at flere brukere kan ha en mer aktiv rolle i forhold til beslutningsprosesser som gjelder dem selv.

Det virker som om mange av de psykiatriske sykepleierne er «ildsjeler» som strekker seg langt for å hjelpe brukerne. Flere av sykepleierne forteller for eksempel at de er tilgjengelige på telefon hele døgnet. Det ser ut til at konsekvensen av kompetansemangel er at presset blir stort på de som stiller seg tilgjengelige for brukerne. Dette gjelder for eksempel psykiatriske sykepleiere, pårørende og i noen tilfeller leger.

Viktige former for kompetanseutvikling som er blitt trukket fram, er selve arbeidet, etter- og videreutdanning, veiledning, kurs, fagkonferanser og generell informasjon. Det er blitt understreket at det er viktig å være kritisk til framveksten av ulike kompetanseutviklingstilbud. Vi er enige i dette og mener at tilbudene må tilpasses det lokale behovet for kompetanseutvikling og ses i lys av utbyggingen av tiltak for brukerne.

Kommunene vi har intervjuet har i noe ulik grad benyttet seg av de ulike kompetansetiltakene som departementet har tilrettelagt for. Vi har et inntrykk av at ikke alle kommunene benytter seg av dette tilbudet fullt ut, til tross for at de kan ha behov. Det krever imidlertid innsikt og ressurser å sette seg inn i og ta i bruk tilbudene.

11.4 Behovskartlegging og planarbeid

Behovskartleggingen og arbeidet med planer for psykisk helsevern ser ut til å ha blitt tatt alvorlig i de kommunene vi har besøkt. De har alle tatt sikte på å få godkjent en plan innen juni 1998. Det virker derfor i tråd med kommunenes egne intensjoner at departementet i rundskrivet for 1997 prioriterer denne oppgaven høyere og «legger til grunn at alle kommuner som ikke allerede har en plan, et planutkast eller har påbegynt planarbeidet, starter opp dette innen 1. juli 1997» og i 1998 gjør utbetaling av tilskuddet avhengig av at plan er utarbeidet.

Grunnlaget for å utarbeide planer er som oftest kartlegging av kommunens behov. Vi er usikre på hvor god oversikten over behov er i alle kommunene. Selv kommuner som har avgrenset kartleggingen til personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha avgrenset dette på ulike måter. Målgruppen kan i praksis være personene som kommunen samarbeider med andrelinjen om eller det kan være enslige hjemmeboende som pleie- og omsorgstjenesten har kontakt med. Et tredje alternativ er å prioritere dem som faller helt utenfor tjenesteapparatet og ikke får noe tilbud.

Utgangspunktet for behovsvurderingen avhenger av om ansvaret er lagt til helsesektor eller til pleie- og omsorgssektor – eventuelt om sosialkontoret har vært trukket inn. Den samlede oversikten vil da avhenge av kommunikasjonen mellom de kommunale sektorene og mellom første- og andrelinjen, og av hvordan planarbeidet har vært organisert.

Departementet lar det være opp til kommunene å avgjøre hvordan arbeidet skal legges opp og viser til de forskjellige hjelpemidlene som kommunene kan benytte – blant annet for å sikre brukermedvirkning.

Arbeidsmåten må nødvendigvis være forskjellig i store og små kommuner, og den må legges opp etter hvordan ansvaret lokalt er plassert. Vårt klare inntrykk på grunnlag av intervjuene er imidlertid at nytten av planarbeidet er langt større der flere instanser har vært trukket med. Da har planarbeidet bidratt til avklaring og utvikling av samarbeidsforhold som i neste omgang har betydning for tjenestetilbudet i kommunen. Deltakelse i planarbeid skaper en forpliktelse til oppfølging senere.

11.5 Samarbeid

11.5.1 Tverrsektorielt samarbeid

Departementet oppfordrer kommunene til å opprette koordinerte og sammenhengende tjenestetilbud for brukerne. Det krever et utstrakt samarbeid mellom den ansvarlige fagpersonen og mange etater.

Intervjumaterialet viser at de som har et utbredt samarbeid i kommunen, ser det som nyttig og effektivt. Mange kommuner har opprettet faste samarbeidsordninger mellom noen etater eller på enkelte saksområder. Det er imidlertid svært få som har et helhetlig og sammenhengende tilbud på alle felt. De to kommunene i intervjuutvalget som har opprettet vaktjenester, ser ut til å være blant de som har kommet lengst i så måte. Den minste kommunen som vi besøkte, har også et utstrakt samarbeid mellom fagfolk innenfor de fleste etater.

To av de prioriterte tiltakene, støttekontaktordning og boligtilbud, fordrer et samarbeid med sosialkontoret. Intervjuene viser at et slikt samarbeid mange steder ikke fungerer på best mulig måte, noe som selvsagt har konsekvenser for hvordan tiltakene blir. I forhold til samarbeidet om forebyggende tiltak for barn og unge, ser det ut til at det er helsesøster/helsestasjoner som er den viktigste samarbeidsparten i flere kommuner.

Etter vår vurdering gjenstår det mye arbeid i kommunene i vårt utvalg for å lage et sammenhengende tilbud til brukerne, slik departementet har oppfordret til. Det gjelder ikke minst i forhold til å utvikle en samarbeidskultur mellom faggrupper og mellom etater.

11.5.2 Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

For å få til et sammenhengende tilbud til brukerne er det nødvendig med et godt og utbredt samarbeid mellom første- og andrelinjen. Intervjumaterialet viser at det vil være en stor utfordring i de fleste kommunene å få dette til. Det virker som om det er vanskelig å få i gang faste ordninger for samarbeid og å opprettholde ordninger som er startet.

Fra kommunenes side oppfattes i mange tilfeller andrelinjen som å ha uklare retningslinjer i forholdet til førstelinjen og å ha manglende vilje til å bruke ressurser på veiledning, oppfølging og andre former for samarbeid. Vi har imidlertid i liten grad intervjuet representanter fra andrelinjen og fått deres syn på samarbeidet.

Brukerrepresentanter påpeker en usikkerhet angående ansvar og arbeidsoppgaver mellom første- og andrelinjen. Det ser ut til å være et stort behov for en oppklaring og en konkretisering av hva ansvaret hos de forskjellige aktørene innebærer.

Departementet har vært tydelig på at det skal utvikles samarbeid mellom forvaltningsnivåene, ved blant annet å øremerke midler til fylkeskommunene for utvikling av modeller for samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Det kan virke som om det gjenstår en del arbeid med å avklare spørsmål både om hvem som skal samarbeide og på hvilken måte arbeidsoppgavene skal fordeles. Vi antar at fylkeslegene kan bidra til å bedre denne samhandlingen (jf punkt 9.2).

11.6 Tiltak og målgrupper for tilskuddsordningen

11.6.1 Brukertiltaene

I alle kommunene vi har besøkt ble det vurdert som en viktig oppgave å gi personer med alvorlige psykiske lidelser muligheter til sosial kontakt og aktivitet. Det er imidlertid svært stor variasjon i hvor langt de er kommet for eksempel med å etablere dagtilbud, selv om dette økonomisk og personellmessig ikke behøver å være særlig ressurskrevende. I kommunene som definerer målgruppen relativt vidt, satser en på å få til varierte aktivitets-muligheter, gjerne kombinert med samlokalisering av flere kommunale tjenester og flere brukergrupper.

Vi mener at ordningen med støttekontakt kan tas i bruk i langt større utstrekning enn det som gjøres i dag. I mange kommuner er tilbudet lite utbygd. Her ser det ut til at mangelfullt samarbeid mellom sosialkontor og helseetat – eventuelt pleie- og omsorgsavdeling – er en hovedforklaring.

Kommuner som nå arbeider med tilrettelegging for pasienter som skrives ut fra institusjon, vurderer ikke det å skaffe arbeidsplasser som et primært anliggende. Uavhengig av dette er imidlertid vårt inntrykk at arbeidsplasser for personer med psykiske lidelser skaffes på andre måter enn gjennom arbeidsmarkeds-etaten. Det virket som om de fleste av våre informanter fant det mer nærliggende å bruke

uformelle kontakter og/eller samarbeide innenfor kommunen om å skaffe arbeidsplasser.

Forbedring av tilbudet både når det gjelder boliger, støttekontakter og arbeid ser ut til å hemmes av mangelfullt samarbeid mellom sektoren som har ansvar for psykisk helsevern og sosialkontoret i kommunen.

I de kommunene vi har besøkt, prioriteres boligtilbud for de mest krevende brukerne, i tråd med 96-rundskrivet. Utfordringene varierer mye kommunene i mellom, både med hensyn til hvor mange personer det må skaffes tilbud til, hvordan forholdene rent praktisk ligger til rette og hvilke muligheter det er til å skaffe kvalifisert personell.

I de fleste kommunene var arbeidet på planleggingsstadiet. Vi fikk et inntrykk av at kvaliteten i disse planene – som i planarbeidet for øvrig – kommer til uttrykk i hvor nyansert en tenker om målgruppen. Fra brukernes synspunkt er det beste et variert tilbud, der det er mulig å flytte mellom boliger med mer og mindre omfattende bistand.

Ellers viser intervjumaterialet at det er utbredt enighet om at de tiltakene departementet har prioritert, er viktige.

11.6.2 Målgrupper

For å få et bilde av hvilke brukere som nås av tilskuddsordningen, har vi sett på hvem informantene oppgir som kommunenes målgrupper.

Målgruppene for dette øremerkede tilskuddet framgår av titlene på rundskrivene. Tilskuddet gjelder tiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser og forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge. Den første gruppen er avgrenset til befolkningen over 16 år og den andre gruppen gjelder befolkningen under 16 år – ifølge kriteriene for fordeling av tilskuddet.

Vi vil først gi en vurdering av den delen av tilskuddet med målgrupper som defineres ut fra diagnose/funksjonsnivå. Deretter drøfter vi konsekvenser av at tilskuddet til forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge er slått sammen med tilskuddet som har voksne som målgruppe.

Tiltak for personer med alvorlige/lettere psykiske lidelser

Begrepet «alvorlige psykiske lidelser» gir rom for ulike tolkninger. Begrepet er ikke definert i rundskrivene. I forbindelse med dagtilbud er begrepene «kroniske» og «pasienter» benyttet, mens personer med «alvorlige lidelser» er nevnt i forbindelse med deltakelse i tilrettelagt arbeid. Når det gjelder boligtilbud, vises det blant annet til personer som har vært mange år på institusjon. I 1996-rundskrivet er pasienter som er «ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten» spesielt prioritert. Intervjumaterialet viser at kommunene tolker «alvorlige lidelser» forskjellig, utgangspunktet kan være diagnose eller funksjonsnivå. Det er videre forskjellige oppfatninger av hvilke

diagnoser og på hvilket funksjonsnivå skillet mellom lettere og alvorlige lidelser går.

Det gis forskjellige signaler i rundskrivene om hvorvidt behovskartleggingen i kommunene skal dekke bare personer med alvorlige lidelser, alle voksne med psykiske lidelser eller også barn og unge (i rundskrivet for 1998 er det presisert at denne gruppen skal tas med). Intervjumaterialet viser at kommunene har hatt ulik praksis på dette. Brukerrepresentanter ønsker at departementet skal presisere at personer med lettere psykiske lidelser også skal omfattes av kartleggingen.

Brukerrepresentanter understreker at også personer med lettere psykiske lidelser kan ha stor nytte av f eks støttekontakt og dagsentertilbud. Etter vår vurdering er det et spørsmål om alle de prioriterte tiltakene er tilpasset målgruppen «personer med alvorlige psykiske lidelser». Det gjelder spesielt arbeidsmarkedstiltak.

Vårt inntrykk er at det er et samsvar mellom departementets signaler og kommunenes prioritering av voksne med alvorlige psykiske lidelser, i den forstand at alle kommunene oppgir å ha disse i sin målgruppe. Hvilke brukere som i praksis nås, er imidlertid usikkert.

Intervjumaterialet viser at det er sterke oppfatninger om at en streng avgrensning av målgruppen til personer med alvorlige psykiske lidelser ikke er hensiktsmessig. Flere kommuner har utvidet målgruppen til også å gjelde personer med lettere psykiske lidelser.

Siden det er vanskelig å definere «alvorlige psykiske lidelser», mener vi at det bør vurderes hvor strengt målgruppen skal avgrenses. Det kan være en fordel å la målgruppen være «personer med psykiske lidelser» og heller være tydelig på hvilke tiltak kommunene skal prioritere (slik det har blitt gjort). Det viser seg at kommunene selv avgjør hvem tilskuddsmidlene skal gå til, og at det ikke er mulig å «stenge ute» brukere med andre diagnoser eller funksjonsnivåer.

Vi mener at det har vært formålstjenlig å ha «personer med alvorlige psykiske lidelser» som uttalt målgruppe i starten av tilskuddsperioden. Det kan ha bidratt til å synliggjøre ansvaret for denne gruppen overfor kommunene. Det bør imidlertid diskuteres hvor hensiktsmessig denne presiseringen vil være videre framover.

Barn og unge med psykososiale problemer

Intervjumaterialet viser at forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge blir lavt prioritert i forhold til den delen av tilskuddet som går til styrking av tilbudet til voksne. Mange informanter nevner ikke barn og unge som målgruppe. Andre uttrykker at de kjenner til behovet for psykisk helsevern og forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge. Området blir imidlertid ikke prioritert av grunner som mangel på ressurser og kompetanse. Kun tre kommuner oppgir å gi barn og unge høy prioritet.

Spørsmålet er hvorfor denne gruppen blir så lavt prioritert. Informasjonen vi har fått, tyder på at psykiske lidelser hos barn og unge får mindre oppmerksomhet enn psykiske lidelser hos voksne. Dersom dette stemmer, kan det være et signal om lav prioritering i kommunene.

Et viktig moment er at arbeidet med oppbygging av psykisk helsevern i kommunene fremdeles er i begynnerfasen. Det at kommunene har måttet prioritere innsatsen for enkelte grupper behøver ikke å bety at de ikke vil se på gruppen barn og unge i framtiden.

Det er imidlertid flere uklarheter knyttet til dette tilskuddet. Tilskuddet til barn og unge er av en helt annen karakter enn tilskuddet til voksne. Det er to helt ulike tilskudd som er slått sammen til ett. De er i hver sin ende av «skalaen» når det gjelder både behandlings-/tiltaksform og målgruppe. Det er stor forskjell mellom forebygging som tiltak og det å opprette og videreføre tiltak rettet mot personer som allerede har en psykisk lidelse. Det kreves ifølge fagfolk ulik kompetanse avhengig av hvilken metodikk som skal benyttes.

Etter våre informasjoner har fagfolk forskjellige innfallsvinkler og metoder avhengig av om det er barn og unge eller voksne de skal arbeide med, og det kreves forskjellig kompetanse.

Det er helse- og sosialsektoren som mottar tilskuddet. I denne sektoren er det etter det vi kjenner til, i hovedsak barnevernskontoret, skolehelsetjenesten og helsestasjonene som har kompetanse i forhold til barn og unge. For øvrig i kommunen har særlig PP-tjenesten kompetanse i forhold til barn og unge.

De psykiatriske sykepleiernes arbeid er vanligvis rettet inn mot voksne. De har dessuten et stort arbeidsområde å dekke når det gjelder å opprette og videreutvikle kommunens tjenestetilbud til voksne. Det er derfor ikke overraskende at psykiatriske sykepleiere som vi har snakket med, mener at de ikke har kompetanse og ressurser nok til å ta seg av barn/unge-problematikken.

Noen kommuner har lagt ansvaret for psykisk helsevern til pleie- og omsorgsavdelingen (jf kapittel 4). I slike avdelinger er det etter våre informasjoner vanligvis liten kompetanse og satsing på barn og unge. Arbeidet er rettet mot voksne – gjerne eldre mennesker. I de kommunene som har lagt ansvaret for psykisk helsevern til helseavdelingen, vil det organisatorisk sett være lettere å holde en åpen kommunikasjon mellom leder for helseavdelingen, psykiatrisk sykepleier og helsesøstre/skolehelsetjenesten. Dette varierer med samarbeidsrelasjoner internt i kommunen og av kommunens størrelse osv, men støtter likevel vår argumentasjon om at det er organisatoriske fordeler ved å legge ansvaret i tilknytning til helsefunksjonen. Skal de i kommunen som jobber med barn og unge få se noe til tilskuddsmidlene, fordrer det god kontakt internt i kommunen, noe våre funn viser at ikke alltid er tilfellet. Midlene skal gå til å bedre dette samarbeidet. Initiativet ligger imidlertid hos dem som mottar midlene og har prioriteringsansvar, og det er gjennomgående instanser som har liten kompetanse på barn og unge og forebygging.

Det er ingen forutsetning fra departementets side at alle de prioriterte områdene skal dekkes. Det vil si at det ikke er føringer for hvordan midlene til forebygging overfor barn og unge skal kanaliseres. Det må kjempes om midlene her på samme måte som på de øvrige prioriteringsområdene. I tillegg til det som taler for at barn og unge til en viss grad blir oversett, oppgir også brukerrepresentantene at de i første omgang ønsker å prioritere de voksne. Dermed har ikke barn og unge noen sterke pådrivere utenfra som taler deres sak.

En informant ved ett av fylkeslegekontorene mener at departementet kan vurdere om støtten til forebyggende arbeid overfor barn og unge skal gå til helsesøstertjenesten, hvis helsestasjonene får mer ansvar for forebygging generelt.

Per i dag ser det ut til at barn og unge i liten grad har nytte av tilskuddsordningen. Gitt at barn og unge er en viktig målgruppe, bør det sikres bedre at midler kommer denne gruppen til gode.

En mulighet er å dele det øremerkede tilskuddet i to – ett tilskudd til voksne og ett til barn og unge. Et alternativ kan være å gi klarere signaler til kommunene om at barn og unge skal prioriteres, og be kommunene konkretisere i rapporteringen hva som gjøres for denne gruppen.

11.7 Rundskriv, veiledningsmateriale og annen informasjon fra departementet

Det virker rimelig å anta at god informasjon og veiledning er viktige betingelser for at tilskuddsordningen skal bli vellykket. Rundskrivene blir stort sett oppfattet positivt i kommunene. Hovedinntrykket av informantenes syn på rundskriv og annet veiledningsmateriale er også at de ønsker å få innblikk i hva og hvordan andre kommuner har arbeidet med oppbygging av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser.

I kommunenes arbeid med kartlegging av behov, planlegging av tiltak og prioritering av målgrupper har flere spørsmål dukket opp i forbindelse med rundskrivenes overskrift. Ifølge rundskrivene skal tilskuddet benyttes til styrking av tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og til forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge. Her kan det stilles spørsmål om hvordan alvorlige psykiske lidelser skal defineres – etter brukerens diagnose eller funksjonsnivå. Videre er det usikkert om forebyggende arbeid bare skal prioriteres overfor barn og unge og om forebygging skal være det eneste tiltaket overfor denne gruppen.

Dette illustrerer at det er behov for en klargjøring og presisering fra departementets side av hvilken målgruppe som skal prioriteres ved bruken tilskuddet.

Flere informanter – i første rekke psykiatriske sykepleiere – ønsker en sterk statlig styring. Det foreslås at rundskrivene bør være enda tydeligere med hensyn

til hvilke tiltak midlene skal brukes til, og i tillegg presisere hva midlene ikke skal brukes til. Andre informanter, herunder enkelte helse- og sosialsjefer, flere representanter for økonomistabene og politikere synes det er unødvendig at rundskrivene tar form av instruksjer. Etter deres oppfatning er veiledning tilstrekkelig.

Vi mener at departementet bør overveie å sløyfe presiseringen «alvorlige» i tittelen på rundskrivet og heller presisere målgruppene i forbindelse med tiltakene som foreslås.

11.8 Rapportering fra kommunene

Formålet med å evaluere rapporteringen i denne tilskuddsordningen er å undersøke om rapporteringen avspeiler kommunenes faktiske tjenestetilbud, om den gir grunnlag for å vurdere tilskuddet, og om departementet gjennom rapporteringen får den informasjonen de har behov for.

Målet med rapporteringen er å gi et riktig bilde av virkeligheten. En innfrielse av dette målet betinger for det første at signalene i departementets rundskriv er tydelige nok, for det andre at rapporteringsskjemaene er utformet presist nok og for det tredje at skjemaene blir utfylt slik at et mest mulig riktig bilde av virkeligheten kommer fram.

11.8.1 Formålet med rapporteringen er uklart

Hovedinnvendingen mot rapporteringsskjemaet³⁷ er at det ikke er entydig «hvilken virkelighet» departementet ønsker å få et bilde av. Dermed blir det også uklart hva formålet med kommunenes rapportering er. Når rapporteringen for 1997 sammenholdes med intervjuinformasjonen, finner vi flere eksempler på at kommunene har tolket formålet med rapporteringen ulikt. Dermed gis det i flere tilfeller feil beskrivelse av virkeligheten, noe som blant annet medfører at opplysningene ikke blir sammenliknbare kommunene imellom.

Slik vi leser skjemaet, kan formålet tolkes på tre ulike måter:

1. Bruk av det øremerkede tilskuddet
2. All satsing i kommunen for personer med psykiske lidelser
3. All satsing i kommunen innenfor de prioriterte områdene³⁸

Uklarhetene kan illustreres som følger:

- I skjemaets del I under punktet «Bruk av øremerkede midler i 1997»³⁹ bes kommunene oppgi sum disponibelt tilskudd i 1997 og hvor stor del av

³⁷ jf vedlegg I, rapportskjemaet.

³⁸ Alternativene 2 og 3 kan nyanseres ytterligere ved å splitte opp i satsing finansiert over ordinært budsjett og satsing finansiert av øremerkede midler.

disponibelt tilskudd i 1997 som er brukt i 1997. Deretter spørres det i del II hva kommunen har «disponert de disponible midlene i 1997 til». En må da anta at det er de samme disponible midlene det spørres etter. Slik later det imidlertid ikke til å være. I fotnote til tabell om opprettede stillinger i del II heter det: «Alle stillinger, ikke bare stillinger finansiert av dette øremerkede tilskuddet».

- Del I etterspør også en oversikt over «type tiltak som midlene er brukt til». I parentes heter det «oppsummeres her – spesifiseres nærmere nedenfor». Såvel henvisningen til den kommende spesifisering som spørsmålsstillingen under del II om «hva kommunen har disponert midlene til», legger opp til at det i del II skal gis en nærmere redegjørelse for tiltak finansiert av de øremerkede midlene. Det gis dermed motstridende føringer for hva kommunen skal opplyse om.

Det er ikke laget tilsvarende fotnoter for de øvrige prioriterte områder det spørres etter under del II. Det er rimelig å anta at den som skal fylle ut et slikt skjema, vil undres på om det er f eks alle kompetansetiltak, alle dagtilbud, all forebygging av psykososiale problemer blant barn og unge departementet nå vil vite noe om, eller om spørsmålet bare gjelder tiltak finansiert ved hjelp av det øremerkede tilskuddet.

11.8.2 Deler av skjemaet er upresise

Når staten benytter seg av øremerkede tilskudd for å påvirke kommunenes aktivitet innenfor et gitt område, er tilbakerapportering om den prioriterte aktiviteten en forutsetning for å få informasjon om effekten av tilskuddet. Staten har ikke kapasitet til å følge opp tilskuddet gjennom kvalitative undersøkelser, og rapporteringsskjemaer er derfor den mest hensiktsmessig kilden for informasjon fra kommunene. For staten er det derfor viktig at skjemaet for tilbakerapportering er presist utformet, både for å unngå misforståelser og for ikke å tilrettelegge for strategiske tilpasninger fra kommunenes side.

Likeledes har presise spørsmål stor betydning sett fra kommunenes side, for eksempel dersom tilskuddsbeløpet ett år er betinget av rapportering om forrige års aktivitet.

I skjemaets del III er temaet «andre tiltak rettet mot personer med psykiske lidelser». I underpunktene bes kommunene blant annet oppgi om de tilbyr støttekontakt og boliger, om de samarbeider med fylkeskommunen og om de koordinerer tiltakene.

I forkant av disse spørsmålene stilles det imidlertid et avsluttende spørsmål under del II om «hva kommunen har brukt sin andel av det øremerkede tilskuddet til dersom det ikke har gått til de prioriterte områdene oppgitt i rundskrivet». Intervjuundersøkelsen viser at det nettopp er støttekontakt, boliger, samarbeid

³⁹ Formuleringen har vært likelydende hvert år. Se for øvrig kapittel 8 for beskrivelse av skjemaets oppbygging.

med andrelinjetjenesten osv. det arbeides med, i tillegg til de prioriterte områdene. Det blir dermed noe uklart om tiltakene som ikke er prioriterte områder i rundskrivet, men likevel er høyst relevante, skal føres opp to steder. Antakelig tolker kommunene skjemaet forskjellig, og resultatet blir at noen fører opp samme tiltak to steder.

Eksemplene i kapittel 8 viser at rapporteringsskjemaene ikke alltid fanger opp alle relevante opplysninger om bruk av det øremerkede tilskuddet. Det rapporteres ikke alltid om de riktige tingene, og i den grad det rapporteres om riktige ting, gir ikke skjemaene rom for et fullverdig bilde av tiltakene.

11.8.3 Skjemaet har forbedringspotensialer

Innspillene fra informantene sammen med rapporteringen for 1997 illustrerer at rapporteringsskjemaet har et klart forbedringspotensiale.

Departementet bør redusere uklarheter i skjemaet omkring hvilke aktiviteter som kommunene skal rapportere om. Det bør tydeliggjøres at kommunene skal rapportere all satsing innenfor de prioriterte områdene.

For å redusere arbeidsbelastningen i kommunene, er det ønskelig at skjemaene er mest mulig like fra år til år. Her må det imidlertid gjøres en avveining når det gjelder endringer i tilskuddsordningen og utviklingen innenfor psykisk helsevern.

11.9 Fylkeslegens rolle i forvaltningen av tilskuddet

Departementet har utformet et opplegg for oppfølging av bruken av midlene, ved å utforme et rapporteringsskjema og ved å lage et system der fylkeslegen har fått delegert ansvar i forhold til innhenting, videreformidling og kontroll av opplysningene fra kommunene.

En viktig del av oppfølgingen er ifølge rundskrivene å innhente rapporter fra kommunene om hvordan midlene er brukt og hvilke resultater denne bruken forventes å få eller har fått for målgruppene. Som det framgår av vurderingene av rapporteringsskjemaet, er det uklart når kommunene skal rapportere om de øremerkede midlene og om det totale tilbudet innenfor de prioriterte områdene. Dessuten etterspørres ikke opplysninger om hvilke resultater denne bruken av midlene forventes å få eller har fått for målgruppene. Det betyr at departementet prioriterer tiltak som ikke følges opp helt innenfor dagens oppfølgings- og kontrollordning.

Departementet vektlegger at oppfølgingen skal skje i dialog med kommunene og i samarbeid med fylkeslegene. Som et ledd i dette arbeidet oppfordrer departementet fylkeslegene til å arrangere fylkesvise konferanser om psykiatri i samarbeid med Kommunenes sentralforbund. Intervjumaterialet vårt viser at dette blir gjennomført i mange fylker, og at det oppleves som nyttig av de fleste, men ikke av alle informantene.

Beskrivelsene fra informantene ved de tre fylkeslegekontorene viser at fylkeslegens oppgaver overfor kommunene utføres på forskjellige måter. Ved det ene fylkeslegekontoret legges det opp til et bredt samarbeid med kommunene, der dialog mellom partene – fylkeslege, kommuner og fylkeskommune – står i fokus. Ved et annet fylkeslegekontor er kontrollfunksjonen trukket fram som den mest vesentlige. Ved det tredje fylkeslegekontoret gis det uttrykk for at de har få ressurser til å gå i dialog med kommunene og for eksempel kunne bistå i løsningen av interne konflikter.

Det er et klart inntrykk fra intervjuene i kommunene at fylkeslegen oppfattes som en lite sentral samarbeidspartner. Vi har for øvrig ingen kommuner som hører til det fylkeslegekontoret som legger størst vekt på dialog med i utvalget.

Departementet oppfordrer fylkeslegen til på den ene siden å ha en dialog med kommunene og på den andre siden å kontrollere at rapporteringen er riktig. Dette trenger ikke å være motstridende, men det viser seg altså at signalene oppfattes ulikt hos fylkeslegene.

Forholdet mellom fylkeslegene og kommunene kan komme til å endre seg ved at fylkeslegene nå har fått midler til å opprette engasjementsstillinger for en fireårsperiode, der arbeidsoppgavene skal være å kunne ivareta den samlede kontakten med kommunene på en bedre måte. Det kan også gi fylkeslegen en tydeligere rolle når det gjelder å formidle informasjon fra departementet til kommunene.

Vi vil i det følgende vurdere hvordan fylkeslegens kontroll utføres i praksis i forhold til de signalene som departementet sender. Fylkeslegen foretar per i dag det som betegnes som en generell rimelighets- og formaliakontroll i økonomireglementet. Av rundskriv fra departementet går det fram hva kontrollen innebærer. For å kunne vurdere om midlene er brukt etter formålet, skal fylkeslegen sjekke at rapporteringsskjemaet er tilfredsstillende utfyllt. Fylkeslegen skal kontrollere at alle spørsmålene i skjemaet er besvart utfyllende og at opplysningene om hva midlene er brukt til går tydelig fram.

En forutsetning for at denne kontrollen blir reell, er at rapporteringsskjemaet er tydelig og godt utformet, og at det rapporteres på relevante opplysninger. Vår vurdering er at skjemaet er uklart i forhold til hvilke opplysninger som etterspørres og at det har svakheter i utformingen. Fylkeslegen kan, etter vår vurdering, sjekke at skjemaet er besvart utfyllende. Men i og med svakhetene i selve skjemaet, går det ikke tydelig fram hva midlene er brukt til.

Departementet stiller som vilkår for utbetalingen av det øremerkede tilskuddet for 1998, at økningen i dette tilskuddet medfører en tilsvarende økning i tjenestetilbudet sammenliknet med tilbudet i 1997 (jf rundskrivet for 1998). Vi ser behovet for en avklaring på hvordan dette er tenkt kontrollert – og om det skal kontrolleres. Hvis det ikke rapporteres på det totale tjenestetilbudet i kommunen, kan ikke fylkeslegen sjekke dette ut fra rapporteringsskjemaet. Det er uklart hvordan «økning i tjenestetilbudet» skal forstås. En tolkning er at flere

tilsetninger er en økning av tilbudet, en annen at det gjelder opprettelse av flere tiltak, eller at flere brukere nås. Etter vår vurdering er dette nye punktet i rundskrivet svært uklart.

En innsigelse mot at fylkeslegen skal kontrollere at midlene brukes etter forutsetningene har kommet fra en kommune i vårt utvalg. Informanten mener at det ikke er mulig å etterspore de øremerkede midlene i kommuneregnskapet. Hun mener at det er vanskelig å følge de øremerkede midlene gjennom kommuneregnskapet på de underkapitlene/områdene som er delvis finansierte med øremerkede midler, delvis med kommunale midler. En kunne, ifølge informanten, løst dette ved å spørre om hva kommunen totalt sett har benyttet til psykisk helsevern i løpet av året. Så får en samtidig et mål på hvordan den totale satsingen på psykisk helsevern utvikler seg over tid.

Riksrevisjonen har hatt den samme innsigelsen mot innretningen av dette øremerkede tilskuddet. Dette innebærer at selv om en kommune fører opp et tiltak med en sum under spørsmålet om konkret bruk av de øremerkede midlene i rapporteringsskjemaet, har fylkeslegen ingen måte å sjekke om dette er riktig.

Spørsmålet som må avklares er hvordan økonomireglementets formulering om at oppfølging og kontroll skal tilpasses den enkelte tilskuddsordning skal tolkes. Kjernen i diskusjonen er hvor grensen for departementets kontroll av kommunene går, og hvor kommunenes ansvar for bruk av midlene overtar.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet har i en egen rapport (Rapport '98 Bruk av revisorattestasjoner i statlig tilskuddsforvaltning) også sett på behovet for kontroll med øremerkede tilskudd til kommunene. Denne rapporten er nyttig i vurderingen av hvordan tilskuddet til psykisk helsevern kan følges opp.

Ved oppfølging og kontroll med øremerkede tilskudd, er det sentralt å vurdere hvilke tildelingskriterier og kontrolltiltak som er fastsatt i regelverket. Generelt er det slik at jo mer omfattende tildelingskriteriene er, jo mer krever det av oppfølging og kontroll.

Sentralt for vurderingen av tilskuddet til psykisk helsevern i kommunene står krav til dokumentasjon av at tilskuddet kommer målgruppene til gode og at det skjer en merinnsats for målgruppene. Det innebærer at en må kunne dokumentere hvordan midlene er brukt. Kontrollopplegget bør også være slik at det ikke stimulerer til framveksten av en ny særomsorg for personer med psykiske problemer.

Etter vår vurdering, bør følgende punkter inngå i et helhetlig opplegg for kontrollen med ordningen. Flere av punktene er allerede ivaretatt gjennom dagens system.

- Departementet og fylkeslegene må følge opp utviklingen i ressursbruk, tiltak og resultater for brukerne i tråd med den fastsatte rapporteringen.

-
- For å få utløst tilskudd, må hver enkelt kommune ha utarbeidet psykiatriplan. Fylkeslegene kontrollerer at slike planer er vedtatt.
 - Det er ikke stilt krav om at midlene skal gå til bestemte tiltak. Fylkeslegen må derfor på skjønnsmessig grunnlag foreta en helhetlig vurdering av kommunenes situasjon. Hvis det oppdages feil eller misligheter, bør fylkeslegen/departementet vurdere å trekke tilbake / avkorte midlene.
 - Fylkeslegen bør gjøre beregninger av forholdet mellom samlet ressurstilførsel og endring i tjenestetilbudet – basert på resultatindikatorer og standard regnskap fra kommunene. En slik framgangsmåte kan avdekke eventuelle lekkasjer til andre sektorer.
 - Så lenge en kommune har en tilfredsstillende utvikling i tiltak som gir resultater for brukerne, bør det i mindre grad bli fokusert på selve pengebruken. Om det har foregått lekkasjer til andre sektorer, bør vurderes spesielt i kommuner med dårlig resultatoppnåelse.
 - Fylkeslegen bør årlig foreta stikkprøvekontroll i to til tre kommuner for å kartlegge og vurdere bruken av tilskuddsmidlene – sammenholdt med rapporteringen av midlene.

11.10 Øremerking av statlig tilskudd

Formålet med å etterspørre synspunkter på øremerking som styringsvirkemiddel er å klargjøre om sentrale aktører som skal iverksette tilskuddsordningen «spiller på lag» med staten. Disse informantene har ikke som oppgave å beslutte hvilke økonomiske virkemidler staten skal benytte seg av, men har som tilskuddsordningens adressater, innflytelse på hvordan virkemidlet fungerer.

Hensikten med å ta for seg de enkelte informantgruppens synspunkter er at de innehar ulike typer adressatroller. Trolig er det kommunene, her representert ved administrasjon og politikere, som har størst betydning for hvor vellykket tilskuddsordningen blir.

Hos de psykiatriske sykepleierne er holdningen til statlig øremerking av tilskudd utelukkende positiv. På mange måter utgjør denne gruppen grunnstammen i kommunenes tjenester til personer med psykiske lidelser. I mange kommuner er stillingen som psykiatrisk sykepleier opprettet som en direkte følge av det øremerkede tilskuddet, og stillingenes eksistens er således avhengig av ressurstilførsel fra staten.

De andre informantgruppene gir klarere uttrykk for hva de mener om øremerking som styringsvirkemiddel generelt sett og hva de mener om øremerking av statlige midler til psykisk helsevern.

Såvel den administrative ledelsen som representanter for økonomistaben i kommunene støtter øremerking av midler til oppbygging av tiltak for personer med psykiske lidelser. Det gjelder også bydelsoverlegene som vi intervjuet. Flere av helse- og sosialsjefene påpeker imidlertid at øremerking har uheldige sider.

Økonomistaben legger noe større vekt på at øremerkede tilskudd er uheldig innblanding fra statens side. Det er imidlertid bare én av disse informantene som går så langt som til å si at kommunene ville fulgt opp personer med psykiske lidelser uavhengig av øremerking.

Ingen av politikerne som vi intervjuet, avviser øremerking av midler til tiltak for personer med psykiske lidelser. Som forventet er det blant politikerne skepsis til prinsippet om øremerking som styringsmiddel generelt sett, men i likhet med de øvrige informantene, henviser politikerne til faren for nedprioritering av psykisk sykes behov uten øremerking. Flere politikere virket svært engasjerte. Noen hadde personlig kjennskap til problemene og kjente til den maktesløsheten som oppleves ved ikke å få hjelp.

Informantene er valgt fordi de har spesielt med tilskuddsordningen å gjøre, og derfor kunne ha opplysninger om – og synspunkter på – hvordan ordningen fungerer. Dette medfører at de også utgjør et spesielt engasjert utvalg personer. På denne bakgrunnen var det rimelig å forvente at holdningene til øremerking gjennomgående ville være positiv. Holdningen til øremerking i dette tilfellet er imidlertid overveiende positiv også hos de informantene som ikke har sine hovedoppgaver knyttet til ordningen. Vi vurderer denne situasjonen som et gunstig utgangspunkt for at ordningen skal virke etter sin hensikt.

Når det gjelder tidsperspektivet på øremerkingen, understreket informantene at det må gå flere år (opp til 10 år) før beløpet legges inn i rammetilskuddet. Det er viktig at kommunene orienteres i god tid og at nedtrappingen skjer gradvis. Vi går ut fra at kommunenes behov for forutsigbarhet imøtekommes gjennom den økonomiske opptrappingsplanen som er lagt fram våren 1998.

12 Samlet drøfting

12.1 Problemstillinger

Gjennom en samlet drøfting av resultatene fra analysen av rapportmaterialet og intervjuundersøkelsen vil vi besvare spørsmålene i mandatet.

Formålet med prosjektet er å belyse om det øremerkede tilskuddet er et tjenlig virkemiddel for å bedre livskvaliteten for personer med alvorlig psykiske lidelser samt å forebygge psykososiale problemer blant barn og unge.

De tre hovedspørsmålene i mandatet blir belyst i denne rekkefølgen:

- I hvilken grad avspeiler rapporteringen fra kommunene det faktiske tjenestetilbudet? (mandatets punkt 2)
- I hvilken grad har det øremerkede tilskuddet bidratt til et bedret (kvantitativt og/eller kvalitativt) tjenestetilbud? (mandatets punkt 1)
- I hvilken grad gir rapporteringen grunnlag for å vurdere tilskuddet? Får departementet gjennom denne rapporteringen den informasjon de har behov for? (mandatets punkt 3)

Som siste punkt vil vi ta opp det overordnede spørsmålet om ordningen er et tjenlig virkemiddel og drøfte forbedringsmuligheter som vi mener kan være aktuelle.

12.2 Tilnærming og metoder

For å besvare de tre spørsmålene har vi tatt utgangspunkt i en effektkjede som viser en hypotetisk sammenheng mellom ulike elementer i tilskuddsordningen. Pengene som tilføres gjennom tilskuddet, utløser forskjellige forberedende aktiviteter som tilsetting av personell, utarbeiding av plan, samarbeid mellom instanser og etterhvert, tiltak for målgruppen. Både gjennom analysen av rapportmaterialet fra kommunene og ved intervjuer med et antall sentrale aktører søker vi å belyse sammenhengene i denne hypotetiske kjeden. Vi betrakter opplysningene om antall brukere av de ulike tjenestene som resultat-informasjon, de øvrige tallene som opplysninger om virkemidler og mulige forklaringsfaktorer i effektkjeden.

Vi har konsentrert vurderingen om den rapportinformasjonen som er grunnlag for beslutninger om tilskuddsordningen. Denne informasjonen ligger i nøkkeltallene. Opplysningene er gjennomgående for alle kommunene/ bydelene, opplysningene utgjør sammenlikningsinformasjon for kommunene, og departementet bygger sin interne vurdering og eksterne beskrivelse av utviklingen på dem (jf St meld nr 25).

Undersøkelsen gjelder bare ett tidsrom – tidlig i ordningens «livsløp». Analysen av rapportmaterialet er basert på opplysningene for 1996. Utviklingen belyses ved å undersøke om det er samvariasjon mellom resultatene og forklaringsfaktorene. Vi har også undersøkt om bakgrunnskjennetegn ved kommunene/bydelene i Oslo kan være utslagsgivende for resultatene.

Analysen av rapportmaterialet viser resultatnivået (uttrykt som antall brukere per 1000 innbyggere av hvert tiltak), hvor stor variasjon det er mellom kommunene og i hvilken grad det er sammenheng mellom resultater for brukerne og de øvrige tiltakene det samles inn opplysninger om.

Gjennom intervjuundersøkelsen har vi innhentet berørte parters syn på utviklingen. Intervjuundersøkelsen fungerer også som en stikkprøvekontroll av rapportmaterialet. Ved å sammenholde det virkelighetsbildet som ligger i rapportmaterialet for 1996 med en kvalitativ intervjuundersøkelse, ønsker vi å belyse om rapporteringen avspeiler det faktiske tjenestetilbudet i kommunene.

For å sikre oss at intervjukommunene ble mest mulig varierte, er de valgt innenfor et tilfeldig trukket utvalg av alle kommunene, gruppert etter hvor mange brukere de har av de ulike tjenestetilbudene (dagtilbud, støttekontakt spesielt botilbud og arbeidstiltak).

Informantene er derimot valgt fordi de har spesielt med tilskuddsordningen å gjøre og derfor kan ha opplysninger og synspunkter på hvordan ordningen fungerer.

12.3 I hvilken grad avspeiler rapporteringen fra kommunene det faktiske tjenestetilbudet?

12.3.1 Innledning

Det grunnleggende spørsmålet ved sammenholdingen av de to typene materiale, er om rapportinformasjonen er relevant. Det er belyst gjennom analysen av samvariasjon mellom opplysningene i tallmaterialet og med vurderinger fra berørte informanter gjennom intervjuundersøkelsen.

Opplysningenes pålitelighet er belyst gjennom å sammenholde tallmaterialet med informasjonen fra ulike informantgrupper og egne inntrykk av realiteten bak tallene fra besøk i kommunene. Samlerapporter for 1997 fra sju av fylkes-legene har gitt grunnlag for en supplerende, mer samtidig sammenlikning av bildet som gis i rapportene med bildet som gis i intervjuene.

Spørsmålet om departementet får tilstrekkelig informasjon om tjenestetilbudet gjennom rapporteringen, bygger på svarene på de to foregående spørsmålene. Skal opplysningene være nyttige, er det en forutsetning at de er relevante og pålitelige. Vi drøfter derfor de spørsmålene først.

12.3.2 Er rapportinformasjonen relevant?

Ut fra hypotesen om en underliggende effektkjede i rapportinformasjonen skal det være en viss sammenheng mellom de ulike leddene. I den utstrekning vi ikke finner sammenhenger, er det grunn til å spørre om opplysningene er relevante. Forklaringen kan imidlertid være at andre forhold enn virkemidlene i ordningen er mer utslagsgivende, eventuelt kan det være for tidlig å registrere virkninger.

I rapportanalysen har vi undersøkt sammenhengene mellom fire virkemidler; andel brukt av de øremerkede midlene, opprettelse av stillinger, planstatus samt samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og fire brukertiltak. Vi har også undersøkt om tallene som gjelder samarbeid med andrelinjen har betydning for resultatene i kommunene.

Analysen av tallmaterialet viser en klar sammenheng mellom bruk av de øremerkede midlene og opprettelse av stillinger for særlig kvalifisert personell. Det er dessuten en samvariasjon mellom forekomsten av samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og antall tiltaksplasser som er rapportert. Det dreier seg imidlertid om svært lave tall i grunnlagsmaterialet. For øvrig finner vi ubetydelig sammenheng i effektkjeden mellom forberedende tiltak og resultater for brukere.

Vi finner større samvariasjon mellom de ulike tjenestetilbudene. Bydeler og kommuner som har ett tilbud som omfatter forholdsvis mange, har i større grad enn andre også et annet tilbud som omfatter forholdsvis mange.

Det er imidlertid bakgrunnskjennetegn ved kommunene og bydelene i Oslo som tydeligst samvarierer med resultatene. Det tyder på at så langt er ulike rammebetingelser i kommunene mer utslagsgivende for tjenestetilbudet enn virkemidlene i ordningen.

Vårt inntrykk etter intervjuerunden bekrefter den positive samvariasjonen mellom andel brukte midler og antall opprettede stillinger. Alle kommunene har prioritert å ansette psykiatrisk sykepleier, og de fleste bruker de øremerkede midlene til dette.

Vi finner ingen samvariasjon mellom status i planarbeidet og brukerresultatene som blir rapportert. Vårt inntrykk etter intervjuene er at det er antallet og typen instanser som er engasjert i planprosessen som har betydning både for vurdering av behov og hvilke tiltak som blir vurdert som aktuelle i kommunen.

Når det gjelder de ulike formene for samarbeid som det rapporteres om, tyder analysen av rapportmaterialet på at samarbeid med arbeidsmarkedsetaten «fører fram». Vi finner en positiv samvariasjon mellom forekomsten av slikt samarbeid og antall personer i arbeidsmarkedstiltak. Tallene er riktignok lave. Av intervjuene går det fram at arbeid ikke er det mest aktuelle tiltaket for målgruppen som nå blir prioritert, det vil si personer som skrives ut fra sykehus. Men det kommer også fram at enkelte av de arbeidsplassene som er etablert for personer med psykiske lidelser, er etablert på andre måter enn gjennom arbeidsmarkedsetaten.

Vi stiller derfor spørsmål ved om det er formålstjenlig å bare etterspørre hvor mange personer som har deltatt i arbeidsmarkedstiltak. Vi mener at opplysninger om hvor mange som har vært i ulike sysselsettingstiltak som kommunen eller arbeidsmarkedsetaten har vært med på å skaffe, er mer relevante for formålet med rapporteringen.

I analysen av rapportmaterialet undersøkte vi om forekomsten av samarbeid og tilbud om veiledning fra andrelinjen har betydning for det kommunale tjenestetilbudet, men fant ingen slike sammenhenger. Både informantene i kommunene og brukerrepresentantene mener imidlertid at dette samarbeidet er viktig å få til. Det gjelder ved inn- og utskrivning av pasienter, og det er av betydning for at kommunene på mer varig basis skal kunne legge forholdene til rette for personer som også er avhengige av bistand fra andrelinjen. Der hvor dette samarbeidet fungerer godt, er erfaringen at det virker forebyggende. De fleste ønsker mer aktiv bistand fra fylkeskommunen.

Relevansen av disse opplysningene ligger etter vår vurdering i at de er viktige for kommunen som bruker av fylkeskommunale tjenester. Derfor har de også indirekte relevans for målgruppen. Vi mener imidlertid at det er rimelig å betrakte opplysningene som resultatinformasjon om fylkeskommunen.

Nøkkeltallene inneholder også en opplysning bygd på spørsmål om kommunene har systematiske tiltak for koordinering av tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser. Vi har forstått denne opplysningen som et mulig kvalitetsaspekt ved andre tiltak. Den er imidlertid ikke knyttet til bestemte tiltak, heller ikke til bestemte samarbeidsparter eller målgrupper. Opplysningen er derfor ikke brukt i analysen av rapportmaterialet. Av rundskrivet framgår det at det dreier seg om å få prøvd ut en ny arbeidsmetode i kommunene. Slike erfaringer mener vi det er mer hensiktsmessig å innhente opplysning om på linje med erfaringene med andre arbeidsmetoder departementet formidler til kommunene. Eventuelt kan det stilles spørsmål til kommunene som brukere av denne metoden, mens oppfølgingen skjer overfor fylkeskommunene.

Forekomsten av samarbeid om forebyggende tiltak for barn og unge er ikke registrert i nøkkeltallene, og det er ikke konkretisert noe tjenestetilbud for denne målgruppen. Dette tiltaket er derfor ikke med i analysen av rapportmaterialet. Kommunene rapporterer imidlertid hvilke nye tiltak de har satt i verk, og det går fram av rundskrivet for 1996 at det blir vurdert om de oppgitte tiltakene er i tråd med forutsetningene (jf punkt 5.4.1). Vi går ut fra at både samarbeidsrelasjonene og tiltakene det er rapportert om i 1995 og 1996, er for forskjelligartede til at det gir mening å uttrykke dem med tall. For 1997 er det imidlertid satt opp som et mål at samtlige kommuner skal ha etablert et strukturert samarbeid mellom de aktuelle etatene, og i årene framover vil det derfor være grunnlag for å registrere forekomsten også av denne typen samarbeid.

Det er vanskeligere å se hva som eventuelt kan være egnede uttrykk for det forebyggende arbeidet. Vi mener det i så fall må dreie seg om å utvikle indirekte måter å beregne resultater på, basert på erfaringene som gjøres med samarbeidet

som skal etableres. I prinsippet kan de tiltakene som samarbeidet fører til, vurderes på samme måte som andre tiltak ved å ta utgangspunkt i andel tilskudd, utgifter til tiltaket og andel som når målgruppen.

Det går fram av intervjuundersøkelsen at flere av kommunene ikke prioriterer barn og unge og f eks ikke har dem med i kartleggingen. I vedlegg til rundskrivet for 1998 er det presisert at kartleggingen også skal omfatte barn og unge som har behov for tjenester/tilbud. Tiltakene kan vurderes som skritt på veien til å etablere et bedre tjenestetilbud til barn og unge med psykososiale problemer. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å vurdere hvor formålstjenlige tiltakene er.

Informantene bekrefter stort sett at de oppgavene departementet har prioritert og som det skal rapporteres om, er viktige for tjenestetilbudet. Brukerrepresentanter gav uttrykk for at ordningen slik sett treffer godt. Når det gjelder tjenestetilbudene det rapporteres om (dagtilbud, støttekontakt, særskilt tilrettelagt bolig og arbeidsplasser), er det enighet både blant informantene i kommunene og brukerrepresentantene om at denne type tiltak er viktigst. Det er framholdt at også primærlegetjenesten kunne vært tatt med.

Synspunktene på hva som bør være på plass før tjenestetilbudet kan bedres, er ikke så entydige. Vi har imidlertid inntrykk av utbredt enighet om behovet for stillinger for særlig kvalifisert personell, i praksis forstått som psykiatrisk sykepleier. Planarbeidet oppfattes også som en nødvendig forutsetning for bedring av tjenestetilbudet.

De fleste kommunene har tilsatt psykiatriske sykepleiere, og det har vært enighet blant våre informanter om at dette er velegnet kvalifikasjon. Vi er enige i dette. Vi mener likevel det er en fordel at departementet ikke har spesifisert hvilken bakgrunn «særlig kvalifisert» personell skal ha. Både i klientrettet arbeid og i oppgavene med å planlegge og utvikle samarbeidet om tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser, mener vi det er flere typer faglig bakgrunn som kan være relevant.

Med bakgrunn i inntrykkene fra intervjuundersøkelsen, finner vi det rimelig å forstå den svake og til dels manglende samvariasjon mellom tallene i lys av at ordningen er ny og utbyggingen av tjenestetilbudet nettopp har startet.

På bakgrunn av forarbeidet som ligger til grunn for nøkkeltallene, finner vi det også rimelig at det i intervjuundersøkelsen kom fram så lite uenighet om valg av tiltak og opplysninger for rapportering. I noen grad antar vi imidlertid at også denne enigheten henger sammen med at ordningen er ny. Synspunktene vil antakelig blir mer forskjellige ettersom de ulike tiltakene blir konkretisert.

På bakgrunn av tallanalysen og intervjuundersøkelsen blir vår hovedkonklusjon at de fleste opplysningene som innhentes er relevante. Unntaket gjelder opplysningen om koordinering av tiltak. Vi mener dessuten at det bør vurderes å endre spørsmålet om arbeidsmarkedstiltak til et spørsmål om sysselsettingstiltak /spesielle arbeidsplasser generelt.

12.3.3 Er de rapporterte opplysningene pålitelige?

Intervjuundersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om tallene generelt. Gjennom stikkprøvekontrollen som denne undersøkelsen representerer, kan vi imidlertid slå fast at enkelte av de oppgitte tallene er misvisende. Vi mener det er grunn til ikke å oppfatte enkelttallene for hver kommune/bydel som pålitelige.

Forskjellen som vi finner i rapportmaterialet mellom de ulike tjenestetilbudene i hvor mange brukere som nås, blir imidlertid i noen grad belyst og bekreftet gjennom intervjuene. Tallene viser at dagtilbud og støttekontakt er best utbygd, i den forstand at de har flest brukere. Arbeidsmarkedstiltak og spesielt tilrette-lagt bolig rapporteres med langt færre brukere. Intervjuene bekrefter at dag-tilbud og støttekontakt oppfattes som aktuelle for langt flere brukere enn omsorgsboliger. Arbeidsmarkedstiltak fortøner seg dels som lite egnet for personer med alvorlige psykiske lidelser, dels blir arbeidsmarkedsetaten vurdert som lite egnet til å skaffe arbeidsplasser for denne gruppen.

Det kan også være forskjell i pålitelighet i tallene for de ulike tiltakene. Av dagtilbud og støttekontakt er det dagtilbudet som det gjennomgående blir arbeidet mest med. Bare i de kommunene som har fått til et samarbeid med sosialkontoret, er støttekontaktordningen en del av tiltakene som den faglig ansvarlige personen baserer seg på. Vi har inntrykk av at opplysningene om brukere av dagtilbud i større utstrekning enn opplysningene om støttekontakt, bygger på førstehåndskunnskap hos dem som rapporterer. For opplysningene om støttekontakt gjelder dette bare i enkeltkommuner/bydeler. Andre bygger etter det vi ble fortalt på sosialkontorets skjønn, men det forekommer også at den som rapporterer selv anslår hvor stor andel brukere med psykiske lidelser sosialkontorets støttekontaktordning dekker.

Ut fra intervjuundersøkelsen er det derfor grunn til å tro at brukertallene for dagtilbud er mer pålitelige enn opplysningene om hvor mange brukere som har støttekontakt.

På samme måte som vi registrerte at arbeidsplasser ble etablert uten arbeidsmarkedsetatens medvirkning, forekommer det at brukere har støttekontakter uten at sosialkontoret er involvert. Tallene ville derfor ikke bli riktigere om de ble hentet fra henholdsvis arbeidsmarkeds- og sosialetaten. Begge tallene er imidlertid upålitelige fordi ingen av dem er uttrykk for hele tjenestetilbudet til målgruppen.

Tallene viser at det gjennomsnittlig er omtrent like mange brukere som får dagtilbud og støttekontakt. Hvis tallene for støttekontakt er mer usikre enn tallene for dagtilbud, vil også tallene på landsbasis for hvor mange som har

støttekontakt være mer usikre enn tallene for brukere av dagtilbud. Forskjellen mellom Oslo og landet for øvrig, gjelder imidlertid begge typer tiltak. Samvariasjonen med bakgrunnskjennetegn ved kommunene/bydelene for begge typene tiltak taler også for at tallstørrelsen er noenlunde pålitelig både når det gjelder dagtilbud og støttekontakt.

Tallene viser at dagtilbudet varierer mest med hensyn til antallet brukere både på landsbasis – kommunene imellom og i Oslo – bydelene imellom. Går vi ut fra at disse opplysningene gir det mest realistiske anslaget, er det grunn til å tro at tallene for støttekontaktilbudet viser for liten variasjonsbredde. Det harmonerer med at disse tallene er uttrykk for et mer vilkårlig skjønn – mindre preget av en forskjelligartet virkelighet enn tallene for dagtilbudet.

Påliteligheten av opplysningene når det gjelder spesielt tilrettelagt bolig, avhenger av hva som er rapportert. De fleste kommunene vi besøkte er for tiden opptatt av behovet for omsorgsboliger. For dette tiltaket er det forholdsvis enkelt å identifisere både tjenestetilbudet og antallet brukere. I den utstrekning det er slike tiltak som ligger til grunn, vil opplysningene være forholdsvis entydige, og tallene vil være relativt pålitelige og sammenliknbare. I den utstrekning kommunene satser på andre typer boliger og oppfølging i boligene, vil opplysningene være mindre informative. Det innebærer at det blir vanskeligere å finne tallmessig uttrykk for status i kommunene når det gjelder utvikling av det varierte tjenestetilbudet brukerne vurderer som det beste.

Hovedkonklusjonen blir at selv om enkelttallene i grunnlagsmaterialet kan være feil, slår feilene ut begge veier, og det er så langt gode holdepunkter for å regne tallene som uttrykker nivået på tjenestetilbudet som pålitelige.

12.3.4 Konklusjon

Vi vurderer de fleste opplysningene det rapporteres om som relevant informasjon om utviklingen av tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser.

Selv om enkeltopplysningene ikke er pålitelige, vurderer vi likevel tallene som gir uttrykk for omfang og variasjoner i tjenestetilbudene på landsbasis som forholdsvis pålitelige. Det begrunner vi med at tallstørrelsene stemmer med det vi ellers har av relevante opplysninger om tjenestetilbudene og kommunene og at feilene i grunnlagsmaterialet slår begge veier.

12.4 I hvilken grad har det øremerkede tilskuddet bidratt til et bedret (kvantitativt og/eller kvalitativt) tjenestetilbud?

Analysen av rapportmaterialet belyser den kvantitative siden av tjenestetilbudet. Gjennomsnittstallene for antall brukere av de mest utbredte tjenestetilbudene (dagtilbud og støttekontakt) ligger i 1996 på fra en til to per 1000 innbyggere. Det høyeste tallet gjelder dagtilbud som gjennomsnittlig har 1,69 brukere per 1000 innbyggere i kommunene utenom Oslo, i bydelene i Oslo var gjennomsnittet 0,36 brukere.

Vurderingen av tallene vil avhenge av hvilken oppfatning en har av målgruppens størrelse og behov. Tallmaterialet gir et bilde av tjenestetilbudet som behovet kan vurderes i forhold til. Sammenliknet med 1995 representerer imidlertid tallene en økning, slik det også går fram av St meld nr 25.

På bakgrunn av intervjuundersøkelsen kan vi slå fast at kvaliteten av dagtilbudet varierer mye. Vi anser brukermedvirkning som det viktigste virkemidlet for å påvirke kvaliteten i dette såvel som i de øvrige tjenestetilbudene, noe som også framholdes i rundskrivene fra departementet. Vi fikk også et klart inntrykk av at arbeidet er i startfasen, noe av variasjonene skyldes derfor at kommunene ikke er kommet like langt i prosessen. Før tjenestetilbudet har nådd et visst omfang gir det imidlertid lite mening å vurdere kvaliteten.

Utover å bekrefte disse forholdene, vil vi derfor på bakgrunn av intervjuundersøkelsen si noe om hva vi tror er sannsynlig utvikling og muligheter videre.

De fleste kommunene vi besøkte er i ferd med å bygge ut dagtilbudet, noe som relativt raskt bør vise seg i form av høyere brukertall. En kvantitativ bedring vil gi et bedre grunnlag for brukerne og deres organisasjonsrepresentanter både for å vurdere og å bidra til videre utforming av dette tjenestetilbudet.

Når det gjelder bruk av støttekontakter, antar vi det er et uutnyttet potensiale. På bakgrunn av intervjuundersøkelsen har vi inntrykk av at støttekontaktordningen benyttes i langt mindre utstrekning enn det kommunale tjenestetilbudet gir grunnlag for. Vi har inntrykk av dette tiltaket i liten grad blir vurdert av den faglig ansvarlige personen, fordi det blir oppfattet som sosialkontorets ansvar. Det er også skaffet arbeid til personer med psykiske lidelser gjennom samarbeid med sosialkontoret, en mulighet vi antar er lite utprøvd i kommuner med lite internt samarbeid.

Vi antar på den bakgrunn at en kvantitativ bedring av tjenestetilbudet kan oppnås gjennom bedre tverrsektorielt samarbeid i kommunene. Samarbeid med sosialkontorer er kanskje viktigere for brukerne enn samarbeid med arbeidsmarkedsetaten både for tilbudene om støttekontakt, aktivitetsmuligheter og bolig.

Spesielt tilrettelagte boliger er et viktig tjenestetilbud i den utstrekning det er behov for det. Det dreier seg om behov hos en forholdsvis liten andel av

befolkningen.⁴⁰ Vi antar likevel at det kan ta noe tid før resultatene for botilbud viser seg.

Vi ser heller ikke grunn til å vente rask stigning i tallene som gjelder arbeidsplasser for personer med psykiske lidelser. Intervjuundersøkelsen bekreftet inntrykket av at dette ikke er tiltak som blir høyt prioritert nå.

Analysen av sammenhengene i rapportmaterialet tyder på at mesteparten av tilskuddet i 1996 gikk til tilsetting av særlig kvalifisert personell. Dette inntrykket blir bekreftet gjennom intervjuene. Det har likevel vært rom for en viss økning i tjenestetilbudet. Vi møtte i intervjuundersøkelsen mye engasjement og entusiasme. Det virker som et flertall av informantene, både representanter for kommunene og brukerne, opplever at utviklingen nå går i positiv retning.

12.4.1 Konklusjon

Ressursinnsatsen på området psykisk helsevern har økt etter at tilskuddet kom i 1995. Rapportanalysen viser at ressursinnsatsen i kommunene har økt med mer enn det øremerkede tilskuddet. Det har også vært en økning i antallet brukere av tjenestetilbud fra 1995 til 1996. Informantene mener utviklingen går i positiv retning.

Vårt inntrykk er at virkemidlene i ordningen bidrar til at kommunene får etablert et bedret tjenestetilbud. Om kvaliteten på tjenestetilbudet er det for tidlig å si noe generelt. Vi antar at brukermedvirkning når det gjelder kompetansetiltak, planlegging og samarbeid vil ha betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet som etableres. Mange kommuner ser ut til å være i startfasen på disse områdene.

12.5 I hvilken grad gir rapporteringen grunnlag for å vurdere tilskuddet – får departementet gjennom denne rapporteringen den informasjon de har behov for?

12.5.1 Innledning

I dette avsnittet drøftes nytten av de enkelte opplysningene i nøkkeltallene, i lys av den informasjonsverdi de har for departementet i forbindelse med kontroll og oppfølging, utvikling av tiltakene i ordningen samt betydningen av ordningen for utvikling av tjenestetilbudet i kommunene.

12.5.2 Kontroll og oppfølging

Opplysningen om andel som er brukt av tildelt beløp gir – sammen med en vurdering av de reelle utgiftene til tiltakene det rapporteres om – grunnlag for å vurdere om tilskuddet brukes i tråd med forutsetningene.

⁴⁰ Andel personer med alvorlige psykiske lidelser er beregnet til én prosent og andel brukere med behov for bolig med støtte til 0,2 prosent av befolkningen. «Kostnader ved etablering av en kommunal tjenestekjede til mennesker med psykiske lidelser» Rådet for psykisk helse, høsten 1997

Alene er opplysningen lite interessant. For det første er ikke beløpet «øremerket» på mottakersiden. Tilskuddet inngår som en inntektskilde sammen med øvrige inntekter i kommunenes budsjettprosess. For det andre kan ikke formålet «øremerkes». Både tjenestene og målgruppen det dreier seg om, er integrert i kommunens vanlige tjenestetilbud og befolkning. Dette innebærer at kontrollen med om midlene anvendes i tråd med formålet, må foretas på mer indirekte måter. Vi har vist hvordan kontrollen kan foretas når det gjelder én av oppgavene som har vært prioritert i ordningen, nemlig opprettelse av stillinger for særlig kvalifisert personell. Andre tiltak kan være vanskeligere å konkretisere. Men etterhvert som det blir grunnlag for å vurdere utgiftene, kan det gjøres liknende beregninger for de andre tiltakene. Med kjennskap til kostnadene ved det enkelte tiltaket, vil f.eks. opplysningen om målgruppens bruk av tjenestetilbudet gi grunnlag for å beregne et resultat som tilskudds-beløpet kan vurderes opp mot.

Det har vært foreslått at departementet burde fastsette måltall, både for tjenestetilbudet og de øvrige tiltakene som prioriteres. Det ville lette oppfølgingen, men vi ser ikke at det er grunnlag for å fastlegge et bestemt nivå, hverken på tjenestetilbudene eller de øvrige tiltakene. Vi mener det vil være mer formålstjenlig å videreutvikle rapporteringssystemet og sammenlikningstallene. Derved vil også grunnlaget for diskusjon bli bedre – både om hva som er de riktige tiltakene og hva som er et rimelig nivå på tjenestetilbudene.

Når det gjelder kanalisering av midlene til målgruppen, fikk vi gjennom intervjuundersøkelsen flere eksempler på hvordan det løses lokalt. I enkelte kommuner blir tilskuddsbeløpet fordelt til instansene som har ansvar for tiltak til målgruppen, i andre disponeres midlene av én instans som kjøper tjenester av andre instanser. Samfinansiering av tjenester til flere målgrupper er løst å ved at etatene dekker andelen for «sin» brukergruppe. I alle tilfellene er det imidlertid målgruppens bruk av tjenestetilbudet som er den viktige resultatinformasjonen.

Opplysningene om antall brukere av de ulike tjenestene er derfor avgjørende for oppfølgingen både lokalt og sentralt.

12.5.3 Utviklingen av tiltakene i ordningen

Utviklingen kan følges gjennom opplysningene som hvert år legges inn i rapporteringssystemet.

Opplysningene om antall stillinger for særlig kvalifisert personell i rapportåret og foregående år ser så langt ut til å gi et «riktig» svar på spørsmålet om kommunene som en følge av tilskuddet har fått tilsatt kvalifisert personell.

Det må imidlertid tas stilling til hvordan det videre skal følges opp om personellressursene kommer målgruppen til gode. Opplysningene som gis i dag, gir ikke informasjon om dette. I intervjuundersøkelsen kom det fram at spørsmålet om organisering er et viktig tema i kommunene. Det har betydning både for arbeidsoppgavene og kontaktflatene hvor sentraliserte fagpersonenes

funksjoner er. Det har også konsekvenser for arbeidsoppgaver og kontaktflater hvilket funksjonsområde psykisk helsevern knyttes til.

Fra 1998 er utbetaling av tilskuddet gjort avhengig av om det foreligger godkjent plan, og det er ikke lenger behov for opplysningene om status i planarbeidet. Vi tror ikke dette vil ha særlige konsekvenser for øvrig. Vi antar det er samarbeidet som eventuelt har vært innledet, som har betydning for tjenestetilbudet og ikke planens status. For øvrig har vi inntrykk av at mangelfullt tverrsektorielt samarbeid er et forhold som begrenser utvikling av tjenestetilbudet i flere kommuner, spesielt der det er lite kontakt mellom ansvarlig for psykisk helsevern og sosialkontor. Det kan tilsi at det kan være viktigere å spørre om dette samarbeidet enn f eks samarbeid med arbeidsmarkedsetaten.

Opplysningene om samarbeid med arbeidsmarkedetaten kan fortone seg som de enkleste å forholde seg til, fordi det her også foreligger et resultatmål i form av opplysning om antall brukere av arbeidsmarkedstiltak. Intervjumaterialet gir noe av bakgrunnen for at tallene er så lave. Men fordi det også forekommer at det skaffes arbeidsplasser på andre måter, vil tallene bli riktigere om resultatmålet ble løsrevet fra spørsmålet om samarbeid med arbeidsmarkedsetaten.

Opplysningene om samarbeid med andrelinjen gir informasjon om forhold som vi ut fra intervjuundersøkelsen oppfatter som viktig og dekkende for det samarbeidet kommunene ønsker. Det er imidlertid ikke kommunene som er tjenesteyterne i denne relasjonen, det er rimeligere å betrakte dem som brukere. Vi mener derfor at oppfølging av disse opplysningene bør skje overfor andrelinjetjenesten.

For samarbeid om forebyggende arbeid med barn og unge er det for tidlig å vurdere opplysninger, jf punkt 12.3.

12.5.4 Ordningens betydning for utvikling av tjenestetilbudet i kommunene

Ved at det rapporteres årlig om det totale tjenestetilbudet til målgruppen, gis det informasjon om utviklingen av tjenestetilbudet i kommunene. Med utgangspunkt i tiltak med kjente utgifter, er det mulig å anslå hvor stor del tilskuddet finansierer og hvor mye kommunene dekker selv.

Ved bruk av opplysningene i rapportmaterialet er det mulig f eks å finne ut hvor stor andel av nye stillinger det øremerkede tilskuddet dekker, og hvilke tiltak som kommer i tillegg og som kommunene derfor har finansiert selv.

Ut fra rapportmaterialet 1996 ser det imidlertid ut til at ulikheter i behov og økonomiske forutsetninger har større betydning enn tilskuddet. Ved å sammenlikne resultatene for bydelene i Oslo med kommunene i landet for øvrig, kan man få belyst hvilken betydning endringen i grunnlaget for beregning av rammetilskudd til kommunene har hatt for en ensartet virkning av ordningen.

12.6 Er ordningen et tjenlig virkemiddel?

Vi vil til avslutningsvis knytte noen kommentarer til det overordnede formålet med ordningen og de forbedringsmuligheter vi ser.

På nåværende tidspunkt ser øremerking ut til å være en egnet måte å overføre ressursene på. Det bidrar til å synliggjøre kommunenes ansvar. Dessuten er beslutningstakerne på kommunalt nivå i tvil om hvorvidt målgruppen ellers vil bli prioritert. Øremerking oppfattes også positivt av informanter som ikke har ansvar overfor målgruppen eller for utvikling av tjenestetilbudet. Samlet vurderer vi øremerking som et gunstig utgangspunkt for at ordningen skal virke etter sin hensikt. På sikt bør likevel ordningen innlemmes i rammetilskuddet.

I og med at tiltakene det rapporteres om er tjenestetilbud for alle i kommunen og brukeropplysningene er av anonym karakter, ser vi heller ikke at det knytter seg risiko for utvikling av en ny særomsorg til ordningen. Det kan imidlertid oppstå som et dilemma lokalt, både i forbindelse med organisering av ansvaret for tjenestetilbudet til denne målgruppen og i forbindelse med utforming av de konkrete tjenestetilbudene. Risikoen for «lekkasje» som er knyttet til tilskudd som ikke skal øremerkes på mottakersiden, vil synliggjøres ved at en får opplysninger om kommunens totale tjenestetilbud.

Også rundskrivene fra departementet blir gjennomgående positivt mottatt av adressatene vi har intervjuet. Et viktig trekk ved rundskrivene er etter vår vurdering at de både avspeiler og representerer en utvikling. Det informeres om hva som har skjedd og det formuleres nye oppgaver hvert år. Vi tror denne innretningen bidrar til å stimulere en utvikling i ønsket retning.

To forhold bidrar imidlertid til klarhet, presisering av målgruppen til personer med «alvorlige psykiske lidelser» og todelingen av tilskuddet i en del som gjelder tiltak for voksne og en del som gjelder forebygging og barn/unge.

Vi foreslår at departementet vurderer å sløyfe «alvorlige» i tittelen på rundskrivet og heller presiserer målgruppen gjennom tiltakene som blir prioritert. I den forbindelse stiller vi på bakgrunn av intervjuundersøkelsen spørsmål ved prioriteringen av arbeidsmarkedstiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Når det gjelder den delen av tilskuddet som skal gå til forebyggende tiltak for barn og unge, står en bl a overfor et dilemma knyttet til målgruppens behov for kontinuitet på den ene siden og spesialiseringen i fagmiljøet på den andre. Vi antar at det å prioritere samarbeid mellom berørte etater ivaretar hensynet til målgruppen bedre enn alternativet, som kunne være å dele tilskuddet. Det gjenstår imidlertid å finne tiltak som denne delen av tilskuddet kan vurderes opp mot.

Intervjuundersøkelsen viser at mange av spørsmålene i rapportskjemaet oppfattes forskjellig. Det går blant annet ikke klart nok fram at kommunene skal

rapportere all satsing innenfor de prioriterte områdene. Det svekker verdien av opplysningene og sammenlikningstallene. Det er derfor mye å vinne på å klargjøre spørsmålene.

Skjemaet endres i og med at spørsmålet om planstatus faller bort. Vi går ut fra at kommunene heller ikke skal fortsette å gi opplysninger om opprettede stillinger. Forutsetningen i rundskrivet for 1997 om at samarbeid om fore-bygging skal være etablert, tilsier at det kommer inn nye spørsmål i rapport-skjemaet.

Vi mener det ville være en fordel om rapportskjemaet avspeiler utviklingen i rundskrivene. Om sammenhengen mellom rundskriv og rapporteringsskjema framstår klarere, antar vi det vil bli enklere både å formulere og å oppfatte spørsmålene. Ulempene ved endringer vil da ha mindre vekt.

Vi mener de viktigste opplysningene er de som gjelder antall brukere av de ulike tjenestene. Ved å framstille alle tjenestetilbudene i nøkkeltallene med gjennomsnittlig antall brukere på samme måte som dagtilbudet, mener vi ordningen kan bidra til å dempe oppmerksomheten om hvilken sektor som har ansvar for tjenestene. Det vil da også framgå klarere hva som er formålet med ordningen og hva som er å betrakte som virkemidler for å bedre tjenestetilbudet for målgruppen. Vi antar det vil medvirke til at spørsmålene blir tydeligere og – som en følge av det – at kvaliteten av opplysningene blir bedre.

Ved å konsentrere spørsmålene om tjenestetilbudet, antar vi at det også kan oppnås et større sammenfall mellom opplysninger som departementet etterspør og opplysninger som kommunen selv har bruk for.

Når det gjelder de to opplysningene om samarbeid med andrelinjen om veiledningstilbud og etablerte samarbeidsrutiner (eventuelt også opplysningen om koordinering av tiltak), mener vi kommunen er å oppfatte som bruker og informasjonen å oppfatte som resultatinformasjon om fylkeskommunen. Vi antar at opplysningen om samarbeid med arbeidsmarkedsetaten bør vurderes på tilsvarende måte.

Til slutt vil vi peke på at enkelte informanter har tatt opp spørsmålet om det samlede omfanget av rapportering som kommunene er pålagt. Vi mener det er viktig å se på forholdet mellom rapporteringen i forbindelse med dette tilskuddet og den rapporteringen som skal skje gjennom KOSTRA. Departementet bør vurdere om og eventuelt når de to rapporteringsordningene kan samordnes.

12.7 Konklusjon

Vi mener at analysen vi har foretatt med utgangspunkt i de opplysningene som rapporteringssystemet gir, viser at systemet gir gode muligheter for å belyse utviklingen i tjenestetilbudet. Den viser etter vår oppfatning også at det er mulig på grunnlag av disse opplysningene å finne ut hvilken andel tilskuddet utgjør av kommunens totale utgifter til hvert enkelt tiltak.

Kvaliteten av de enkelte grunnlagstallene kan bli bedre gjennom klargjøring av spørsmål i rapportskjemaet. Ved å registrere og framstille de ulike tjenestetilbudene på samme måte, vil det gå klarere fram hva resultatene er. Vi mener det vil være en fordel om rapportskjemaet følger utviklingen i rundskrivet. Slike forbedringer vil etter vår vurdering forbedre informasjonsverdien av materialet vesentlig.

Vår oppfatning er at forbedringsmulighetene først og fremst knytter seg til utformingen av rapporteringskjemaet til kommunene. Intervjuundersøkelsen gir holdepunkter for vurdering av hvilke ytterligere opplysninger det er aktuelt å be om, når opplysningene som foreligger i dag blir uaktuelle.

Vi foreslår at de kvalitative sidene ved tjenestetilbudene følges opp gjennom fylkeslegenes stikkprøvekontroller.

Innhold

Sammendrag	1
1 Innledning	4
1.1 Forvaltningsansvaret.....	4
1.2 Bakgrunn for tilskuddet	4
1.3 Mandat og formål	7
1.4 Organisering av arbeidet	7
2 Kort beskrivelse av tilskuddsordningen	8
2.1 Innledning	8
2.2 Beløp og tildelingskriterier.....	8
2.3 Formål og tilskuddsberettigede tiltak	8
2.4 Informasjon og veiledning.....	9
2.5 Rapportering og tilbakemelding	10
3 Tilnærming og metoder	11
3.1 Grunnlagsmateriale	12
3.2 Effektkjeden	12
3.2.1 Utvelging av intervjukommuner	14
3.2.2 Opplegg for intervjuene	15
3.2.3 Informantene	15
3.2.4 Begrepsbruk og referanser	16
4 Analyse av rapportmaterialet for 1996.....	17
4.1 Innledning	17
4.2 Klassifisering av opplysningene i rapportmaterialet.....	18
4.2.1 Resultater	18
4.2.2 Virkemidler.....	19
4.2.3 Bakgrunnskjennetegn ved kommunene.....	19
4.3 Hva viser rapportmaterialet?.....	21
4.3.1 – om resultatene	21
4.3.2 – om virkemidlene	22
4.3.3 – om sammenhengen mellom virkemidler og resultater	23
4.3.4 – om betydningen av bakgrunnskjennetegn.....	23
4.4 Oppsummering og vurderinger.....	24
4.4.1 Er tjenestetilbudet blitt bedre?.....	24
4.4.2 Er virkemidlene effektive?.....	24
4.4.3 Vurdering av tiltak i lys av tilskuddsbeløp	25
4.4.4 Betydningen av bakgrunnskjennetegn.....	25
5 Intervjuundersøkelsen – virkemidler	26
5.1 Tilskuddsbeløp	26
5.1.1 Føringer fra departementet.....	26
5.1.2 Kommuner og bydeler: «For lite i forhold til behov, men tilstrekkelig i oppstarten».....	26
5.1.3 Brukerrepresentanter: «Alt for lite».....	27

5.1.4 Fylkesleger: «Dekker ikke dyre tiltak»	28
5.2 Kompetanse.....	28
5.2.1 Føringer fra departementet.....	28
5.2.2 Opprettelse av stillinger og organisering av psykisk helsevern i kommunene.....	29
5.2.3 Behovet for og utviklingen av kompetanse i kommunene	31
5.3 Behovskartlegging og planarbeid	33
5.3.1 Føringer fra departementet.....	33
5.3.2 Situasjonen i kommunene.....	34
5.4 Samarbeid	35
5.4.1 – om forebyggende arbeid blant barn og unge	35
5.4.2 – mellom sektorer i kommunene.....	36
5.4.3 – mellom første- og andrelinjetjenesten	38
6 Intervjuundersøkelsen – brukerrettede tiltak og målgrupper	42
6.1 Er det de riktige tiltakene?	42
6.2 Dagtilbudet.....	42
6.2.1 Føringer fra departementet.....	42
6.2.2 Situasjonen i kommunene.....	43
6.3 Støttekontakt.....	44
6.3.1 Føringer fra departementet.....	44
6.3.2 Situasjonen i kommunene.....	45
6.4 Samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og etablering av arbeidsplasser ...	45
6.4.1 Føringer fra departementet.....	45
6.4.2 Situasjonen i kommunene.....	46
6.5 Boligtilbud.....	47
6.5.1 Føringer fra departementet.....	47
6.5.2 Situasjonen i kommunene.....	48
6.6 Målgrupper.....	48
6.6.1 Føringer fra departementet.....	48
6.6.2 Situasjonen i kommunene.....	49
7 Informasjon om tilskuddsordningen	52
7.1 Rundskrivene fra departementet.....	52
7.2 Oppfatninger om og bruk av veiledningsmateriale og annen informasjon fra statlige myndigheter	53
8 Rapporteringen fra kommunene	55
8.1 Innledning	55
8.2 Synspunkter på rapporteringen generelt	56
8.3 Rapporteringsskjemaets oppbygging og innhold.....	56
8.4 Synspunkter på rapporteringsskjemaet	57
8.5 Forholdet mellom rapportopplysninger og informasjon.....	59
8.5.1 Bare tiltak i kommunens regi?.....	59
8.5.2 Tiltak bare for personer med psykiske lidelser?.....	59
8.5.3 Et dagtilbud er lik et dagtilbud?.....	60
8.5.4 Hvordan registrere antall stillinger?.....	60
8.5.5 Lekkasjer – hvis de finnes – avsløres de?.....	61

8.5.6 Kommunens totale tilbud til personer med psykiske lidelser eller resultater av den øremerkede ordningen?	61
9 Fylkeslegens rolle i forvaltning av tilskuddet	62
9.1 Rolledelingen mellom departementet og fylkeslegen	62
9.1.1 Hovedelementer i økonomiregelverket angående tilskuddsforvaltning og kontroll	62
9.1.2 Departementets rolle	63
9.1.3 Fylkeslegens rolle	63
9.2 Tre fylkeslegers oppfatning av egen rolle	64
9.3 Oppfatninger av fylkeslegens rolle hos våre informanter i kommunene ..	66
10 Øremerking av statlig tilskudd	67
10.1 Generelt om statlige tilskuddsordninger	67
10.1.1 Nærmere om øremerkede tilskudd	67
10.2 Øremerkede tilskudd til psykisk helsevern	68
10.2.1 Psykiatriske sykepleiere: «Ja til øremerking!»	68
10.2.2 Administrativ ledelse: «Tja til øremerking generelt, ja til øremerking til psykisk helsevern»	69
10.2.3 Økonomistab: «Skepsis til øremerking generelt , stort sett ja til øremerking til psykisk helsevern»	70
10.2.4 Politikere: «Skepsis til øremerking generelt, ja til øremerking til psykisk helsevern»	70
10.2.5 Brukerorganisasjoner: «Ja til øremerking !»	70
10.2.6 Fylkesleger: «Øremerking til psykisk helsevern er nødvendig»	71
10.3 Hvor lenge bør tilskuddet øremerkes?	71
10.3.1 Kommuner og bydeler: «Mange år!»	71
10.3.2 Brukerrepresentanter: «Mange år!»	72
10.3.3 Fylkesleger: «Kommunene må få beskjed i god tid før tilskuddet endres»	72
10.4 Har det skjedd holdningsendringer etter innføring av øremerkede midler?	72
10.4.1 Politikerne: Gode intensjoner, men er det sammenheng mellom liv og lære?	72
10.4.2 Administrasjonen: Sannsynligvis en holdningsendring	73
11 Intervjuundersøkelsen – oppsummering og vurderinger	74
11.1 Innledning	74
11.2 Tilskuddsbeløpet	74
11.3 Kompetansen i kommunene	74
11.3.1 Organisering av psykisk helsevern	74
11.3.2 Behovet for og utviklingen av kompetanse	75
11.4 Behovskartlegging og planarbeid	76
11.5 Samarbeid	77
11.5.1 Tverrsektorielt samarbeid	77
11.5.2 Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten	78
11.6 Tiltak og målgrupper for tilskuddsordningen	78
11.6.1 Brukertiltaene	78
11.6.2 Målgrupper	79

11.7 Rundskriv, veiledningsmateriale og annen informasjon fra departementet.....	82
11.8 Rapportering fra kommunene.....	83
11.8.1 Formålet med rapporteringen er uklart	83
11.8.2 Deler av skjemaet er upresise	84
11.8.3 Skjemaet har forbedringspotensialer.....	85
11.9 Fylkeslegens rolle i forvaltningen av tilskuddet.....	85
11.10 Øremerking av statlig tilskudd.....	88
12 Samlet drøfting.....	90
12.1 Problemstillinger.....	90
12.2 Tilnærming og metoder.....	90
12.3 I hvilken grad avspeiler rapporteringen fra kommunene det faktiske tjenestetilbudet?.....	91
12.3.1 Innledning.....	91
12.3.2 Er rapportinformasjonen relevant?.....	92
12.3.3 Er de rapporterte opplysningene pålitelige?	95
12.3.4 Konklusjon	96
12.4 I hvilken grad har det øremerkede tilskuddet bidratt til et bedret (kvantitativt og/eller kvalitativt) tjenestetilbud?.....	96
12.4.1 Konklusjon	98
12.5 I hvilken grad gir rapporteringen grunnlag for å vurdere tilskuddet får departementet gjennom denne rapporteringen den informasjon de har behov for?	98
12.5.1 Innledning.....	98
12.5.2 Kontroll og oppfølging.....	98
12.5.3 Utviklingen av tiltakene i ordningen	99
12.5.4 Ordningens betydning for utvikling av tjenestetilbudet i kommunene	100
12.6 Er ordningen et tjenlig virkemiddel?.....	101
12.7 Konklusjon.....	102
Vedlegg I: Rapportskjema	
Vedlegg II: Analyse av rapportmaterialet 1996	
Bilag: Utvalg av kommuner – framgangsmåte og konsekvenser	
Vedlegg III: Intervjuguide	