



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07



# 5 Opptrappingsplanen: Status psykisk helsevern for voksne

Britt Venner

## 5.1 Innledning

Opptrappingsplanen har ved utgangen av 2006 vært virksom i åtte av de ti årene som er vedtatt.

For spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for voksne, var hovedsatsingen i Opptrappingsplanen omstrukturering og utbygging av tjenestetilbudet, i hovedsak ved å satse på kommunenære tiltak ved utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Stortinget sluttet seg til proposisjonens forslag om flere døgnplasser for aktiv behandling, økt dagbehandling, kvalitativ styrking av behandlingstilbudene og økt poliklinisk kapasitet. Ut fra Stortingets behandling av stortingsmeldingen skal psykisk helsevern for voksne omfatte sykehusavdelinger, DPS-er og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Generelt legges det stor vekt på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, og kommunenes ansvar for mennesker med psykiske lidelser blir understreket.

Under overskriften Flere og bedre fylkeskommunale tjenester for voksne. Flere døgnplasser for aktiv behandling angir Opptrappingsplanen følgende *hovedmål* for psykisk helsevern til voksne:

### *Kvalitativ styrking*

- 2 300 flere årsverk i løpet av planperioden
- Økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (72 prosent av veksten i løpet av planperioden)
- Bemanningsøkning per plass ved DPS-ene
- 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale
- Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

### *Kvantitativ styrking*

- Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges i tillegg ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.
- Utbygging av distriktpsikiatriske sentre: Totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.
- Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca. 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).

- Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikker for voksne
- Økning i antall dagopphold i DPS-er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.
- Økning på 50 prosent i antall årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale

## Avgrensning av perioden

I budsjettproposisjonen 2003 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)) ble opptrappingsperioden utvidet med to år, og planperioden går nå fra 1999 til 2008. Begrunnelsen for å utvide planperioden var at det ville være nødvendig med satsing på enkelte områder også utover 2006, selv om viktige mål ville nås innen 2006. Utvidelsen skulle spesielt ivareta behov for en fornyet satsing mot kommunene og omstilling av spesialisthelsetjenesten.

Målene i Opptrappingsplanen baserer seg på tallgrunnlag og dokumentasjon fra driftsåret 1996, mens det samtidig understrekes at endringene skal finne sted *i løpet av planperioden* (1999-2008). I dette kapitlet beskrives status ved utgangen av driftsåret 2006. Dette er ti år etter beregningsgrunnlaget (1996), og åtte år etter at den "offisielle" opptrappingsperioden startet (1999). Fordi tallmaterialet for de respektive år refererer seg til situasjonen *ved slutten av året*, er endringene beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten endringer fra og med 1. januar 1999 som registreres. I dette kapitlet vil vi både se på endringer i forhold til årene 1996 og 1998 der dette er nødvendig for å belyse status og utvikling i forhold til Opptrappingsplanens mål.

## 5.2 Kvalitativ styrking – flere behandlerårsverk

I Opptrappingsplanen fremheves bemanning som et vesentlig kvalitetselement. Det er satt av midler til kompetansehevede tiltak for personell; som etter- og videreutdanning, forskning og spesielle rekrutteringstiltak. Disse stimuleringstiltakene behandles ikke i SAMDATA-sammenheng.

## Antall årsverk skal øke med 2 300 i løpet av planperioden

Tabell 5.1 viser utvikling i antall årsverk i perioden 1998-2006.

Tabell 5.1 Årsverk i det psykiske helsevernet for voksne. Absolutte tall og endring fra 1998 til 2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Endring 1998-2006	
								Antall	Prosent
Årsverk totalt	13 654	14 092	14 558	15 013	15 585	16 148	16 533	2 879	21

Datakilde: SSB

Fram til 2005 økte den registrerte personellinnsatsen med nær 2 500 årsverk. Ved en institusjon ble registreringen av fellespersonell lagt om fra 2005. Dette resulterte i en økning på 241 årsverk for det psykiske helsevernet for voksne. Realveksten fra 1998 til 2005 blir dermed på ca. 2 250 årsverk. I forbindelse med rusreformen har i tillegg avdelinger og poliklinikker med om lag 100 årsverk blitt overført fra det psykisk helsevern til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Realveksten blir dermed på 2 350 årsverk. Måltallet ble dermed nådd allerede i 2005. Fra 2005 til 2006 har årsverksinnsatsen økt med ytterligere 385 årsverk. Samlet økning blir dermed drøyt 2 700 årsverk.

I bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2006 bes de regionale helseforetakene om å sette i verk tiltak for å oppgradere DPS-ene faglig og bemanningsmessig slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver. For en drøfting av fordeling av ressurser mellom DPS-er og sykehus, se kapittel 10.

### Økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell

I følge Opptrappingsplanen skal universitets- eller høyskoleutdannet personell utgjøre 72 prosent av økningen i årsverksinnsatsen. Dette omfatter leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barnevernspedagoger og ergoterapeuter). Tabell 5.2 viser den faktiske utviklingen i perioden.

Tabell 5.2 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Psykisk helsevern for voksne. Antall og endring 1998-2006.

Årsverk	1998	2005	2006	Endring 1998-2006	
				Antall	Prosent
Leger	870	1 146	1 221	351	40
Psykologer	615	1 076	1 164	549	89
Sykepleiere	4 533	5 875	6 015	1 482	33
Høyskoleutdannet terapipersonell	1 164	1 483	1 640	476	41
Sum univ. og høyskoleutd. pers.	7 182	9 580	10 040	2 858	40
- Øvrig personell <sup>1)</sup>	6 472	6 567	6 492	20	0
<b>Årsverk totalt</b>	<b>13 654</b>	<b>16 148</b>	<b>16 533</b>	<b>2 879</b>	<b>21</b>

Datakilde: SSB

1) Hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning, samt merkantilt og teknisk personell.

Vi så ovenfor at målsettingen for personelløkning allerede er oppfylt. Som det framgår av tabellene ovenfor, har økningen i sin helhet kommet blant de universitets- og høyskoleutdannede. Ut fra de opprinnelige planene skulle 72 prosent av de 2 300 årsverkene gå til denne gruppen. Dette tilsvarer om lag 1 650 årsverk, mens den faktiske økningen har vært 2 858. Målsettingen for utdanningsmessig kompetanseheving er derfor mer enn oppfylt, både som antall og andel tilvekst av slikt personell. Den relative økningen er sterkest for psykologene. Psykologer kan ansettes uten noen begrensninger, mens legehjemler er strengt regulert.

Tabell 5.3 gir en oversikt over utvikling i andel universitets- og høyskoleutdannet i psykisk helsevern for voksne på regionnivå for perioden 1998-2006.

Tabell 5.3 Andel personell i psykisk helsevern for voksne med minimum tre år høyere utdanning. 1998–2006.

RHF	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Differanse 1998-2006
Helse Øst	54	52	54	53	53	54	56	54	55	1
Helse Sør	53	58	60	57	56	57	59	60	62	9
Helse Vest	52	53	56	53	55	59	60	63	64	12
Helse Midt-Norge	53	54	54	56	59	61	62	64	65	12
Helse Nord	47	49	55	59	60	63	66	68	69	20
Andre foretak	52	51	55	54	53	56	55	60	60	8
Landet	53	53	55	55	55	57	59	59	61	8

Datakilde: SSB

På landsbasis har andelen universitets- og høyskoleutdannede økt fra 53 til 61 prosent i perioden, og det har vært økning i alle regioner. Helse Nord RHF har hatt størst økning, fra lavest andel i 1998 (47 prosent) til høyest andel i 2006 (69 prosent).

## Bemanningsøkning per døgnplass ved distriktpspsykiatriske sentre

Tabell 5.4 viser utviklingen i bemanning ved DPS-enes døgn- og dagavdelinger.

Tabell 5.4 Antall årsverk og bemanningsfaktorer ved DPS-enes døgn- og dagenheter etter personellkategori. 1998-2006.

Årsverk	1998	2005	2006	Prosent endring 1998-2006
Leger og psykologer	45	252	258	473
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt	986	2 411	2 362	140
Årsverk totalt	2 284	4 333	4 174	83
Antall døgnplasser	1 492	2 033	1 956	31
Leger/ psykologer per døgnplass	0,03	0,12	0,13	333
Universitets- og høyskoleutdannet personell per døgnplass	0,66	1,19	1,21	83
Total bemanningsfaktor per døgnplass	1,53	2,13	2,13	39

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

I 1998 ble det utført 2 284 årsverk ved DPS-enes døgn- og dagenheter, eller 1,53 årsverk per døgnplass. I 2006 var årsverksinnsatsen ved sentrenes døgneheter økt til 4 174 årsverk, hvilket innebærer 2,13 årsverk per døgnplass. Antall årsverk per døgnplass har altså steget betydelig. I perioden har i tillegg mange sykehjem (med en i utgangspunktet lavere bemanningsfaktor) blitt omdannet til avdelinger ved et DPS. Den reelle økningen er derfor vært enda kraftigere enn det disse tallene antyder.

I tillegg til økningen i bemanning, har det også skjedd en markert kompetanseheving ved de distriktpspsykiatriske døgntilbudene. Årsverksinnsatsen blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning har økt mer enn blant de øvrige grupper av personalet.

Bemanningsfaktoren for leger og psykologer er noe usikker, siden ikke alle distriktspsykiatriske sentre uten egne lege-/psykologstillinger ved døgnavdelingene spesifiserer hvor stor andel av sin tid leger og psykologer ved poliklinikken bruker ved senterets døgnavdelinger.

Ut fra de opplysningene som foreligger fra SSB, kvalitetskontrollert ved SINTEF, er bemanningsfaktoren for leger og psykologer ved DPS-enes døgnenheter mer enn firedoblet (fra 0,03 til 0,13 årsverk per døgnplass). Bemanningsfaktoren blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning totalt har økt med 140 prosent. Mens det i 1998 ble utført ett lege-/psykologårsverk per 33 døgnplasser, ble det i 2006 utført ett lege-/psykologårsverk per i underkant av åtte døgnplasser. Opplysningene ovenfor tyder på at DPS-ene er i ferd med å bli aktive behandlingsplasser slik man legger opp til i plandokumentene. Men både den nevnte usikkerheten i rapporteringen av lege-/psykologbemanningen og mangelen på normer for hva som er *god nok* bemanning gjør at det er vanskelig å bedømme hvor langt en er kommet i å bemanne DPS-enes døgnenheter. Særlig gjelder dette leger og psykologer. I Veileder "Psykiisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre" fra Sosial- og helsedirektoratet 2006, vises det til Skien DPS som et eksempel på bemanning ved døgnenhet DPS. Antall leger og psykologer er 6 på 28 døgnplasser, dvs. en lege/psykologfaktor på 0,21 per døgnplass. Dette ville i tilfelle tilsi en økning på 160 årsverk for leger og psykologer ved døgnavdelingene<sup>5</sup>.

I Bestillerdokument til de regionale helseforetakene for 2006 presiseres at det skal iverksettes tiltak for å oppgradere DPS-ene faglig og bemanningsmessig slik at de er i stand til å utføre sine oppgaver. I lys av at det mange steder synes å være et stykke igjen før det er nok fagpersonell, og da særlig leger og psykologer ved DPS-ene, kan det synes som anslagene om personellbehov i Opptrappingsplanen, blant annet for å betjene de nye DPS-ene, har vært underestimerte.

## 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale

I følge Opptrappingsplanen skulle årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer økes med 50 prosent. Tabell 5.4 viser utvikling i antall årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtaler i perioden 1997–2006.

Tabell 5.5 Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtaler. Absolutte tall og endring fra 1997 til 2006.

Avtalespesialister i psykiisk helsevern	1997	1998	2004	2005	2006	Endring prosent	
						1997-2006	1998-2006
Psykiatere	56	167	171	173	178	218	7
Psykologer	98	388	409	412	428	337	10
Sum	154	555	580	585	606	294	9

Datakilde: SSB

Det er her helt avgjørende hvilket år som brukes som utgangspunkt ved vurdering av Opptrappingsplanens målsetting om 50 prosent økning i antall avtalespesialister. I 1998 ble det inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister, noe som førte til at antall avtaleårsverk det året ble nær tredoblet. Regnes 1996 (utgangspunkt for Opptrappingsplanen)

<sup>5</sup> Økning av lege-/psykologdekningen med 0,08 årsverk per døgnplass (fra 0,13 til 0,21) \* ca. 2 000 døgnplasser.

som utgangsåret er derfor målsettingen overoppfylt flere ganger bare i 1998, og det skulle følgelig ikke være grunnlag for ytterligere vekst senere i planperioden.

Som det fremgår av tabell 5.5 har det ikke vært noen nevneverdig endring i antall årsverk for avtalespesialister etter 1998 (totalt ni prosent). Regnes 1998 som utgangstår, tilsier 50 prosent vekst i resten av planperioden en nyrekruttering av 73 psykiaterårsverk og 154 psykologårsverk til privat praksis i sterk og problematisk konkurranse med rekrutteringen til de offentlige tilbudene.

### 5.3 Kvantitativ styrking – økt kapasitet

Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på nivået fra 1996. Det bygges i tillegg ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.

I Opptrappingsplanen tok departementet utgangspunkt i eksisterende antall døgnplasser (1996) og la til grunn at det skulle skje nybygging og ombygging av et antall plasser, men at det totale sengetallet i sykehusavdelinger skulle være på samme nivå som i 1996. Det skulle i tillegg bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern. Dette tilsier totalt 3 100 sykehusplasser ved utgangen av 2008.

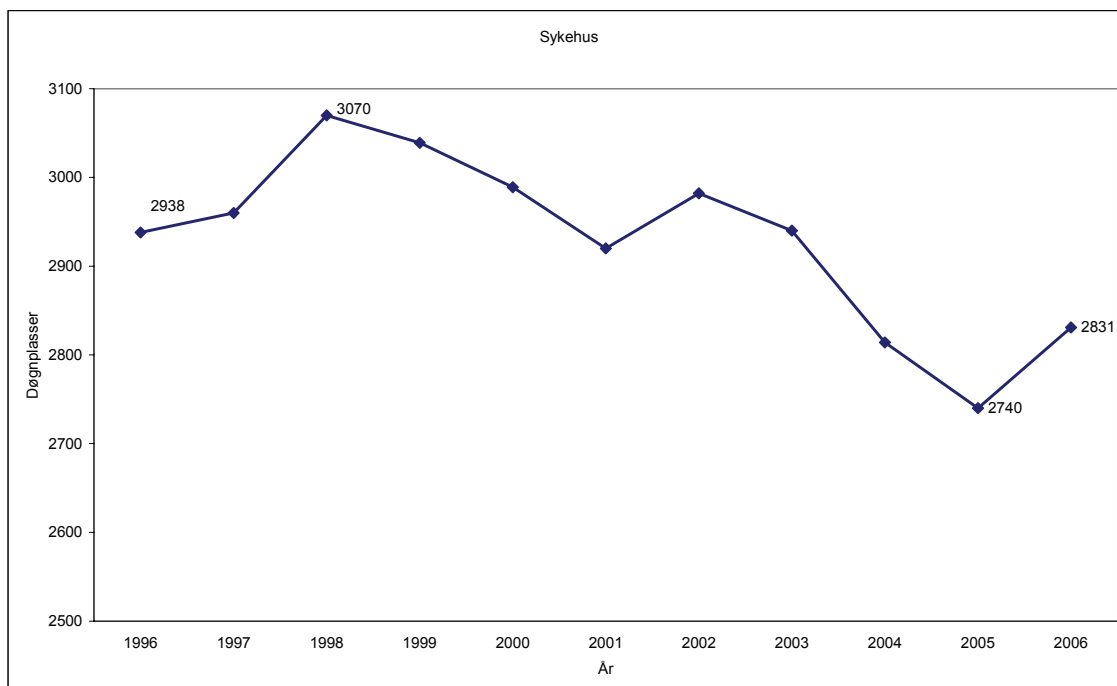
Tabell 5.6 viser utviklingen i antall døgnplasser etter institusjonstype så langt i planperioden. I figur 5.1 er utviklingen ved sykehusene fremstilt grafisk.

Tabell 5.6 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne etter institusjonstype. Absolutte tall og endring fra 1998-2006.

Institusjonstype	1996	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	Prosent endring	
									1996-2006	1998-2006
Sykehus	2 938	3 070	2 989	2 920	2 982	2 814	2 740	2 831	-4	-8
Distrikts- psykiatriske tilbud	1 014	1 487	1 634	1 782	1 845	2 091	2 033	1 956	93	32
Sykehjem	2 058	1 298	1 029	735	544	208	186	141	-93	-89
Andre døgninstitusjoner	245	120	117	80	74	56	46	62	-75	-48
<b>Totalt</b>	<b>6 255</b>	<b>5 975</b>	<b>5 769</b>	<b>5 517</b>	<b>5 445</b>	<b>5 169</b>	<b>5 005</b>	<b>4 990</b>	<b>-20</b>	<b>-16</b>
- prosentvis endring fra året før		2	-1	-4	-1	-2	-3	0		

Datakilde: SSB og SINTEF Helse





Figur 5.1 Antall døgnplasser i sykehus. Psykisk helsevern for voksne. 1996-2006.

I 2006 ble det innrapportert 2 831 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne. Dette er en økning i forhold til året før, men 269 færre døgnplasser ved sykehus enn Opptrappingsplanen legger opp til. Det skjer stadige endringer i organisering og registrering. Endringer i funksjoner og utvikling av det faglige behandlingstilbudet vil forventes å påvirke det absolute antallet døgnplasser som rapporteres. Et fåtall (20-30) plasser for rus og psykiatri har i forbindelse med rusreformen blitt overført til denne sektoren. Enkelte sykehusavdelinger har også blitt innlemmet i DPS. Slike endringer kan imidlertid gå begge veier, drøyt halvparten av økningen fra 2005 til 2006 (75 plasser) skyldes at DPS-avdelinger i Rogaland igjen er lagt inn under Stavanger universitetssykehus.

#### Sikkerhetsplasser

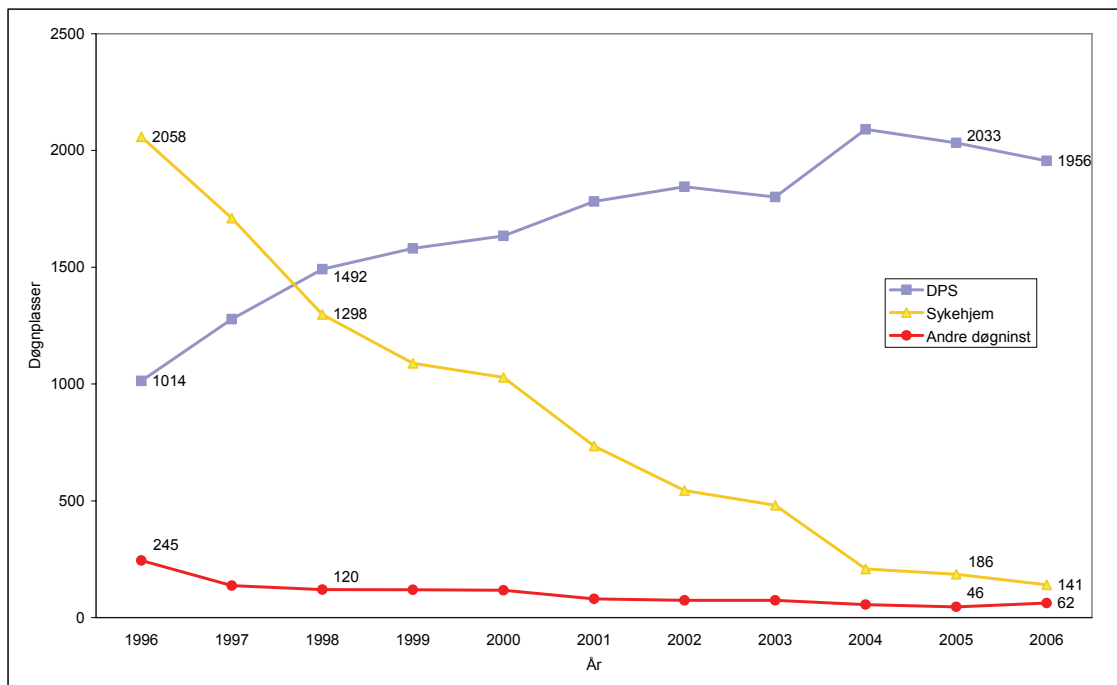
Opptrappingsplanen foreslo å bygge ut 160 nye sykehusplasser for personer som dømmes til psykiatrisk behandling og tre fullt utbygde kompetansesentre ved regionale sikkerhetsavdelinger.

I budsjettproposisjonen for 2006 drøftes behovet for fortsatt utbygging av sikkerhetsplasser. Fram til 2004 var det etablert 88 nye sikkerhetsplasser, og behovet for videre utbygging var anslått til å være ca. 30 observasjon- og utredningsplasser.

Utbygging av distriktpsikiatriske sentre: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende.

Hovedgrepet i Opptrappingsplanen er utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste med distriktpsikiatriske sentre som skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne. Et DPS skal være en faglig selvstendig enhet med ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde, med poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene skal være en meget vesentlig oppgave (jf. Sosial- og helsedirekto-

ratets veileder IS-1388 2006 "Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen"). Behovet for døgnplasser ved DPS-er er i Opptrappingsplanen anslått til 2 040. Figur 5.2 viser utviklingen i antall døgnplasser ved DPS-ene, sykehjemmene og "andre institusjoner".



Figur 5.2 Døgnplasser ved DPS, sykehjem og "andre institusjoner". Psykisk helsevern for voksne. 1996-2006.

Fra 1996 til 2006 er plasstallet ved DPS-ene økt med 942 plasser til 1 956 døgnplasser. Av dette har 464 kommet til i perioden etter 1998. Det har vært en nedgang i plasstallet de siste to årene. Nedgangen fra 2004 til 2005 skyldes nedleggelse av døgnavdelinger bl.a. i Oslo, Drammen, Aust-Agder og Bergen. Nedgangen fra 2005 til 2006 har sin bakgrunn i at DPS-plasser i Rogaland igjen er lagt inn under Stavanger universitetssykehus. Det er nå 84 færre døgnplasser ved DPS enn Opptrappingsplanens målsetting ved planperiodens slutt i 2008.

Det er fortsatt grunn til å forvente en del justeringer i sengetallet ved DPS-ene på grunn av uklarheter om definisjoner og omklassifiseringer i kjølvannet av den pågående utbygging og omstrukturering, samt endringer og omklassifiseringer i tilknytning til rusreformen.

I januar 2006 var det etablert 75 DPS av et måltall på 78. DPS-ene etableres dels ved nybygg, og dels ved omorganisering og ombygging av eksisterende institusjoner som psykiatriske sykehjem. Fordi mange av disse enhetene er inne i en utviklingsprosess med kontinuerlig endring av arbeidsformene og mer kvalifisert personell, lar det seg vanskelig gjøre å tallfeste hvor mange av de nåværende plassene som tilfredsstillende tilfredsstillende kravene til aktiv behandling på spesialistnivå. Om det beregnede antall på 2 040 døgnplasser for aktiv behandling ved DPS-er vil nås i 2008, vil være avhengig av flere forhold, og ikke bare av antall nye plasser som bygges finansiert av Opptrappingsplanen.

### Psykiatriske sykehjem

I Opptrappingsplanen var det regnet med å redusere antall psykiatriske sykehjemsplasser til 1 400 i 2006, i takt med utbygging av DPS-ene. Antall plasser ved sykehjemmene har sunket vesentlig kraftigere enn dette, og med 141 gjenværende plasser i 2006, er denne

institusjonstypen på det nærmeste avvirket, se figur 5.2. Dette er hovedårsaken til at det totale antall plasser i psykisk helsevern for voksne er redusert så kraftig i løpet av planperioden.

Da Stortinget vedtok Opptrappingsplanen var det en klar forutsetning at det samlede antall døgnplasser skulle opprettholdes. I praksis ble dette endret til at reduksjon i antall sykehjemsplasser kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS-er og styrket omsorgstilbud i kommunene, slik at tilbudet til de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene ikke blir dårligere.

Det foreligger ikke nasjonal statistikk over omsorgsboliger ol. på kommunalt nivå som er tatt i bruk av de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene. Kommunene rapporterer ikke på brukernivå, dvs. at det ikke er mulig ut fra den ordinære rapporteringen å se hvilke brukere som får tilbud om bolig finansiert av midler fra Opptrappingsplanen, bare hvilke tiltak kommunene har opprettet. Det er med andre ord vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene sees under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom 1. og 2. linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f.eks. gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

Det er imidlertid verdt å merke seg at i september 2004 ble de regionale helseforetakene bedt om å sørge for at det ikke skulle foretas en ytterligere reduksjon i antall sykehjemsplasser inntil boligsituasjonen i kommunene var gjennomgått. I Bestillerdokument for 2006 gjentas forbudet mot nedlegging av døgnplasser. Det skulle altså ikke ha skjedd noen reduksjon av døgnplasser i 2005 og 2006.

#### *Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne sett under ett*

I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet for voksne disponere totalt 6 405 døgnplasser ved utgangen av planperioden, 285 flere enn i 1996, og 430 flere enn i 1998. Tallet på døgnplasser er i stedet blitt redusert med 1 265 siden 1996, 985 siden 1998.

Plasstallet ved sykehusene har holdt seg relativt stabilt, med en nedgang på drøyt 100 plasser siden 1996, og ligger dermed 269 plasser under måltallet for perioden. Det har vært en kraftig utbygging av plasser ved DPS-ene, men plasstallet ligger likevel 84 plasser lavere enn plantallet for perioden. Nedgangen i det samlede plasstall er likevel i all hovedsak knyttet til nedbyggingen av sykehjemmene. Disse har blitt bygd ned i langt hurtigere tempo enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avvirket.

Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca. 220 000 konsultasjoner - 50 prosent økning fra nivået i 1996.

Opptrappingsplanen går inn for å øke den polikliniske behandlingen til ca. 660 000 konsultasjoner i løpet av planperioden (50 prosent økning fra nivået i 1996). Det er uklart hvorvidt, og hvordan, privat avtalepraksis skal medregnes. Opplysninger om antall konsultasjoner hos private avtalespesialister på landsbasis foreligger ikke. Tabell 5.7 gir en oversikt over utviklingen for perioden 1996–2006.

Tabell 5.7 Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Antall og prosent endring. Hele tusen. 1996-2006.

Antall polikliniske konsultasjoner (hele 1000)	1996	1998	2004	2005	2006	Prosent endring	
						1996-2006	1998-2006
Totalt	438	476	759	867	931	113	96

Datakilde: SSB

Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 493 000 konsultasjoner, til 931 000 konsultasjoner i 2006. Målet om å øke den polikliniske kapasiteten med 220 000 konsultasjoner ble nådd allerede i 2003. I 2006 er økningen i antall konsultasjoner mer enn den dobbelte av Opptappingsplanens målsetting. Det skal imidlertid tas med at det i 2005 skjedde en endring i takstheftet for poliklinikkene, slik at flere tiltak kan registreres og gi refusjon.

### Produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne

Departementet har i Opptappingsplanen ansett en økning på 50 prosent i antall konsultasjoner per fagårsverk som realistisk. Økt produktivitet er i Opptappingsplanen et virkemiddel for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tjenester. Flere skal få poliklinisk behandling både som følge av at det blir flere behandlere og som følge av at hver behandler i gjennomsnitt utfører flere konsultasjoner. I de fire første årene av planperioden (1999-2002) hadde imidlertid den polikliniske produktiviteten (antall konsultasjoner per fagårsverk) en markert fallende tendens: antall konsultasjoner per fagårsverk falt fra 388 ved planens oppstart til 353 i 2002, se tabell 5.8. Det er nærliggende å anta at den reduserte produktiviteten de første fire årene i planperioden kan være knyttet til den relativt store tilveksten av behandlere ved poliklinikkene. Det må nødvendigvis medgå tid til både å gi og å få opplæring.

Fra 2002 til 2005 steg produktiviteten igjen og var i 2004 for første gang høyere enn ved planens oppstart. Den største årlige økningen i produktivitet, slik begrepet er definert her, fant sted i 2005 da det ble utført 422 pasientkonsultasjoner per fagårsverk, eller 1,83 konsultasjoner per virkedag<sup>6</sup>. I 2006 har det igjen vært en svak nedgang i produktiviteten. Dette kan ha sammenheng med økt ambulant virksomhet, noe som med nødvendighet må ta lengre tid per konsultasjon enn oppmøte på poliklinikken. For en diskusjon om produktivitet ved poliklinikkene, se kapittel 10 i Nøkkelstallsrapporten (2007).

<sup>6</sup> Gitt 230 virkedager i året.

Tabell 5.8 Antall polikliniske årsverk av fagutdannet personell<sup>1)</sup> totalt, antall polikliniske konsultasjoner (hele tusen) og antall konsultasjoner per fagårsverk per år og per virkedag. Antall og prosent endring. 1998-2006.

	1998	2002	2004	2005	2006	Prosent endring 1998-2006	
	Antall årsverk av fagstab <sup>2)</sup>	1 227	1 880	1 922	2 022	2 230	65
Antall polikliniske konsultasjoner	476	618	759	867	931	96	
Konsultasjoner per fagårsverk <sup>3)</sup>	388	353	400	422	412	6	
Konsultasjoner per virkedag <sup>4)</sup>	1,69	1,56	1,74	1,83	1,79	6	

Datakilde: SSB

1) Polikliniske årsverk blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning, minus merkantilt personale

2) Gjennomsnittet ved utgangen av angjeldende og forutgående år

3) Ved beregning av antall konsultasjoner per årsverk er enkelte behandlingstilbud holdt utenfor av datamessige årsaker. Disse inngår imidlertid i totaltallene for årsverk og konsultasjoner som er vist i tabellen.

4) Antall konsultasjoner / antall behandlere / 230

En produktivitetsøkning på 50 prosent i forhold til nivået i 1998 innebærer at hver behandler i gjennomsnitt må øke antall konsultasjoner per virkedag fra 1,79 i 2006 til 2,54 ved slutten av planperioden. De polikliniske enhetene står følgelig overfor betydelige utfordringer for at Opptrappingsplanen skal komme i mål på dette punktet. Det må understrekes at behandlernes tid også er knyttet til andre gjøremål enn direkte pasientkonsultasjoner. Poliklinikkene har i alle fall tre typer oppgaver: Nært samarbeid med døgnenheter, direkte pasientbehandling og samarbeid og rådgivning overfor kommunene. Dette siste er det imidlertid tatt høyde for i takstsystemet fra 2005.

Økning i antall oppholdsdager i DPS-er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996.

I Opptrappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen med 90 000 dagopphold i løpet av opptrappingsperioden. Veksten i dagbehandlingen skal skje ved DPS-ene, mens dagbehandlingen ved sykehusene forutsettes holdt omtrent på samme nivå som i 1996.

I henhold til statistikk innhentet av SSB, er antall oppholdsdager for dagpasienter redusert i løpet av planperioden, se tabell 5.9. Dette gjelder særlig ved andre institusjonstyper enn DPS.

Tabell 5.9 Antall oppholdsdager og dagpasienter i psykisk helsevern for voksne. Endring prosent 1996-2006 og 1998-2006. Antall oppholdsdager i hele tusen. 1996-2006.

Antall oppholdsdager	1996	1998	2004	2005	2006	Prosent endring	
						1996-2006	1998-2006
Totalt (alle institusjonstyper)	379	302	152	144	123	-68	-59
Distriktpsikiatriske tilbud	128	129	107	107	91	-29	-29
Antall dagpasienter i DPS per 31.12.	783	683	1 575	1 620	626	-20	-8

Datakilde: SSB

Siden utgangen av 1998 er det registrerte antall oppholdsdager ved DPS redusert med 38 000. For en detaljert gjennomgang av dette sakskomplekset, se Hagen (2006).

Det er nærliggende å anta at kombinasjonen av faglig utvikling, desentralisering og samlokalisering ved DPS gjør at det både faglig og administrativt blir vanskelig eller upraktisk å skille de to typer tilbud. Mye tyder på at økonomiske incentiver også kan ha bidratt til at dagbehandling ved DPS er omdefinert til poliklinisk virksomhet. Tallmateriale fra NPR tyder dessuten på at det mange steder ikke skilles distinkt mellom de to behandlingstyper i registreringssammenheng. 60 prosent av oppholdsdagene som ble innrapportert til NPR via MBDS i 2004 ble således rapportert å være i dagbehandlingsserier hvor det også ble rapportert polikliniske konsultasjoner. Det tilsynelatende paradoks at dagvirksomheten ved DPS etter alt å dømme er i vekst, mens offentlig statistikk tilsier at volumet av slik virksomhet er redusert hvert år siden 1994, er etter alt å dømme knyttet til ett eller flere av de følgende forhold:

- Reell reduksjon i dagvirksomhet slik den registreres i dag, behandlingsoppleggene blir mer intensive, mens faktisk volum - målt ved antall oppholdsdager synker.
- Økt spesialisering av dagbehandlingen fører til gradvis omdefinering til poliklinisk virksomhet – dels pga. diffuse faglige grenselinjer, og dels pga. økonomisk gevinst knyttet til refusjons- og årsverkstakster.
- Endring i dagbehandlingens innhold, fra aktivitetstilbud til strukturerte behandlingsopplegg, gjør at klassifiseringer og begreper i statistikk skjema fra SSB blir for lite detaljerte og relevante til at innhold og volum av dagbasert virksomhet ved DPS-ene blir fanget opp.
- Et stort volum av aktivitetstilbudet som tidligere ble tatt hånd om av spesialisthelsetjenesten er nå overført til kommunene.

Sannsynligvis er flere eller alle disse mulige årsakene virksomme i større eller mindre grad.<sup>7</sup>

## 5.4 Oppsummering

### Personell

Opptrappingsplanens mål om 2 300 nye årsverk ble nådd i 2005. Målet om kompetanseheving (at minst 72 prosent av de nye årsverkene skal være besatt av personell med relevant universitets- eller høyskoleutdanning) er også mer enn oppfylt. Bestillerdokumentene krever imidlertid fortsatt oppmerksomhet på bemanningssituasjonen, spesielt i DPS.

### Døgnplasser

I følge Opptrappingsplanen skulle det psykiske helsevernet for voksne disponere totalt 6 405 døgnplasser ved utgangen av planperioden, 285 flere enn i 1996, og 430 flere enn i 1998. Tallet på døgnplasser er i stedet blitt redusert med 1 265 siden 1996, 985 siden 1998.

---

<sup>7</sup> Det reduserte omfang av registrert dagbehandling har uansett sammenheng med mangel på entydig og konsistent registreringspraksis fordi det mangler klare definisjoner og avgrensninger for hva som er dagbehandling og hva som skal registreres innen en dagbehandlingsepisode. Omfang av dagvirksomhet registreres fremdeles ved at institusjonene angir "antall oppholdsdager for dagpasienter i løpet av året" til SSB. Pasientdata fra NPR (MBDS) er fremdeles for ukomplett til å bli anvendt som hovedkilde til opplysninger om dagaktivitet. I 2004 var for eksempel volumet av innrapporterte dagopphold bare 40 prosent av tilvarende volum registrert av SSB.

Plasstallet ved sykehusene har holdt seg relativt stabilt, med en nedgang på drøyt 100 plasser siden 1996, og ligger dermed 269 plasser under måltallet for perioden. Det har vært en kraftig utbygging av plasser ved DPS-ene, men plasstallet ligger likevel 84 plasser lavere enn plantallet for perioden som helhet. Nedgangen i plasstall er i all hovedsak knyttet til nedbyggingen av sykehjemmene. Disse har blitt bygd ned i langt hurtigere tempo enn forutsatt, og er nå på det nærmeste avviklet.

### Poliklinisk og dagbasert virksomhet

Målet for Opptappingsplanen var å øke den polikliniske kapasiteten med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Dette målet ble nådd allerede i 2003 - ikke på grunn av økt produktivitet - men på grunn av flere behandlere. Målet om produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter er ikke nådd. Produktiviteten sank i første del av perioden, og også siste år. Produktiviteten ligger nå seks prosent over nivået i 1998. Den reduserte produktivitet i starten av perioden må sees på bakgrunn av den relativt store tilveksten av behandlere i poliklinikker disse årene. Det må nødvendigvis medgå tid til å både gi og få opplæring. I tillegg er behandlingstilbudet i ferd med å endres, med flere ressurser inn i ambulant virksomhet.

I Opptappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen ved DPS-er med 90 000 dagopphold i løpet av opptappingsperioden. I henhold til offentlig statistikk synes volumet av dagbehandling ved DPS-er derimot å være vesentlig redusert. Det foreligger imidlertid ikke statistikk basert på årlig, standardisert nasjonal rapportering som kan vise den reelle utviklingen i dagbehandling.

### Konklusjon

Omstruktureringen har vært betydelig i løpet av åtte år med Opptappingsplanen. Til tross for reduksjon i det totale døgnplasstallet har befolkningens tilbud om hjelp for psykiske lidelser i psykisk helsevern økt kvantitativt de åtte første årene i planperioden, målt både ved antall pasienter som mottar døgntilbud og poliklinisk behandling i løpet av et år. Samtidig er det flere behandlere, med høyere kompetanse enn før. Poliklinikken har økt sin kapasitet betydelig, flere pasienter behandles, også i døgnavdelinger, og flere kvalifiserte behandlere er tilsatt.