

Borgny Vold

Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling

De siste tiårene har tallet på voksenpsykiatriske døgnplasser i spesialisthelsetjenesten blitt kraftig redusert. Utviklingen, som er ledd i en ønsket overgang mot mer aktiv behandling med større vekt på poliklinisk virksomhet, satte inn på 1970-tallet. I løpet av 1990-tallet ble hver fjerde døgnplass i voksenpsykiatriske institusjoner borte. Målsetningen er at plassene skal brukes til aktiv behandling og ikke være et bo- og omsorgstilbud. Gjennom tiåret ble tallet på oppholdsdøgn i voksenpsykiatriske institusjoner redusert med 26 prosent, mens antall avsluttede døgnopphold økte med 67 prosent. I samme periode har den polikliniske aktiviteten økt vesentlig.

Historisk tilbakeblikk

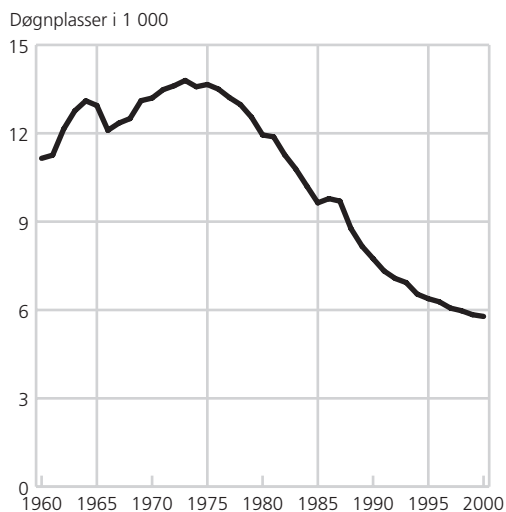
I mange år fungerte psykiatriske institusjoner som det Erving Goffman kaller "totale institusjoner" (Goffman 1961). Psykiatriske sykehus eller "asyler" var den dominerende institusjonsform fra den store institusjonsoppbyggingen startet omkring midten av 1800-tallet. (Den norske institusjonsoppbyggingen er beskrevet i Vold, 1999.) Med begrepet "total institusjon" sikter Goffman til institusjoner som har et tilnærmet totalansvar for beboernes/pasientenes tilværelse. Innenfor asylets murer levde de psykisk syke avsondret fra omverdenen for en kortere eller lengre periode, og alle fysiske, psykiske og sosiale behov skulle ivaretas innenfor institusjonen. Asylene fungerte mer som oppbevaringsanstalter enn som behandlingsinstitusjoner.

På 1950-tallet begynte myndighetene å satse på oppbygging av psykiatriske sykehjem for å avlaste de psykiatriske sykehusene som slet med store overbe-

legg. Det ble en arbeidsdeling mellom de to institusjonstypene. Sykehjemmene ble langtidsinstitusjoner hvor senil demente og andre pasientgrupper med langvarig behov for pleie og omsorg fikk plass, og de ble i svært mange tilfeller varig bosted for dem som ble innlagt. De psykiatriske sykehusene, på den andre siden, fikk ved at mange kroniske langtidspasienter forsvant ut, frigjort mer kapasitet til behandling. Vi fikk en todeling av psykiatriske institusjoner: Psykiatriske sykehus som var best stilt personellmessig og derfor kunne drive pasientbehandling, og psykiatriske sykehjem med lite og lavt utdannet personell og vekt på pleie og omsorg.

En ny fase i norsk psykiatri ble markert ved at ny lov om psykisk helsevern i 1961 erstattet den gamle sinnssykeloven av 1848. Institusjonsoppbyggingen fortsatte og nye institusjonstyper, som psykiatriske klinikkavdelinger ved somatiske sykehus og psykiatriske poliklinikker, fikk stadig

Figur 1. Antall døgnplasser ved voksenpsykiatriske institusjoner. 1960-2000. 1 000



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

større betydning. Antallet døgnplasser i psykiatriske institusjoner nådde sitt toppunkt i 1973¹ (se figur 1). Den faglige utviklingen innenfor psykiatrien, innføringen av nye medikamenter og behandlingsmetoder, trakk i retning av en stadig mer behandlingsorientert psykiatri. Gradvis mistet de psykiatriske institusjonene mye av sitt preg som totale institusjoner. Nedbyggingen av tradisjonelle institusjonsplasser i psykiatrien startet på begynnelsen av 1970-tallet. Viktige retningslinjer for den videre utvikling ble trukket opp i "Sykehusutbygging i et regionalt helsevesen" (St.meld. nr. 9, 1974-75). Et sentralt spørsmål som ble tatt opp her, og som har forblitt viktig i diskusjonen

omkring psykiatriens utvikling, var befolkningens ulike tilgang til helsetjenester avhengig av bosted.

Et annet spørsmål som fikk stor betydning i denne perioden, og som har stått i fokus gjennom det tiåret som skal analyseres nærmere i denne artikkelen, er knyttet til arbeidsdelingen mellom kommunenes sosial- og primærhelsetjenester på den ene siden og spesialisthelsetjenesten, som inntil 31. desember 2001 var et fylkeskommunalt ansvarsområde, på den andre siden.

Helsepolitiske målsetninger

Offentlige dokumenter som har preget utviklingen av psykiatrien i siste tiår av forrige årtusen, kjennetegnes av at det har funnet sted en grunnleggende endring i tenkingen omkring psykisk sykdom og behandlingen av mennesker med psykiatriske diagnoser. Endringen ligger som en undertone i de mål som har blitt satt for sektoren.

De helsepolitiske målsetningene som har lagt føringer for utviklingen av psykiatritilbudet gjennom 1990-tallet, er i hovedsak formulert i tre sentrale offentlige dokumenter (se boks). For å klargjøre den konteksten som de psykiatriske spesialisthelsetjenestene har utviklet seg innenfor, vil vi her presentere hovedtrekkene i disse dokumentene. Mot denne bakgrunnen vil så utviklingstendenser for psykiatrien bli presentert.

Sentrale dokumenter for utviklingen av psykiatrien på 1990-tallet

St.meld. nr. 41 (1987-88) "Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000".

St.meld. nr. 50 (1993-94) "Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste".

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

¹ Dette året ble det registrert om lag 13 800 døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner og avdelinger.

I "Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000" (St.meld. nr. 41, 1987-88) ble kommunenes ansvar for befolkningens helse vektlagt. Ansvar for forebygging, diagnostisering, behandling og attføring skulle tillegges den kommunale helse- og sosialtjenesten, mens spesialisthelsetjenesten, som var et fylkeskommunalt ansvar, skulle stå for spesialiserte helsetjenester. Dette gjaldt uansett om det var snakk om somatiske eller psykiatriske lidelser. Samtidig ble det fokusert på at spesialisthelsetjenesten skulle bistå kommunene, blant annet ved å gi råd og rettlede personell ansatt i kommunene. I forbindelse med den somatiske sykehjemsreformen i 1988 ble det diskutert om også driften av de psykiatriske sykehjemmene skulle overtas av kommunene. Dette ble ikke gjennomført, men prinsippet om at kommunene skulle få økt ansvar for pasientgruppen har vært dominerende i tiden senere. I 1991 ble ansvaret for omsorg for psykisk utviklingshemmede overført til den enkeltes hjemkommune (HVPU-reformen), og i forhold til mennesker med psykiske lidelser ble det tilsvarende antatt at det ville gi positiv gevinst at ansvar for grunnleggende helse- og sosialtjenester skulle ivaretas lokalt. En forutsetning for å kunne bygge ned institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten og overføre ansvaret for pasienter til kommunene, var et tilstrekkelig godt poliklinisk tilbud. Det ble imidlertid i Nasjonal helseplan vektlagt som et av voksenpsykiatriens hovedproblemer at den polikliniske kapasiteten var for dårlig, og dette ble dermed en av hovedutfordringene for utviklingen av psykiatritilbudet gjennom 1990-tallet.

Helsepolitiske målsetninger som ble formulert i Nasjonal helseplan ble utdypet i "Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste" (St.meld.

nr. 50, 1993-94). Her ble psykiatri trukket fram som en del av helsetilbudet som hadde behov for styrking, og man var opptatt av organiseringen av tilbudet til personer med psykiske lidelser. Det var særskilt arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forhold til psykiatriske langtidspasienter det ble fokusert på. Det ble advart mot en for rask nedbygging av institusjonsplasser, og understreket at kommunene måtte ha ressurser til å påta seg de økte oppgavene som følger av institusjonsnedbygging. Videre ble det framhevet som et mål at mindre psykiatriske institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten burde omdannes fra institusjoner med vekt på pleie og omsorg (psykiatriske sykehjem) til mer aktive bo- og behandlingssentre.

"Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" (St.meld. nr. 25, 1996-97) var den første stortingsmeldingen som i sin helhet var viet psykisk helsevern. I psykiatrimeldingen ble status for psykiatrien gjennomgått, og man redegjorde for sentrale statlige målsetninger som skulle være grunnlaget for den videre satsningen. Sentrale stikkord var økt ressursinnsats, omstrukturering av tjenestetilbudet, geografisk fordeling og økt effektivitet. Det psykiatriske behandlingstilbudet for voksne skulle omorganiseres slik at psykiatriske sykehusavdelinger, distriktskykiatriske sentra (DPS) og privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale skulle være hovedelementer. Vektleggingen av fordeling av ansvar mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ble videreført i denne meldingen. Psykiatrimeldingen ble fulgt opp av en *s:opptrappingsplan for psykisk helse* (St.prp. nr. 63, 1997-98) hvor målet om videre satsing på psykiatrien ble ledsaget av konkrete resultatmål og økte bevilgninger for å nå målene.

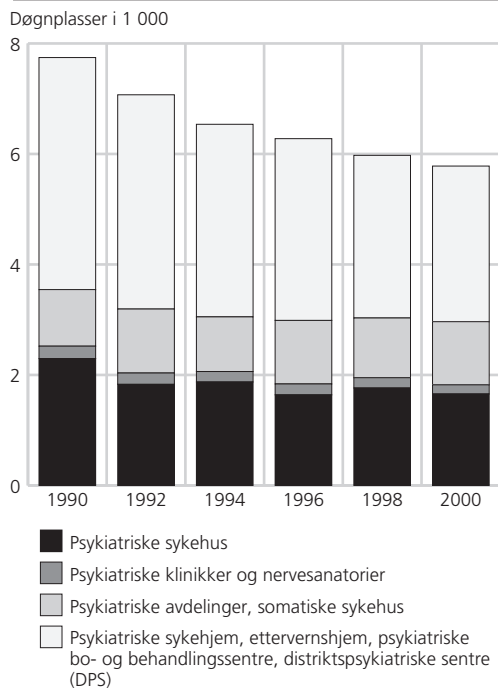
Opptrappingsplanen har et tidsperspektiv som strekker seg fra 1999 til 2006. Hovedmålene i planen er viktige for analysen av utviklingen på 1990-tallet, fordi de helsepolitiske målene som ble presentert i tidligere stortingsmeldinger her ble konkretisert.

Nedbygging av døgnplasser i voksenpsykiatrien

Ved utgangen av 1990 hadde institusjonene innenfor spesialisthelsetjenesten psykiatri nesten 7 750 døgnplasser avsatt for voksne pasienter. Ti år tidligere, ved utgangen av 1980, var det tilsvarende tallet vel 12 000. Det hadde med andre ord funnet sted en omfattende nedbygging av dette tilbudet gjennom 1980-årene, om lag 35 prosent av de voksenpsykiatriske døgnplassene ble borte i tiårsperioden (se figur 1). Nedbyggingen fortsatte på 1990-tallet, selv om takten ble noe langsommere. Ved utgangen av 2000 rapporterte voksenpsykiatriske institusjoner å ha i underkant av 5 800 døgnplasser. Gjennom dette tiåret forsvant altså ytterligere 25 prosent av døgnplassene i voksenpsykiatrien. Figur 2 viser grafisk utviklingen av døgnplasser på 1990-tallet, og man kan se forholdet mellom plassantallet i de ulike voksenpsykiatriske institusjonstypene.

Døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner kan grovt sett deles inn i plasser i sykehus og plasser utenfor sykehus. Som sykehusplasser regner vi plasser i psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatorier og psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus. Plasser utenfor sykehus omfatter psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, psykiatriske bo- og behandlingssentre og distriktspsykiatriske sentre (DPS). Mens 46 prosent av det totale antallet voksenpsykiatriske plasser

Figur 2. Døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

i 1990 var sykehusplasser, hadde dette økt til 51 prosent av plassene i 2000.

Vi ser at den relativt største reduksjonen i døgnplasser har skjedd ved voksenpsykiatriske institusjoner utenom sykehus. Mens det ved utgangen av 1990 var i alt 4 200 døgnplasser i slike institusjoner, var dette redusert til vel 2 800 ti år senere. Dette tilsvarer en reduksjon på 33 prosent i løpet av tiåret. Ved psykiatriske sykehus ble også plassantallet redusert betraktelig dette tiåret, nedgangen var på 28 prosent. Psykiatriske klinikker og nervesanatorier har en tilsvarende nedgang, 27 prosent av plassene har blitt borte fra 1990 til 2000. Bare ved psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus har utviklingen gått i motsatt retning: Det har

Tabell 1. Fylkenes døgnplassdekning og forholdet til gjennomsnittlig døgnplassdekning. 1990, 1995 og 2000

	1990		1995		2000	
	Døgnplasser per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet utenom Oslo	Døgnplasser per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet utenom Oslo	Døgnplasser per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet utenom Oslo
Landet utenom Oslo	2,2	100	1,8	100	1,7	100
Østfold	1,6	71	1,3	70	1,3	79
Akershus	1,7	79	1,4	78	1,2	72
Hedmark	2,0	89	1,4	75	1,2	69
Oppland	2,5	114	2,1	114	1,7	102
Buskerud ¹	2,6	118	2,1	116	1,3	79
Vestfold	1,9	88	1,6	88	1,3	75
Telemark	2,1	97	1,5	82	1,4	83
Aust-Agder	3,0	137	2,2	122	2,0	117
Vest-Agder	2,9	131	2,1	116	1,8	107
Rogaland	2,5	111	2,2	124	2,0	120
Hordaland	2,7	122	2,1	117	1,9	111
Sogn og Fjordane	2,2	98	1,7	96	1,3	78
Møre og Romsdal	2,7	121	2,2	123	1,8	107
Sør-Trøndelag	2,2	101	1,6	89	1,5	89
Nord-Trøndelag	2,0	89	1,7	93	1,3	78
Nordland	1,4	64	1,2	65	1,2	72
Troms	2,2	100	1,6	91	1,3	79
Finnmark	2,1	96	2,0	109	1,3	78

¹ Buskeruds kraftige nedgang i døgnplassdekning fra 1995 til 2000 skyldes at Modum Bads nervesanatorium fra og med 1998 ble registrert under tilknytningsfylket «Staten», mot tidligere under Buskerud.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

blitt om lag 120 flere døgnplasser ved disse institusjonene i løpet av 1990-tallet, noe som tilsvarer en økning på 12 prosent.

Nedbyggingen av døgnplasser i institusjoner utenom sykehus, skyldes en omstrukturering av tilbudet, hvor den tidligere så dominerende institusjonstypen psykiatriske sykehjem har utspilt sin rolle. På 1990-tallet har en rekke slike sykehjem blitt omdannet til mer behandlingsorienterte institusjoner, gjerne som døgnenheter ved nyopprettede distriktpsikiatriske sentre. En del sykehjem har blitt lagt ned eller overført til primærkommunene, og i tillegg har plassantallet ved en del eksisterende sykehjem blitt redusert. I psykia-

trimeldingen (St.meld. nr. 25, 1996-97) ble det advart mot videre nedbygging av psykiatriske døgnplasser i sykehus. Av figur 2 framgår det at den nedbyggingen av døgnplasser i disse institusjonene som har funnet sted gjennom 1990-årene, inntraff tidlig i tiåret, mens plassantallet stabiliserte seg i siste halvdel.

Døgnplasser: redusert dekningsgrad

Dersom vi ser på dekningsgraden for døgnplasser i voksenalderpsykiatriske institusjoner, finner vi at mens det i 1990 var 2,4 døgnplasser i slike institusjoner per 1 000 personer over 18 år, var tilsvarende tall i 1995 og 2000 henholdsvis 1,9 og 1,7 plasser per 1 000. Dette tilsvarer en

reduksjon i dekningsgrad på 29 prosent gjennom tiåret, mens antall døgnplasser i samme periode altså ble redusert med 25 prosent. Økning av antall personer over 18 år og redusert plassantall bidrar til reduksjonen i døgnplassdekning gjennom perioden.

En sentral helsepolitisk målsetning for 1990-tallet har vært at bosted ikke skal være avgjørende for hva slags behandlingstilbud man får. Likevel ser vi at det er stor forskjell på døgnplassdekningen mellom fylkene. Oslo har gjennom hele 1990-tallet vært det fylket som har flest døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner sett i forhold til antall innbyggere. Ved utgangen av 2000 hadde Oslo 2,7 døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner per 1 000 innbyggere i aktuell alder, mens dekningsgraden for landet som helhet altså var 1,7. Oslo har gjennom hele perioden hatt klart høyere døgnplassdekning enn øvrige fylker, og dette kan dels forklares ut fra større behov i Oslos befolkning, og dels ut fra større forekomst av lands- og regionsdekkende tilbud. I tabell 1 sammenlignes derfor fylkenes døgnplassdekning med landsgjennomsnittet eksklusive Oslo.

I 1990 varierte dekningsgraden mellom 1,4 (Nordland) og 3,0 (Aust-Agder). Nordlands dekningsgrad var 36 prosent lavere enn gjennomsnittet for landet utenom Oslo, mens Aust-Agders dekningsgrad lå 37 prosent høyere enn dette snittet. I 2000 varierte dekningsgraden mellom 1,2 (Akershus, Hedmark og Nordland) og 2,0 (Aust-Agder og Rogaland). Hedmarks dekningsgrad lå 31 prosent under snittet for landet utenom Oslo, mens Rogaland lå 20 prosent over snittet. Forskjellene i døgnplassdekning mellom fylkene har altså blitt mindre fra utgangen av 1990 til utgangen av 2000.

Det er imidlertid flere forhold som gjør det problematisk å sammenligne fylkenes døgnplassdekning. En rekke institusjoner og avdelinger har et opptaksområde som ikke er sammenfallende med institusjonens beliggenhetsfylke. For eksempel er det slik at avdelinger som er svært spesialiserte, som gir tilbud til pasienter med særskilte og lite utbredte diagnoser, vil måtte ha et større opptaksområde enn tilknytningsfylket for å kunne drives effektivt, samt utvikle de ansattes fagkompetanse. Vi har derfor også institusjoner og avdelinger med landsdekkende og regionsdekkende funksjoner. Dersom vi ser på utgiftene til voksenpsykiatrien, finner vi at Oslo har klart høyest utgifter per innbygger, også dersom vi korrigerer for gjestepasientstrømmer over fylkeskommunegrensene (se Nørgaards artikkel).

Som gjennomgangen av helsepolitiske målsetninger for psykiatrien ovenfor viste, har nedbygging av institusjonsplasser vært et offisielt mål. Det ble understreket at *pasientenes behov* skulle være avgjørende for hvilke behandlingstiltak som ble satt i verk, og hovedprinsippet skulle være at behandling skulle skje på så lavt omsorgsnivå og så nær pasientens bosted som mulig. I dette ligger at poliklinisk behandling og desentraliserte tilbud skulle prioriteres. Man advarte mot videre nedbygging av institusjonsplasser, uten at dette ble oppveid av styrking av det polikliniske tilbudet. Utviklingen av poliklinisk behandling på 1990-tallet, blir behandlet nedenfor.

Endret bruk av psykiatriske døgnplasser

Som vi har sett, har det altså vært en betydelig nedgang i antallet psykiatriske døgnplasser for voksne gjennom 1990-tallet. Fra 1990 til 2000 ble hver fjerde plass av denne typen bygget ned. I tillegg

Tabell 2. Oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
I alt	2 525	2 285	2 109	2 033	1 954	1 867
Psykiatriske sykehusavdelinger ¹ ...	1 127	1 025	997	985	1 034	1 005
Institusjoner utenfor sykehus ² ...	1 398	1 260	1 112	1 048	920	862

¹ Omfatter psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatoria og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.

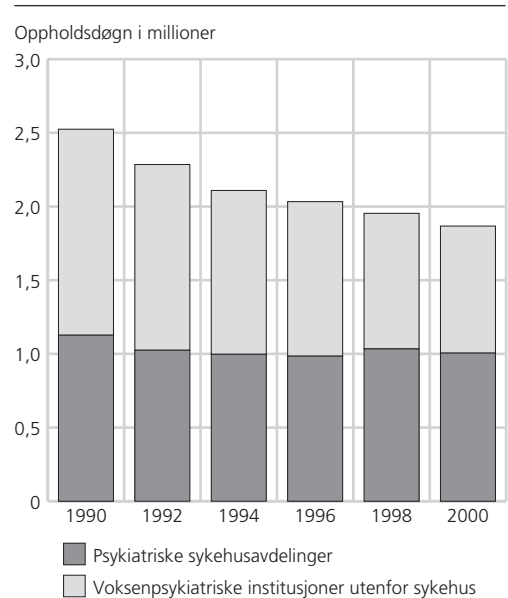
² Omfatter psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, psykiatriske bo- og behandlingssentre, distriktskykiatriske sentre.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

var også tiåret før preget av nedbygging. Samlet var reduksjonen av slike plasser på 52 prosent fra 1980 til 2000. Det helsepolitiske målet har vært at plassene skal brukes til mer aktiv behandling enn tidligere, og at pasienter som hovedsakelig har behov for pleie og omsorg, ikke skal behandles i institusjoner tilknyttet spesialisthelsetjenesten, men få et adekvat kommunalt tilbud. Hva har så skjedd med virksomheten i de voksenpsykiatriske plassene gjennom 1990-tallet – hvordan brukes plassene?

Tabell 2 viser utviklingen i antall oppholdsdøgn (i 1 000) ved voksenpsykiatriske institusjoner, fordelt på oppholdsdøgn i og utenfor sykehus. Det årlige antallet oppholdsdøgn er vesentlig redusert i løpet av perioden. Det var nesten 660 000 færre oppholdsdøgn i 2000 sammenlignet med 1990, noe som tilsvarer en reduksjon på 26 prosent.

Den samme informasjonen er grafisk framstilt i figur 3, hvor man tydelig ser hvor stor andel av de totale oppholdsdøgnene som har blitt registrert i de to hovedtypene av voksenpsykiatriske institusjoner. Mens 45 prosent av oppholdsdøg-

Figur 3. Oppholdsdøgn ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. Millioner

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

nene totalt i 1990 var ved psykiatriske sykehusavdelinger, hadde andelen økt til 54 prosent i 2000. Reduksjonen i oppholdsdøgn ved psykiatriske sykehusavdelinger var på 11 prosent i perioden og hele 38 prosent ved voksenpsykiatriske institusjoner utenfor sykehus.

Antall avsluttede døgnopphold, det vil si utskrivninger etter døgnopphold ved voksenpsykiatriske institusjoner, har økt betydelig på 1990-tallet. Økningen fra 1990 til 2000 har vært på om lag 13 500 utskrivninger, noe som tilsvarer en økning på hele 67 prosent i perioden.

Den relativt største veksten finner vi ved institusjoner utenfor sykehus, hvor antallet utskrivninger har økt med 178 prosent. Ved psykiatriske sykehusavdelinger har veksten vært på 46 prosent.

Tabell 3. Utskrivninger fra voksenpsykiatriske institusjoner og avdelinger, etter institusjonstype. 1990-2000

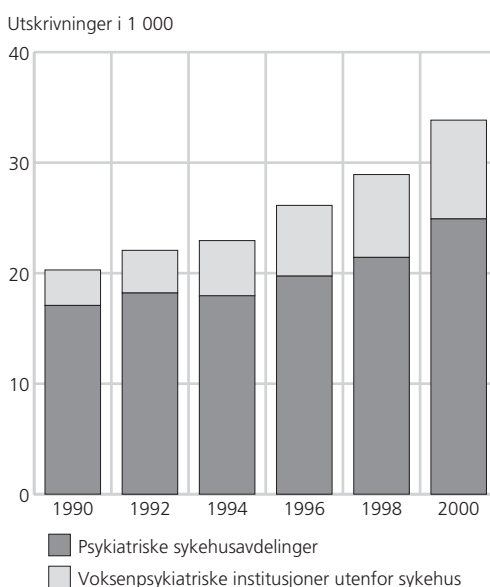
	1990	1992	1994	1996	1998	2000
I alt ..	20 290	22 066	22 947	26 134	28 923	33 847
Psykiatriske sykehus-avdelinger ¹ ..	17 080	18 203	17 956	19 732	21 428	24 908
Institusjoner utenfor sykehus ² ..	3 210	3 863	4 991	6 402	7 495	8 939

¹ Omfatter psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, nervesanatorier og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.
² Omfatter psykiatriske sykehjem, ettervernshjem, psykiatriske bo- og behandlingssentre, distriktpsykiatriske sentre.
 Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

Gjennom hele 1990-tallet har det vært tilnærmet full utnyttelse av døgnplassene. I 1990 var hver av de nærmere 7 750 døgnplassene i gjennomsnitt i bruk 326 døgn. Dette endret seg lite til 1995 hvor de nesten 6 400 døgnplassene gjennomsnittlig var belagt 324 døgn. Ved utgangen av 2000 var det i underkant av 5 800 døgnplasser, og disse var i gjennomsnitt belagt 323 døgn. Det har imidlertid skjedd store endringer i antall utskrivninger etter døgnopphold per døgnplass i perioden: Mens det i 1990 var gjennomsnittlig 2,6 utskrivninger per plass, økte dette til 3,9 i 1995 og videre til 5,9 utskrivninger per plass i gjennomsnitt i 2000. Det har med andre ord blitt større pasientsirkulasjon i de voksenpsykiatriske institusjonene i løpet av 1990-tallet.

Det gjennomsnittlige antall oppholdsdøgn per utskrivning ble mer enn halvert fra 1990 til 2000. I 1990 var det gjennomsnittlig 123 oppholdsdøgn per utskrivning av døgnpasienter i voksenpsykiatriske

Figur 4. Utskrivninger av døgnpasienter ved voksenpsykiatriske institusjoner, etter institusjonstype. 1990-2000. 1 000



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

institusjoner og avdelinger. I 1995 hadde dette blitt redusert til gjennomsnittlig 82 døgn. For 2000 ble tallet på oppholdsdøgn per utskrivning ytterligere redusert, og var på 56 døgn i gjennomsnitt. Kritikken har blitt rettet mot nedbyggingen av døgnplasser med den begrunnelse at nedbygging kan føre til flere reinnleggelser. Siden det ikke samles inn pasientdata på identifiserbar form, kan vi ikke svare på om flere utskrivninger og kortere gjennomsnittlig oppholdstid skyldes at flere får hjelp, eller om mange blir utskrevet for raskt og senere innlagt på nytt etter kortere eller lengre tid; om det skapes såkalte "svingdørspasienter".

Endringen i aktivitet ved voksenpsykiatriske døgninstitusjoner gjenspeiler at mange psykiatriske langtidspasienter ikke lenger er innlagt ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten, men får kommunale

Tabell 4. Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner. 1990-2000. 1 000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Polikliniske konsultasjoner ..	271,6	347,6	347,9	354,7	408,8	429,4	435,4	449,1	473,5	503,7	527,6

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

tilbud. En rekke institusjoner har i tråd med statlige anbefalinger blitt omdannet til mer behandlingsorienterte institusjoner. Vi har fått nye distriktspsykiatriske sentre, som til dels er bygget opp ved at tidligere psykiatriske sykehjem organisatorisk er slått sammen med tidligere frittstående poliklinikker. Denne institusjonstypen skal tilby et bredt spekter av allmennpsykiatriske behandlingstilbud på ulike omsorgsnivå (døgn-, dagbehandling og poliklinisk behandling), og er organisert på lokalsykehusnivå med et begrenset opptaksområde.

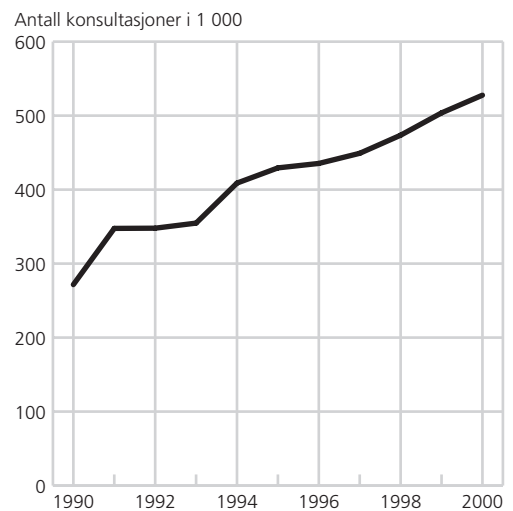
Sterk økning i poliklinisk aktivitet

Som nevnt, har man i de helsepolitiske målsetningene som har preget 1990-tallet sett kapasiteten for døgnbehandling og det polikliniske tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i sammenheng. Et hovedpoeng har vært at det polikliniske tilbudet måtte styrkes dersom det skulle være forsvarlig å bygge ned tallet på døgnplasser. Dårlig utbygd poliklinisk behandlingsskapasitet, har for mange hatt den følgen at innleggelse i døgninstitusjon har vært eneste tilgjengelige behandlingstilbud.

Tabell 4 viser utviklingen i polikliniske konsultasjoner ved voksenpsykiatriske institusjoner, poliklinikker og avdelinger fra 1990 til 2000. Fra og med 1996 har det blitt understreket ved datainnsamlingen at det kun er *refusjonsberettigede* polikliniske konsultasjoner som skal rapporteres. Før denne tid er det grunn til å anta at også konsultasjoner, som ikke gir grunnlag for refusjon fra folketrygden,

har blitt inkludert, for eksempel indirekte pasientarbeid og møter med samarbeidspartnere.

Vi ser at det gjennom 1990-tallet har vært en sterk økning i gjennomførte polikliniske konsultasjoner med voksne pasienter. Her må vi likevel ta forbehold om at datakvaliteten antas å ha blitt stadig bedre i perioden, slik at det er en viss usikkerhet knyttet til om økningen har vært så sterk eller kanskje sterkere enn den som synes her, jf. forrige avsnitt. Vi ser at det ble registrert nesten dobbelt så mange polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner i 2000 sammenlignet med 1990; den registrerte økningen er på hele 94 prosent. Figur 5

Figur 5. Polikliniske konsultasjoner ved voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker. 1990-2000. 1 000

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5. Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner per 1 000 innbyggere over 18 år, 1990-2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	83	106	105	107	122	128	129	133	139	147	153

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

gir en grafisk framstilling av informasjonen i tabell 4.

I tillegg til den polikliniske aktiviteten som gjennomføres i institusjoner i spesialisthelsetjenesten, har myndighetene lagt vekt på at privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale skal betraktes som en sentral del av det totale spesialiserte psykiske helsevern (se St.meld. nr. 25, 1996-97). Når personellsituasjonen innenfor psykisk helsevern for voksne blir gjennomgått nedenfor, blir disse avtalespesialistene regnet med, men det foreligger dessverre ikke statistikk over antall polikliniske konsultasjoner disse har gjennomført. Her er det altså snakk om en viktig del av aktiviteten innenfor psykisk helsevern som ikke er statistisk dokumentert².

Dersom vi ser på antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningen i voksenpsykiatriens målgruppe (personer over 18 år), ser vi en tydelig økende tendens. Mens det i 1990 ble registrert 83 polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner, poliklinikker og avdelinger per 1 000 innbyggere over 18 år, hadde dette økt til 128 i 1995 og videre til 153 i 2000 (se

tabell 5). Statistikken viser at det relative antall polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsgrunnlaget, økte med 84 prosent i tiårsperioden, men konklusjonen må vurderes i lys av forhold ved datainnsamlingen og datakvaliteten som det ble redegjort for ovenfor.

Dersom vi sammenligner registrerte polikliniske konsultasjoner i de ulike fylkene sett i forhold til innbyggere over 18 år i fylket, viser tabell 6 at det er store forskjeller fylkene imellom. Oslo hadde relativt flest konsultasjoner i 1990 og 1995, med henholdsvis 151 og 213 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år. I 2000 ble det høyeste antallet polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsgrunnlaget registrert i Vestfold, med 213 konsultasjoner per 1 000. I 1990 var det færrest konsultasjoner i forhold til folketallet i Østfold og Hordaland, med 58 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Både i 1995 og 2000 ble det relativt laveste antallet polikliniske konsultasjoner registrert i Akershus, med 73 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 1995 og 99 konsultasjoner i 2000.

Tabell 6 viser også at det var mindre forskjell mellom fylkene i 2000 enn det

² Innenfor prosjektet Fylkes-KOSTRA, helsetjenester, ble det fra statistikkåret 2000 gjort forsøk på å få oversikt over disse konsultasjonene. Syv av landets fylkeskommuner leverte data innenfor KOSTRA dette året. Imidlertid var ikke datakvaliteten på materialet god nok for offentliggjøring. For statistikkåret 2001 skal alle fylkeskommunene levere KOSTRA-data, og spørsmålet om antall konsultasjoner hos privatpraktiserende avtalespesialister videreføres. Det er derfor håp om at denne aktiviteten etter hvert også kan tallfestes.

Tabell 6. Dekningsgrad polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker og forholdet til gjennomsnittlig dekningsgrad, etter fylke. 1990, 1995 og 2000

	1990		1995		2000	
	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet
Landet i alt	83	100	128	100	153	100
Østfold	58	70	123	96	135	88
Akershus	60	72	73	57	99	65
Oslo	151	182	213	167	204	133
Hedmark	84	101	119	93	191	125
Oppland	109	130	136	106	196	128
Buskerud	64	76	91	71	148	97
Vestfold	86	103	146	114	213	139
Telemark	68	82	91	71	195	127
Aust-Agder	80	96	105	82	111	73
Vest-Agder	75	90	125	98	129	84
Rogaland	77	92	155	121	125	82
Hordaland	58	69	99	78	114	75
Sogn og Fjordane .	93	112	157	122	149	97
Møre og Romsdal .	86	103	88	69	170	111
Sør-Trøndelag	72	86	135	106	125	82
Nord-Trøndelag	100	121	152	119	190	124
Nordland	84	101	112	88	144	94
Troms	63	76	143	112	172	112
Finnmark	75	90	108	84	122	80

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

var 10 år tidligere. I 1990 lå Hordaland 31 prosent under landsgjennomsnittet, mens Oslo lå 82 prosent over. For 2000 lå Akershus 35 prosent under gjennomsnittsverdien, mens Vestfold lå 33 prosent over. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner, er det liten strøm av pasienter mellom fylkene, og Oslo er derfor inkludert når landsgjennomsnittet beregnes. Det må igjen understrekes at manglende opplysninger om antall polikliniske konsultasjoner hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer med og uten fylkeskommunal driftsavtale, kan gi et noe skjevt bilde av forskjellene fylkene imellom. Oslo har gjennom 1990-tallet hatt klart flest privatpraktiserende psykiatere

og kliniske psykologer med fylkeskommunal driftsavtale.

Er det sannsynlig at fylkeskommunenes bruk av driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister kan bidra til å utjevne forskjellene mellom fylkene? I analysen av personellsituasjonen i psykisk helsevern for voksne på 1990-tallet, som følger senere i artikkelen, har vi i tillegg til personell ansatt i psykiatriske institusjoner også tatt med privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med fylkeskommunal driftsavtale. Tabell 9 viser at det er klart flest privatpraktiserende spesialister med driftsavtale i Oslo. Konsultasjonene disse utfører kommer i tillegg til de registrerte konsultasjonene

Tabell 7. Beregnede årsverk¹ ved voksenpsykiatriske institusjoner. 1990-2000

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Beregnete årsverk ved voksenpsykiatriske institusjoner	12 980	13 006	12 826	13 151	13 689	14 147

¹ Beregnede årsverk er antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31. desember i statistikkåret. Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

ved institusjonene i tabell 6. Dette betyr at det er flere som får et slikt behandlingstilbud i Oslo enn det tabell 6 isolert sett tyder på. Enkelte andre fylkeskommuner har en forholdsvis lav dekningsgrad hva polikliniske konsultasjoner angår, men dette kan til en viss grad kompenseres av mange årsverk av privatpraktiserende. Dette gjelder for eksempel Hordaland, hvor mange privatpraktiserende spesialister bidrar til at tilbudet om poliklinisk behandling er bedre enn det som kommer fram i tabell 6.

Personellsituasjonen – fylkesvise forskjeller

Når myndighetene har presentert sine målsetninger for psykiatrien, er problemer omkring rekruttering av personell et poeng som stadig har blitt trukket fram. Tilgangen til personell er en flaskehals, som også i stor grad har hindret idealet om likhet i behandlingstilbud over hele landet i å bli innfridd.

SSB gjennomfører årlige punkttellinger av personell i psykiatriske institusjoner, hvor et estimat for antall årsverk lages ved å legge sammen antall heltidsansatte og antall deltidsansatte ved utgangen av året og regne om til heltidsansatte på dette tidspunktet. Dersom institusjoner i stor grad er nødt til å benytte seg av overtidsarbeid for å få personellkabalene til å gå opp, vil ikke dette bli registrert i beregnede årsverk, som kun tar hensyn til *avtalt* arbeidstid eller stillingsbrøk. Fordi det er en punkttelling som ligger bak

SSBs årsverkstall, vil ikke variasjoner i personellinnsatsen gjennom året bli fanget opp. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at dette skaper systematiske feil i datamaterialet, men at beregningsmåten gir et godt bilde av utviklingstendenser for personellinnsatsen over tid. Tabell 7 viser beregnede årsverk i voksenpsykiatriske institusjoner, poliklinikker og avdelinger i perioden 1990 til 2000.

Tabell 7 viser at antall beregnede årsverk ved voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker økte med nesten 9 prosent fra 1990 til 2000.

Om vi ser på dekningsgraden for personell i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker per 1 000 innbyggere over 18 år, viser tabell 8 at den var på 4,0 i 1990, 3,9 i 1995 og 4,1 i 2000. Gjennom hele 1990-tallet har det vært store forskjeller fylkene imellom. Oslo har hele tiden hatt den høyeste dekningsgraden, med henholdsvis 7,5, 6,6 og 6,3. Oslos høye dekningsgrad kan dels forklarerer med mange landsdekkende og regiondekkende tilbud, og ved at nyrekruttering til Oslo av ulike årsaker er lettere enn til institusjoner andre steder i landet. I tillegg er det vanlig å anta at storbyproblemer gjør at behovet for spesialiserte psykiatriske helsetjenester er større hos Oslo-befolkningen enn i befolkningen ellers i landet.

Klinisk psykologi og psykiatri har lenge utgjort store grupper blant

Tabell 8. Dekningsgrad beregnede årsverk¹ i voksenpsykiatriske institusjoner, avdelinger og poliklinikker og forholdet til gjennomsnittlig dekningsgrad, etter fylke. 1990, 1995 og 2000

	1990		1995		2000	
	Beregnete årsverk per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Beregnete årsverk per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet	Beregnete årsverk per 1 000 innbyggere over 18 år	Dekningsgrad i prosent av landsgjennomsnittet
Landet i alt	4,0	100	3,9	100	4,1	100
Østfold	2,8	70	2,7	71	3,2	78
Akershus	2,8	71	2,9	75	3,2	77
Oslo	7,5	188	6,6	169	6,3	153
Hedmark	3,7	93	3,3	86	3,7	91
Oppland	3,9	98	3,9	101	4,1	101
Buskerud ²	3,6	90	3,7	95	3,4	82
Vestfold	3,3	83	3,4	87	3,5	85
Telemark	3,1	78	3,1	79	3,8	94
Aust-Agder	3,1	78	2,9	74	3,2	79
Vest-Agder	3,3	83	3,5	89	3,9	95
Rogaland	3,5	87	3,7	96	4,1	100
Hordaland	3,8	95	4,1	106	4,2	102
Sogn og Fjordane ...	3,0	76	3,4	87	3,7	91
Møre og Romsdal ...	4,0	100	3,7	97	4,3	105
Sør-Trøndelag	4,7	118	3,6	94	4,0	98
Nord-Trøndelag	3,1	78	3,5	92	3,6	87
Nordland	3,2	81	3,5	90	3,6	89
Troms	4,5	114	4,6	118	4,3	105
Finnmark	3,2	81	3,6	92	3,1	75

¹ Beregnede årsverk er heltidsansatte pluss deltidsansatte omregnet til deltidsansatte per 31. desember i rapporteringsåret.

² Buskeruds nedgang i dekningsgrad fra 1995 til 2000 skyldes at Modum Bads nervesanatorium fra og med 1998 ble registrert under tilknytningsfylket Staten, mot tidligere under Buskerud.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

privatpraktiserende helsepersonell med driftsavtale. I 1998 ble det gjennomført en regelendring i tilknytning til de privatpraktiserende spesialistenes adgang til å få refusjon fra folketrygden. Endringen medførte at helsepersonell med privat praksis uten driftsavtale med fylkeskommunen ikke lenger fikk adgang til trygderefusjon for sine pasienter. Parallelt med dette ble det etablert en øremerket tilskuddsordning til fylkeskommuner som inngikk driftsavtaler med helsepersonell som til da hadde hatt privat praksis uten driftsavtale. I denne ordningen ble driftsavtaler for spesialister i psykiatri og klinisk psykologi prioritert. Som nevnt,

understreker offentlige myndigheter at privatpraktiserende spesialister i psykiatri og kliniske psykologer, skal være en sentral del av fylkenes spesialiserte tilbud om helsetjenester innenfor psykisk helsevern.

Av tabell 9 framgår det at det i 2000 var flere fylkeskommuner som hadde inngått driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister i psykiatri og kliniske psykologer enn ti år tidligere. I 1990 var det fem fylkeskommuner som ikke hadde inngått slik avtale med spesialister i psykiatri, mens tilsvarende tall for 2000 var to fylkeskommuner. Det var seks

Tabell 9. Avtalte årsverk med fylkeskommunen blant spesialister i psykiatri og kliniske psykologer, etter fylke, 1990, 1995 og 2000

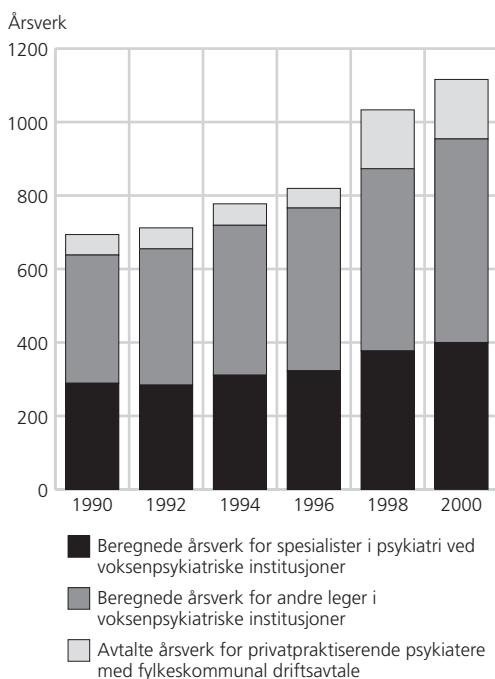
	Spesialister i psykiatri			Kliniske psykologer ¹		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Landet i alt	55,8	56,3	162,0	95,8	101,8	395,1
Østfold	0,7	-	3,8	6,5	6,5	18,3
Akershus ...	9,6	7,8	17,6	13,9	14,6	49,2
Oslo	20,9	21,7	64,6	36,5	37,8	125,9
Hedmark ...	2,5	3,1	5,8	4,9	7,1	11,2
Oppland	-	-	0,4	3,0	3,0	9,6
Buskerud ...	2,5	2,5	7,6	4,0	4,0	19,1
Vestfold	2,3	2,3	11,5	5,0	5,0	14,8
Telemark ...	1,0	1,0	3,4	1,0	1,0	11,5
Aust-Agder	0,7	0,7	3,9	-	-	3,8
Vest-Agder	0,5	0,5	3,1	-	-	4,7
Rogaland ...	1,2	2,0	7,1	10,5	10,5	26,7
Hordaland ..	6,9	6,3	18,4	6,6	8,7	52,0
Sogn og Fjordane	1,0	0,7	0,9	-	-	9,0
Møre og Romsdal	-	-	0,2	-	-	11,4
Sør-Trøndelag ..	2,4	3,2	7,5	1,0	1,0	14,5
Nord-Trøndelag ..	-	-	-	-	-	1,7
Nordland ...	-	1,5	3,0	2,0	1,5	7,4
Troms	3,6	3,0	3,1	1,0	1,0	4,3
Finnmark ...	-	-	-	-	-	-

¹ Kliniske psykologer omfatter også spesialister i barne- og ungdomspsykiatri.
Kilde: Spesialisthelsetjenesten, spesialister med fylkeskommunale driftsavtaler, Statistisk sentralbyrå..

fylkeskommuner som ikke hadde inngått driftsavtale med privatpraktiserende kliniske psykologer i 1990, mens for 2000 gjelder dette bare en fylkeskommune. Vi ser også at antallet avtalte årsverk totalt ble nesten tredoblet i perioden.

Leger har en sentral profesjon i psykisk helsevern, og både leger tilsatt i institusjonene og privatpraktiserende spesialister i psykiatri er viktige for å sikre at befolkningen får helsetjenester av god kvalitet. Figur 6 viser antall beregnede

Figur 6. Antall beregnede legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, voksenpsykiatri, 1990-2000



Kilde: Spesialisthelsetjenesten, psykiatri, Statistisk sentralbyrå.

årsverk for spesialister i psykiatri og andre leger i voksenpsykiatriske institusjoner, pluss antall avtalte årsverk mellom fylkeskommunene og spesialister i psykiatri med fylkeskommunal driftsavtale.

Totalt har antall beregnede årsverk for leger (spesialister i psykiatri og andre leger tilsatt i voksenpsykiatriske institusjoner og privatpraktiserende spesialister i psykiatri med fylkeskommunal driftsavtale) økt fra 694 i 1990 til 1 116 i 2000. Dette tilsvarer en økning på 61 prosent i perioden.

Psykisk helsevern framover

Norge er nå i ferd med å gjennomføre en omfattende reform av spesialisthelsetjenesten. 1. januar 2002 ble ansvaret for

spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten, og fem regionale helseforetak med staten som eier ble opprettet. Sykehus og institusjoner er organisert som helseforetak under de regionale helseforetakene. Eierskaps- og foretaksreformen gjennomføres dermed midt i opptrappingsperioden for psykisk helsevern som er presentert i *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63, 1997-98).

Reformen vil medføre endringer i rapporteringsopplegget for spesialisthelsetjenesten. Som en følge av eierskiftet vil helseforetakene skifte fra et finansielt orientert regnskapssystem til å følge regnskapslovens bestemmelser. Dette gir Statistisk sentralbyrå nye utfordringer med hensyn til å kunne produsere sammenlignbare økonomiske indikatorer før og etter reformen. Rapportering av aktivitet, plasser og personell reiser også nye problemstillinger. Sykehusene og institusjonene utfører sentrale samfunnsoppgaver av stor velferdsmessig betydning, og det er viktig at det kan produseres statistikk som tilfredsstillende behøver til så vel politiske myndigheter som forskningsmiljøer og allmennheten også i framtiden. SSB arbeider aktivt for å sikre at tidsreiser for relevante variabler skal kunne videreføres, slik at effekten av helse reformen skal kunne evalueres.

Referanser

Goffman, Erving (1961): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.

St.meld. nr. 9 (1975-75): *Sykehusutbygging i et regionalt helsevesen*.

St.meld. nr. 41 (1987-88): *Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000*.

St.meld. nr. 50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.

St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*.

St.prp. nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.

Vold, Borgny (1999): "Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen" i *Samfunnsspeilet* 1999, 1, Statistisk sentralbyrå.