

Syv år med Opptrappingsplanen for psykisk helse – hvor står vi?

I 2004 stakk en mann ned og drepte en tilfeldig medpassasjer på trikken i Oslo. Mannen var fire dager tidligere skrevet ut fra akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål. Denne og lignende episoder har blitt brukt som eksempler på at behandlingsskjeden innen psykisk helsevern har svakheter, og at tilbudet til psykisk syke må styrkes. Opptrappingsplanen har nå vært i virksomhet i syv år. Når vil vi se effektene av den økte ressursinnsatsen i sektoren?

Ingunn Hegstad Ottersen

De senere årene har det pågått diskusjoner om døgnplasser, behandling og økonomi innenfor psykisk helsevern. I 1999 vedtok Stortinget en åtteårig Opptrappingsplan for psykisk helsevern. Denne tar for seg tiltak som kan settes i verk for å forebygge psykiske lidelser, og tiltak som kan bidra til at psykisk syke får den hjelpen de har behov for. Planen setter konkrete mål for ressursinnsats og omstrukturering av sektoren. Denne artikkelen setter fokus på opptrappingsplanens beskrivelser av spesialisthelsetjenesten, og målene som er knyttet til denne når det gjelder psykisk helsevern for voksne, barn og unge (Sosial- og helsedepartementet 1998).

Fra psykiatrimelding til handlingsplan for psykisk helsevern

Våren 1997 la Regjeringen Jagland fram Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetilbudene (*Psykiatrimeldingen*). Det var den første stortingsmeldingen som i hovedsak var viet psykisk helsevern (Vold 2002). Bakgrunnen for meldingen var å legge fram en helhetlig politikk der alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser blir ivaretatt. Det skulle legges et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester. Målet var å kunne tilby tjenester bedre tilpasset brukernes behov. Det ble framhevet som et hovedproblem at behandlingsskjeden har brist i alle ledd (Sosial- og helsedepartementet 1997, s.15-16).

I 1997 fastla Stortinget hovedlinjene og en strategi for utviklingen av disse tjenestene. I den sammenheng ble følgende vedtak fattet:

"Stortinget ber Regjeringen snarest fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykiatrien, herunder en økonomisk forpliktende opptrappingsplan".

Regjeringen Bondevik fremmet forslaget til en opptrappingsplan med konkrete tiltak og forpliktende økonomiske planer. I 1999 vedtok Stortinget denne åtteårige (1999-2006) opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Planen ble i 2003 utvidet med to år, og varer fram til 2008.

Styrket tilbud til mennesker med psykiske lidelser

Opptrappingsplanens overordnede mål er å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Arbeidet med planen er organisert rundt fem delprosjekter: spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester, måling/rapportering og evaluering, kommunikasjon og kultur- og holdningsendring/brukermedvirkning.

Ingunn Hegstad Ottersen er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (lnh@ssb.no).

Boks 1

Ved opptrappingsplanens oppstart i 1999 eide fylkeskommunene de fylkeskommunale sykehusene og institusjonene. Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Denne ble organisert under fem regionale helseforetak (RHF). Staten overtok eierskapet av de fylkeskommunale sykehusene og institusjonene, mens RHF-ene inngikk driftsavtaler med sykehus og institusjoner eid av stiftelser, samt en del kommunale institusjoner.

Arbeidet som var påbegynt i fylkeskommunene, ble videreført i de regionale helseforetakene, og falt inn under spesialisthelsetjenesten som statlig tjeneste (se boks 1). Målene som i opptrappingsplanen blir omtalt som fylkeskommunale mål (referert i boks 2), blir her sett i sammenheng med tall fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten fra Statistisk sentralbyrå.

Fokus er ressursinnsats målt som endringer i antall døgnplasser, polikliniske konsultasjoner og årsverk ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne, barn og unge. I opptrappingsplanens målsettinger tas det utgangspunkt i tall fra 1996. For referansens skyld er derfor analyse og sammenligninger i denne artikkelen primært basert på tall fra 1996 og fram til 2004.

Foreløpig lite statistikk på kommunenivå

I opptrappingsplanen legges det også vekt på at kommunale tiltak for voksne, barn og unge skal forbedres. Det skal blant annet bygges nye omsorgsboliger og bli flere årsverk i hjemmetjenesten. Dagsentrene skal gi plass til flere brukere og flere skal få tilbud om støttekontakt. Det er på nåværende tidspunkt utviklet lite statistikk som gjelder kommunenivå, men Statistisk sentralbyrå samarbeider for tiden med Sosial- og helsedirektoratet om et prosjekt der hovedfokus er kommunestatistikk sett i lys av opptrappingsplanen.

Økte driftskostnader

I opptrappingsplanen står det at det skal investeres for 6,3 milliarder kroner i løpet av planperioden, og driftskostnadene skal økes til et nivå som ligger ca. 4,6 milliarder kroner over utgiftsnivået i 1998. Det innebærer at det skal brukes om lag 24 milliarder kroner mer til psykisk helsevern i løpet av perioden med opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Boks 2

Opptrappingsplanens tiltak i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for voksne.

Det skal legges til rette for:

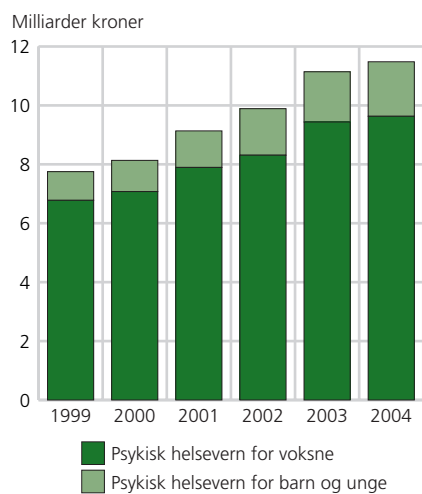
- flere døgnplasser for aktiv behandling i sykehusavdelinger og distriktpsikiatriske sentre, DPS.
- flere polikliniske behandlinger.
- flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale.
- flere dagopphold ved DPS.
- omstrukturering og styrking av døgntilbudet i voksenpsykiatrien.
- styrking av tilbudet til grupper med særlige behov.

Opptrappingsplanens tiltak i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for barn og unge.

- flere døgnplasser til ungdom og behandlingshjem skal omgjøres til klinikker med mer aktiv behandling.
- flere dagplasser til barn og unge.
- flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet som gir rom for flere konsultasjoner.

Kilde: Sosial- og helsedepartementet 1998.

Figur 1. Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger) i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern. 1999-2004. Milliarder kroner ¹



¹ Funksjonene 640, 645, 646, 647, 650, 655, 656 i funksjonskontoplanen for helseforetak, tidligere fylkeskommuner.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

I 2004 lå kostnadene i spesialisthelsetjenesten på til sammen 66 milliarder kroner. Knappt en sjettedel av disse kostnadene går til psykisk helsevern.

I 2004 var kostnadene til drift innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten på 11,5 milliarder kroner (se figur 1).

Økningen i løpende driftskostnader fra opptrappingsplanens start i 1999 og til 2004, er på 48 prosent, med henholdsvis 42 prosent økning i psykisk helsevern for voksne, og 90 prosent økning i psykisk helsevern for barn og unge. I faste kostnader er prosenttallene noe mindre. I psykisk helsevern for voksne er det 10,2 prosent endring, og i psykisk helsevern for barn og unge er det 47,6 prosent endring i driftskostnader fra 1999 til 2004 korrigert for lønns- og prisvekst.

Ressursinnsatsen så langt

Ifølge planen skal det satses på mer behandlingsorienterte tilbud (boks 2). Det skal blant annet investeres i flere døgnplasser, flere polikliniske konsultasjoner, flere årsverk og bedre kvalifisert personell innen psykisk helsevern. Tallene som blir referert i det følgende, er på nasjonalt nivå. De gir en forståelse av hvilken retning psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten tar når det gjelder hovedmålene i opptrappingsplanen.

Omstrukturering av tilbudet

Innen psykisk helsevern for voksne har det de siste årene vært problemer med kapasiteten og med feilplassering av pasienter. Ifølge opptrappingsplanen burde et stort antall pasienter i sykehusavdelingene vært ved andre avdelings typer, og i langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som kunne fått et bedre tilbud i bostedskommunen. Dette er forhold som ligger bak opptrappingsplanens målsetting for omstrukturering og styrking av spesialisthelsetjenesten for voksne.

Tjenestene som skal styrkes er psykiatriske sykehusavdelinger, distriktspsykiatriske sentre (DPS) og privatpraktiserende spesialister. Omstruktureringen innebærer hovedsakelig utbygging av nye plasser, erstatning av eksisterende plasser eller omgjøring av sykehjem eller bo- og behandlingssentre. I henhold til opptrappingsplanen skal de psykiatriske sykehjemmene enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS (boks 4), eller de skal gradvis trappes ned. Det heter videre at nedtrappingen skal skje i et lavere tempo enn tilveksten av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet 1998).

I psykisk helsevern for barn og unge er det, ifølge opptrappingsplanen, behov for flere institusjonsplasser, og det legges til rette for at behandlingshjem (se boks 4) kan gjøres om til klinikker med mer aktiv behandling (Sosial- og helsedepartementet 1998).

Boks 3

Brutto driftskostnader omfatter utgifter til lønn inklusive sosiale utgifter, utgifter til utstyr og vedlikehold, andre driftsutgifter og overføringsutgifter. Refundert lønn fra folketrygden for sykefravær er inkludert i brutto driftsutgifter.

Boks 4

Behandlingshjem: Ikke-kommunal institusjon eller enhet utenfor sykehus som i hovedsak gir lengre tids behandling til barn eller ungdom.

Distriktpsikiatriske senter, DPS: Faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innenfor et geografisk opptaksområde. Senteret har poliklinikk, dagtilbud og ett eller flere døgntilbud under en felles faglig ledelse.

Psykiatriske sykehjem: Psykiatriske døgninstitusjon med langvarig pleie og omsorg som hovedoppgave.

Kilde: Ruud, Nordhuus og Thorsen 2001.

Døgntilbudet svekket for voksne?

Fra 1996 til 2004 har antallet døgnplasser ved institusjoner i psykisk helsevern gått ned med om lag 18 prosent. I 1996 var det 1,9 døgnplasser per 1 000 innbyggere i institusjoner i psykisk helsevern for voksne, og i 2004 gikk det ned til 1,5 plasser per 1 000 innbyggere. I opptrappingsplanen er målet 1 185 flere døgnplasser i DPS sammenlignet med antallet i 1996. I henhold til planen skulle en reduksjon i antall døgnplasser for voksne ved psykiatriske sykehjem kompenseres for blant annet ved å bygge ut døgnplasser for aktiv behandling ved DPS. Der skal tilbudet innenfor poliklinikker, dagavdelinger og døgnavdelinger bli styrket.

De distriktpsikiatriske sentrene (DPS) skal samarbeide nært med kommunene for å sikre et mer sammenhengende behandlingsnettverk, og gi en bedre struktur på tilbudene i forhold til pasientenes behov (Riksrevisjonen 2002). Samtidig skal tilbudet til de brukergruppene som tidligere benyttet de psykiatriske sykehjemmene ikke bli dårligere. I 2004 fantes det totalt 2 091 døgnplasser i DPS. Dette er en økning på 1 077 plasser fra 1996 (Kalseth 2005).

Nedbygging av psykiatriske sykehjem

I løpet av perioden med opptrappingsplanen har det blitt færre omsorgsplasser i sykehjem på grunn av nedbygging. Samtidig har det blitt flere behandlingsplasser ved DPS innen psykisk helsevern for voksne. Om spesialisthelsetjenesten og tilbudet i kommunene ses under ett, kan det være vanskelig å vurdere om det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert. Det avhenger blant annet av om de brukergruppene som benyttet sykehjemmene har fått et tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene (Ådnanes mfl. 2005).

Alternativer til innleggelse

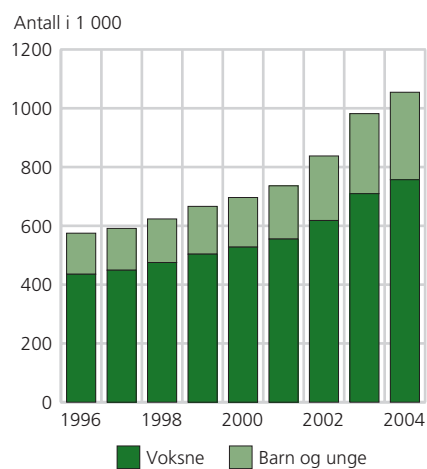
Ved institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge, er det ifølge opptrappingsplanen behov for 205 flere døgnplasser enn i 1996. Tallet på døgnplasser har økt med 35 fra 1996 til 2004 (tabell 1). Ser vi på døgnplasser per 1 000 innbyggere under 18 år fra 1996 til 2004, har tallet derimot holdt seg



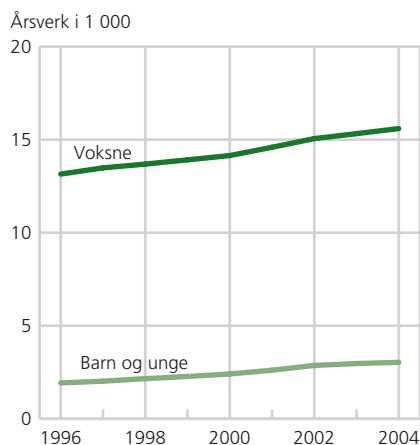
Tabell 1. Døgnplasser ved institusjoner i psykisk helsevern. 1996-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I alt	6 573	6 368	6 290	6 155	6 091	5 821	5 751	5 633	5 500
Voksne	6 277	6 064	5 975	5 840	5 781	5 505	5 439	5 296	5 169
Barn og unge	296	304	315	315	310	316	312	337	331

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Polikliniske konsultasjoner i institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern. 1996-2004


Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Årsverk ved institusjoner i psykisk helsevern. 1996-2004


Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

stabil på 0,3 plasser. Det viser at flere plasser ikke nødvendigvis gir større kapasitet. Omstrukturering av tjenesten har også medført økt bruk av oppsøkende metoder. Dette utgjør i mange tilfeller alternativer til innleggelse. De opprinnelige måltallene for døgnplasser er derfor ikke lenger like relevante (i henhold til Sosial- og helsedirektoratet). Institusjonskapasitet, utbygging av poliklinikkene og omfanget av bruken av nye behandlingsmetoder må vurderes i sammenheng (Kalseth 2005).

Flere polikliniske konsultasjoner

Opptappingsplanen har som mål at det skal utføres flere polikliniske konsultasjoner. Poliklinisk virksomhet drives både i sykehus, DPS og i poliklinikker. Fra 1996 til 2004 har antallet polikliniske konsultasjoner i institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern økt med 83 prosent. Den største økningen skjedde etter opptappingsplanens oppstart. Den polikliniske behandlingen skal, ifølge opptappingsplanen, i all hovedsak øke i DPS, men også hos privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Figur 2 viser at det har vært en relativt sterk økning i polikliniske konsultasjoner, både innen psykisk helsevern for voksne, og for barn og unge.

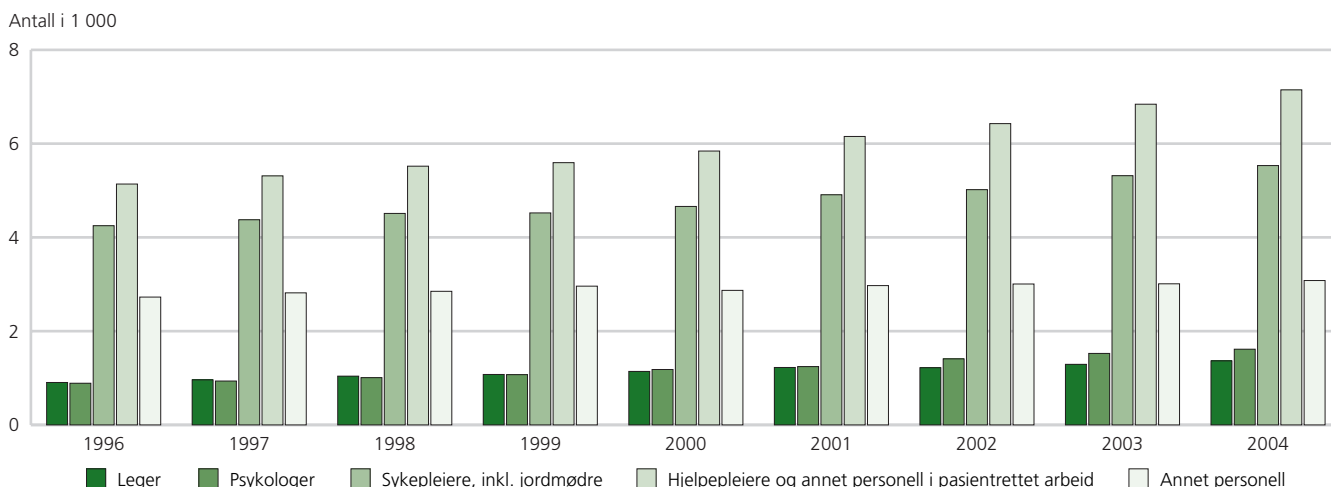
Ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne har antallet polikliniske konsultasjoner økt med 321 530 konsultasjoner (ca. 74 prosent) fra 1996 til 2004, og målet i opptappingsplanen om 220 000 flere konsultasjoner ser ut til å være nådd. Ved institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge har antallet økt med 157 919 (113 prosent) i den samme perioden. Det ser derfor ut til at målet om 166 prosent flere konsultasjoner kan bli nådd ved opptappingsplanens slutt. Oppgangen kan blant annet ses i sammenheng med utbygging av DPS, og at virksomhetene ved institusjonene skal være mer behandlingsrettet.

Opptappingsplanens fokus på polikliniske konsultasjoner kan også ha bidratt til en bedring i registreringsrutinene. Aktivitet hos private, næringsdrivende spesialister med driftsavtale er ikke inkludert i denne statistikken. Dette betyr at tallene for polikliniske konsultasjoner sannsynligvis er enda høyere.

Flere årsverk, mer kvalifisert personell

I opptappingsplanen er det et mål at antallet årsverk skal øke i planperioden, og det uttrykkes et særlig behov for mer kvalifisert personell. Innen psykisk helsevern økte personellinnsatsen allerede før opptappingsplanen, men likevel så det ikke ut til å føre til tilsvarende økt behandlingsskapasitet. Det ble derfor pekt på et behov for en kritisk gjennomgang av bruken av personellressurser (Sosial- og helsedepartementet 1998). I 1996 var det 3,43 årsverk per 1 000 innbyggere i institusjoner i psykisk helsevern, og i 2004 hadde det økt til 4,04 årsverk per 1 000 innbyggere. Årsverk viser til antall heltidsstillinger. Deltidsstillinger er omregnet til heltid. Totalt har antall årsverk ved institusjoner i psykisk helsevern økt med 24 prosent fra 1996 til 2004. Det er i gjennomsnitt 394 årsverk per år (figur 3). Om denne økningen fortsetter til og med 2008, ser det ut til opptappingsplanens mål om ca. 4 500 flere årsverk til spesialisthelsetjenesten vil bli nådd før utgangen av planperioden. Veksten i årsverk har hovedsakelig funnet sted ved poliklinisk virksomhet.

Figur 4. Personell ved institusjoner i psykisk helsevern. 1996-2004



Der har det vært en årsverksøkning på 45 prosent fra 1998 til 2004 (Kalseth 2005).

Antall årsverk ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne har økt med 19 prosent, fra 1996 til 2004. I sammenheng med tiltak, som utvidelsen av behandlingstilbudene på sykehusene og økt vekt på aktiv behandling, legges det i planen særlig opp til en økning i antall psykologer og leger (Sosial- og helsedepartementet 1998).

Ved institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge har antall årsverk gått opp med 57 prosent fra 1996 til 2004. Figur 4 viser en vekst i antall psykologer og leger, men også i annet kvalifisert personell.

Det har altså gått mot en endring i retning av bedre kvalifisert personell ved institusjoner i psykisk helsevern. Privatpraktiserende spesialister er ikke med i disse tallene, men siden de utgjør en vesentlig del av tjenestetilbudet kan antallet årsverk antas å være enda høyere.

Oppsummering

De siste årene har det skjedd omstruktureringer i psykisk helsevern. De psykiatriske sykehjemmene bygges ned. Målet med opptrappingsplanen er aktiv behandling. Dette skal ivaretas gjennom etablering av distriktpspsykiatriske sentre (DPS), og økning i poliklinisk virksomhet. Innen psykisk helsevern for barn og unge er det en dreining mot oppsøkende virksomhet.

Det totale antallet døgnplasser har gått ned i perioden med opptrappingsplanen, til tross for en sterk økning i antall døgnplasser ved DPS. Økningen i antallet polikliniske konsultasjoner tyder på mer aktiv behandling. Det er flere årsverk og bedre kvalifisert personell i psykisk helsevern. I henhold til opptrappingsplanen skulle grunnlaget legges for bedre og mer sammenhengende tjenester der brukerne står i sentrum. Vurdert i ressursinnsats er flere av målene i opptrappingsplanen i ferd med å bli nådd, men det kreves fortsatt omstrukturering og ressursinnsats i tiden framover.

Referanser

Halsteinli, Vidar (2004): *Samdata psykisk helsevern 2003, 2/04*, SINTEF Helse.

Kalseth, Jorid (2005): *Samdata Psykisk helsevern 2004, Foreløpig rapport*, SINTEF Helse.

Riksrevisjonen (2002): *Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern- opptrappingsplanen 1999-2006*, Dokument nr. 3:5.

Ruud, Torleif, Iver Nordhuus og Glen Thorsen (2001): *Administrativ definisjonskatalog for psykisk helsevern*, KITH.

Sosial- og helsedepartementet (1997): *St. meld. nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.

Sosial- og helsedepartementet (1998): *St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*.

Vold, Borgny (2002): "Psykiatrien på 1990-tallet, mer aktiv behandling" i *Helse- og omsorgstjenester, Statistiske analyser 56*, Statistisk sentralbyrå.