Sosial- og helsedepartementet

St meld nr 25

(1996–97)

Åpenhet og helhet

Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Sosial- og helsedepartementet

St meld nr 25

(1996–97)

Åpenhet og helhet

Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Innhold

		Side
1	**Innledning og sammendrag**	7
1.1	Tilbakeblikk	7
1.2	Formål med meldingen	14
1.3	Hva er problemene - og hva bør gjøres?	16
1.3.1	Problemer for pasientene	16
1.3.2	Problemer for personellet	20
1.3.3	Problemer for myndighetene	21
1.4	Overordnede prinsipper for tjenestene	25
2	**Brukere og pårørende**	28
2.1	Brukermedvirkning i utformingen av individuelle tiltak	28
2.2	Brukermedvirkning i utforming av tjenester og tilbud	28
2.3	Bruker- og pårørendeorganisasjoner	29
2.4	Departementets vurdering	31
3	**Tjenestetilbudene. Status, vurderinger og forslag til tiltak**	33
3.1	Innledning	33
3.2	Forebygging av psykiske lidelser og psykososiale problemer	33
3.2.1	Kunnskapsgrunnlaget - faktorer som påvirker psykisk helse	33
3.3	Kommunale tjenester	36
3.3.1	Lovgrunnlag	36
3.3.1.1	Departementets vurdering	37
3.3.2	Finansiering av kommunale tjenester	37
3.3.2.1	Departementets vurdering	38
3.3.3	Planlegging og organisering av kommunale tjenester	38
3.3.3.1	Departementets vurdering	39
3.3.4	Tjenester til mennesker med psykiske lidelser som kommunene har ansvar for	40
3.3.4.1	Allmennlegetjeneste	40
3.3.4.2	Støtte til barn og barnefamilier	41
3.3.4.3	Boliger	41
3.3.4.4	Bistand i bolig	41
3.3.4.5	Boform for heldøgns pleie og omsorg	41
3.3.4.6	Støttekontakter	42
3.3.4.7	Fritidsaktiviteter - Kultur og helse	42
3.3.4.8	Dagsenter og aktivitetstilbud	42
3.3.4.9	Utdanning og opplæring	42
3.3.4.10	Arbeid	42
3.3.4.11	Departementets vurdering	43
3.4	Fylkeskommunale tjenester	44
3.4.1	Lovgrunnlag	44
3.4.1.1	Departementets vurdering	45
3.4.2	Utgifter og finansiering	45
3.4.2.1	Finansiering av fylkeskommunale tjenester	45
3.4.2.2	Virkningene av de statlige øremerkede tilskuddene	48
3.4.2.3	Innsatsstyrt finansiering	48
3.4.2.4	Departementets vurdering	49
3.4.2.5	Finansiering av bygg	49
3.4.2.6	Departementets vurdering	50
3.4.2.7	Finansiering av psykiatriske poliklinikker	50
3.4.2.8	Departementets vurdering	51
3.4.2.9	Variasjoner i fylkeskommunenes utgifter til psykisk helsevern	51
3.4.2.10	Departementets vurdering	52
3.4.3	Psykisk helsevern for voksne - struktur og kapasitet	52
3.4.3.1	Typer av tjenester i voksenpsykiatrien	52
3.4.3.2	Organisering av voksenpsykiatriske sykehustjenester	53
3.4.3.3	Voksenpsykiatriske institusjoner utenom sykehus	54
3.4.3.4	Distriktspsykiatriske sentre	55
3.4.3.5	NOU 1995: 14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner	55
3.4.3.6	Departementets vurdering	56
3.4.3.7	Behandlingskapasitet i voksen-psykiatriske institusjoner	57
3.4.3.8	Bruk av institusjonsplassene - får pasientene riktige tilbud?	61
3.4.3.9	Dagbehandling og poliklinikker	62
3.4.3.10	Kapasitet i psykisk helsevern for voksne - variasjoner mellom fylkene	62
3.4.3.11	Kapasitetsproblemer i psykisk helsevern for voksne	64
3.4.3.12	Departementets vurdering	65
3.4.4	Psykisk helsevern for barn og ungdom - struktur og kapasitet	67
3.4.4.1	Bakgrunn	67
3.4.4.2	Organisering av tjenestene	67
3.4.4.3	Behandlingskapasitet ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene	68
3.4.4.4	Departementets vurdering	70
3.4.4.5	Institusjonskapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien	70
3.4.4.6	Departementets vurdering	72
3.4.4.7	Samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet	73

		Side
3.4.4.8	Departementets vurdering	74
3.4.4.9	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri - oppgaver og eierforhold	75
3.4.4.10	Departementets vurdering	77
3.4.5	Psykiatriske ungdomsteam	78
3.4.5.1	Departementets vurdering	79
3.4.6	Privatpraktiserende spesialister	79
3.4.6.1	Departementets vurdering	82
3.4.7	Ventetidsgarantien i psykisk helsevern	83
3.4.7 1	Bakgrunn	83
3.4.7.2	Erfaringer med ventelisteføring i psykisk helsevern	83
3.4.7.3	Ventetidsgarantien og EØS-reglene	84
3.4.7.4	Departementets vurdering	85
3.5	Regionale, flerregionale og landsdekkende tjenester	85
3.5.1	Departementets vurdering	87
3.6	Statlige tjenester	88
3.6.1	Innledning: Pensjon og arbeid	88
3.6.2	Pensjon	88
3.6.3	Arbeid og yrkesrettet attføring	91
3.6.4	Departementets vurdering	93
3.7	Samarbeidet mellom tjenester på ulike forvaltningsnivåer	94
3.7.1	Innledning	94
3.7.2	Samarbeid om tjenester til enkeltpersoner	95
3.7.3	Samarbeid i kommunen	95
3.7.4	Samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige etater	96
3.7.5	Departementets vurdering	96
4	**Tilbud til innsatte i fengsel, særlig vanskelige eller farlige sinnslidende, mv**	98
4.1	Innsatte i fengsel	98
4.2	Alvorlig sinnslidende som kan være farlige eller særlig vanskelige	99
4.2.1	Beskrivelse av gruppen	99
4.2.2	Historisk bakgrunn for dagens behandlingstilbud	99
4.2.3	Prinsipper for behandling	100
4.2.4	Dagens situasjon	101
4.2.5	Stortingets vedtak i mai 1996	102
4.3	Seksualovergripere	102
4.4	Nye strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner	103
4.5	Departementets vurderinger	104
4.5.1	Vurdering av behovet for behandlingsplasser, herunder behovet for en landsdekkende institusjon for sinnslidende med voldelig og kriminell atferd	104
4.5.2	Behovet for en faglig undersøkelseskommisjon	105
4.5.3	Konsekvenser av nye særreaksjoner for fengselsvesenet og behovet for å styrke de psykiatriske tilbudene til innsatte med psykiske lidelser	105
4.5.4	Konsekvenser av nye særreaksjoner for psykisk helsevern	106
4.5.5	Behovet for flere og bedre behandlingstilbud til seksualovergripere	106
4.5.6	Behov for kompetanseoppbygging	106
5	**Grupper med særlige behov**	108
5.1	Innvandrere, flyktninger og asylsøkere	108
5.1.1	Departementets vurdering	109
5.2	Rusmiddelmisbrukere	109
5.2.1	Departementets vurdering	110
5.3	Funksjonshemmede	111
5.3.1	Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser	111
5.3.2	Departementets vurdering	112
5.3.3	Døve med psykiske lidelser	113
6	**Tjenester til den samiske befolkning**	114
6.1	Innledning	114
6.2	Psykisk helsevern og samene	114
6.2.1	Psykisk helsevern for barn og ungdom	115
6.2.2	Samisk ungdomspsykiatrisk team	116
6.2.3	Psykisk helsevern for voksne	116
6.2.4	Departementets vurdering	116
7	**Kompetanse og kvalitet: Forskning, utdanning, og rekruttering av personell**	119
7.1	Behov for økte kunnskaper: Forskning	119
7.1.1	Innledning	119
7.1.2	Organisering av forskning om mental helse i Norge	119
7.1.3	Forskningsområder	120
7.1.4	Departementets vurdering	122
7.2	Utdanning og rekruttering av personell	123
7.2.1	Innledning	123
7.2.2	Utdanningstilbud og arbeidsoppgaver for ulike personellgrupper	123
7.2.3	Departementets vurdering	125
7.2.4	Personellsituasjonen - behovet for arbeidskraft	127
7.2.5	Departementets vurdering	131
7.2.6	Tilgangen på personell	132
7.2.6.1	Tilgang på personell fra grunnutdanningene	132

Side

7.2.6.2 Tilgang på spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri 133
7.2.6.3 Tilgang på psykologspesialister 133
7.2.6.4 Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie 133
7.2.7 Departementets vurdering 134
7.3 Kvalitet og kvalitetsutvikling 136
7.3.1 Innledning: Hva er kvalitet? 136
7.3.2 Statlige myndigheters arbeid med kvalitetsutvikling 136
7.3.3 Kvalitetsutvikling av tjeneste-tilbudene til mennesker med psykiske lidelser - utfordringer framover 138
7.3.4 Departementets vurdering 139

8 Økonomiske og administrative konsekvenser 140
8.1 Innledning 140
8.2 Økonomiske konsekvenser 140
8.2.1 Styrking av tilbudene til mennesker med psykiske lidelser i kommunene . 140
8.2.2 Omstrukturering og styrking av behandlingstilbudene i psykisk helsevern for voksne 140
8.2.3 Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom 141
8.2.4 Overføring av Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) til Oslo kommune 141
8.2.5 Arbeidsmarkedstiltak 141
8.2.6 Utdanning, forskning, utredninger og spredning av veiledningsmateriell
8.2.7 Støtte til organisasjoner for brukere og pårørende 141

Side

Vedlegg 1
Psykiske lidelser: Diagnoser, forekomst og behandling 142
1 Barn og unge med psykiske lidelser og problemer 142
2 Voksne med psykiske lidelser 144
2.1 Schizofrene psykoser 144
2.2 Stemningslidelser 146
2.3 Angst- og tvangslidelser 146
2.4 Personlighetsforstyrrelser 147
2.5 Spiseforstyrrelser 148
2.6 Selvmordsadferd 149
2.7 Psykosomatiske lidelser 150
2.8 Oppmerksomhetssvikt (ADHD) 150
2.9 Posttraumatiske stressforstyrrelser .. 150
3 Psykiske lidelser hos eldre 151

Vedlegg 2
Psykiatrien i norden - en sammenlikning ... 153
1 Den nordiske psykiatrien i tall 153
1.1 Tallgrunnlaget 153
1.2 Døgnplassdekning 153
1.3 Volum og art av psykiatriske tjenester
1.4 Pasientsirkulasjon 155
1.5 Noen hovedtrekk ved situasjonen i Norden 155
2 Psykiatrien i Danmark 155
2.1 Voksenpsykiatrien 155
2.2 Barne- og ungdomspsykiatrien 157
3 Psykiatrien i Finland 158
3.1 Voksenpsykiatrien 158
3.2 Barne- og ungdomspsykiatrien 160
4 Psykiatrien på Island 161
4.1 Voksenpsykiatrien 161
4.2 Barne- og ungdomspsykiatrien 162
5 Psykiatrien i Sverige 162
5.1 Voksenpsykiatrien 162
5.2 Barne- og ungdomspsykiatrien 164

Referanser 165

St meld nr 25

(1996–97)

Åpenhet og helhet

Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 18. april 1997, godkjent i statsråd samme dag.

1 Innledning og sammendrag

1.1 TILBAKEBLIKK

Få tilstander gir så påtrengende behov for hjelp som psykiske lidelser. Få felt har vært mer vektlagt - i hvert fall i ord - enn helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Hvorfor er da behovet for forbedringer fortsatt så stort?

Har psykiatrien stått stille, mens somatikken har stormet fremad? Svaret er nei. Men fremskrittene har kanskje vært mindre synlige. Det er lett å la seg blende av somatikkens romfartslignende instrumenter

- utstyr som gjør det umulige mulig
- undersøkelsesteknikker styrt av avansert datateknologi
- medisiner med forbløffende virkninger
- kompliserte operasjoner uten spor på utsiden av kroppen.

Det er ikke like lett å la seg imponere av psykiatriens grupperom.

Men selv om psykiatriske helsetjenester ikke kan skilte med slike iøynefallende landevinninger, har fremskrittene også der vært fantastiske. Utviklingen har ikke vært mindre gjennomgripende, men utgangspunktet har vært et annet. Fagfeltets historie er kort, det meste av betydning har skjedd de siste to hundre år.

Boks 1.1
Uhelbredelig

- Maleren Lars Hertervig (1830-1902) er en av Norges største landskapsmalere. I en alder av 23 år fikk han en psykisk lidelse preget av angst, forvirring, søvnløshet og mistenksomhet - trolig en form for schizofreni. Han ble innlagt i Gaustad asyl i 1856 og utskrevet to år senere - erklært *uhelbredelig* - 28 år gammel. Resten av livet var han fattiglem - i perioder kapabel til å male, men aldri i stand til å ta hånd om seg selv.
- I 1950 syntetiserte franskmannen Charpentier *klorpromazin*. Først da ble det mulig å behandle de alvorligste psykiske lidelsene som psykoser og schizofreni. Før medisinenes æra var det vanlig at alvorlige depresjoner varte i årevis og at psykoser ble livslange.

Boks 1.2
Dollhus og dårekister

- I Bergen ble det allerede i 1676 opprettet en dårekiste i byens fengsel. Det var bare to rom, hvor en skulle ta hånd om de dårligste sinnslidende.
- I 1735 drepte en kvinne et barn, og det teologiske fakultet i København konkluderte med at hun led av «raseri». Da det ikke fantes noe egnet sted for anbringelse av sinnslidende i Christiania, førte hendelsen til et kongelig reskript av 14. juli 1736 hvor det ble bestemt at hovedhospitalene skulle ha ett eller to værelser for «fattige sinnssyke». Gradvis ble det etablert slike avdelinger, som ble kalt for «dollhus» eller dårekister.
- Dårekistene hadde et fåtall plasser. Fra gammelt av var sinnssyke plassert hos bønder «på legd». Den sinnslidende bodde på en gård i et begrenset tidsrom, og ble så sendt videre til neste, for på den måten å fordele byrden på flere husholdninger.

Dagens situasjon må bedømmes ut fra at omsorgen for psykisk lidende i lange perioder har vært en beretning om store lidelser og mange overgrep.

Myter og mystisisme
Helt opp til 1800-tallet mente de rådende og lærde at sinnssyke var påvirket av overnaturlige krefter - guder, demoner eller onde ånder - såkalt sjelebytting eller besettelse. Og «behandlingen» bestod ofte i pryl, utstøtning, isolasjon, bålbrenning, dødsstraff. Mange sinnsforvirrede levde som lutfattige tiggere og vandrende bygdeorginaler - i Europa ble flere millioner henrettet.

Den psykiatriske helserevolusjonen har gitt viktige endringer på tre områder:
- i holdninger
- i kunnskaper og
- i behandlingsmetoder

For å kunne forstå fagets utvikling, fremskritt, begrensninger og muligheter, må endringene på de tre områdene ses som et samvirkende hele. Vekselvirkningen er sterk. Endringer i holdninger befordres av ny viten om sammenhenger, ny viten gir bedre muligheter for å behandle, bedre behandling gjør det lettere å endre holdninger.

1. Holdningsrevolusjonen - fra besatt til syk
Først ved inngangen til det nittende århundre, ble det erkjent at sinnslidende var *syke* mennesker som trengte *behandling,* og ikke skyldige som måtte straffes. Det åpnet veien for å erstatte lenker, fattighus og straffeanstalter med behandlingsinstitusjoner og legehjelp, og det gjorde det mulig å gradvis forandre folks *holdninger* til de psykisk syke. Den kliniske psykiatri kunne

Boks 1.3
Middelalderens mørke

- I *Heksehammeren* utga munkene Sprenger og Kramer i 1487 tankegods som skulle bli rådende i flere århundre og retningsgivende for «behandlingen» av psykisk syke mange steder: «Heksene har selv valgt å bli hekser og de har valgt djevelen som sin Herre. De utfører onde gjerninger, og de leder andre til å gjøre onde gjerninger. De kan kjennes igjen på en rekke spesifiserte tegn. Deres onde gjerninger kan bestå i at de setter hungersnød, pest, impotens eller liknede på enkeltmennesker eller grupper av mennesker. De må med et hvert middel tvinges til å tilstå disse gjerningene, og må til slutt dømmes til døden.»
- Fattigdommens svøpe: De fleste «hekser» var fattige, de fattige hadde mange sinnslidende, sinnslidende ble gjerne fattige.

Boks 1.4
Om den hellige sykdom

- Hippocrates (år 400 f kr) delte inn de psykiske lidelsene i *epilepsi, mani, melankoli og paranoia.* Han skal ha sagt: «Stillingen vedrørende den hellige sykdom er slik: Den synes for meg ikke å være mer hellig enn andre sykdommer, men skyldes naturlige årsaker. De som først forbandt den med djevelen og beskrev den som hellig, synes for meg ikke å være annerledes enn våre tiders profeter og sjarlatanar, som later som de har stor visdom og overlegen kunnskap. Men slike personer skjuler bare, under skinn av guddommelighet, sin egen forvirring og manglende evne til å yte hjelp.»

Boks 1.5
Herman Wedel Major
«Norges første psykiater»

- Herman Wedel Major (1814 - 1854) utarbeidet i 1840-årene en beretning til Indredepartementet om behandling og forpleining av de sinnssyke i Norge. I beretningen foreslo han å opprette et tidsmessig asyl etter mønster av slike som allerede var etablert i andre europeiske land. Han utarbeidet også et forslag til lov om sinnssykes behandling og forpleining som ble vedtatt av Stortinget i 1848. Gaustad asyl i Oslo ble reist etter Majors planer få år etter.
- Loven av 1848 var etter datidens forhold preget av respekt for sinnssykes menneskeverd. Den fastslo det offentliges plikt til å sørge for de sinnssyke og hadde klare bestemmelser for innskriving i og utskriving fra asyler og vern mot uberettiget frihetsberøvelse. Loven innførte ordningen med kontrollkommisjoner som skulle overvåke pasientenes rettigheter og tarv. Legene skulle forestå behandlingen og foreta en «passende» vitenskapelig klassifikasjon av de syke. Både private og offentlige asyler skulle autoriseres av det offentlige. Sinnssykeloven av 1848 ble med mindre endringer stående fram til 1961.
- Herman Major, «Norges første psykiater», trakk seg fra stillingen som første direktør for Gaustad asyl før han skulle tiltre. Han hadde bestemt seg for å emigrere til USA, men omkom sammen med sin familie under overfarten fra Norge. Men sin innsats for psykiatrien var han på mange måter langt forut for sin tid.

Boks 1.6
Farmakologiske landevinninger

- *Antidepressiva* har gjort det mulig å behandle depresjon. Tilstander som før kunne lamme en person i årevis, kan nå i de fleste tilfeller helbredes i løpet av noen få uker. I de siste årene er det kommet en rekke nye medikamenter i denne gruppen, populært kalt «lykkepiller». Disse har langt færre bivirkninger enn sine forgjengere og enkelte av dem ser også ut til å kunne hjelpe mot nedstemthet som ikke skyldes sykelig depresjon.
- *Neuroleptika* har gjort det mulig å behandle psykoser, dvs tilstander forbundet med vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Før kunne en psykose vare i årevis, kanskje livet ut - nå kan den i de fleste tilfeller mildnes eller fjernes.
- *Angstdempende midler* kan fjerne eller lindre plagsomme symptomer på angst eller søvnløshet.

grunnlegges med utgangspunkt i en systematisering av lidelsene etter såkalte diagnoser.

Holdningsendringen som er oppnådd fram til dags dato har vært enorm - en radikal utvikling fra institusjon og avsondring til integrering og innlemmelse.

2. Kunnskapsrevolusjonen - en vitenskap blir til

I det tyvende århundre ble psykiatrien en vitenskap. Ved å utvikle psykiatriske diagnoser, beskrive det naturlige forløp for psykiske lidelser og anvende basal kunnskap fra biologi, psykologi og sosialfag, ble det lagt grunnlag for å forstå de psykiske lidelsene og utvikle behandlingsmetoder.

Boks 1.7
Treenighet skaper helhet

Det kan kanskje sies at Hippocrates holistiske tankegang - mennesket som en helhet bestående av kropp, sjel og sosialt liv - har fått et motstykke i dagens tre psykiatriske hovedretninger:

- Den *organiske* som tar for seg kroppen, cellene, genene og hjernen som organ betraktet.
- Den *psykoterapeutiske* som tar for seg sjelslivet, sammenhenger mellom intellektet og det ubevisste og dypere følelsesmessige konflikter.
- Den *sosialpsykiatriske* som tar for seg menneskets evne til å tilpasse seg andre, fungere i familie, arbeidsliv og samfunnet.

I kjølvannet av fremskrittene, fulgte ytterligere holdningsendring og humanisering. Når folk opplevde at naboer, venner, familiemedlemmer og slektninger kunne få behandling og bli friske, mistet sykdommene noe av sitt skremmende og skjemmende skjær. Pasientene fikk høyere anseelse - både hos fagfolk og folk flest - og de ble ikke skydd og utstøtt like mye som før, tabuene ble svakere. Dermed økte også mulighetene for å oppnå resultater av behandlingen, interessen for forskning ble større og tiltakene flere. En god sirkel ble opprettet.

3. Behandlingsrevolusjonen - psykoanalyse, biologi og sosialpsykiatri

Mesteparten av kunnskapen i psykiatrien som fag, er kommet til i dette og siste halvdel av forrige århundre. Den har fulgt tre hovedretninger - den psykodynamiske, den biologiske og den sosialpsykiatriske - tre ulike innfallsvinkler til å forstå hvorfor psykiske lidelser oppstår.

Psykoanalysen ga innsikt i hvordan konflikter mellom drifter og dype følelsesmessige behov kan utløse symptomer som angst, aggresjon, nedstemthet og handlingslammelse. Den kastet lys over merkelige fenomener, som for eksempel hysteriske lammelser (personer som blir lam i en arm eller et ben når de utsettes for konfliktfylte situasjoner). Og den gjorde det mulig å behandle pasienter med nevroser. Når psykoterapeuten klarte å trenge inn til konflikter dypt skjult i underbevisstheten, løste de seg opp, og symptomene ble mildnet eller forsvant.

Den *organiske* retningen frembragte nervemedisinene. Farmakologiske fremskritt gjorde det mulig å behandle de alvorligste sinnslidelsene - schizofreniene, psykosene og de manisk depressive sinnslidelsene. Ved hjelp av medisiner som dempet uro og fjernet hallusinasjoner, kunne terapeuten nå inn til pasienten med samtaleterapi. I de siste årene har den biologiske forskningen vist at arv og genetiske forhold er viktige for mange av de alvorlige psykiske lidelsene.

Sosialpsykiatrien viste at konflikter *mellom* mennesker, kunne utløse konflikter *i* mennesker. Den har gitt betydelige tilskudd til behandlingsformene og har blant annet åpnet for familieterapi, gruppeterapi og påvirkning av sosiale forhold. Og den har understreket hvor viktig det er å se mennesket som del av sin kultur.

På samme måte som menneskets kropp, sjel og sosiale liv er uatskillelige, kan ikke pasientenes *problemer* løses ved å angripe den ene av delene. Alle må ses i sammenheng. Verken medisiner eller psykoterapi kan avhjelpe en depresjon, hvis det er livssituasjonen, uløselige familiekonflikter eller økonomisk ruin som er årsaken. Samtaleterapi og sosiale tiltak vil ikke føre frem, hvis pasienten ris av vrangforestillinger og skrekkinngytende hallusinasjoner.

Løsningen er å benytte flere innfallsvinkler samtidig. Derfor legger moderne psykiatrisk behandling vekt på å kombinere både medisiner, psykoterapi og sosiale tiltak. Og derfor tilstreber den å:

Boks 1.8
Psykiatriske diagnoser

- Alle mennesker opplever konflikter, problemer, kriser, sorg og tap. Slike opplevelser er en uunngåelig del av livet og nødvendige for normal psykologisk utvikling og vekst. Målet er ikke å fjerne konflikter og livsproblemer, men å gi den enkelte hjelp til å bearbeide dem på en slik måte at de bidrar til vekst og ikke til sykelige reaksjoner og lidelser.
- I motsetning til livsproblemer og mellommenneskelige konflikter regnes *psykiske lidelser* som *sykdommer* - kategorisert i internasjonale diagnoselister. Men på hvilken måte de er sykdommer, er omstridt. Mange av sykdommene har ikke et organisk grunnlag, de kjennetegnes først og fremst av avvikende *atferd.* Derfor bruker fagfolk ofte begreper som psykisk *lidelse* eller psykisk *forstyrrelse* fremfor psykisk *sykdom.*
- Til tider har det vært stor motstand mot å bruke diagnoser - enkelte har ment at det å stille en psykiatrisk diagnose på et menneske i seg selv betyr et overgrep. Diagnoser er imidlertid nødvendige for å kunne gi riktig behandling, for å kunne utveksle erfaringer mellom fagfolk, for å kunne forske for å forstå lidelsene bedre og for å kunne finne fram til mer effektive behandlingstiltak. Det er derfor økende oppslutning om de internasjonale diagnosesystemene.
- Diagnosen alene er imidlertid ikke avgjørende for hvor omfattende behandlingen skal være eller hvor den skal foregå. Det er alvorlighetsgraden og behovet for hjelp som bestemmer om nødvendige tiltak kan ytes i kommunen eller om det er nødvendig med henvisning til spesialisthelsetjenesten.

- ta hånd om pasienten i *lokalsamfunnet* - der hvor han eller hun lever
- trekke *familien* inn i behandlingen - de som pasienten skal leve med
- bruke *medisiner* hvis det trengs - sammen med samtaleterapi.

Dette ligger også bak utviklingen mot:
- mest mulig poliklinisk behandling
- minst mulig behandling i institusjon
- flest mulig behandlingstilbud i nærheten av der folk bor
- utbygging av bo-, omsorgs- og aktiviseringstilbud lokalt.

Boks 1.9
Ny biologisk forskning

- *Nye undersøkelsesmetoder* - for eksempel magnetisk resonansundersøkelse (MR) og PET-scan (positron-emisjonstomografi) - har gjort det mulig å fremstille bilder av hjerneprosesser.
- *Arvelighetsstudier* har dokumentert at alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og manisk-depressiv sinnslidelse har en genetisk disposisjon.
- *Biokjemiske* metoder har gjort det mulig å vise at flere psykiske symptomer og sykdommer har sammenheng med ubalanse i hjernen - forstyrrelser i kjemiske signalsubstanser som serotonin og dopamin.
- Alt dette har skapt ny tro på biokjemi og farmakologi som nøkkel til å forstå og behandle organiske årsaker til psykiske forstyrrelser - men også strid om dette.

Store svingninger

Psykiatrien er fortsatt et ungt fag. Den er både omskiftelig, utprøvende og søkende. Fremskrittene har fått pendelen til å svinge - om ikke til ytterpunkter, så i hvert fall til sterk vektlegging av den ene eller andre av hovedretningene.

I 1940-50 årene fikk den *organiske* tankegangen gjennomslag. Psykiske lidelser ble oppfattet som *feil* i deler av hjernen - feil som kunne rettes opp ved fysiske midler. Resultatet var blant annet overdreven bruk av

Boks 1.10
Baksiden av medaljen

- Først etter at neuroleptika hadde vært i bruk i 20-30 år, ble det klart at lang tids bruk i høye doser kunne føre til en hjerneskade kjennetegnet ved ufrivillige muskelbevegelser, grimasering i ansiktet eller bisarre kroppsbevegelser. Lenge trodde man disse symptomene var forårsaket av selve sykdommen.
- Da de nye beroligende medisinene i valiumgruppen kom på markedet, ble det sagt at det praktisk talt ikke fantes bivirkninger. Det tok mange år før dette ble erkjent hvor stor tilvenningsfaren var.

Boks 1.11
Omfanget av psykiske lidelser

- Det er glidende overgang mellom psykiske belastninger og psykiske lidelser. Den enkelte har ulik tålegrense for livspåkjenninger - det som hos noen gir en naturlig sorgreaksjon, utløser alvorlig depresjon hos andre. De psykiske lidelsene varierer også både i varighet, alvorlighet og intensitet. Angst, depresjon og psykoser kan være kortvarige og forbigående, men kan også bli et tilbakevendende eller kronisk problem i store deler av livet.
- Kartleggingsundersøkelser i norske lokalsamfunn - utført med internasjonalt anerkjente metoder og diagnosesystemer - har vist at 15-20 prosent har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Lignende funn er gjort i lokalsamfunn i andre land. Med en forekomst på 20 prosent, vil 800 000 mennesker i Norge ha en psykisk lidelse. Men dette er usikre anslag - avgrensningen mellom vanlig forekommende livsproblemer og psykiatriske lidelser er vanskelig.
- Slike registreringer er imidlertid øyeblikksbilder. En beregnet forekomst på 20 prosent betyr ikke at en femtedel av befolkningen er psykisk syke *hele tiden* - det er et uttrykk for at psykiske lidelser er svært utbredt og at mange av oss vil oppleve en psykisk lidelse *en eller annen gang* i livet.
- Rådet for psykisk helse har skjønnsmessig beregnet at 126 000 mennesker i Norge har alvorlige psykiske lidelser. Det er anslått at 40 000 av disse har senil demens og andre organiske lidelser som for en stor del tas hånd om i eldreomsorgen, at ca 20 prosent av en gruppe på 40 000 -50 000 pasienter trenger behandling og bistand store deler av livet, og at ca 360 000 mennesker til en hver tid kan ha moderate psykiske lidelser.
- Det hevdes ofte at psykiske lidelser øker. For psykiske lidelser generelt er dette ikke dokumentert. Intervjuer i utvalg av befolkningen viser at færre opplever «nervøse plager» nå enn før, og kartlegginger tyder på at de alvorligste lidelsene (psykosene) er stabile. Men det er påvist at *visse typer* lidelser har økt de siste ti årene, f eks spiseforstyrrelser, og det er antagelig blitt flere tilfeller av depresjoner og personlighetsforstyrrelser.

tvangsmidler, elektrosjokk og det mest dramatiske: Katastrofale hjerneoperasjoner, såkalt *lobotomi.*

I 1950-60 årene kom de moderne nervemedisinene. De representerte et enormt fremskritt, men ga både leger og pasienter overdreven tro på hvilke problemer medisiner kunne løse. Resultatet var overmedisinering og neddopede pasienter - en tilværelse som for noen måtte minne om et kjemisk robotliv.

Så svingte pendelen motsatt vei. Utover i 1970-årene fikk den *antipsykiatriske* tankegangen fotfeste. Delvis ledet an av 1968-generasjonen ble det - i hvert fall i visse miljøer og kretser - gjort et humanistisk opprør:

- Tvangsbehandling ble bannlyst - behandling skulle bygge på frivillighet og motivasjon - ingen skulle behandles mot sin vilje.
- Medisiner ble oppfattet mer som et onde enn et gode. Medikamenter skulle være unntaket, ikke regelen.
- Bruk av diagnoser ble forlatt - koder ble erstattet med lange beskrivelser av pasientens personlighet, familieforhold, utløsende faktorer og mestringsevne - beskrivelser som ikke kunne brukes til å sammenholde og studere *grupper* av pasienter.

Disse svingningene var berettiget. Men utslagene var for store. Da det ble klart hvilken kjemisk tvangstrøye medisinene kunne være - brukt på galt grunnlag - og hvilke farlige bivirkninger de kunne ha hvis de ble brukt for lenge og i for høye doser, måtte fagfolkene stoppe opp og tenke seg om. Men medisinene ble gitt et *for* dårlig ry slik at pasienter som virkelig trengte det, ble skremt fra å bruke dem. Det var riktig å reagere mot den utstrakte bruken av tvangsbehandling, men i mange tilfeller opplevde både pasienter og pårørende at de som virkelig trengte tvangsbehandling, møtte *for* høy terskel.

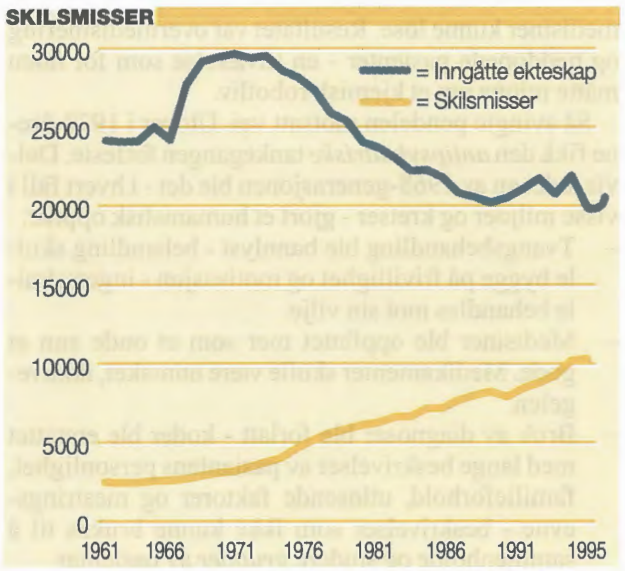
I dag er det lett å slutte seg til kritikken mot institusjoner som Reitgjerdet. Men det er viktig å erkjenne at det *trengs* behandlingsplasser for sinnslidende mennesker som er voldelige eller farlige. Problemet var ikke at Reitgjerdet ble bygget ned, men at ikke nok *nye* sikkerhetsplasser ble gjort tilgjengelig raskt nok. Fortsatt må innsatte som blir psykotiske i fengsel i en del tilfeller vente for lenge før de overføres til psykiatrisk institusjon.

Igjen: Psykiske lidelser har ikke én enkelt forklaring, pasientene er ikke tjent med ensidig fokusering på ett enkelt perspektiv. Det er ved å utnytte flere perspektiver resultater oppnås. Psykiske lidelser er heller ikke statiske, de forandres i takt med samfunnet, familiestrukturen, arbeidslivet, miljøet - kulturen vi alle er en del av.

Nye tider - nye sykdommer

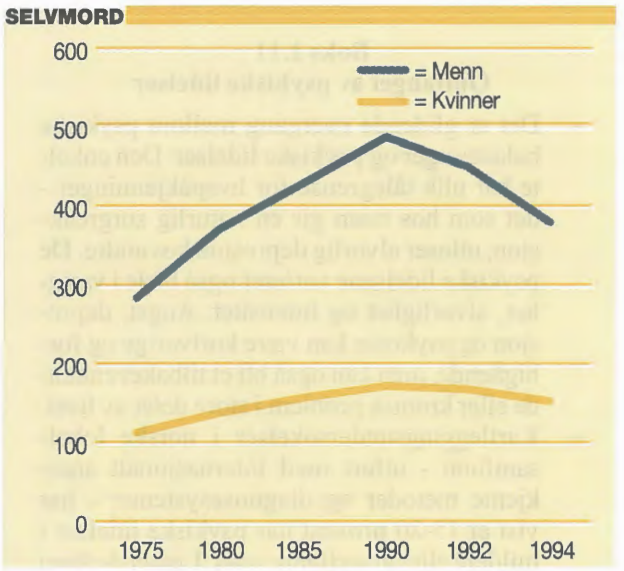
Velferdsveksten i dette århundret har vært enorm. Sammenliknet med tidligere tider og andre deler av verden, lever vi i Norge godt. Selv om det også i dag finnes fattige i vårt samfunn, er det ikke fattigdommen som stiller livet på prøve. Materielt sett har de fleste det bra. Ingen sulter eller fryser ihjel.

Likevel er det mennesker som forkommer - ikke av sult, men av rusmidler, ensomhet og fortvilelse. Det er flere tegn på mistrivsel, på at det kanskje er nok å leve av, men for lite å leve for. Samfunnet har forandret seg:



Figur 1.1 Inngåtte ekteskap og skilsmisser 1961-95.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)



Figur 1.2 Antall selvmord pr 100 000 innbyggere 1975-94.

Familiebåndene er blitt løsere; maskene i den enkeltes nettverket er blitt videre; færre har tid til overs til andre.

Kanskje er det derfor samlivsproblemene tiltar? Er dette grunnen til at ensomhetsproblemene øker? Eller er det fordi vi har mer tid til å kjenne etter, at kampen for tilværelsen er mindre bydende og krevende - et utslag av tilværelsens uutholdelige letthet?

Depresjon, angst og nevroser ser ut til å øke. Rusmiddelproblemene - alkoholisme, narkomani og vold - øker. Stress og psykosomatiske sykdommer får større omfang. Ungdommer piner seg mot uoppnåelige idealer. Gutter doper seg i helsestudio, jenter utvikler spiseforstyrrelser - anorexi og bulemi - lidelser som før var sjeldne.

Kulturen endres - rammene for våre liv skifter - det psykiatriske sykdomspanoramet forandres. Samfunnet er blitt mer komplisert, de psykiske lidelsene likeså. Flere har flere typer psykiske lidelser samtidig og flere utløsende årsaker på en gang. Barn og eldre rammes sterkere. Og siden det blir flere eldre, blir det flere psykisk syke eldre. Behovet for barnepsykiatri, psykogeriatri, samlivspsykologi og krisepsykiatri øker.

Tilbudet øker, men etterspørselen øker raskere

«Holdningsrevolusjonen» har gjort det lettere å være psykiatrisk pasient - men kanskje også lettere å bli pasient? Hindrene for å få hjelp er blitt lavere, men terskelen for å søke hjelp er nok også lavere.

Det er i hvert fall lett å se at *sykdomsbegrepet* stadig utvides. Det opprettes krisesentre for voldtektsofre, men også behandlingstilbud for seksualovergripere. Psykiatrien griper lengre inn i gråsonene til det somatiske og det sosiale. Stadig mer av livet psykologiseres. Motgang defineres ikke som livets luner, men som farlige *traumer*. Satt på spissen: Ekteskapsproblemer krever familierådgivning; overgangsalder og midtlivskrise krever psykoterapi. Og jo høyere forventninger den enkelte har til hva livet skal bringe, jo sterkere blir skuffelsen - og jo større blir ønsket om å få *fjernet* symptomer og plager som folk kanskje burde og må, leve med.

Derfor er tilbudene og forventningene med på å skape sin egen etterspørsel - for de psykiatriske som for de somatiske helsetjenestene. De nye tilbudene ville ha fortonet seg som fjerne og uvirkelige for tidligere generasjoner som måtte utstå livets prøvelser og leve med sine sorger.

Mye er gjort - mer må gjøres

I et større perspektiv, er mye utrettet i psykiatrien. Det har vært en omfattende utbygging helt siden 1850. Historien er lang, satsingene mange. Det seneste var handlingsplanen for psykisk helsevern og mental helse, som ble startet i 1990. Selv om denne ble avsluttet i 1995, er bevilgningene ført videre på samme nivå i 1996-97. Målsettingene for denne har vært å:

- Styrke forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot psykiske lidelser.
- Gjøre tjenester til mennesker med psykiske lidelser mer tilgjengelige.
- Øke rekrutteringen av bedre kvalifisert personell.
- Forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene.
- Tilpasse tjenestene bedre til pasientenes behov.
- Gi pasienter og pårørende større innflytelse over tjenestene.

En evaluering av denne satsingen viser at det har lykkes å stimulere til verdifulle tiltak i en rekke kommuner og fylkeskommuner der det har vært behov for en ekstra innsats. Dette er imidlertid ikke nok. Det trengs sterkere og mer målrettet satsing fremover.

Boks 1.12
Reformarbeidet - noen hovedpunkter

- *St meld nr 9 (1974-75) Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen:* Innføring av 1) regionaliseringsprinsippet og 2) nivådifferensiering. Hver institusjon skulle ha et entydig bestemt geografisk opptaksområde. Helsevesenet ble inndelt i distriktshelsetjeneste, fylkeshelsetjeneste og regionhelsetjeneste. Det foreslås at ansvaret for pasienter med psykiske lidelser skal deles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelstjenesten.
- *St meld nr 23 (1977-78) Funksjonshemmede i samfunnet:* Tiltak og tjenester skulle utformes og forankres i den enkeltes lokalmiljø og så langt som mulig ikke knyttet til spesialinstitusjoner og institusjonsopphold.
- *Ot prp nr 36 (1980-81) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene:* Kommunene fikk ansvar for allmenne helsetjenester til befolkningen.
- *Ot prp nr 48 (1982-83) Spesialister og transport i helsetjenesten:* Fylkeskommunene fikk ansvar for spesialister og spesialisthelsetjenester utenfor institusjon - derved også ansvar for å inngå avtaler med privatpraktiserende spesialister i psykiatri og psykologi.
- *St meld nr 68 (1984-85) Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste:* Ansvaret for de somatiske sykehjemmene foreslås overført til kommunene. Fylkeskommunene beholder ansvaret for de psykiatriske sykehjemmene, men arbeidet for å gi disse karakter av å være spesialistinstitusjoner skulle styrkes.
- *Reform for mennesker med psykisk utviklingshemming* - gjennomført fra 1991: HVPU nedlegges som særomsorg. Kommunene overtok ansvaret for personer med psykisk utviklingshemming.
- *St meld nr 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan:* Fremhevet betydningen av desentralisering som hovedprinsipp, primærhelsetjenesten som grunnlag for de spesialiserte tjenestene, forebyggende arbeid på tvers av sektorgrensene, arbeid for helsemessig likhet, styrket medvirkning for brukerne.
- *St meld nr 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid:* Utpeker forebygging av psykososiale problemer som et av tre hovedsatsingsområder. Betydningen av desentralisering av tilbudene, samarbeid og samordning, ble fremhevet.
- *St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste:* Fremhever behovet for økt behandlingskapasitet for mennesker med psykiske lidelser.
- *Ot prp nr 87 (1993-94) Om lov om endringer i straffeloven mv (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner):* Sikringsinstituttet foreslås opphevet og erstattet av nye særreaksjoner for utilregnelige og tilregnelige lovbrytere. Det gis anledning til å dømme mennesker til tvunget psykisk helsevern under gitte betingelser.

Veien fremover

Psykiatriens historie gir grunn til to konklusjoner: 1) det trengs forbedringer, 2) det trengs ikke et nytt overdrevet pendelutslag.

- Arbeidet for å påvirke holdningen til psykiske lidelser, både i befolkningen og i fagmiljøene, må føres videre med uforminsket styrke. Målet er ikke nådd før psykiske lidelser er like akseptert som somatiske.
- Kunnskapene må utfylles. Vi vet på langt nær nok om hvorfor psykiske lidelser oppstår og hvordan de kan behandles.
- Behandlingstilbudene må styrkes. De er ikke gode nok, og ikke omfattende nok - for mange må avvises eller vente.

Tiltak for å forbedre tilbudene til mennesker med psykiske lidelser må bygge på en erkjennelse av at dagens situasjon *er* utilfredsstillende. Det vil si:

- Det *er* for liten kapasitet i tilbudene for pasienter med psykiske lidelser.
- Det *er* for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner.
- Det *er* for få tilgjengelige behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus.
- Det *er* for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til.
- Det *går* for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn.
- Det *er* for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus.
- Det *er* for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig.
- Det *er* for dårlig kvalitetssikring av tjenestene.

Boks 1.13
Handlingsplan for psykisk helsevern og mental helse 1990-95

- Tilsammen 348 millioner på fem år - videreført med 78,3 millioner i 1996 og 85,8 millioner i 1997.
- Regionsentre for barne- og ungdomspsykiatri: Tromsø 1991, Trondheim 1994, Bergen 1995.
- Økt støtte til institutter som driver videreutdanning i psykoterapi.
- Støtte til foreninger som driver videreutdanning: Legeforeningen, Psykologforeningen, Norsk sosionomforbund, Kliniske pedagogers forening, Norsk forening for barne og ungdomspsykiatriske institusjoner.
- Støtte til videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri i fylkeskommunale institusjoner.
- Støtte til nye tilbud for videreutdanning i miljøterapi og familieterapi.
- Støtte til videreutdanning av personell i kommunene.
- Støtte til etterutdanning.
- Utvikling av undervisningsmateriell for kommunene.
- Utredninger og utviklingsarbeid: F eks om psykisk utviklingshemmede med psykiske problemer, om fylkeskommunale langtidsinstitusjoner, om regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri, om høyspesialiserte funksjoner i psykisk helsevern for voksne.
- Forskning: Mentalhelseprogrammet, helsetjenesteforskningsprogrammet.
- Forsøksvirksomhet: Lokale forsøk for å prøve ut nye og interessante måter å organisere tjenester og samarbeid mellom tjenester.

For å rette på dette, trengs det kraftigere og tydeligere virkemidler enn det som har vært satt inn til nå. Det må stilles høyere krav til de instanser som er ansvarlige for tjenestene og til de som utfører dem - både i kommuner og i fylkeskommuner - og det må stilles høyere krav til samordning mellom ulike nivåer og tjenester.

Økonomiske virkemidler må utnyttes sterkere, for eksempel ved at det knyttes klarere *betingelser* til midlene som bevilges. Det må stilles klarere krav til kvaliteten i tjenestene, og det må få konsekvenser - også økonomiske - om viktige kvalitetsnormer ikke etterleves.

Såvel strukturen som personellets arbeidsmåte må angripes. Men dette må gjøres på en slik måte at det gode i dagens system, føres inn i morgendagens, slik at nye tjenester bygges opp før gamle bygges ned, og slik at balansen mellom de ulike retningene opprettholdes. For eksempel må ikke ønsket om desentralisering overskygge behovet for faglig solide sentralinstitusjoner eller god kapasitet på sikkerhetsplasser. Langtidsinstitusjonene må ikke trappes ned før tilbudene i lokalmiljøene er blitt gode nok, og de må ikke trappes så mye ned at de som trenger langtidsplass ikke kan få det. Mennesker med psykiske lidelser fortjener trygge og veloverveide beslutninger.

Hard lut må til

For å kunne møte dagens og framtidas behov for tjenester til mennesker med psykiske lidelser, må tilgjengelige ressurser utnyttes bedre enn i dag. Samtidig må det også gjennomføres en planmessig oppbygging av tilgjengelig behandlingskapasitet.

For å få dette til, trengs det omstillingsvilje. Det trengs mer ressurser også, men det er viktig å være klar over at økte ressurser ikke løser alle problemer - og i hvert fall ikke på kort sikt. Det *vil ta tid* å øke kapasiteten fordi det er knapphet på personell og fordi det tar tid å utdanne den typen personell som trengs.Det tar også tid å omstrukturere store kompliserte tjenestesystemer. Derfor må omstrukturering og utbygging skje gradvis og målrettet.

1.2 FORMÅL MED MELDINGEN

Tjenestene til mennesker med psykiske lidelser har vært berørt i en rekke offentlige dokumenter som har omhandlet ulike sider ved helsepolitikken. Ved behandling av *St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, jfr *Innst S nr 165 (1994-95)*, sluttet Stortinget seg til at behandlingskapasiteten i psykisk helsevern burde styrkes, og at tilbudene i kommunene må bygges ut. Dette har vært fulgt opp ved øremerkede tilskudd til kommunene og fylkeskommunene i statsbudsjettene for 1995, 1996 og 1997.

Meldingen varslet at departementet ville komme tilbake til tilbudene til mennesker med psykiske lidelser som egen sak. Særlig gjaldt det tilbudene til personer med langvarige og alvorlige sinnslidelser, blant annet med bakgrunn i en utredning om de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene som pågikk. Utredningen er senere trykket som *NOU 1995:14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner.*

I Innst S nr 165 påpeker Sosialkomiteen at psykiske lidelser er prioritert for lavt både i kommuner og fylkeskommuner, og komiteen ber om at problemer og løsninger legges fram for Stortinget som egen sak.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1996 fattet Stortinget følgende vedtak, jfr *Budsjettinnst S nr 11 (1995-96):*

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en nasjonal handlingsplan for psykisk helsevern, eventuelt som en del av den bebudede stortingsmeldinga om psykisk helsevern.»

Boks 1.14
Ansvarsforholdene - og ny lovgivning

- Ansvaret for å yte tjenester er i Norge delt mellom to forvaltningsnivåer. Kommunene har lovbestemt ansvar for å yte sosiale tjenester, allmenne helsetjenester og pleie og omsorg for alle sine innbyggere. Det følger av kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester, og gjelder også mennesker med psykiske lidelser.
- Fylkeskommunene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. De fylkeskommunale psykiatriske spesialisthelsetjenestene er regulert i lov om psykisk helsevern, som blant annet fastslår fylkeskommunenes ansvar for tjenestene.
- Etter departementets oppfatning er det uheldig at de somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenestene er regulert i to forskjellige lover. Derfor er det foreslått å slå sammen sykehusloven og de administrative bestemmelsene i lov om psykisk helsevern i en ny felles lov om spesialisthelsetjenesten, jfr *NOU 1991: 7 Spesialisthelsetjenesten m v.* Departementet tar sikte på å følge opp dette med en proposisjon om ny lov om spesialisthelsetjenesten i 1998. Etter forslaget vil denne loven dekke fylkeskommunenes ansvar for det spesialiserte psykiske helsevernet, finansieringsordninger og øvrige administrative bestemmelser.
- I de siste årene har det skjedd endringer både i det psykiske helsevernet og i den allmenne rettsoppfatning om bruk av tvang. På mange punkter er lov om psykisk helsevern fra 1961 i utakt med dagens virkelighet. Det har i mange år vært arbeidet med en ny lov for å bedre pasientenes rettslige stilling når tvang brukes, jfr *NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern* uten eget samtykke. Fordi det nå anses påkrevet med en modernisering av blant annet tvangsbestemmelsene i lov om psykisk helsevern, vil departementet i 1998 også legge fram en proposisjon om *ny lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern.*

Departementet ønsker med denne meldingen å legge fram en helhetlig politikk som tar for seg alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Meldingen vil behandle tilbudene til mennesker med alle typer psykiske lidelser - både til barn, ungdom, voksne og eldre - med hovedvekt på alvorlige lidelser. Mulighetene for forebygging vil bli drøftet. Tjenestetilbudene både i form av behandling, rehabilitering, pleie og omsorg vurderes, og det legges fram en rekke forslag til tiltak.

Institusjonstilbud dekker bare en liten del av tjenestebehovet for dem som har langvarige alvorlige lidelser og som trenger omfattende offentlig hjelp og støtte over lang tid. I prinsippet skal institusjonsopphold bare utgjøre en midlertidig innsats, og ingen skal ha spesialistinstitusjon som varig bosted. Oppholdet i institusjon skal skjerme pasienten i en periode når det kreves, gi hjelp til å stille rett diagnose, kartlegge problemene og starte behandling og rehabilitering - en prosess som vanligvis må følges opp etter utskrivning fra institusjon. Institusjonsopphold må i større grad ses som deler av en mer omfattende prosess med mange ulike tilbud som strekker seg over tid.

Kommunen har et basisansvar også for pasienter med alvorlige lidelser og omfattende problemer. Mange brukere vil trenge en rekke andre tjenester enn helsetjenester - f eks hjelp til å skaffe bolig, ulike typer hjelp i hjemmet, støttekontakt, tilbud om ordinært eller vernet arbeid på hel- eller deltid, aktiviseringstilbud i fritida, trygdeytelser osv.

Stortingsmeldingen tar sikte på å legge et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Målet er å kunne tilby tjenester som er tilpasset brukernes behov. For å oppnå dette, vil Regjeringen ta i bruk en rekke virkemidler:

- *Juridiske* - i form av ny lovgivning.
- *Økonomiske* - tilskuddsordninger som stimulerer kommuner og fylkeskommuner til å bygge ut og drive gode og effektive tjenester.
- *Utdanningspolitiske* - statlige tiltak for å få utdannet tilstrekkelig med faglig velkvalifisert personell.
- *Faglig veiledning* fra statlige tilsynsmyndigheter.

Tjenestenes juridiske grunnlag berøres av flere forskjellige lovproposisjoner som er under arbeid - lov om spesialisthelsetjenesten, lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern , lov om pasientrettigheter, og lov om helsepersonells rettigheter og plikter. Disse lovarbeidene legges fram fortløpende, og vil bare bli kortfattet omtalt i denne meldingen.

I vedlegg 1 gis en kort oversikt over psykiske lidelser hos barn, voksne og eldre. I vedlegg 2 foretas en sammenliknende beskrivelse av psykisk helsevern i de nordiske land.

1.3 HVA ER PROBLEMENE - OG HVA BØR GJØRES?

Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingskjeden har brister i alle ledd:
- *Det forebyggende arbeidet er for svakt.*
- *Tilbudene i kommunene er for få.*
- *Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er for dårlig.*
- *Opphold i institusjon blir ofte for kortvarige.*
- *Utskrivning er mangelfullt planlagt.*
- *Oppfølgingen er ikke god nok.*

Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.

1.3.1 Problemer for pasientene

Leve et normalt liv

Flere undersøkelser viser at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har de dårligste levekårene - og som mottar svakest tilbud fra kommunene. De har dårlig økonomi og vanskelig for å skaffe seg bolig, arbeid og venner. Mange lever sosialt isolert, og mange har kun omgang med familie og hjelpeapparat.

Arbeid er ikke bare en kilde til inntekt, det gir også omgang med andre, bygger opp selvtillit, tro på å kunne mestre livet, styrker følelsen av å være til nytte og opplevelse av å kunne leve et selvstendig liv. Men mange psykiatriske pasienter faller ut av yrkeslivet - på kort sikt fordi de ikke kan arbeide - på lang sikt fordi de ikke får arbeide. Psykiatriske pasienter støter på store hindre i arbeidslivet når de ønsker og er i stand til å tre inn igjen.

Å kunne leve et mest mulig normalt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode. I dag makter ikke lokalsamfunnene, arbeidsmarkedsetaten og de psykiatriske behandlingstilbudene å gi mennesker med psykiske lidelser dette i så stor grad som de burde.

For å bedre dette, foreslår departementet å:
- Stille betingelser ved tildelingen av øremerkede tilskudd for å sikre at kommunen har lagt tilfredsstillende planer for tjenester til mennesker med psykiske problemer.

Boks 1.15
Pasienter med psykiske lidelser kan trenge:
- Allmennlegetjeneste
- Familiestøtte
- Boliger
- Bistand i bolig
- Boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjem)
- Støttekontakter
- Fritidsaktiviteter - kultur og helse
- Dagsenter
- Opplæring
- Arbeid
- Et sted å gå for å få hjelp når livet føles vanskelig

Problemer for

Pasientene
- *leve et normalt liv*
- *for høye terskler for å få behandling*
- *mangelfull kvalitet*
- *barn og unge får utilstrekkelige tilbud*
- *en del grupper faller mellom flere stoler*

Personellet
- *får ikke utnyttet sin kompetanse fullt ut*
- *får ikke utnyttet hele behandlingsnettverket*

Myndighetene
- *får dårlig oversikt*
- *foreldet struktur*
- *mangler personell*
- *for store forskjeller*

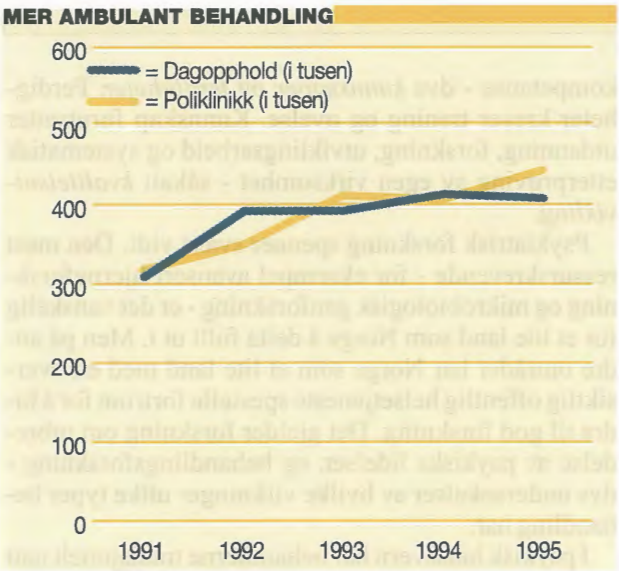
Boks 1.16
Fastlegeordningen - også en reform for psykisk helse
- I *St meld nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen* foreslås det at alle innbyggere i Norge skal få sin egen lege, organisert i et såkalt fastlegesystem.
- Listelegene skal yte nødvendige legetjenester til alle sine pasienter som er oppført på deres liste, enten de har somatiske eller psykiske lidelser og problemer.
- Ved å knytte et tettere bånd mellom lege og pasient, vil også mennesker med psykiske lidelser få bedre hjelp enn idag, fordi denne ordningen vil bli mer forpliktende og innebære større kontinuitet.
- Fastlegen skal vær «helseguide», henvise til spesialisthelsetjenesten når det er behov for det, og sørge for at pasienten får de tilbudene som tilstanden og problemene krever. Det er fastlegen som skal ha det medisinske ansvaret når pasienten ikke er innskrevet ved en institusjon.

- Videreføre statlige tilskuddsordninger for utbygging av omsorgsboliger.
- Gi økonomisk støtte til lokale tverretatlige forsøk med å utforme arbeidsforberedende tiltak for mennesker med psykiske lidelser.
- Trappe opp arbeidstreningstilbudene for mennesker med psykiske lidelser.
- Videreføre og øke øremerkede tilskudd til kommunene til tjenester til mennesker med psykiske lidelser.
- Innføre fastlegeoprdning.

For høye terskler

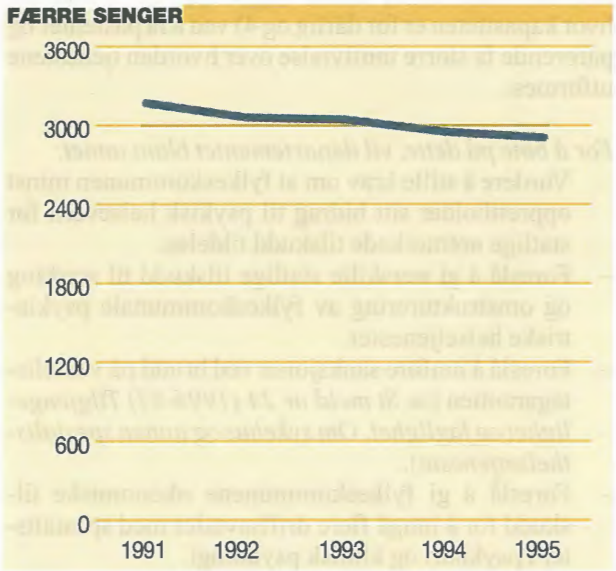
Siden 1980 er det blitt dobbelt så mye personell pr behandlingsplass i de psykiatriske institusjonene. Samtidig har personellet fått bedre utdanning slik at stadig flere er faglærte. Som ledd i en villet utvikling, er antall behandlingsplasser redusert. Samtidig er liggetiden gått ned og kapasiteten ved poliklinikkene og i dagtilbudene økt. Samlet sett får derfor flere pasienter psykiatriske behandling enn noen gang.

Men mange med psykiske lidelser opplever det likevel vanskelig å slippe til. Flere steder er det for lang ventetid for behandling, og for vanskelig å bli henvist



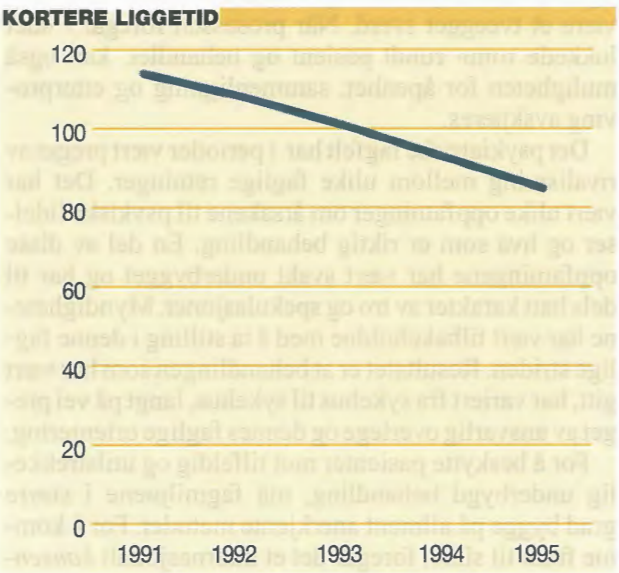
Figur 1.3 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner ved psykiatriske institusjoner 1991-1995.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri



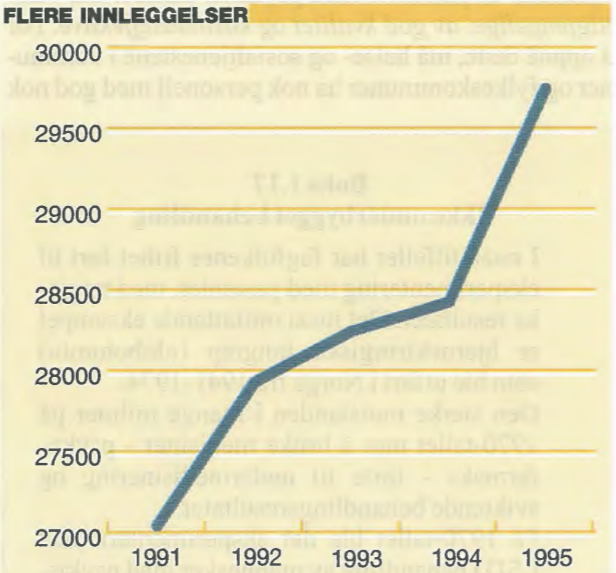
Figur 1.4 Antall behandlingsplasser ved psykiatriske sykehus i Norge 1991-95.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri



Figur 1.5 Gjennomsnittlig oppholdstid (døgn) i psykiatriske institusjoner 1991-95.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri



Figur 1.6 Antall innleggelser i psykiatriske institusjoner 1991-95.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri

til spesialisthelsetjenesten. Og tersklene finnes på flere nivåer: Hos allmennlegen, hos psykiateren, i poliklinikkene og i døgnavdelingene. Det er også følelsesmessige terskler: Hos pasienten som nøler med å gå til lege, og hos allmennlegen som nøler med å belaste spesialisthelsetjenestene.

For mange tilstander er det viktig å sette inn behandling tidlig. Terskler - opplevde eller reelle - kan redusere sjansene for et godt resultat og bør derfor ikke være høyere enn det som er nødvendig og fornuftig.

Kapasiteten i de psykiatriske helsetjenestene må økes: 1) ved at måten helsepersonellet arbeider og samarbeider på forbedres, 2) ved at behandlingsplassene utnyttes bedre og 3) ved å bygge opp nye tilbud der hvor kapasiteten er for dårlig og 4) ved å la pasienter og pårørende få større innflytelse over hvordan tjenestene utformes.

For å bøte på dette, vil departementet blant annet:

- Vurdere å stille krav om at fylkeskommunen minst opprettholder sitt bidrag til psykisk helsevern før statlige øremerkede tilskudd tildeles.
- Foreslå å gi særskilte statlige tilskudd til styrking og omstrukturering av fylkeskommunale psykiatriske helsetjenester.
- Foreslå å innføre sanksjoner ved brudd på ventelistegarantien (se *St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*).
- Foreslå å gi fylkeskommunene økonomiske tilskudd for å inngå flere driftsavtaler med spesialister i psykiatri og klinisk psykologi.
- Styrke pasientens rett til behandling ved å fremme en ny lov om pasientrettigheter.

Mangelfull kvalitet

Tjenester til pasienter med psykiske lidelser må være *tilgjengelige, av god kvalitet og kostnadseffektive.* For å oppnå dette, må helse- og sosialtjenestene i kommuner og fylkeskommuner ha nok personell med god nok kompetanse - dvs *kunnskaper* og *ferdigheter.* Ferdigheter krever trening og øvelse. Kunnskap forutsetter utdanning, forskning, utviklingsarbeid og systematisk etterprøving av egen virksomhet - såkalt *kvalitetsutvikling.*

Boks 1.17
Ikke underbygget behandling

- I noen tilfeller har fagfolkenes frihet ført til eksperimentering med pasienter, med tragiske resultater. Det mest omfattende eksempel er hjernekirurgiske inngrep («lobotomi») som ble utført i Norge fra 1941-1974.
- Den sterke motstanden i mange miljøer på 1970-tallet mot å bruke medisiner - psykofarmaka - førte til undermedisinering og sviktende behandlingsresultater.
- På 1970-tallet ble det eksperimentert med LSD i behandling av mennesker med psykiske lidelser ved noen norske psykiatriske avdelinger.

Boks 1.18
Prioriterte forskningsområder i Norges forskningsråd

- Klinisk psykiatrisk forskning
- Forskning om barne- og ungdom
- Biologisk forskning
- Psykobiologisk/psykosomatisk forskning
- Psykofarmakologisk forskning
- Arv- og miljøforskning
- Epidemiologisk forskning
- Sosialpsykiatrisk forskning
- Rettspsykiatri og rettspsykologi

Psykiatrisk forskning spenner svært vidt. Den mest ressurskrevende - for eksempel avansert hjerneforskning og mikrobiologisk genforskning - er det vanskelig for et lite land som Norge å delta fullt ut i. Men på andre områder har Norge som et lite land med en oversiktlig offentlig helsetjeneste spesielle fortrinn for å bidra til god forskning. Det gjelder forskning om utbredelse av psykiske lidelser, og behandlingsforskning - dvs undersøkelser av hvilke virkninger ulike typer behandling har.

I psykisk helsevern har behandlerne tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder - uten at disse alltid er blitt fulgt systematisk opp for å sikre at de virker og er til gagn for pasientene. Behandling av psykiatriske lidelser krever stor grad av nærhet og fortrolighet mellom pasient og behandler. Men dette kan være et tveegget sverd. Når prosessen foregår i «det lukkede rom» rundt pasient og behandler, kan også muligheten for åpenhet, sammenligning og etterprøving avskjæres.

Det psykiatriske fagfelt har i perioder vært preget av rivalisering mellom ulike faglige retninger. Det har vært ulike oppfatninger om årsakene til psykiske lidelser og hva som er riktig behandling. En del av disse oppfatningene har vært svakt underbygget og har til dels hatt karakter av tro og spekulasjoner. Myndighetene har vært tilbakeholdne med å ta stilling i denne faglige striden. Resultatet er at behandlingen som har vært gitt, har variert fra sykehus til sykehus, langt på vei preget av ansvarlig overlege og dennes faglige orientering.

For å beskytte pasienter mot tilfeldig og utilstrekkelig underbygd behandling, må fagmiljøene i større grad bygge på allment anerkjente metoder. For å komme fram til slike, foregår det et internasjonalt *konsensus*-arbeid. Det går ut på at ledende forskere og klinikere ut fra rådende kunnskapsgrunnlag diskuterer seg fram til felles oppfatning om hvilke retningslinjer som bør legges til grunn for diagnostikk og behandling, og

Boks 1.19
Behandling av psykiske lidelser

- Samtaleterapi - hos barn eventuelt leketerapi - er den mest brukte behandlingstilnærmingen for alle typer psykiske lidelser. Samtalene kan skje individuelt eller i grupper med flere pasienter eller med pasientens familie tilstede. Samtalebehandlingen kan være kortvarig eller strekke seg over flere år.
- De siste årene er det utviklet behandlingsmetoder som tar i bruk pasientens skapende evner gjennom tegning, musikk, dans, drama og andre kunstneriske uttrykksformer. Spesialisert psykiatrisk behandling gis av flere yrkesgrupper. Fordi lidelsene er sammensatte, trengs det ofte flere faglige tilnærminger fra yrkesgrupper med ulik kompetanse.
- Bruk av medikamenter - psykofarmaka - anses i dag å være helt nødvendig ved behandling av alvorlige psykiske lidelser. Medikamentene har effekt på akutte symptomer, men må også i mange tilfeller brukes i lang tid for å forebygge nye sykdomsutbrudd. Psykofarmaka brukes imidlertid sjelden hos barn.
- De fleste med lettere psykiske lidelser vil kunne gis behandling og støttetiltak i den kommunale helse- og sosialtjenesten - hos helsestasjonene, skolehelsetjenesten, barnevernet, hjemmebaserte omsorgstjenester, sosialkontorene, allmennlegene og andre.
- Alvorlige tilfeller kan kreve vurdering og behandling hos spesialist og henvisning til poliklinikk eller sykehus. Psykiatriske poliklinikker og sykehus har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp dersom det trengs. Innleggelse kan skje frivillig eller om nødvendig mot den sykes samtykke etter retningslinjer i Lov om psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten må kunne tilby behandling for alle typer psykiske lidelser på et høyt faglig nivå - ved poliklinikk, dagtilbud og ulike former for døgnbehandling.
- Noen pasienter vil trenge innleggelse i psykiatrisk avdeling i kortere eller lengre tid. Det dreier seg i første rekke om akutte tilstander og alvorlige lidelser som trenger skjerming og mer omfattende behandling enn det som kan ytes poliklinisk. Pasienter med alvorlige kroniske lidelser kan også trenge vernede boformer for kortere eller lengre tid.
- Etter opphold i sykehus skal pasienten vanligvis henvises tilbake til kommunehelsetjenesten. Derfor er det er viktig at den kommunale helse- og sosialtjenesten har tilstrekkelig kompetanse til å kunne følge opp behandling, rehabilitering og andre tiltak etter at behandling i spesialisthelsetjenesten er avsluttet. Mange trenger tiltak fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten samtidig, og derfor må det være et godt samarbeid mellom nivåene.
- Mennesker med psykiske lidelser opplever møtet med helsetjenesten forskjellig. Det kan være vanskelig å godta at en selv trenger psykiatrisk hjelp. Redsel for å være «gal», fordommer i samfunnet mot mennesker med psykiske lidelser og gjenklang fra de gamle asylenes skremmende historie, kan skape negative følelser. Derfor er det viktig å alminneliggjøre de psykiske lidelsene og innlemme tjenestetilbudene i de vanlige sykehusene og i helse- og sosialtjenestene i kommunene.

at fagmiljøene deretter følger disse. Slike konsensusprosesser har foregått lenge i somatikken, og har også startet i psykiatrien.

Tidligere bekjente mange fagfolk seg til «globale ideologier» - dvs altomfattende teorier som skulle forklare de fleste sider ved menneskelig atferd. På bakgrunn av disse ble det utformet *generelle* behandlingsformer - dvs samme type behandling til alle. Det var blant annet denne tankegangen som lå til grunn for de gamle asylene. Nå er frontene mellom de ulike fagretningene tonet ned. Fagfolkene er blitt mer opptatt av å finne fram til *spesifikke* metoder - tiltak som kan hjelpe den enkelte pasient - *skreddersydde* behandlingsopplegg. Dette forutsetter i langt høyere grad enn før at pasienter og pårørende tar del i planleggingen.

For å heve kvaliteten på den psykiatriske behandlingen foreslår departementet å:

- Styrke konsensus-arbeidet i psykiatrien.
- Øke støtten til pasient- og pårørendeorganisasjoner
- Sørge for at det ved alle psykiatriske institusjoner opprettes kvalitetsutvalg der pasient- og pårørendeorganisasjoner er representert.

Tilbudene til barn og unge er ikke tilstrekkelige

Barndommen er en sårbar fase i livet. Det er da personligheten formes, og det er da grunnlaget for psykisk helse i voksen alder legges. Personlighetsavvik, nevroser - angst og depresjonsplager - kan ofte spores tilbake til påkjenninger, påvirkninger eller hendelser tidlig i livet.

Barnet er lettere formbart og mer tilpasningsdyktig enn den voksne. Derfor er sjansene for å påvirke personligheten ved behandling større jo tidligere det gripes inn - og mindre jo lengre tid en uløst konflikt får stå på. Og derfor er det så viktig at barn og unge får god og rask hjelp når de trenger det.

Dette er det knapt noen som er uenig i. Likevel har

barne- og ungdomspsykiatrien vært et stebarn, ikke bare i helsetjenesten, men også i den psykiatriske helsetjenesten. Selv om kapasiteten er økt de siste årene og målet om to prosent dekning er nådd, er den fortsatt for lav.

For å bedre tilbudet til barn og unge, foreslår departementet å:
- Gi statlige tilskudd til fylkeskommunene for å bygge ut barne- og ungdomspsykiatriske tjenester.
- Undersøke om arbeidsmåtene ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene kan endres slik at flere pasienter kan behandles.
- Formalisere samarbeidet mellom regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri og kompetansesentrene for barnevernet.

Faller mellom flere stoler

De fleste av oss vil oppleve psykiske symptomer en eller annen gang i livet - ikke nødvendigvis så alvorlig at det kan kalles sykdom, men så plagsomme at det kjennes. Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stor og uensartet gruppe - barn, unge, voksne og eldre - alt fra forbigående og kortvarige krisereaksjoner i vanskelige livssituasjoner til kroniske tilstander som varer mesteparten av livet.

Noen opplever ikke bare ett symptom, men flere samtidig - kanskje også flere psykiske *lidelser* samtidig. De verst stilte har «sykdommer» både i kropp, sjel og sosialt liv. En fysisk funksjonshemning *kan* gi grunnlag for psykiske plager. Rusmiddelmisbruk *vil* gå ut over både indre organer og psyke hvis det får anledning til å bli alvorlig nok. Mistilpasning, atferdsproblemer og personlighetsavvik kan bli sosiale funksjonshemninger - og forårsake både angst, depresjon og aggresjon - i noen tilfeller også utløse psykose, voldelig atferd, misbruk og utnytting av andre.

Flere grupper risikerer å falle utenom den psykiatriske helsetjenestens tilbud. Det gjelder særlig dem som
- ikke selv er i stand til å søke hjelp, eller som aktivt motsetter seg det
- trenger hjelp fra flere ulike tjenester
- befinner seg i gråsonene mellom somatikken og psykiatrien eller mellom helsetjenestene og sosialtjenestene.

Pasienter med spiseforstyrrelser og pasienter som har en tendens til å henføre sine psykiske plager til kroppslige symptomer, trenger hjelp fra både psykiatrien og somatikken. De som har rusmiddelproblemer, er voldelige eller preget av sterk sosial belastning, trenger hjelp fra både psykiatrien og sosialtjenestene. De har ofte *omfattende* behov for hjelp - og påtrengende behov for *tidlig* hjelp - men opplever i en del tilfeller at det ikke lar seg gjøre å skaffe et *helhetlig* tilbud.

Resultatet kan i verste fall være
- at pasienter med spiseforstyrrelser blir kasteball mellom allmennlege, somatisk sykehus og psykisk helsevern,
- at rusmiddelmisbrukere verken får psykiatrisk hjelp eller den sosiale støtten de trenger
- at voldelige ikke får psykiatrisk hjelp for psykiske plager eller at fanger som blir psykotiske tas hånd om i fengsel istedenfor i psykiatrisk sykehus der de burde vært
- at pasienter som ikke oppsøker hjelp eller motsetter seg behandling, får klare seg som best de kan i sitt selvpåførte isolat

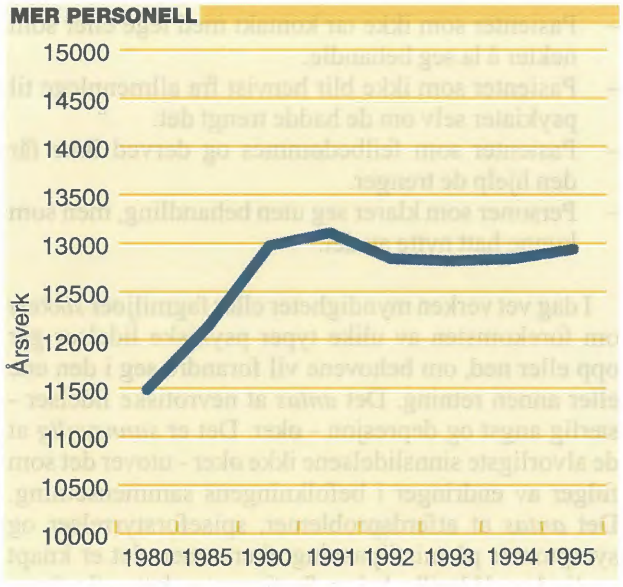
Boks 1.20
Innsatte i fengsel
- I 1995 ble vel 11 000 mennesker satt i fengsel - fem prosent av disse var kvinner
- Innsatte har vesentlig mer psykiske og fysiske plager enn resten av befolkningen
- 70 prosent har problemer med alkohol- eller rusmiddelmisbruk
- Psykiske lidelser blir ofte forverret under fengselsopphold
- Til en hver tid er det ca 5-8 innsatte i norske fengsler som oppfyller vilkårene for tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus
- I august 1996 satt 138 sedelighetsdømte i fengsel - flere av disse har stort behov for psykiatriske tiltak, både for egen del og for å hindre tilbakefall av alvorlige straffbare handlinger.

For å ta bedre vare på pasientgrupper med spesielt store og sammensatte behov, vil departementet:
- Vurdere å lovfeste en plikt for kommunene til å planlegge helhetlige tjenestetilbud for mennesker med sammensatte og langvarige behov for hjelp.
- Fremme forslag til ny lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern.
- Styrke både barne- og ungdomspsykiatriens og voksenpsykiatriens kompetanse i å behandle pasienter med spiseforstyrrelser.
- Utnytte de psykiatriske ungdomsteamenes ressurser bedre slik de kommer mer til nytte for rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser.
- Gi økonomisk støtte til å opprette et institusjonstilbud for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk i Oslo og eventuelt andre fylker etter søknad.

1.3.2 Problemer for personellet

Får ikke utnyttet sin kompetanse fullt ut

Psykiatriske helsetjenester er lagarbeid. Resultater oppnås som regel ikke av én enkelt persons innsats, men av manges bidrag sammen. Pasienter med psykiske lidelser trenger mange typer hjelp. Derfor finnes det



Figur 1.7 Antall årsverk i voksenpsykiatrien

Kilde: SSB og SINTEF NIS: Samdata psykiatri

også mange forskjellige faggrupper i psykiatrien. Dette mangfoldet er tjenestens styrke.

Men mangfoldet gjør det også vanskelig å utnytte personellets innsats effektivt. Jo flere personer som skal delta, jo større blir behovet for samordning - for møter, utveksling av informasjon, opplæring og miljødannelse. Og jo mer tid som brukes til slike aktiviteter, jo mindre tid får den enkelte brukt til pasienten.

Statistikken viser at de ansatte ved voksenpsykiatriske poliklinikker i gjennomsnitt bare har samtale med 1,5 pasienter hver dag. De ansatte ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har i gjennomsnitt 1,1 samtaler med barn, familier eller samarbeidspartnere hver dag. Det er usikkert hva disse forholdsvis lave tallene uttrykker, men det kan skyldes at:

- Det tar tid - og må ta tid - å behandle pasienter med psykiske lidelser.
- Det er nødvendig å ha møter og konferere om pasientene.
- Det kreves arbeid både i forkant og etterkant av konsultasjonene.
- Det ofte er nødvendig å trekke inn pårørende og andre.
- Men også at måten arbeidet er lagt opp på muligens gjør at den enkelte ikke får utnyttet sin arbeidskapasitet godt nok.

For å sørge for at personellet får utnyttet sin kompetanse og arbeidskraft bedre, foreslår departementet å:

- Gjennomgå arbeidsmåtene ved poliklinikkene og undersøke hvordan de kan forbedres for å gi flere pasienter behandling.

Får ikke utnyttet hele behandlingsnettverket

Pasienter med psykiske lidelser trenger - mer enn noen andre pasientgrupper - et *sammenhengende* behandlingsnettverk i helsetjenesten. I tillegg trengs et bredt spekter av andre tiltak enn rene helsetjenester. For mange kan det være vel så viktig med tilpassede boliger, tilpassede hjemmetjenester, tilrettelagte arbeidsplasser, hjelp til aktivisering, fritidsaktiviteter og kulturtilbud, som psykiatrisk behandling.

Når tilstanden er preget av mangfold, ustabilitet og svingninger, må behandlingsapparatet stå for stabilitet og sammenheng. Når pasienten trenger hjelp fra flere, både etter hverandre og samtidig, må *noen* sikre at alle trekker i samme retning og at pasienten ikke blir «borte på veien».

Som regel er allmennlegen pasientens innfallsport. Allmennlegens oppgave er å ta hånd om dem som kan behandles i allmennpraksis, og sørge for at de som trenger hjelp på et høyere nivå blir henvist til spesialist. Derfor har allmennlegen en nøkkelposisjon.

I praksis har det vist seg å være vanskelig å få til et tilstrekkelig godt samarbeid mellom psykiatrien og allmennlegetjenesten. Det skyldes nok dels at mange pasienter ikke har hatt fast lege, men også at allmennlegene ikke har hatt nok tid, anledning, kompetanse eller interesse for denne typen arbeid. På samme måte har det vært vanskelig å få til et godt nok samarbeid med sosialtjenestene i kommunene og de øvrige etater som bidrar med lokale tiltak.

De enkelte ledd og nivåer i psykisk helsevern har også samarbeidet for dårlig. Det fører ikke bare til at kvaliteten blir dårligere, men også til

- at kostbare behandlingsplasser blir brukt til oppgaver som kunne og burde vært tatt hånd om på et lavere og mindre kostnadskrevende nivå
- at pasienter som trenger høyt spesialisert hjelp, må tas hånd om på lavere nivå enn ønskelig fordi det ikke er kapasitet
- at mange pasienter må vente for lenge på behandling, ikke blir henvist til behandling eller ikke slipper til i det hele tatt.

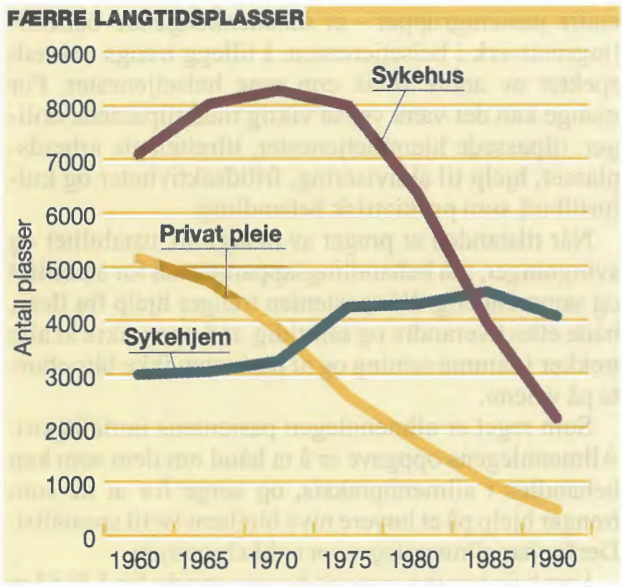
For å sikre større sammenheng i behandlingsnettverket for pasienter med psykiske lidelser, foreslår departementet:

- Ansvaret for pleie- og omsorgstjenester for personer med psykiske lidelser skal helt entydig være et *kommunalt* ansvar.
- Helsepersonell som arbeider i primærhelsetjenesten skal få bedre opplæring og kompetanse i å ta hånd om pasienter med psykiske lidelser.

1.3.3 Problemer for myndighetene

For dårlig oversikt

For å kunne sørge for at mennesker med psykiske lidelser får fullverdige helse- og sosialtjenester, må myndighetene skaffe seg oversikt over hvilke behov befolkningen har og hvilke tjenester som finnes. Det siste er det enkleste, men heller ikke dette er lett. Så uensartet som tilbudene i kommunene er utbygget



Figur 1.8 Antall døgnplasser i psykiatriske sykehus, psykiatriske sykehjem og privatpleie

Kilde: SSB

rundt om i landet, er det problematisk å skaffe god oversikt over hvilke tjenester som ytes.

Men enda vanskeligere er det å bedømme befolkningens behov. Det er ikke bygget opp noe register eller system for å oppdage og måle forekomsten av psykiske lidelser. Og det foretas heller ikke jevnlige undersøkelser som kan brukes til å analysere hvilken vei utviklingen går. Mesteparten av informasjonen må hentes fra strømmen av *henvisninger.* Men dette utgjør bare telleren i brøken. I nevneren finnes:

- Pasienter som ikke tar kontakt med lege eller som nekter å la seg behandle.
- Pasienter som ikke blir henvist fra allmennlege til psykiater selv om de hadde trengt det.
- Pasienter som feilbedømmes og derved ikke får den hjelp de trenger.
- Personer som klarer seg uten behandling, men som kunne hatt nytte av det.

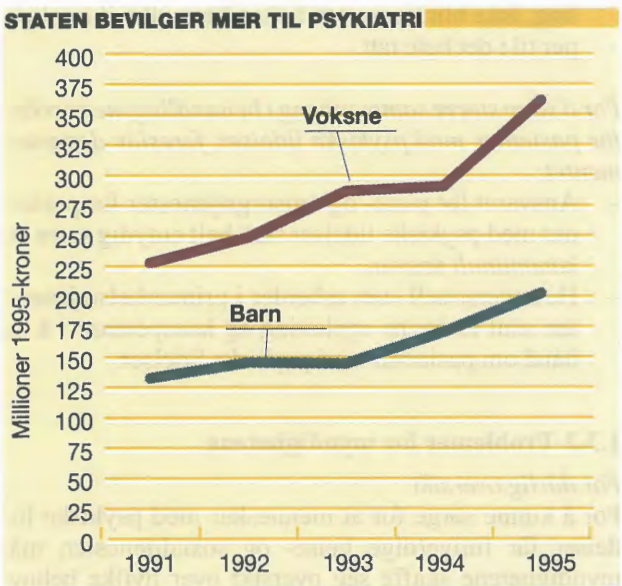
I dag vet verken myndigheter eller fagmiljøer *sikkert* om forekomsten av ulike typer psykiske lidelser går opp eller ned, om behovene vil forandre seg i den ene eller annen retning. Det *antas* at nevrotiske lidelser - særlig angst og depresjon - øker. Det er *sannsynlig* at de alvorligste sinnslidelsene ikke øker - utover det som følger av endringer i befolkningens sammensetning. Det *antas* at atferdsproblemer, spiseforstyrrelser og symptomer på mistilpasning øker - men det er knapt mulig å anslå hvilke behov for tjenester dette vil utløse.

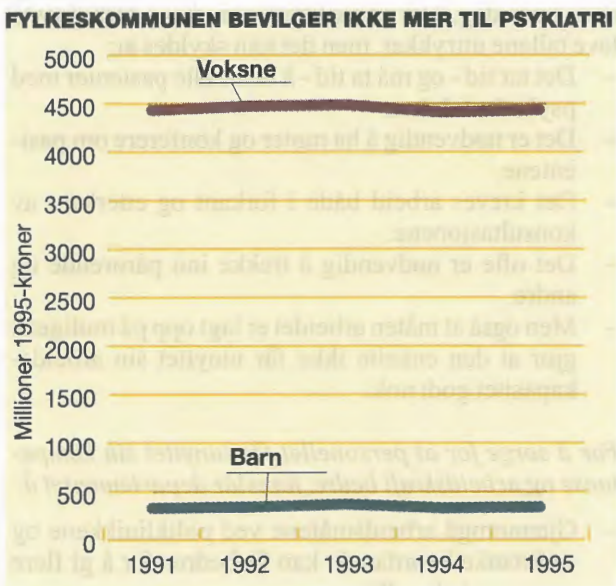
Myndighetene mangler sentral styringsinformasjon - for å oppnå dette vil departementet foreslå å:

- Styrke forskning som viser forekomst av ulike typer av psykiske lidelser i befolkningen.
- Utvikle statistikk over tjenestetilbudene i kommunene.
- Sørge for at institusjoner og poliklinikker innfrir kravene til føring og rapportering av ventelister.

Foreldet struktur

Psykiatriske poliklinikker og behandlingsinstitusjoner har mange steder ikke tilstrekkelig kapasitet. Men det skyldes ikke nødvendigvis at det totalt sett er for få plasser. Antagelig hadde kapasiteten langt på vei vært stor nok hvis alle plasser og alt personell ble brukt slik





Figur 1.9 og 1.10 Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern i fylkene 1991-95 i faste priser (1995=100).

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri

Boks 1.21
Psykiatriske sykehus i fylkene

- Ni fylker har beholdt selvstendige psykiatriske sykehus: Østfold, Akershus, Hedmark, Oppland, Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag, Nordland og Troms
- Fem fylker har gjort om tidligere psykiatriske sykehus til avdelinger ved somatiske sykehus: Oslo, Buskerud, Telemark, Vest-Agder og Møre og Romsdal
- Fire fylker har aldri hatt psykiatriske sykehus og har bygget opp avdelinger ved somatiske sykehus: Vestfold, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag
- Ett fylke mangler fortsatt psykiatriske sykehusavdelinger: Finnmark kjøper tjenester fra Troms

de var tiltenkt. Totalt ser det ut til å mangle omtrent 400 - 500 sykehusplasser. Det er like mange plasser som i dag benyttes til pasienter som kunne vært overført fra sykehusene til andre behandlings- og omsorgstilbud. Men dagens situasjon er at det er for få sykehusplasser *tilgjengelig* for pasienter som trenger innleggelse.

På samme måte er det for få *tilgjengelige* plasser i sikkerhetsavdelinger til å kunne gi alle som trenger det et slikt tilbud. Derfor må farlige sinnslidende vente i fengsel før de blir innlagt. Men det skyldes ikke nødvendigvis at det *totalt* sett er for få sikkerhetsplasser. For mange plasser brukes i dag til pasienter som ikke lenger trenger dette tilbudet, men som heller ikke kan overføres til annen omsorg uten at det legges spesielt til rette for det.

Det *er* kapasitetsmangel - målt i *tilgjengelige* behandlingsplasser - og det *er* for liten kapasitet i poliklinikkene - målt i *tilgjengelige* behandlingstimer. Men årsaken er langt på vei at de ressursene som finnes, ikke utnyttes godt nok. Det foreligger et *struktur-* og *organisasjonsproblem*. Og dette lar seg ikke løse ved å tilføre mer ressurser *alene*. Økte ressurser vil bare gi resultater hvis strukturen - sammensetningen av tjenestene - forandres samtidig. Pasientene må få rett *type* tilbud.

Boks 1.22
Distriktspsykiatrisk senter

- Er en selvstendig faglig enhet med poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud
- Skal ha bred kontaktflate mot de kommunale helse- og sosialtjenestene
- Tar imot henvisninger direkte fra primærhelsetjenesten

Nedbyggingen av langtidsinstitusjoner og døgnbehandlingsplasser har vært riktig. Det var for mange plasser av denne typen tidligere. Og det var riktig å bygge opp dagtilbud og polikliniske tilbud istedenfor. Sammenlignet med andre land i Norden, har Norge fortsatt svært mange langtidsinstitusjoner. (Se vedlegg 2 som sammenlikner de nordiske land.) Men for døgnplasser i sykehus er situasjonen en annen. Der har Norge lavere dekning enn både Sverige, Danmark, Finland og Island. Her er det på tide å stoppe opp og befeste stillingen - ellers vil pendelen svinge for langt.

Framover må målet være å øke antall *tilgjengelige* behandlingsplasser i sykehus, slik at de som trenger innleggelse kan få slik hjelp. Det er også behov for å undersøke nærmere hvordan sykehusplassene benyttes. Sammenlignet med de andre nordiske landene, har norske sykehus færre plasser, men lengre gjennomsnittlig liggetid pr behandlingsopphold. Det som kan kalles pasientsirkulasjon, går langsommere.

De siste årene er psykisk helsevern prioritert. Det er først og fremst kommet til uttrykk ved at statlige tilskudd har økt. Fylkeskommunenes satsing har praktisk talt stått stille. Det innebærer at staten har overtatt en stadig større andel av den direkte finansieringen for tjenestene. Fra 1991 til 1995 økte statens andel fra 6,9 til 10,1 prosent.

Kapasiteten *må* økes - det er et overordnet mål. Men dagens ressurser må også brukes på en bedre måte. Og det er viktig å sikre at de ulike nivåene i forvaltningen trekker i samme retning.

For å styrke kapasiteten og stimulere til at det utvikles en mer hensiktsmessig struktur i det fylkeskommunale psykiske helsevernet, foreslår departementet å:

- Innføre statlige tilskudd til styrking og omstrukturering av psykisk helsevern i fylkene.
- Fordele midlene etter søknader fra fylkeskommunene som dokumenterer behov for institusjonsplasser og andre tilbud i henhold til en samlet plan.

Behandling av søknadene og tildeling av tilskudd bør skje etter felles overordnede retningslinjer. Departementet vil særlig legge vekt på at:

- Det er viktig å bygge opp kompetanse og tilbud nærmest mulig brukerne. Spesialisthelsetjenesten må ivareta viktige støttefunksjoner for de kommunale helse- og sosialtjenestene, slik at disse blir i stand til å yte omsorg til mennesker med psykiske lidelser. Fylkeskommunene må særlig stimuleres til å bygge lett tilgjengelige distriktspsykiatriske tjenester videre ut.
- Tjenestetilbudene og institusjonene må være tilstrekkelig differensiert til å yte hjelp som er i overensstemmelse med de ulike brukergruppenes behov.
- Det kan ytes støtte til oppbygging av nye institusjonsplasser, inkludert sikkerhetsplasser, når det kan dokumenteres at det er mangel på bestemte typer plasser.

– Ingen tilbud og tjenester skal bygges ned før bedre tilbud er etablert.

Mangler personell
Psykiatrien er kanskje den mest personellkrevende delen av helsetjenesten. Derfor er også personellet en kritisk faktor for tjenestene.

Mesteparten av behandlingen består i personlig samtale mellom behandler og pasient. Dette stiller helt spesielle krav til behandlerne - både til kompetanse og personlige egenskaper. Skal resultatet bli godt, må personellet ha god utdanning og bred erfaring. Det sier seg selv at dette tar tid å opparbeide. Fra en psykolog begynner sitt studium til han eller hun er «ferdig» klinisk psykolog, kan det gå 10-15 år. Mange bruker enda lengre tid på å erverve nødvendig erfaring. En psykiater må først utdanne seg til lege. Det tar seks år. Deretter kreves det fem år spesialutdanning i psykiatri. Også en psykiatrisk sykepleier må ha utdanning og veiledning etter grunnutdanningen i sykepleie.

Det største problemet i mange fylker er ikke mangel på plasser, men mangel på personell. Det verste med personellmangelen i psykiatrien er at det tar så lang tid fra det settes inn tiltak til situasjonen kan bli bedre. Kommunene er i mindre grad avhengig av spesialisert personell.

For å bedre tilgangen på helsepersonell og øke personellets kompetanse når det gjelder psykiske lidelser, foreslår departementet å:
– Gi allmennlegene bedre utdanning i psykiatri.
– Støtte etterutdanning av personell i kommunene.
– Gjennomgå legeutdanningen ved universitetene for å få vurdert om undervisningen i psykiatri er omfattende og god nok.
– Foreta en samlet utredning om spesialistutdanningene og andre videreutdanninger innen psykisk helsearbeid, for å få vurdert om krav og utdanningstilbud for ulike grupper bør samordnes.
– Øke statlig støtte til etter- og videreutdanning, særlig når det gjelder opplæring i behandlingstilbud til grupper som får for svake tilbud idag.

For store forskjeller
I perioden 1850-1970 ble det foretatt en omfattende utbygging av institusjoner for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Noe av dette var bygget på planer, men mesteparten var resultat av ildsjelers engasjement, lokale forhold, tid, sted og anledning. Resultatet er at landet i dag har en meget uensartet tjeneste.

Langt på vei er psykisk helsevern kneblet av historien. Dagens institusjoner er bygget med utgangspunkt i gårsdagens behandlingsfilosofi, tidligere tiders kultur og oppfatninger. I dag er det ikke ønskelig å avsondre pasienter med psykiske lidelser fra samfunnet for å gi dem ro (og «skåne» de friske) - tvert imot, det er ønskelig at de også under behandlingen får leve mest mulig normalt, nærmest mulig der hvor de bor, mest mulig innlemmet i samfunnet.

Totalt sett har de fleste fylker omtrent samme mengde ressurser. I forhold til befolkningsmengden har Oslo vesentlig mer personell og flere plasser enn ellers i landet, og Finnmark bruker vesentlig mer *penger* enn andre fylker. Men i disse fylkene er også behovene

Boks 1.23
Regional helseplanlegging

– I Stortingsmelding nr 24 (1996-97) *Tilgjengeligehet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* foreslår departementet å formalisere et regionalt samarbeid om fylkeskommunale helsetjenester. Denne ordningen vil omfatte de psykiatriske spesialisthelsetjenestene på samme måte som de somatiske.
– De regionale helseutvalgene skal være politiske organer med representanter oppnevnt av fylkestingene i regionen.
– De regionale helseutvalgene plikter å utarbeide regionale helseplaner. Departementet skal godkjenne planene, og kan sette vilkår for godkjenningen.
– Det vil bli fremmet forslag i ny lov om spesialisthelsetjenesten om å gi hjemmel for å forskriftsfeste faglige krav til spesialisthelsetjenesten.

Aktuelle krav til psykiatriplanene:
– Grundig analyse av behovene for psykiatriske helsetjenester for ulike grupper.
– En konkret plan for utbygging av distriktspsykiatriske sentre (DPS).
– En konkret plan for å sikre tilstrekkelig kapasitet for øyeblikkelig hjelp ved akutte tilfeller.
– En konkret plan for omsorg til pasienter med kroniske psykiske lidelser.
– En konkret plan for utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien.
– En konkret plan for at tilstrekkelig antall sikkerhetsplasser skal være tilgjengelig.

Aktuelle faglige kvalitetskrav:
– Hvert sykehus og hver avdeling benytter prosedyrebøker som forteller hvilke behandlingsformer som følges for de forskjellige hovedlidelsene
– Fagmiljøene har utarbeidet retningslinjer for hva som er anbefalt behandling for de vanligste lidelsene og hvilke minimumskrav som bør stilles til behandlingen.

større og annerledes. Mange med psykiske lidelser søker seg inn til de store byene - kanskje for å leve i anonymitet. Men i de store byene er også de sosiale nettverkene dårligere. Derfor har Oslo flere pasienter med psykiske lidelser enn befolkningsmengden skulle tilsi. På samme måte er det lett å forsvare at de lange avstandene i Finnmark gjør det nødvendig med flere ressurser enn i andre fylker.

Men det er store forskjeller i hvordan tjenestene *fungerer.* Og det kan for eksempel vanskelig forsvares at folk kan velge mellom flere privatpraktiserende psykologer og psykiatere i sentrale strøk av landet, mens pasienter må vente i ukesvis og reise i timesvis for en konsultasjon i utkantstrøk.

For å gi befolkningen et mer rettferdig fordelt tjenestetilbud, foreslår departementet å:
- Samordne planleggingen av psykiatriske helsetjenester i hver helseregion.
- Sørge for at de regionale helseplanene omfatter både barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

1.4 OVERORDNEDE PRINSIPPER FOR TJENESTENE

Mange opplever perioder i livet da angst, depresjon eller andre psykiske lidelser blir så fremtredende at det er vanskelig å fungere i arbeid, utdanning eller dagligliv. Psykiske lidelser finnes både hos barn, unge, voksne og eldre, og kan være alt fra forbigående og kortvarige krisereaksjoner i vanskelige livssituasjoner, til langvarige kroniske tilstander som varer mesteparten av livet.

Det må være et overordnet mål å forebygge at slike problemer oppstår. Men når de først oppstår er det heldigvis svært ofte slik at behandling og profesjonell hjelp for en tid kan føre til at problemene avtar og at funksjonsevnen fullstendig eller delvis gjenvinnes.

I mange tilfeller vil mennesker med lettere psykiske lidelser kunne hjelpes i kommunehelsetjenesten. I andre tilfeller trengs spesialistbehandling, f eks psykoterapi, og noen er så alvorlig syke at de må legges inn i institusjon - noen ganger med tvang. Enkelte vil utvikle *kroniske lidelser* som gjør dem mer eller mindre avhengig av offentlig hjelp over lang tid, kanskje i mange år.

Det er et grunnleggende prinsipp at mennesker med psykiske lidelser skal ha tjenester som er organisert og utformet etter det som ellers gjelder for offentlig tjenesteyting i Norge. I arbeidet med å videreutvikle tjenester til mennesker med psykiske lidelser, ønsker departementet å bygge på følgende:

1. Forebygging
Det er bedre å forebygge lidelser enn å behandle dem etter at de er oppstått. Men forebygging av psykiske lidelser har svært mange sider. Det må skilles mellom ulike typer lidelser, lidelser av ulik alvorlighetsgrad og mellom 1) tiltak for å forebygge at lidelser oppstår og 2) tiltak for å hindre en tilstand i å utvikle seg i mer alvorlig eller kronisk retning når den først har oppstått.

Angst, depresjoner, hemninger eller atferdsavvik kan skape store problemer for dem som rammes av det. Det gjør det vanskelig å fungere godt i gjensidige forhold med andre i familie, skole, arbeidsliv og samfunnsliv forøvrig. Slike lidelser oppstår eller utvikles ofte i familie og nærmiljø.

Samspillet i familie og nærmiljø påvirkes sterkt av de generelle samfunnsforholdene. Dermed vil forebygging av psykiske lidelser berøre viktige sider ved den politikken som føres på mange samfunnsområder - familiepolitikk og barns oppvekstvilkår; skolepolitikk; sysselsettingspolitikk; trygde- og sosialpolitikk, og rusmiddelpolitikk. Helsevesenets oppgave er å legge premisser for politikken som føres på disse områdene - sørge for at den kunnskapen som finnes om sammenhenger mellom samfunnsforhold og psykiske lidelser, tas med i betraktningen.

For de *alvorlige sinnslidelsene* (psykosene), tyder forskning på at forekomsten i mindre grad kan settes i sammenheng med *sosiale forhold*, mye er sannsynligvis *biologisk betinget.* Det kommer til uttrykk ved at forekomsten er forbausende stabil når ulike samfunn sammenliknes. Dermed er det også vanskelig å forebygge at slike sinnslidelser *oppstår.* Men det er viktig å være klar over at det *er* mulig å påvirke:
- hvordan psykosene utvikler seg
- hvor alvorlige de blir, og
- hvilke konsekvenser de får for individet selv, for de nærmeste og for samfunnet.

Ved å sette inn behandling tidlig og sørge for langsiktig og tett oppfølging, kan forløpet bli mindre alvorlig og kronisk. På den måten kan det også bli lettere å rehabilitere pasienten til en mer normal tilværelse etter behandlingen. Forebygging av de alvorlige sinnslidelsene må dermed i stor grad rettes mot å *påvirke lidelsenes forløp.* God behandling og oppfølging vil derfor være god forebygging.

2. Ansvaret for å yte tjenester
Mennesker med psykiske lidelser skal ha samme rett til tjenester som andre brukere av helse- og sosialtjenestene. Ansvaret for å yte tjenester skal følge ansvarsfordelingen som er fastsatt i helse- og sosiallovgivningen. Det innebærer at kommunene har ansvar for å yte allmenne helse- og sosialtjenester, mens fylkeskommunene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester.

Historisk sett har *institusjonene* i psykisk helsevern gitt *totalomsorg* og bolig til pasientene over *lang tid.* Da kommunene fikk ansvar for å yte pleie og omsorg, ble ikke dette uten videre oppfattet å gjelde mennesker med psykiske lidelser. Mange fylkeskommunale institusjoner fortsatte å yte langtidsomsorg og lite spesialistbehandling og rehabilitering.

De kommunale tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er mangelfulle. Det rammer både innlagte og hjemmeboende som ikke får nødvendige tje-

nester. Fortsatt er det mange pasienter i psykiatriske langtidsinstitusjoner som ikke trenger institusjonsomsorg. Men målet er at kommunene skal ta ansvar for å yte pleie og omsorg og allmenne tjenester også til disse gruppene - på linje med øvrige innbyggere - i tråd med ansvarsfordelingen som er nedfelt i lovgivningen.

Det krever at kommunene settes i stand til å ta sin del av oppgavene ved at staten

- bidrar til kompetanseoppbygging
- sørger for utdanning av personell
- utformer tilskuddsordninger som stimulerer til innsats
- og utvikler og sprer faglig veiledningsmateriell som viser hvordan oppgavene kan løses.

3. Pasienten først

Det er brukernes behov som skal avgjøre hva slags tilbud som skal gis. Tjenestene skal ha tilfredsstillende kvalitet, og skal gis som individuelt tilpassede tilbud. Det må foretas en helhetlig vurdering av pasientens behov, og tiltakene må planlegges i samråd med pasienten selv og pårørende.

Behandlingstilbudene har tidligere vært for lite *differensierte.* De store institusjonene har gitt samme type tilbud til store grupper pasienter, kvaliteten på tilbudene har ofte vært mangelfull, og det har vært lagt for lite vekt på den enkeltes særskilte behov. Spesielt har tilbudene til barn har vært svakt utbygget.

Mennesker med psykiske lidelser - både barn og voksne - har ofte svært *sammensatte behov.* Det trengs forskjellige tjenester - tjenester som administreres av kommunen, fylkeskommunen eller staten. Når mennesker med psykiske lidelser trenger hjelp, må det være pasientens behov som avgjør hvilke tilbud som skal gis.

Behandlingen må

- bygge på faglig anerkjente prinsipper
- ha dokumentert virkning
- og være av tilfredsstillende kvalitet.

Pasientens behov må også være rettesnor for planlegging av videre behandling og oppfølging - enten det trengs avgrenset hjelp i en kort periode eller langsiktig oppfølging fra flere instanser. Planene må være helhetlige og inneholde nødvendige bidrag fra alle relevante instanser, uansett hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret for dem. Og pasienten må selv trekkes aktivt med i planleggingen.

Det finnes en rekke organisasjoner for brukere av psykiatriske helsetjenester. Det er viktig å styrke disse, og gi dem innflytelse på hvordan tjenestetilbudene utformes.

4. Mest mulig frivillighet

Behandling må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. Når bruk av tvang er nødvendig, skal tvangen være regulert på en måte som sikrer rettssikkerhet, klageadgang og kontroll fra uavhengige organer.

Ingen skal være innlagt i institusjon hvis det ikke er nødvendig. Når tilbudene kan gis som en kombinasjon av poliklinisk spesialistbehandling eller dagtilbud og ulike kommunale hjelpe- og støttetilbud, vil dette svært ofte både være det beste faglig og det pasienten og familien foretrekker. Institusjonsopphold har en rekke negative virkninger - passivisering, minsket selvstendighet, økt avhengighet av hjelp - særlig når de blir langvarige. Derfor bør behandling uten innleggelse være regelen. Innleggelse bør bare skje når andre muligheter er nøye vurdert og funnet utilstrekkelige, og enhver innleggelse må ha en særskilt begrunnelse og målsetning. Behov for *pleie og omsorg* er ikke god nok grunn, og ingen skal ha spesialistinstitusjon som *varig bolig.*

Men av og til kommer mennesker i så alvorlige kriser at innleggelse er både nødvendig og ønskelig. Når pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv og familien ikke mestrer situasjonen, kan innleggelse være både en lettelse og en helt nødvendig hjelp. Vi trenger derfor gode døgninstitusjoner som kan yte faglig god og menneskelig hjelp - om nødvendig også med tvang.

En alvorlig sinnslidelse (psykose) innebærer at pasienten delvis mister evnen til å vurdere sin egen situasjon på en realistisk måte. Det er dette som kan gjøre det nødvendig for samfunnet å overta ansvaret og bruke tvang for å få i stand nødvendig behandling og omsorg. Kriteriene for å bruke tvang, skal imidlertid være nøye spesifisert i lov, både:

- *fremgangsmåtene* for bruk av tvang
- *adgang til å klage* og få prøvet tvangsinngrepene for retten
- og utforming av *kontrollordningene.*

Ved utskrivning etter tvunget psykisk helsevern er det spesielt viktig å sørge for god oppfølging for å forhindre tilbakefall. Familien og lokale helse- og sosialtjenester må trekkes aktivt og forpliktende med i planleggingen.

5. Mest mulig normalt liv

Målet for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Målet er velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet.

Når psykiske lidelser overstiger det den enkelte og familien mestrer, må offentlige hjelpeinstanser yte ulike typer av innsats over kortere eller lengre tid. Men målet for disse bør være «hjelp til selvhjelp».

Det er alltid ressurser hos personen selv, familie eller nærmiljø som kan utnyttes. Når det settes inn omfattende og inngripende hjelpetiltak - f eks innleggelse i institusjon - står en i fare for å passivisere både de pårørende og den som søker hjelp. Derfor skal innleggelser være tidsavgrensede og rettet inn mot å oppnå spesifikke mål. Hjelpetiltakene må legge til rette for personlig vekst og utvikling mot mest mulig *selvstendig tilværelse.*

Egen bolig, sikker inntekt og hjelpetiltak i hjemmet,

er viktige forutsetninger for et selvstendig liv. Kommunale helse- og sosialtjenester, Husbankens bostøtteordninger og trygd er viktige redskaper for å oppnå dette.

Men det er viktig å være klar over at trygd kan virke passiviserende. I vår kultur er det en grunnleggende verdi å kunne forsørge seg selv ved eget arbeid. Derfor er det viktig at mulighetene for tilbakeføring til arbeidslivet utredes og prøves ut så langt det er mulig. Vellykket attføring forutsetter godt samarbeid mellom helse- og sosialtjenestene, arbeidsmarkedsetaten og trygdekontorene. *Arbeidslinja* innebærer at behandling og rehabilitering må ta sikte på å hjelpe individet med å gjenvinne mest mulig av funksjonsevnen og bidra til at denne kan brukes i meningsfullt arbeid.

Vellykket tilbakeføring til yrkeslivet vil ha en rekke positive virkninger - både sosialt og psykologisk. Hittil har det vært lagt for lite vekt på betydningen av dette for mennesker med psykiske lidelser.

Boks 1.24
PASIENTEN FØRST!

Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Helsepersonellet må først og fremst anerkjennes for og anspores til innsats for pasientenes ve og vel. Medarbeidere i helsetjenesten må stadig utvikle nye muligheter for å fremme helse, hjelpe pasientene og bedre rutinene.

1. Tilgjengelighet. Helsetjenester skal være likeverdige og lett å komme til, tilbudet oversiktlig og kostnadene overkommelige.
2. Lydhørhet. Helsepersonellet skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer og beskrivelser av sine lidelser på alvor. Helsepersonellet er spesialister på sine fag - pasienter er spesialister på sine liv.
3. Faglighet. Undersøkelser og behandling skal bygges på kunnskap som er ajour.
4. Forsvarlighet. Behandling skal være medisinsk begrunnet, gis raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger. Medikalisering skal begrenses og pasientene hjelpes til å forstå og mestre sin lidelse ved forebygging, behandling og rehabilitering.
5. Ansvarlighet. Pasienten bør ha én ansvarlig person å forholde seg til og slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjon skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelse.
6. Punktlighet. En avtale er en tosidig kontrakt, som forplikter helsepersonellet til å holde tider like mye som pasienten. Avvik skal meddeles og begrunnes. Saksgangen skal ikke forsinke eller forspille behandlingsmuligheter.
7. Åpenhet. Pasient og pårørende skal få alle relevante opplysninger - om hva situasjonen er, hva som bør gjøres, når og hvorfor - så tidlig som mulig i forståelig form. Pasienten skal lett få vite hvor saken står.
8. Helhet. En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person - et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at dets verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres.
9. Vennlighet. Pasienter skal møtes med følsomhet og innlevelse og pårørende gjerne trekkes med i behandling og pleie. Innsikt om sykdom og utsikter skal gis slik at den gir mestring og trygghet. Pasientene og pårørende skal gis oppmuntring og mot på livet, og omsorg og nærhet når alvorlige diagnoser må meddeles.
10. Gjensidighet. Personalet skal opptre med aktelse overfor hverandre, slik at det fremmer godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og derved tillit hos pasientene.

PASIENTEN FØRST – OG SIST!

2 Brukere og pårørende

Økt brukermedvirkning innen helse- og sosialtjenestene er et overordnet mål, bl a nedfelt i *St meld nr 41 (1987-88) Nasjonal helseplan,* jfr *Innst S nr 120 (1988-89),* og i *Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede.* Tjenester til mennesker med psykiske lidelser skal ta utgangspunkt i brukernes behov. Dette gjelder både hvilke tjenester som ytes, og hvordan de er organisert.

2.1 BRUKERMEDVIRKNING I UTFORMINGEN AV INDIVIDUELLE TILTAK

I møtet mellom brukeren og tjenesteapparatet vil det som oftest være slik at brukeren har mindre makt og mindre oversikt enn profesjonsutøveren. Mennesker med psykiske lidelser kommer lett i et avhengighets- eller underlegenhetsforhold til sine hjelpere. Det er ikke lett å fremme egne synspunkter eller ta i bruk egne ressurser i en avhengighetsposisjon.

Den nye pasientrettighetsloven som departementet utarbeider vil inneholde lovbestemmelser som i større grad enn idag vil sikre brukernes rettigheter. Det gjelder bl a rett til nødvendig helsehjelp, rett til informasjon, mv. Det vil også bli vurdert om ordningen med pasientombud skal innføres i alle fylker.

2.2 BRUKERMEDVIRKNING I UTFORMING AV TJENESTER OG TILBUD

I samarbeid med Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Norges Handikapforbund, Rådet for funksjonshemmede og Kommunenes Sentralforbund (KS), har Sosial- og helsedepartementet utviklet opplæringsmateriell og prøvet ut ulike metoder for brukermedvirkning i kommunene. Departementet har støttet en rekke forsøk i enkeltkommuner. Temaheftet «Sammen er vi sterkere» beskriver ulike metoder og modeller for brukermedvirkning, og formidler hvilke erfaringer som er gjort i forsøkene. Heftet er utgitt av departementet for å gi idéer og inspirasjon til videre utvikling av samarbeidet med brukerne av kommunale og fylkeskommunale tjenester.

I noen av forsøksprosjektene er det opprettet *lokale brukerråd.* Medlemmer har vært brukere og pårørende i en kommune eller et distrikt. Brukerrådene har tatt opp saker av generell interesse for brukergruppen overfor hjelpeapparatet og kommunale og fylkeskommunale myndigheter. Lokale brukerråd for mennesker med psykiske lidelser har vist seg å være et viktig virkemiddel for at denne gruppen skal komme til orde.

Boks 2.1
«Brukerrådet i psykisk helse», Lofoten

Brukerrådet, som har rundt 10 medlemmer, har som hovedmål å være et talerør for mennesker med psykiske problemer og deres pårørende. Rådet har som oppgave å informere om og alminneliggjøre psykiske problemer. Rådet tar sikte på å være rådgivende for kommuner og de som arbeider i psykisk helsevern og andre hjelpeinstanser. Brukerrådets faste medlemmer har knyttet til seg en krets av rådgivere som kan konsulteres i enkeltsaker.

Brukerrådet er avhengig av ekstern støtte og finansiering. Det søkes derfor hvert år om tilskudd til drift fra kommunene, fylkeskommunen, Lofoten sykehus, samt diverse fond og legater, og om støtte fra næringslivet.

Det statlige *Rådet for funksjonshemmede* (RFF) er Regjeringens rådgivende organ for utforming og gjennomføring av politikken for funksjonshemmede, oppnevnt av Kongen i Statsråd. Rådet er sammensatt av fagfolk, politikere og brukere, og har et eget sekretariat som er administrativt underlagt Sosial- og helsedepartementet. På fylkeskommunalt og kommunalt nivå fungerer råd for funksjonshemmede som møteplass og arena for dialog mellom brukere, politikere og etatsrepresentanter.

Mennesker med psykiske lidelser er representert i mange av rådene ved tillitsvalgte i Mental Helse eller gjennom FFO-representanter.

Det er siden 1994 opprettet *kvalitetsutvalg* med brukerrepresentasjon ved en rekke av landets sykehus. Psykiatriske sykehus har også opprettet kvalitetsutvalg. Det er anbefalt, men ikke pålagt, at kvalitetsutvalgene skal ha en brukerrepresentant. FFO tilbyr opplæring for brukerrepresentanter.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern er det nødvendig med uavhengige kontroll- og klageorganer. Ved alle psykiatriske institusjoner er det kontrollkommisjoner som bl a skal kontrollere at innleggelser skjer etter reglene. Alle innlagte skal få informasjon om kontrollkommisjonen og adgangen til å klage til denne. I departementets arbeid med ny lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern vil det bli vurdert å lovfeste at det i hver kontroll-

Boks 2.2
Kvalitetssikring med brukerperspektiv

Mental Helse Sør-Trøndelag og Sør Trøndelag fylkeskommune skal sammen starte et prosjektet som skal utvikle former for kvalitetsvurdering som fanger opp brukernes erfaringer. Tjenestetilbudene skal vurderes samlet og helhetlig, og det betyr at både kommunale og fylkeskommunale tilbud skal vurderes i sammenheng. Prosjektet skal også være en pådriver og støtte for kommunene i arbeidet med å lage planer for tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og opprette kvalitetsutvalg. Kommunenes og fylkeskommunenes kvalitetsutviklingsarbeid skal utvides ved å trekke med brukerorganisasjonene, og ved systematisk å hente inn synspunkter fra brukerne. En slik modell kan i vesentlig grad bidra til å støtte og veilede brukerrepresentantene i kvalitetsutvalgene. Med dagens ordning er det vanskelig for brukerrepresentantene å fange opp og fremføre synspunkter fra grupper som ofte fremstår som fragmenterte og usynlige.

Prosjektet støttes av Sosial- og helsedepartementet.

kommisjon skal søkes oppnevnt et medlem som representerer brukerinteresser.

2.3 BRUKER- OG PÅRØRENDE-ORGANISASJONER

Sterke brukerorganisasjoner er en forutsetning for brukermedvirkning. Brukerorganisasjonene innenfor området psykisk helse har ingen lang tradisjon. Mange av lidelsene er i seg selv et hinder for organisering og samarbeid med andre. Det å stå fram med psykiske lidelser har helt fram til i dag hatt konsekvenser i form av mulig stigmatisering og utstøting i arbeidsliv og nabolag.

Sosial- og helsedepartementets Fordelingsnemnd fordeler statlige tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner fra statsbudsjettets kap 673 post 75. I 1996 mottok ca 80 organisasjoner tilsammen ca 54 mill kr i støtte. Fordelingsnemnda fordeler også tilskudd til likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner fra statsbudsjettets kap 674 post 21. I 1996 mottok ca 65 organsiasjoner ca 8 mill kr i støtte. Ordningen er en del av Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede. Fordelingsnemnda har sekretariatsfelleskap med RFF.

I boks 2.3 gis en oversikt over aktuelle organisasjoner for mennesker med ulike psykiske lidelser. Det er et mangfold av organisasjoner , og mange er små og har en kort historie.

Boks 2.3
Oversikt over organisasjoner og grupper for brukere og pårørende

1. *Mental Helse Norge, (MHN).* Ca 4.000 medlemmer. Interesseorganisasjon for mennesker med psykiske lidelser, pårørende, helsepersonell og andre interesserte. Ca 100 lokallag. Medlem av FFO. Hovedmålet for MHN er at det i alle landets fylker skal være lag av MHN. Gir ut bladet SOS, Sinn og Samfunn og driver Mental Helses Hjelpetelefon.
2. *Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatrien, (LPP).* Ca 950 medlemmer. LPP arbeider for å bidra til bedre behandling, mer penger og større forskningsinnsats innen psykiatrien. Målet er å bedre livssituasjonen for psykisk lidende og deres pårørende. LPP gir ut et nyhetsbrev.
3. Foreningen *Voksne for barn,* tidligere «Mental barnehjelp». Ca 750 medlemmer og 14.000 støttemedlemmer. En landsomfattende frivillig medlemsorganisasjon som arbeider for å gi barn best mulig oppvekstvilkår. Foreningen er bl a spesielt opptatt av barn av psykiatriske pasienter. Utgir «Sinnets helse», driver «Bekymringstelefonen», og organiserer kurs.
4. *Angstringen.* Selvhjelpsorganisasjon som driver ca 2000 selvhjelpsgrupper med ca 25.000 deltagere. Angstringen er ikke en medlemsorganisasjon, men et nettverk av selvhjelpsgrupper rundt om i landet. Kriteriet for å delta er selvopplevd angst, og deltakerne kan medvirke i angstringen ved å delta på kontaktmøter, være telefonvakt, være vertskap for «Åpent hus», delta i oppstart av nye grupper eller arbeide med avisen «Nerven».
5. *Ananke.* Ca 300 medlemmer. Støtteforening for mennesker med tvangslidelser, deres pårørende og andre interesserte. Formålet er å legge tilrette for kontakt mellom mennesker som har erfaring med tvangslidelser, og foreningen driver en kontakttelefon for medlemmene. Ananke har en større moderorganisasjon i Sverige.
6. *Aurora.* Ca 90 medlemmer. Støtteforening for mennesker som er eller har vært i psykiatrisk behandling. Foreningen er også åpen for pårørende. Aurora har som mål «at alle skal kunne få en forsvarlig behandling for psykiske helseproblemer uten vilkårlige diagnoser».
7. *Bølgen.* Ca 100 medlemmer. En brukerbasert organisasjon som har som mål å samle inn informasjon og gi støtte og hjelp ved avhengighet og bivirkninger av psykofarmaka og andre legemidler som virker på sinnstilstanden.
8. *We shall overcome, (WSO).* Ca 50 medlemmer. Støtteforening for pasienter som er eller har vært tvangsinnlagt.
9. *Informasjonssenteret Hieronimus* er ikke en medlemsorganisasjon, men et senter i Bergen som driver kontakttelefon og informasjonsvirksomhet for mennesker med angst- og depresjoner.
10. *Pårørendeforeningene for aldersdemente.* Nasjonalforeningen for folkehelsen organiserer ca 50 lokallag for pårørende av aldersdemente over hele landet. Ca 1.500 medlemmer. Driver kontakttelefon, pårørendeskole og annet informasjonsarbeid.
11. *Anorexia/Bulimia Foreningen, (ABF).* Ca 450 medlemmer. Medlem av FFO. Interesseorganisasjon for menn og kvinner med spiseforstyrrelser og deres pårørende. ABF driver veiledningsarbeid, samtalegrupper og forskjellige studieaktiviteter.
12. *Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS).* Ca 700 medlemmer. Landsomfattende organisasjon som driver krise- og informasjonstelefon, utgir bladet «Kvinnekraft», og driver kurs, informasjon og selvhjelpsarbeid.
13. *MBD-foreningen.* Ca 1.900 medlemmer. Medlem av FFO. Arbeider for å skape aksept for diagnosen MBD. Foreningen utgir tidsskriftet «Stå på» og arrangerer familiekurs i alle fylker.
14. *Landsforeningen for autister.* Ca 1.300 medlemmer. Medlem av FFO. Driver opplysningsarbeid om autisme og Asperger-syndromet, bl a for å bidra til at riktig diagnose stilles tidlig. Foreningen utgir medlemsblad samt temahefter og videoer.
15. *Norsk tourette forening.* Ca 1.000 medlemmer. Medlem av FFO. Driver likemannsarbeid og annet støtte og opplysningsarbeid for mennesker med tourette syndrom eller lignende lidelser og deres pårørende
16. *Støttesenteret mot Incest* er ikke en medlemsorganisasjon, men driver kontakttelefon, selvhjelpsgrupper og informasjonsvirksomhet bl a rettet mot helsepersonell og skoler.
17. *Dixi* er selvstendige samtale- og selvhjelpsgrupper for voldtatte kvinner, tilknyttet krisesentrene for kvinner.
18. *Landsforeningen for voldsofre* er ikke en medlemsorganisasjon, men tar imot henvendelser fra alle som har vært utsatt for vold eller andre typer overgrep, og driver kontakttelefon, selvhjelpsgrupper, kurs og informasjonsvirksomhet, bl a rettet mot helsepersonell og skoler.
19. *Psykopatofferforbundet (POF)* ble startet for å knytte kontakt mellom ofrene for psykopater, og arbeider for å ivareta rettssikkerhet og gi informasjon.
20. *Hearing voices network* er en britisk organisasjon for mennesker som hører stemmer. Det er tatt initiativ til å starte en forening i Norge.
21. *Giraffen* er foreløpig en arbeidsgruppe som henvender seg til personer som har eller har hatt alvorlige depresjoner eller manisk-depressive tilstander.
22. *Galebevegelsen.* Ingen medlemsforening, men et miljø av mennesker med erfaring fra psykiatrien rundt tidsskriftet Søkelyset.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) representerer 51 organisasjoner på nasjonalt nivå. Blant medlemsorganisasjonene finnes flere organisasjoner som representerer mennesker med psykiske lidelser. FFO arbeider for å fremme dialog mellom interesseorganisasjonene og felles politisk opptreden overfor stat og fylkeskommuner. FFO ønsker å dyrke frem det som er felles for ulike interessegrupper. Det er etablert FFO i alle fylker, og de fleste har ansatt sekretær. FFO er også etablert i 84 kommuner, men bare unntaksvis med lønnet sekretær.

Rådet for psykisk helse er en humanitær organisasjon, og baserer sin virksomhet på gaver. Etter TV-aksjonen i 1992 har Rådet for psykisk helse bygget opp et fond som støtter psykiatrisk forskning (ca 50%), opplysningsarbeid (ca 20%), støttetiltak i regi av brukerorganisasjoner (ca 20%), og psykisk helse i den tredje verden (ca 10%). Fire brukerorganisasjoner er medlemmer av rådet: Mental Helse, Voksne for barn, IKS og MBD-foreningen.

Psykiatrisk opplysningsfond skal bidra til større åpenhet og kunnskap om psykiatri og psykiske lidelser. Det er et frittstående fond, opprettet for å spre opplysninger til psykiatriske pasienter, til pårørende, til allmennheten, og til fagfolk fra ulike etater. Fondet har hovedkontor i Stavanger og utgir «Psyk-opp-nytt».

Erfaringene viser at møteplasser etablert og drevet av brukere gir grunnlag for selvhjelp og gjensidig støtte, og bidrar til å gjøre avstanden mellom brukerne og omverdenen mindre. Noen av stedene har brukerne selv etterhvert overtatt ansvaret for. Det vises til avsnitt 3.3.4.8.

Boks 2.4
Mental Helses kontakt- og informasjonssenter i Trondheim

Senteret er åpent hver dag. Hit kan du komme for å finne noen å prate med, møte venner og knytte nye bekjentskaper. Du kan få en kopp kaffe og noe å bite i. Senteret serverer også rimelige middager. Du kan bruke hobbyrommet, og drive med f eks silkemaling, blomsterdekorasjoner, papir- og trearbeid. Du kan delta på turer til svømmehallen eller trimsentre. Mental Helse arrangerer også flere kurs i tilknytning til senteret. Medlemmer får rabatt på mat og kaffe, men alle er velkomne til senteret og alle arrangementer. Senteret har 900-1.100 besøk hver måned.

Senteret eies av Mental Helse, men drives av et eget styre. Senteret får driftsstøtte av kommunen. Det er ansatt en ledende miljøarbeider i hel stilling, og en kantinebestyrer i halv stilling. Resten av driften sikres gjennom frivillig arbeid av brukerne selv og andre, og inntekter fra kafé og hobbysalg. Driften er helt avhengig av frivillig innsats, som utgjør ca 5-6 årsverk.

Brukermedvirkning krever *informasjon og opplæring* til brukere, pårørende, tjenesteytere og beslutningstakere. Det er behov for å spre informasjon om hva det å ha en psykisk lidelse innebærer, om tilbud i hjelpeapparatet, rettigheter, og pårørendes situasjon. Spredning av informasjon er et viktig redskap i arbeidet med å skape holdningsendringer til psykiske lidelser.

Ikke bare pasienten selv, men også de pårørende må i mange sammenhenger regnes som brukere av de tjenester som tilbys. En lidelse hos ett familiemedlem påvirker hele familien. Familien påtar seg ofte å hevde pasientens interesser overfor det offentlige hjelpeapparatet. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har på mange måter et enda større behov for hjelp og støtte fra familien og andre nærstående enn andre pasientgrupper. Lengre tids sykdom med økende hjelpeløshet er samtidig en stor belastning for de pårørende, og kan være vanskelig å akseptere.

Det er blitt mer vanlig å trekke de pårørende direkte inn i behandlingen. Såkalt *psykoedukativ behandling* innebærer å lære de pårørende en del om sykdommen og forventede reaksjoner hos pasienten i ulike situasjoner. Dette har vist seg å bedre prognosen og pasientens funksjonsnivå. På denne måten blir de pårørende direkte en ressurs i behandlingen. Samarbeid mellom pasienten, pårørende og behandlere fremmer et godt behandlingsresultat.

I den svenske psykiatrireformen ble det øremerket egne midler til brukerorganisasjonene til etablering av brukerdrevne møteplasstilbud, og til støtte for pårørende med vekt på opplæring og informasjonsvirksomhet.

2.4 DEPARTEMENTETS VURDERING

Når det gjelder *brukermedvirkning i individuelle tjenestetilbud,* bør brukeren både ha rett til å legge fram sitt syn og bli hørt, og få være med å bestemme hvilke tilbud som bør gis. I lov om sosiale tjenester § 8-4 heter det at «tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.» I det videre arbeidet med pasientrettigheter vil det bli vurdert å innføre en lovbestemt plikt for kommunene til å utarbeide individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester. Brukeren skal ha rett til å medvirke i utformingen av en slik plan. Også rettighetene til familien og de pårørende til å bli informert og få legge fram sitt syn bør styrkes, men på en slik måte at taushetsplikten respekteres.

Pasientombud vil kunne få en viktig rolle for mennesker med psykiske lidelser. Både fordi mange pasienter ikke har pårørende som kan ivareta deres interesser og fordi det kan være strid innen familien, er det

nødvendig med offentlige organer som skal bidra til å ivareta interessene til psykiatriske pasienter.

Kommunale tjenester må planlegges og organiseres bedre med sikte på å legge forholdene til rette for brukermedvirkning. Erfaringene fra forsøksvirksomhet tilsier at det er viktig at kommunale etater samarbeider med lokale brukerorganisasjoner. Samarbeidet bør omfatte både informasjon, høringer og konkrete støttetiltak til f eks støttekontakter og møteplasser for mennesker med psykiske lidelser.

Det er idag ikke obligatorisk med brukerrepresentasjon i kontrollkommisjoner og kvalitetsutvalg. Spørsmålet om brukerrepresentasjon i kontrollkommisjonene ved psykiatriske institusjoner vil bli vurdert i arbeidet med ny lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern.

Mangfoldet av organisasjoner er uoversiktlig både for brukere og myndigheter. Mange av organisasjonene er relativt små og svake. Samtidig er det i organisasjonene en sterk vilje til å ivareta brukermedvirkning på alle nivåer, og å etablere brukerstyrte tilbud, likemannsarbeid (kamerathjelp) og brukersentre. For å få til dette må brukerorganisasjonene styrkes. FFO har erfaringer bl a fra sekretariatsfunksjonen for Sentralt Brukerforum under Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. Dette arbeidet har vist at FFO kan bidra til at både medlemsorganisasjoner og organisasjoner som står utenfor paraplyen samarbeider om informasjonstiltak, brukerskolering og brukermedvirkning. Departementet går inn for å øke mulighetene for bruker- og pårørendeorganisasjonene innen psykisk helse til å organisere brukermedvirkning, etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet. I samarbeid med FFO vil departementet medvirke til å samordne organisasjonenes innsats.

Departementet vil:

- *Vurdere å foreslå å innføre en lovpålagt plikt for kommunene til å utarbeide koordinerte og individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester, i samarbeid med brukerne.*
- *Foreslå å styrke ordningen med pasientombud og utforme den slik at psykiatriske pasienter ivaretas spesielt.*
- *Bidra til at det opprettes kvalitetsutvalg med brukerrepresentasjon ved psykiatriske institusjoner.*
- *Vurdere å foreslå å lovfeste at det i hver kontrollkommisjon for psykiatriske institusjoner skal søkes oppnevnt et medlem som representerer brukerinteresser.*
- *Gi bruker- og pårørendeorganisasjoner økte muligheter til å organisere brukermedvirkning, etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet.*
- *Bidra til at kunnskap og erfaring om brukermedvirkning tas inn i videre- og etterutdanningen for helse- og sosialpersonell.*

3 Tjenestetilbudene Status, vurderinger og forslag til tiltak

3.1 INNLEDNING

Ansvaret for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er delt mellom forvaltningsnivåene. Kommunene har drifts- og planleggingsansvar for alminnelige helse- og sosialtjenester, fylkeskommunene har tilsvarende ansvar for spesialisthelsetjenester, mens staten har det overordnede ansvaret for tjenestenes juridiske og økonomiske rammebetingelser. Staten har dessuten ansvar for utdanning av personell på universitets- og høgskolenivå, for trygdeytelser, og for arbeidsmarkedstiltak.

I tillegg til de fylkeskommunale helsetjenestene som ytes til innbyggerne i det enkelte fylket, er en del høyspesialiserte helsetjenester organisert slik at de dekker en eller flere av landets fem helseregioner eller hele landet. Det er bare få tjenestetilbud innen psykisk helsevern som er så høyspesialiserte at de er organisert på denne måten, men på samme måte som for somatiske spesialisthelsetjenester bør også de psykiatriske helsetjenestene i større grad planlegges helhetlig i hver helseregion.

I dette kapitlet foretas en gjennomgang av kommunale, fylkeskommunale, regionale, flerregionale, statlige og private tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, med vurderinger og forslag til tiltak. Før de kurative tjenestene gjennomgås, behandles *forebygging* av psykiske lidelser og psykososiale problemer.

Ansvaret for tjenestene er fordelt på en rekke forskjellige instanser på ulike forvaltningsnivåer. Samtidig er det klart at brukerne har behov for tjenester som er godt koordinert og fungerer som en sammenhengende helhet. Nødvendigheten av samarbeid og samordning av tjenestene mellom de ulike tjenesteyterne utgjør en stor utfordring, jfr avsnitt 3.7.

3.2 FOREBYGGING AV PSYKISKE LIDELSER OG PSYKOSOSIALE PROBLEMER

Primærforebyggende arbeid er tiltak for å redusere forekomst av psykiske lidelser og psykososiale problemer i befolkningen. Under behandlingen av *St meld nr 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* fastslo Stortinget at forebygging av mentale lidelser og psykososiale problemer skal være et hovedinnsatsområde i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, jfr *Innst S nr 118 (1993-94).*

3.2.1 Kunnskapsgrunnlaget - faktorer som påvirker psykisk helse

Psykiske lidelser har sammensatte årsaker. Genetiske, biokjemiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen, og hvilken betydning de ulike faktorene har er høyst forskjellig for ulike typer av lidelser. I de senere år er forskerne blitt mer oppmerksomme på genetiske og biologiske årsaksfaktorer. Hva som er effektive forebyggende tiltak varierer med årsaksforholdene. Generelt har psykisk helse nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Selv om det forsatt er behov for mer forskning og kunnskap om årsaksforholdene rundt psykiske lidelser, finnes det i dag kunnskap om viktige sammenhenger. Basert på flere enkeltundersøkelser er det gjennom forskningsarbeid ved Senter for sosialt nettverk og helse (1990-95) utviklet en modell som forsøker å forklare noen sentrale prinsipper i samspillet mellom sosiale faktorer og psykisk helse.

Utgangspunktet for modellen er at ulike *livspåkjenninger* som negative livshendelser og mer varige livsbelastninger øker risikoen for psykiske helseproblemer, først og fremst ved å bidra til stress, men at virk-

Boks 3.1
Forklaringsmodell for samspillet mellom sosiale miljøfaktorer og psykisk helse

Innenfor rammene av en stor individuell variasjon der både grunnleggende mestringsstrategier og biologiske forhold er aktive, kan en knytte risiko for lidelse til:

- manglende mulighet til å kontrollere egen livssituasjon
- manglende forutsigbarhet
- manglende mulighet til å bruke egne evner og ressurser.

Slike forhold virker særlig i forbindelse med:

- negative livshendelser
- livsbelastninger

som utsetter individer for betydelig stress. I motsatt retning, som beskyttelse, virker :

- sosial støtte
- sosial deltakelse
- sosial integrasjon.

ningene er avhengige av sosiale og individuelle faktorer. Når det gjelder sosiale faktorer vil *sosial støtte* i form av godt sosialt nettverk bidra til at forskjellige livspåkjenninger mestres bedre, mens manglende nettverk virker i motsatt retning. *Individuelle faktorer* omfatter både medfødte (genetiske) disposisjoner, og hvordan en har lært å møte livets utfordringer og vanskeligheter. Både livspåkjenninger og sosialt nettverk vil være avhengig av forholdene i det omgivende samfunn.

Resultatene fra en befolkningsundersøkelse i Oslo i 1975/76 med oppfølging 10 år senere peker i retning av at verken sosialt nettverk eller negative livshendelser hver for seg har noen klar effekt på utviklingen av psykisk helse, men at kombinasjonen av dårlig nettverk og forholdsvis mange negative livshendelser virker uheldig på helsen (O S Dalgard 1988). Dette gjaldt både for tidligere friske mennesker hvor sannsynligheten for utvikling av psykiske helseproblemer øker, og for dem som på forhånd hadde dårlig psykisk helse som får økt tendens til at problemene utvikler seg i kronisk retning. Mennesker som har liten opplevelse av kontroll over eget liv, er mer avhengig av støtte fra andre for å hindre utviklingen av psykiske helseproblemer.

Dette peker i retning av at tiltak som tar sikte på å styrke sosiale nettverk har forbyggende virkninger.

Forebyggende arbeid innebærer å fjerne, hindre eller minske faktorer som kan føre til sykdom. *Primærforebygging* er tiltak som tar sikte på å redusere den generelle risikoen for å utvikle sykdom. Tiltak rettet mot befolkningen generelt kalles *befolkningsstrategier,* mens tiltak rette mot spesielle risikogrupper kalles *høyrisikostrategi. Sekundærforebygging* innebærer å forebygge forverring og tilbakefall hos de som allerede er rammet. *Tertiærforebygging* er å vedlikeholde funksjonsevne og bidra til et best mulig liv for dem som er rammet av kroniske tilstander.

Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, manisk-depressive lidelser og senil/presenil demens har betydelige genetiske eller biologiske årsakskomponenter, og det er derfor vanskelig å tenke seg primærforebyggende tiltak for slike tilstander. For disse gruppene vil forebyggende tiltak være sekundære og tertiære, og det kan være vanskelig å skille slike forebyggende tiltak fra kurativt arbeid og rehabilitering. For andre grupper vil bl a gode oppvekstvilkår og godt fungerende sosiale nettverk direkte kunne redusere risikofaktorene for å utvikle psykososiale problemer og sykdom.

Forebygging av psykiske lidelser og psykososiale problemer kan være individrettet, grupperettet eller skje på samfunnsnivå. Grupperettede forebyggende tiltak har mange former. De omfatter selvhjelpsgrupper eller styrte grupper som etableres for å mestre livskriser og problemer. Eksempler er sorggrupper eller ulike former for grupper for pasienter eller folk med plagsomme symptomer. Selvhjelpsgrupper har ikke minst en forebyggende virkning ved at den enkelte får kontroll med livet og opplever meningsfylt hjelp fra likesinnede.

Primærforebyggende tiltak på individnivå omfatter en rekke former for undervisnings- og påvirkningsarbeid som søker å endre den enkeltes adferd, livsstil og mestring. Et eksempel er Foreldreveiledningsprosjektet. Prosjektet er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet, og søker å styrke foreldre i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner.

Sekundærforebygging overfor individer innebærer blant annet krisepsykologisk hjelp i traumatiske livssituasjoner. Herunder hører også utvikling av kriseberedskap i lokalsamfunnet. Tertiærforebygging på individnivå vil være knyttet til etablert behandling, særlig innen psykisk helsevern og vil f eks omfatte ettervernstiltak.

Familie og nære forhold til andre mennesker

Hva slags nære forhold til andre mennesker den enkelte har, har stor betydning for psykiske belastninger, og hvordan de tåles. Opplevd støtte i det nære miljø, fra familie og venner, har stor betydning for psykisk helse. Det er viktig å bli forstått, å få bistand ved behov, og ha tilhørighet i en gruppe. For begge kjønn er partneren den som er viktigst «å snakke med» etter en traumatisk hendelse. Småbarnsmødre med støtte fra nær familie har mindre problemer enn de som ikke har slik støtte. Barn av småbarnsmødre med psykiske plager får også oftere tilpasningsvansker enn andre barn. De nære stabile sosiale bånd er de viktigste beskyttelsesfaktorene som finnes når negative livshendelser inntreffer.

Problemer med forhold til partner oppgis hyppigst som den viktigste livsbelastningen hos begge kjønn. Også for ungdom kommer dette høyt på listen over negative hendelser. Når forhold oppløses, eller det skjer et dødsfall, får det konsekvenser for psykisk helse. De ugifte og de som er i et fast parforhold har færre problemer enn de som har brutte forhold. Det ser imidlertid ut til at dette slår noe forskjellig ut hos de to kjønn, idet det særlig er blant menn at det å være skilt eller separert slår negativt ut. Mens det blant kvinnene er mindre forskjell i psykiske helseproblemer mht til om en er i et parforhold eller har et brutt forhold bak seg, peker skilte og separerte menn seg ut med økt hyppighet av psykiske plager. Alminneliggjøringen av skilsmisser de senere år synes ikke å ha endret disse forholdene, men de negative konsekvensene av skilsmisser kan i noen grad motvirkes med gode nettverk ellers, vennskap m v.

Også barnas psykiske helse kan påvirkes negativt ved skilsmisse. Det viser seg at det er langt flere psykiske helseproblemer hos dem som hadde vokst opp i skilsmissehjem enn hos andre. Derimot har en ikke funnet en tilsvarende økning hos dem som hadde mistet mor eller far på grunn av dødsfall. Antall årlige skilsmisser og separasjoner har vært jevnt økende, med en firedobling fra 1965 til 1990. Totalt ble om lag 11 000 ekteskap oppløst ved skilsmisse i 1994. Paral-

lelt med dette har andelen enpersonhusholdninger og antall enslige forsørgere økt.

Utdanning og arbeid
Skolen er «arbeidsplass» for de aller fleste norske barn en betydelig del av oppveksten. På samme måte som voksnes arbeidsmiljø både kan ha positive og negative virkninger for voksnes helse, kan skolen på tilsvarende måte ha både positive og negative virkninger for barns helse.

I en undersøkelse fra videregående skole i Oslo foretatt av Senter for nettverk og helse i 1992 kom det klart fram at problemer i selve skolesituasjonen bidrar til økt stress og psykiske helseproblemer. Undersøkelsen viste at for ungdom er faglige skoleproblemer, arbeidspress, lav skoletrivsel og angst for framtida belastningsfaktorer som kan gi psykiske problemer. Mobbing og ensomhet er i tillegg viktige forhold som har en spesiell betydning i ungdomsmiljøene. Flere undersøkelser viser dessuten at mennesker med lite utdanning er mer utsatt for psykiske lidelser enn andre.

Det er en sentral målsetting i det helsefremmende og forebyggende arbeidet å bidra til å skape en skole som er helsefremmende for alle elever. Det er bl a utviklet tiltak for å redusere forekomsten av mobbing blant skolebarn, og det er stilt krav om at alle skoler skal ha tiltak mot mobbing. Det er også satt i gang forsøk med konfliktråd mot mobbing på flere skoler. I Reform -94 og Reform -97 er skolens helsefremmende og forebyggende rolle vektlagt.

En rekke undersøkelser tyder på at *arbeidsledighet* i mange tilfeller fører til psykiske problembelastninger. Dels henger dette sammen med at ledigheten i seg selv kan gi belastninger; dels at personer med psykiske problemer lettere rekrutteres til ledighet; og dels at de som har eller får psykiske problemer som ledige får problemer med å komme tilbake i arbeid. Ikke bare arbeidsledighet i seg selv, men også frykten for å miste arbeidet kan være en vesentlig psykisk belastning.

Når det gjelder *arbeidsmiljøets* betydning for den psykiske helsen, foreligger det en rekke undersøkelser med entydig resultater (se f eks Dalgard, O S: Arbeidsmiljø og psykisk helse, Oslo 1983). Disse viser at følgende forhold i arbeidsmiljøet virker negativt inn på den psykiske helsen:

- Manglende opplevelse av kontroll over egen arbeidssituasjon.
- Følelse av ikke å få utnyttet egne evner i arbeidet.
- Manglende oversikt over forhold på arbeidsplassen.
- Opplevelse av manglende mulighet for forfremmelse.

Arbeidsmarkedspolitikken som bl a sikter mot å begrense ledighetsperioder, har viktige helsemessige og forebyggende sider. Igangsatte arbeidsmarkedstiltak overfor ledige og yrkeshemmede sikrer svært mange mot lange, sammenhengende passive perioder og motvirker sosial isolasjon.

Arbeidet bør i tillegg tilfredsstille visse psykososiale krav. Her er *arbeidsmiljøloven* et viktig virkemiddel i det forebyggende arbeidet. I loven fremheves nettopp betydningen av selvbestemmelse og faglig ansvar, ved siden av variasjon og menneskelig kontakt i arbeidssituasjonen, samt oversikt over arbeidsprosessen og resultatene. Et nært samarbeid mellom arbeidstaker og arbeidsgiver for å utvikle et arbeidsmiljø som tilfredsstiller disse kravene, må være en sentral oppgave for det forebyggende arbeidet på arbeidsplassen. Bedriftshelsetjenesten med sin kombinerte kompetanse innen arbeidsmiljø og helsefag er en viktig ressurs i det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet i arbeidslivet.

Bomiljø og lokalsamfunn
Det er forskjeller mellom lokalsamfunn når det gjelder psykisk helse, og store forskjeller innad i det enkelte lokalsamfunn. Mens det typiske for storbyen er opphopning av sosiale problemer og helseproblemer i avgrensete områder, finnes ikke det samme i mindre byer. En rekke internasjonale studier helt fra 60-tallet har vist at det er sammenheng mellom graden av sosial integrasjon i et lokalsamfunn og forekomsten av psykiske lidelser. Sosial desintegrasjon med en generell tendens til oppløsning av sosiale bånd og nettverk kan gi opplevelse av maktesløshet og sosiale problemer som resulterer i psykiske lidelser. Sosial desintegrasjon kan være utløst av nedgang i tradisjonelle arbeidsplasser, økonomiske problemer og stor grad av utflytting. På den annen side er det påvist at drabantbyer med stor og hurtig innflytting kan oppleve liknende problemer. Bosettingsmønster, næringsliv og arbeidsplasser er av stor betydning for trivsel og integrasjon i lokalsamfunnet.

For å forebygge psykososiale problemer i lokalsamfunnet vil tiltak som bidrar til å bedre sosial integrasjon og som setter lokalsamfunnet bedre i stand til å møte krav om forandring, kunne være av stor helsemessig betydning. Det sier seg selv at dette vil sprenge grensene for helsevesenets arbeidsfelt. Helsevesenet kan imidlertid bidra som en viktig premissleverandør i denne prosessen ved å formidle kunnskap om forhold i lokalsamfunnet som fremmer god helse eller som virker belastende på folks helse. Et nyttig verktøy i denne sammenheng er kommunale helseprofilundersøkelser, som er en systematisk kartlegging av helse, levekår og risikofaktorer i lokalsamfunnet. Slike kartlegginger kan være et godt utgangspunkt for lokalt forebyggende helsearbeid.

Gjennom programmet «Kultur og helse» gir Sosial- og helsedepartementet støtte til lokale forsøk der kulturaktiviteter brukes for å øke engasjement og deltakelse i lokalsamfunn.

For å styrke forskningen om sosiale miljøfaktorers betydning for psykisk helse, har Sosial- og helsedepartementet fra 1996 gitt støtte til å utvikle et forskningsprogram ved Universitetet i Oslo. Det er behov for sys-

tematisk forskning på dette området videre, inkludert evaluering av konkrete tiltak og resultater.

I lov om helsetjenesten i kommunene er helsetjenesten gitt et særskilt ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen, og overvåke faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha eller har innvirkning på helsen. Dette betyr at kommunehelsetjenesten både skal vurdere spesifikke risikofaktorer og levekår som er av betydning, og formidle behov for tiltak til andre etater og politiske organer.

Det er kommunene som har ansvaret for å legge forhold i lokalsamfunnet til rette når det gjelder boligmiljøer, opplæring, arbeidstiltak, fritidstilbud, helse- og sosialtjenester, mv. Den enkelte kommune råder over virkemidlene og støtteapparatet som kan utvikle tjenester og gode sosiale nettverk for å forebygge psykososiale problemer og mentale lidelser.

Departementet foreslår:

- *Å utarbeide en rapport om årsaker til psykososiale problemer og psykiske lidelser, med oppsummering av eksisterende kunnskap om effektive forebyggende tiltak.*
- *Å styrke forskning som undersøker sosiale miljøfaktorers betydning for psykisk helse, og hva som er egnede virkemidler for å forebygge psykososiale problemer og psykiske lidelser.*
- *Å styrke kompetansen hos helsepersonell i kommunene om forebygging av psykiske lidelser og psykososiale problemer.*
- *Å spre informasjon og kunnskap til befolkningen om sosiale miljøfaktorers betydning for psykisk helse, for å bidra til å forebygge psykososiale problemer og psykiske lidelser.*

3.3 KOMMUNALE TJENESTER

3.3.1 Lovgrunnlag

Kommunens ansvar for å yte alminnelige helse- og sosialtjenester til befolkningen følger av lov om sosiale tjenester, barnevernloven og kommunehelsetjenesteloven.

Lov om sosiale tjenester gir kommunene ansvar for generell forebyggende virksomhet (§ 3-1), for å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte (§ 3-4), og gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer (§ 4-1). § 4-2 i loven fastsetter at kommunenes sosialtjeneste skal omfatte

a) praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
b) avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
e) lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Loven pålegger kommunene å yte økonomisk stønad til de som ikke kan sørge for sitt livsopphold (§ 5-1), og å drive hjelpetiltak overfor rusmiddelmisbrukere (§ 6-1).

Barnevernloven gir kommunene ansvar for å drive forebyggende barnevern (§ 3-1), og for hjelpetiltak for barn og barnefamilier (§ 4-4). Hjelpetiltakene kan bl a innebære støttekontakt, plass i barnehage, avlastningstiltak i hjemmet, eller økonomisk stønad.

I følge *kommunehelsetjenesteloven* skal kommunene sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen (§ 1-1). Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og skal forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte (§ 1-2). Kommunens helsetjeneste skal omfatte

1) helsefremmende og forebyggende virksomhet i form av miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skoler, opplysningsvirksomhet, helsetjenester i fengsler,
2) diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte,
3) medisinsk habilitering og rehabilitering, og
4) pleie og omsorg. For å løse disse oppgavene skal kommunen ha allmennlegetjeneste inkludert legevakt, fysioterapitjeneste, sykepleie inkludert helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste, sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, og medisinsk nødmeldetjeneste (§ 1-3).

Kommunenes ansvar for å yte helse- og sosialtjenester etter barnevernloven, sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven gjelder mennesker med psykiske lidelser på linje med alle andre. De tre lovene regulerer en rekke forskjellige helse- og sosialtjenester som er svært viktige for mennesker med psykiske lidelser. Barn med psykiske lidelser vil ofte ha problemer som nødvendiggjør hjelpetiltak etter barnevernloven. Når psykisk lidelser og problemer oppstår slik at det kreves nærmere undersøkelse og vurdering, vil vanligvis kommunehelsetjenesten være nærmest til å ta seg av dette, med tilbud om undersøkelse, diagnostisering og behandling og evt viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten. Ved mere kroniske lidelser som varer over tid er kommunehelsetjenestens tilbud om rehabilitering, pleie og omsorg avgjørende, samt bistand, hjelp og støtte etter sosialtjenesteloven. Etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten er det kommunens ansvar å sørge for oppfølging og rehabilitering. Mennes-

ker med psykiske lidelser og deres familier har svært ofte sammensatte behov for hjelp, noe som krever at hjelpetiltak som gis etter ulike lover og av ulike etater er samordnede og godt koordinerte.

3.3.1.1 Departementets vurdering

Kommunenes ansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser vurderes å følge tilstrekkelig klart av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven. Disse lovene gir kommunene et generelt ansvar for å yte helse- og sosialtjenester til innbyggerne, og lovene er ikke utformet slik at enkelte klientgrupper er nevnt spesielt med et særskilt kommunalt ansvar for disse. Å lovfeste et særskilt kommunalt ansvar for mennesker med psykiske lidelser vil være å innføre en «kommunal særomsorg», som anses for å være både unødvendig og uheldig. Etter departementets vurdering skyldes vanskelighetene med å etablere tilfredsstillende kommunale tilbud ikke uklar eller utilstrekkelig lovgivning om kommunalt ansvar.

Svakhetene i kommunale tilbud til mennesker med psykiske lidelser skyldes hovedsakelig
- mangelfulle *ressurser*
- mangelfulle *kunnskaper om behovene*
- mangelfulle *kunnskaper om hvilke tilbud* som bør finnes i kommunene for å imøtekomme behovene.

Det er derfor behov for andre typer tiltak enn ny lovgivning om kommunale tjenester. Aktuelle tiltak er økonomisk stimulering, veiledningsmateriell og opplæringstiltak.

Men departementet vil også peke på at dagens lov om psykisk helsevern er med på å opprettholde en uheldig forskjellsbehandling av psykiatriske pasienter, i og med at pleie- og omsorgstjenester til disse i form av psykiatriske sykehjem og privatpleie er en del av det fylkeskommunale tjenestetilbudet. Etter kommunehelsetjenesteloven er kommunenes ansvar negativt avgrenset i forhold til statlige og fylkeskommunale helsetjenester. Av kommunehelsetjenestelovens § 1-1, annet ledd går det fram at kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører inn under stat eller fylkeskommune.

Departementet foreslår derfor at varige pleie- og omsorgstjenester i form av psykiatriske sykehjem og psykiatrisk privatpleie tas ut av den lovgivningen som regulerer fylkeskommunenes ansvar, slik at kommunenes alminnelige ansvar for pleie- og omsorgstjenester gjøres gjeldende også for mennesker med psykiske lidelser som trenger langtids pleie og omsorg. Forslaget vil bli fulgt opp i proposisjonen om ny spesialisthelsetjenestelov som bl a skal erstatte deler av nåværende lov om psykisk helsevern.

Den styrking av pasientrettigheter som vil bli foreslått i den nye pasientrettighetsloven vil også være av betydning for mennesker med psykiske lidelser som trenger kommunale helsetjenester.

Mennesker som trenger omfattende og godt koordinerte tjenester fra flere forskjellige instanser over tid, eller som ikke selv fullt ut er i stand til å hevde sine interesser, vil ha behov for at ulike kommunale tilbud planlegges i sammenheng. Dette gjelder både mennesker med langvarige alvorlige psykiske lidelser, en del psykisk utviklingshemmede og andre med sammensatte og omfattende funksjonshemninger. Det vil bli vurdert å innføre plikt til å utarbeide koordinerte og individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Departementet vil:
- *Utforme lovgivningen slik at kommunene får eneansvaret for varige pleie- og omsorgstjenester til personer med psykiske lidelser.*
- *Vurdere å innføre en lovpålagt plikt for kommunene til å utarbeide koordinerte og individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester.*

3.3.2 Finansiering av kommunale tjenester

Kommunale tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser inngår i de kommunale helse- og sosialtjenestenes generelle oppgaver, og er ikke skilt ut i egne etater eller organisatoriske enheter. Disse tjenestene finansieres gjennom rammetilskuddet fra staten og andre ubundne kommunale inntekter som skatter og avgifter m v. Mennesker med psykiske lidelser mottar kommunale tjenester fra mange forskjellige kommunale etater, og etatene fører ikke statistikk over hvor stor del av tjenesteproduksjonen som går til bestemte grupper. Det finnes derfor ikke kommunale regnskapstall som viser hvor stor del av de kommunale budsjettene som brukes til tjenester til mennesker med psykiske lidelser spesielt. Kommunenes ressursinnsats og utviklingen over tid lar seg derfor vanskelig beskrive med tall.

I tillegg til rammetilskuddet er det i budsjettårene 1995, 1996 og 1997 bevilget et øremerket tilskudd til tilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunene over statsbudsjettets kap 761 post 62. Tilskuddet var på
- 130 mill kr i 1995
- 270 mill kr i 1996
- 290 mill kr i 1997.

Tilskuddet er hovedsakelig fordelt til kommunene etter folketall. Departementet har ved rundskriv til kommunene lagt en rekke føringer på hvordan midlene skal nyttes. Hovedmålene med bevilgningen er

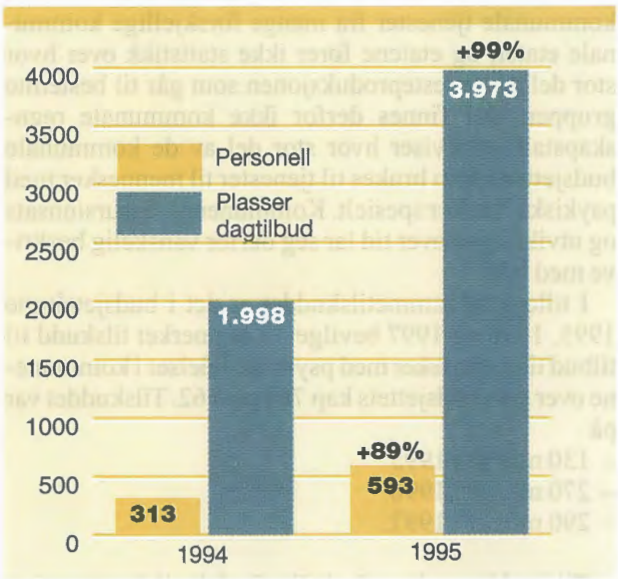
- å bidra til å opprette flere stillinger for personell som arbeider med tilbud til mennesker med psykiske lidelser
- å styrke den faglige kompetansen til kommunalt personell når det gjelder psykiske lidelser
- å bedre dagtilbud og aktivisering for mennesker med psykiske lidelser
- å få til et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten om tilbud til mennesker med psykiske lidelser
- å styrke samarbeidet mellom ulike etater om forebyggende tiltak for barn og unge.

Fra 1996 er det i tillegg vektlagt at kommunene bør bruke deler av midlene til

- å skaffe oversikt over behovene og *planlegge* tilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunen
- å gi bo-, aktivitets-, pleie- og omsorgstilbud til mennesker *som er innlagt i fylkeskommunale institusjoner,* men som etter faglige vurderinger vil få et bedre liv og bedre tjenestetilbud i kommunen.

Kommunene rapporterer hvert år til departementet for bruken av midlene. Til dette brukes et standardisert rapporteringsskjema som også inneholder en del spørsmål om kommunale tilbud til mennesker med psykiske lidelser generelt, uavhengig av om de er finansiert med midler fra det statlige øremerkede tilskuddet eller ved midler over det ordinære kommunale budsjettet.

Sosial- og helsedepartementet har innhentet og bearbeidet rapporter fra kommunene for bruken av de øremerkede midlene som ble tildelt kommunene i 1995 fra kap 761 post 62. Figur 3.1 er basert på rapportene og viser økningen fra 1994 til 1995 i antall stillinger i kommunene for personell som er særskilt utdannet for å arbeide med mennesker med psykiske lidelser, og økningen av antall dagtilbudsplasser.



Figur 3.1 Personell i kommunene særskilt utdannet for å arbeide med mennesker med psykiske lidelser, og antall dagtilbudsplasser i kommunene (Oslo unntatt).

I tillegg opplyste

- 52% av kommunene at det var innledet samarbeid med arbeidsmarkedsetaten om tilbud
- 86% hadde tilbud om støttekontakter til mennesker med psykiske lidelser
- 47% hadde særskilte boligtilbud.

I 1996 økte antall dagplasser videre til 853 (44 % vekst), og antall stillinger økte til 5.077 (28 % vekst). (I alle tallene er Oslo holdt utenfor.)

3.3.2.1 Departementets vurdering

Det har vært en kraftig økning i tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser etter at ordningen med øremerkede tilskudd til kommunene ble innført i 1995. Dette tyder på at de øremerkede tilskuddene brukes etter hensikten og at de er et egnet virkemiddel for å bygge opp tjenestetilbudene i kommunene. Øremerkede tilskudd til kommunene bør fortsatt ytes i noen år framover i en oppbyggingsperiode. Det foreslås dessuten å trappe opp det øremerkede tilskuddet til kommunene for at det også skal bidra til å sette kommunene i stand til å gi tilbud til pasienter i fylkeskommunale langtidsinstitusjoner som ikke trenger opphold i spesialisthelsetjenesten, jfr avsnitt 3.4.3.6.

På noen års sikt bør det øremerkede tilskuddet til kommunene legges inn i inntektsystemets rammetilskudd.

Departementet foreslår:

– *Å videreføre og øke det øremerkede tilskuddet til kommunene til tjenester til mennesker med psykiske lidelser. På lengre sikt legges tilskuddet inn i inntektsystemets rammetilskudd.*

3.3.3 Planlegging og organisering av kommunale tjenester

En målsetning i rundskrivet fra departementet til kommunene har vært å få disse til å legge planer for tilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Dette har i liten grad skjedd tidligere. En undersøkelse foretatt av foreningen Mental helse i 1992 viste at bare 25 kommuner (6%) hadde egne planer for tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Rapporteringen fra kommunene til departementet for 1995 viste at i dette året hadde

- 114 kommuner eller 26% *vedtatte planer* for slike tjenestetilbud
- 26 kommuner eller 6% hadde *ferdig utkast til plan,* og
- 224 kommuner eller 51% *var i gang med planarbeidet.*

Tilsammen hadde altså 364 kommuner eller 84% enten en vedtatt plan, utkast til plan eller plan under arbeid.

Hva slags tjenester kommunene yter til mennesker med psykiske lidelser og omfanget av disse finnes det lite statistikk for utover det som er rapportert til departementet i forbindelse med det øremerkede tilskuddet, jfr foregående avsnitt.

Godt koordinerte tjenester fra kommuner og fylkeskommuner nødvendiggjør felles planlegging. Det vises til avsnitt 3.7 for nærmere omtale av dette, hvor bl a planleggingsverktøyet «Helhetlig psykiatriplanlegging» er beskrevet.

Kommunenes Sentralforbund og foreningen Mental Helse Norge har sammen utarbeidet en håndbok i kommunal planlegging av tiltak for mennesker med psykiske lidelser, se Boks 3.2.

Boks 3.2
«Snu på flisa» Håndbok i kommunal planlegging av tiltak for mennesker med psykiske lidelser

Håndboka er resultat av et samarbeid mellom Mental Helse Norge og Kommunenes Sentralforbund. Den sikter mot praktisk planlegging i kommunene med utgangspunkt i et brukerorientert perspektiv. Bakgrunnen er bl a de øremerkede statlige tilskuddene som fordeles til kommunene til tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. Boka beskriver ansvarsfordelingen mellom kommuner og fylkeskommuner, og de ulike trinnene i den kommunale planprosessen. Boka ble sendt landets kommuner høsten 1996.

Sosial- og helsedepartementet har bidratt til utviklingsarbeid gjennom to programmer for forsøksvirksomhet, *«Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse»* og *«Moderniserings- og effektiviseringsprogrammet»* som bl a omfatter tilgjengelighetsprosjektene.

Ett viktig perspektiv i dette utviklingsarbeidet har vært å styrke medvirkningen fra de som bruker tjenestene og de pårørende. Forholdene må legges særskilt til rette for brukermedvirkning i tjenesteapparatet. I Sosial- og helsedepartementets temahefter *Sammen er vi sterkere (Om brukermedvirkning for mennesker med psykiske lidelser) og Utskrevet til mor (Pårørende til mennesker med psykiske lidelser)* belyses erfaringer fra forsøksprosjekter som har satt brukere og pårørende i fokus. Brukernes innflytelse er nærmere drøftet i kap 2.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser vil ofte ha behov for hjelp fra mange instanser. Departementet har støttet forsøk i en del kommuner som har tatt sikte på å øke samarbeidet mellom ulike kommunale instanser for å samordne tilbud og gjøre hjelpen lettere tilgjengelig. Forsøkene er beskrevet i temaheftet *«Samarbeid over grensene» (Organisering av omsorg for mennesker med psykiske lidelser),* utgitt av departementet. Noen av forsøkskommunene har etablert tverrfaglige grupper som tar imot henvendelser og arbeider for å fange opp mennesker i livskriser eller med begynnende eller etablerte psykiske lidelser.

Departementet har også støttet forsøksprosjekter der spesialisthelsetjenesten har drevet opplysningsvirksomhet og veiledning for brukere, pårørende og hjelpere, og for fagfolk i kommunens ulike etater, f eks i form av et ambulerende «kriseteam». Forsøkene er beskrevet i departementets temahefte *«Hjelp! Om førstehjelp ved psykiske lidelser».*

3.3.3.1 Departementets vurdering

Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår. En undersøkelse i Nordland (Lofoten) fant følgende kjennetegn ved personer med langvarige psykiske lidelser:

- dårlige materielle levevilkår (bolig, økonomi, sysselsetting)
- svært dårlige psykososiale levekår (sosialt isolert, ingen sosiale relasjoner utover evt familie og hjelpeapparatet)
- en slags «posisjonsløshet» eller «identitetsmessig tomrom».

På spørsmål til landets helse- og sosialsjefer om hvilke grupper av hjelpetrengende som har det vanskeligst idag, svarte nær 90 % at dette gjaldt mennesker med psykiske lidelser.

Et liknende bilde er kommet fram i en undersøkelse som pågår i regi av NOVA-Norsk gerontologisk institutt.

Antall mennesker med psykiske lidelser som trenger noe bistand fra kommunale helse- og sosialtjenester er stort. Langt de fleste trenger imidlertid bistand i begrenset omfang. Den gruppen som særlig har behov for planlagte og koordinerte tjenester kjennetegnes av:

1) Varighet: Personer som trenger tjenester over lang tid.
2) Koordinering: Personer som trenger koordinerte tjenester fra flere etater; kommunale, fylkeskommunale og evt statlige.
3) Personer som ikke selv fullt ut er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, ved aktivt å etterspørre og oppsøke tjenesteytere.

Personer som kommer inn under disse tre kriteriene trenger særskilt oppmerksomhet og særskilte tiltak fra kommunene.

I en kartleggingsundersøkelse i Trondheim ble den gruppen som anses for å trenge omfattende og koordinerte kommunale tjenester på et slikt grunnlag funnet

å omfatte 507 voksne over 18 år. På landsbasis vil dette tilsvare ca 13.000 mennesker.

Organisering av tjenester til mennesker med psykiske lidelser må nødvendigvis variere sterkt med kommunenes størrelse og geografi. Store kommuner kan ha mer differensierte deltjenester med flere forskjellige yrkesgrupper, mens i mindre kommuner må kanskje en og samme fagperson dekke flere forskjellige typer av tilbud. De fleste kommuner bortsett fra de aller minste bør kunne ha tilsatt psykiatrisk sykepleier eller andre med høgskoleutdanning og relevant videreutdanning. Tett befolkede kommuner med gode kommunikasjoner kan samle tjenestene et eller noen få steder, mens spredtbygde strøk må satse mer på reisende personell. Men målsetningen for all kommunal planlegging for gruppen må være å utvikle tiltak og tjenester som i størst mulig grad integrerer mennesker med psykiske lidelser i det vanlige livet i nærmiljøet, bedrer livskvaliteten og bidrar til en mest mulig selvstendig og selvhjulpen tilværelse. Selv om forholdene i norske kommuner er svært forskjellige, må i alle tilfeller kommunene ta hensyn til behovene til mennesker med psykiske lidelser i sin planlegging av tjenestetilbudene. Kommunene bør også legge forholdene tilrette slik at brukerne kan trekkes med i planleggingen av tjenestetilbudene.

Det øremerkede statlige tilskuddet til kommunene (jfr 3.3.2) skal styrke tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser i kommunene, og brukes også til kommunal planlegging av slike tilbud. Alle kommuner bør ha slike planer, og det vurderes å stille krav om plan som vilkår for å tildele midler til den enkelte kommune.

Det er behov for bedre statistikk som viser omfang og typer av kommunale tilbud, hvordan disse er organisert, hvordan de fungerer for brukerne og hvordan de utvikler seg over tid. Departementets oppfølging av kommunenes arbeid med å styrke tilbudene vil bli intensivert.

Departementet foreslår:

- *Å videreføre støtten til kommunal planlegging av tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser gjennom det øremerkede tilskuddet til kommunene, og vurdere å stille krav om plan som et vilkår for å tildele midler.*
- *Å utvikle statistikk som viser typer og omfang av tjenester til mennesker med psykiske lidelser i kommunene.*
- *Å sette i gang undersøkelser som viser hvordan brukerne bedømmer de kommunale tilbudene.*
- *Å videreføre arbeidet med å heve den faglige kompetansen i de kommunale helse- og sosialtjenestene når det gjelder psykiske lidelser (jfr kap 7).*

3.3.4 Tjenester til mennesker med psykiske lidelser som kommunene har ansvar for

De fleste av de generelle helse- og sosialtjenestene som kommunene yter til sine innbyggere er viktige også for mennesker med psykiske lidelser, men tjenestetilbudene vil kunne trenge visse tilpasninger for å dekke denne målgruppens behov. Det er også behov for nye tiltak.

Allmenn helse- og sosialtjeneste representerer både inngangsport og avtakerapparat for spesialisert psykiatrisk behandling. En stor del av befolkningen har psykiske lidelser eller psykososiale problemer av ulik alvorlighetsgrad (jfr kap 1). De fleste av disse har kontakt med kommunale helse- og sosialtjenester. Også mange pasienter med alvorlige lidelser vil helt eller delvis få sine behandlingstilbud i kommunal sammenheng mesteparten av den tiden de trenger offentlig hjelp.

Følgende typer av kommunale tjenester er særlig av betydning for mennesker med psykiske lidelser:

- Allmennlegetjeneste
- Støtte til barn og barnefamilier
- Boliger
- Bistand i bolig
- Boform for heldøgns omsorg og pleie
- Støttekontakter
- Fritidsaktiviteter - kultur og helse
- Dagsenter
- Opplæring
- Arbeid

3.3.4.1 Allmennlegetjeneste

Allmennlegene har viktige funksjoner i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Det gjelder både mennesker i livskriser som trenger hjelp til å bearbeide reaksjoner slik at de ikke utvikler seg i alvorligere retning, mennesker med nervøse lidelser som trenger støtte, oppfølging og bearbeiding av problemene over en viss tid, og mennesker med mere alvorlige psykiske lidelser der allmennlegen ofte må gjøre den første vurderingen og eventuelt henvise videre. Mennesker med langvarige alvorlige sinnslidelser har et særlig behov for fast og stabil legekontakt som varer over tid. Ved jevnlig legekontakt vil f eks perioder med forverring kunne oppdages og gis behandling før krisen blir akutt med behov for innleggelse. Medisinering av kroniske psykiatriske pasienter vil vanligvis kunne ivaretas av allmennlege med nødvendig konsultasjon fra spesialisthelsetjenesten etter behov. Støtte til pårørende og å ta imot pårørende som ønsker konsultasjon pga sine problemer er også en viktig oppgave for allmennlegene.

Departementet har støttet forsøk med fastlegeordning i fire kommuner. I store trekk har det vist seg at denne ordningen har fungert godt for mennesker med psykiske lidelser da den gir bedre grunnlag for kontinuitet i pasient-lege forholdet. Forsøkene er beskrevet i departementets hefte «Hjelp! Førstehjelp ved psykis-

ke lidelser». I *St meld nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen* har Regjeringen lagt fram forslag om fastlegeordning, og det vises til denne.

Det er viktig at allmennlegen kjenner igjen og fanger opp tidlige tegn på psykose, så slike pasienter kan henvises til spesialisthelsetjenesten så tidlig som mulig. I det såkalte «TIPS-prosjektet» i Rogaland drives det systematisk opplæring av allmennleger for å sette dem bedre i stand til å oppdage tidlige tegn på psykoser («TIPS» står for «tidlig intervensjon ved psykose»). Prosjektet er nærmere beskrevet i boks 7.1 i kap. 7.

Pasienter med psykiatriske symptomer eller psykososiale problemer utgjør en stor andel av allmennlegenes pasienter. 10-20% av pasientene hos allmennlegene har psykiske lidelser. Allmennlegene henviser årlig 2-3 % av befolkningen til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Til sammenlikning blir bare ca 0,7 % av befolkningen innlagt i psykiatrisk institusjon i løpet av et år.

I en rapport fra SINTEF/NIS september 1995 ("Fra mitt ståsted. Allmennleger om tilbud, samarbeid og ansvarsdeling i psykiatrien») pekes det på at allmennlegenes tilbud er av vesentlig betydning for behandlingstilbudet til psykiatriske pasienter. Kvaliteten av legenes tilbud er bl a spørsmål om å ha tid nok til psykiatriske pasienter, og erfaring og kompetanse. Psykiatriske pasienter krever mer tid enn tradisjonelle somatiske pasienter. I den nevnte undersøkelsen framhevet svært mange allmennleger tidspress som en begrensende faktor. Med stor pågang av pasienter blir de psykiatriske pasientene lett skadelidende i kampen om legens tid.

3.3.4.2 Støtte til barn og barnefamilier

Støtte til barnefamilier er viktig for å forebygge skjevutvikling, problemer og psykiske lidelser hos barn. Helsestasjonene står sentralt i å fange opp begynnende problemutvikling, rådgi foreldrene og eventuelt henvise til mer spesialisert oppfølging. Skolehelsetjenesten har en tilsvarende funksjon for barn i skolealder. Pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste (PP-tjenesten) gir både psykologisk og spesialpedagogisk hjelp til barn i barnehager, grunnskolen og videregående skole. Barnevernet yter en rekke hjelpetiltak som å opprette støttekontakt, skaffe barnehageplass eller avlastningstiltak i hjemmet, yter økonomisk stønad, og fremmer saker om omsorgsovertakelse når det er nødvendig. Fritidsklubber og oppsøkende virksomhet utgjør viktige forebyggende tilbud, særlig for ungdom.

Det er i gang en rekke prosjekter som tar sikte på å styrke tilbudene i kommunene til barn og barnefamilier når det gjelder barns utvikling og psykiske helse. Barne- og familiedepartementet driver et *foreldreveiledningsprogram* i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet. Helsetilsynet driver et utviklingsprosjekt rettet mot helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Sosial- og helsedepartementet driver *Aksjonsprogrammet for barn og helse.*

3.3.4.3 Boliger

Kommunene har ikke plikt til å skaffe boliger, men sosialtjenestelovens § 3-4 sier at sosialtjenesten skal medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet bl a pga funksjonshemning. Psykiatriske pasienter som har vært mange år i institusjon har ofte ikke egen bolig, og heller ikke familie som de kan vende tilbake til. Andre kan ha mistet boligen i en krisesituasjon der de ikke har maktet å ivareta sine interesser. Hjelp til å skaffe bolig vil være helt nødvendig for at pasienter skal kunne skrives ut fra institusjon når institusjonsopphold ikke lenger er nødvendig, og også for andre som trenger bolig for å kunne etablere en trygg og selvstendig tilværelse. I de senere år er det etablert gunstige støtteordninger til såkalte omsorgsboliger. En omsorgsbolig er en særskilt tilrettelagt bolig som disponeres av kommunen, men boligene kan organiseres i borettslag eller sameie med beboerne som eiere. Nye omsorgsboliger fullfinansieres av Husbanken med lån og tilskudd. For at en kommune skal kunne få støtte kreves det at det er lagt til rette for heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Beboerne i omsorgsboliger betaler husleie på vanlig måte, men mange av dem vil ha krav på bostøtte.

3.3.4.4 Bistand i bolig

Mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser vil ofte trenge bistand i hjemmet. De er vanligvis ikke fysisk pleietrengende, men vil kunne trenge menneskelig kontakt og aktivisering. Videre trengs ofte hjelp til å lære dagliglivets rutiner, og til å opprettholde alminnelig bostandard (bistand fra hjemmehjelp eller andre til å lære og få utført renhold, vedlikehold, osv). Personalet som skal yte hjemmebaserte tjenester til mennesker med psykiske lidelser trenger kunnskaper og gjennomarbeidede holdninger i forhold til oppgavene. For å bidra til å møte opplæringsbehovet særlig for denne gruppen ansatte i kommunene, har Helsetilsynet utviklet en undervisningspakke i samarbeid med Norsk Fjernundervisning, se boks 7.3 i kap 7.

3.2.4.5 Boform for heldøgns pleie og omsorg (sykehjem)

En del pasienter med psykiske lidelser er gamle og pleietrengende og trenger kommunal plass i sykehjem eller annen boform for heldøgns pleie og omsorg etter kommunehelsetjenesteloven, på linje med andre eldre pleietrengende pasienter. Dette gjelder både pasienter som tidligere har hatt lange opphold i psykiatriske institusjoner, og hjemmeboende som utvikler psykiske lidelser når de blir eldre. Kommunale sykehjem har ofte egne skjermede enheter for urolige aldersdemente, men ikke spesielt utviklede tilbud for eldre med andre typer psykiske lidelser.

3.3.4.6 Støttekontakter

Tilbud om støttekontakt er viktig for mennesker som har problemer med å leve et vanlig aktivt liv og fungere tilfredsstillende i dagliglivet og i forhold til andre mennesker. Støttekontakten skal ikke være en profesjonell hjelper, men et vanlig medmenneske som gir kontakt og støtte og bidrar til aktivisering og sosial trening, og hjelper til med å knytte kontakter til miljøer, personer og aktiviteter som passer for tjenestebrukeren. Rådet for funksjonshemmede har tatt opp spørsmålet om støttekontakter, og har arrangert konferanser i alle fylker for å stimulere kommunene til å utvikle støttekontaktvirksomheten. Undervisningsmaterialet fra Norsk Fjernundervisning for kommunene (se avsnitt 3.3.4.4) omhandler også støttekontaktvirksomhet. Frivillige organisasjoner kan trekkes med i arbeidet med å rekruttere støttekontaker, og kommunene kan bl a yte økonomiske støtte til organisasjonene for å gi disse mulighet til å drive slik virksomhet.

3.3.4.7 Fritidsaktiviteter - Kultur og helse

I alle kommuner foregår det mange forskjellige fritidsaktiviteter, i regi av kommunen, frivillige organisasjoner eller uformelle grupper. Det gjelder kultur, musikk, idrett og foreningsliv. Disse aktivitetene som er rettet mot alle slags mennesker vil ofte kunne være særlig betydningsfulle for mennesker som trenger hjelp til å fungere sosialt. Departementet har i 1996 igangsatt lokal forsøksvirksomhet for å få mer kunnskap om hvordan helse- og sosialsektoren i samarbeid med kultursektoren kan ta i bruk kulturelle virkemidler for å mobilisere folks ressurser, og øke deltakelsen i lokalsamfunnet. Særlig gis det støtte til forsøksaktivitet i kommuner som ønsker å integrere folk med psykiske problemer i kulturaktiviteter som også er åpne for andre i lokalmiljøet.

3.3.4.8 Dagsenter og aktivitetstilbud

Mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser som er falt ut av arbeidslivet og lever på trygd vil ofte trenge ulike aktiviseringstilbud på dagtid. Mange kommuner har aktivitetssentre for eldre. En del kommuner har opprettet tilsvarende tilbud for mennesker med psykiske lidelser som ikke er i arbeid og som trenger aktivisering på dagtid.

I ulike prosjekter er det skapt møteplasser rundt en eller annen form for aktivitet der både brukere og andre i lokalsamfunnet deltar på lik linje. Det er holdt kurs i billedkunst med etterfølgende produksjon av gjenstander for utstillinger og salg. Andre eksempler er rammeverksted, malerstue, sykkelverksted og ulike former for gruppevirksomhet. Erfaringene viser at møteplassene gir grunnlag for selvhjelp og gjensidig støtte, samt bidrar til å gjøre avstanden mellom brukerne og omverdenen mindre. Noen av stedene har brukerne selv etterhvert overtatt ansvaret.

Boks 3.3
Skoleringsprosjektet i Lofoten

drives av Folkeuniversitetet i Svolvær. Prosjektet tar sikte på å kvalifisere mennesker med psykiske lidelser og psykososiale problemer til arbeidslivet med en kombinasjon av skolegang, rehabilitering og yrkesmessig attføring. Prosjektet er organisert som et samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren i Vågan kommune og Nordland fylkeskommune, og er lagt til Kabelvåg videregående skole. Både sosialkontor, skolesjef i kommune og fylkeskommune, arbeidskontor, trygdekontor, psykiatrisk poliklinikk, og lokallaget av Mental helse har deltatt i prosjektet.

En driftsmodell er at ansvar for budsjett og daglig drift plasseres i kommunen, mens et brukerstyre bestemmer hvordan tilbudene skal være («eldresentermodellen»). En annen er at brukeorganisasjoner får midler til å etablere og drive tilbudet.

3.3.4.9 Utdanning og opplæring

Etter grunnskoleloven har kommunene ansvar for undervisning i grunnskolen, inkludert spesielt tilrettelagt opplæring for elever som trenger det, og for pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste. Barn med psykiske lidelser og problemer vil ofte trenge spesialundervisning og rådgivningstjenester, og disse tjenestene må når det er nødvendig være koordinert med barnevernstjenester og helse- og sosialtjenester. Mange voksne med mer alvorlige psykiske lidelser som har vart over tid har ufullstendig skolegang. Gjennom voksenopplæringsloven har kommunene ansvar for å gi grunnskoleopplæring for voksne. Voksne med særlige behov for spesialundervisning på grunnskolens område har med hjemmel i voksenopplæringsloven rett til slik opplæring. Muligheten til utdanning og opplæring generelt vil bli styrket med den planlagte etter- og videreutdanningsreformen, som har «livslang læring» som perspektiv. Et offentlig utvalg («Buer-utvalget») er nedsatt for å utrede spørsmål vedrørende etter- og videreutdanning, og skal etter planen avgi innstilling høsten 1997.

Utdanning og opplæring er viktig både som meningsfull aktivitet, for å øke kunnskaper og mestring generelt, og for å realisere ulike mål som den enkelte har i livet. Tilpasset opplæring kan også være avgjørende for å kunne etablere seg i arbeidslivet.

3.3.4.10 Arbeid

Tilbud om ordinært eller særskilt tilrettelagt arbeid på hel- eller deltid kan i mange tilfeller være avgjørende

viktig for å bedre funksjonsevnen og livskvaliteten til mennesker med psykiske lidelser. *Den statlige arbeidsmarkedsetaten* har som oppgave å formidle personer med spesielle behov til ledige stillinger på linje med andre arbeidstakere. Arbeidsmarkedsetaten finansierer en rekke særskilte tiltak for grupper med spesielle problemer som vanskelig får innpass på det ordinære arbeidsmarkedet (yrkeshemmede arbeidssøkere). Arbeidsmarkedsetatens ulike tilbud er nærmere beskrevet i avsnitt 3.6. *Kommunene* kan opprette eller bidra til å finne fram til arbeidsplasser og legge disse særskilt tilrette. Kommunene driver en del *bedrifter med tilskudd fra arbeidsmarkedsetaten* som gir tilbud om *vernet arbeid,* ofte som et interkommunalt samarbeid. «*Varig vernede arbeidsplasser*» er enkeltarbeidsplasser i offentlig virksomhet, og kommunene kan opprette slike arbeidsplasser i egne etater etter behov. «*Arbeid med bistand*» er basert på arbeidsplasser i det ordinære arbeidslivet, der en yrkeshemmet arbeidssøker får særskilt hjelp til å fungere. «*Arbeidsforberedende trening*» er særskilte opplegg for å trene arbeidssøkeren til mer ordinært arbeid på sikt. I tillegg til at kommunene har viktige oppgaver med å bidra til å etablere arbeidsplasser, kreves det særskilt innsats fra den kommunale helse- og sosialtjenesten for å bidra med tjenester som er nødvendige for å få den yrkeshemmede til å fungere i arbeid eller under opptrening.

3.3.4.11 Departementets vurdering

Allmennlegetjenesten som ressurs for psykiatrisk behandling kan utnyttes langt bedre. For å få dette til må samarbeidet mellom allmennlegen og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten bli bedre. Diagnostikk og spesialistbehandling av psykiske lidelser må være psykiatriens hovedansvar, henvisning og rehabilitering er allmennlegens hovedansvar. Allmennlegen må i samarbeid med spesialisthelsetjenesten avgjøre når psykiatrisk behandling er nødvendig, og må ha et kontinuerlig oppfølgings- og koordineringsansvar for pasienten. Ved utskrivning fra psykiatrisk institusjon må allmennlegene trekkes med i planleggingen av videre oppfølging for pasienten på et tidlig tidspunkt. Videre må allmennlegene ha et ansvar for å følge med i og eventuelt påpeke mangler og svakheter i det kommunale tilbudet til denne gruppen som helhet.

For å øke allmennlegenes kompetanse når det gjelder psykiske lidelser bør utdanningstilbudene styrkes. Dette gjelder både grunnutdanningen i medisin, og videre- og etterutdanningen for allmennleger.

Det er også viktig at allmennlegene har en arbeidssituasjon som gir tilstrekkelig tid, ro og kontinuitet til å arbeide med psykiatriske pasienter. Disse krever ofte mer tid enn andre pasienter. Det er viktig at legekontakten er stabil og at legen får bred kjennskap til hele pasientens livssituasjon og opparbeider tillit over tid. Av disse grunner er fastlegeordningen gunstig for mennesker med psykiske lidelser. Det vises til *St meld nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten og fastlegeordningen,* der fastlegeordningen foreslås og beskrives nærmere. I tillegg er det viktig at spesialisthelsetjenestens veiledning overfor allmennlegene styrkes.

Støtte til barn og barnefamilier. Det er viktig at kommunale instanser som yter hjelp og støtte til barn og barnefamilier har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder barn og unges psykiske utvikling og helse, slik at faresignaler og begynnende problemutvikling kan fanges opp tidlig. Slik kompetanse er en forutsetning for å få satt inn egnede tiltak, og få trukket inn samarbeidspartnere innen andre kommunale og fylkeskommunale etater etter behov. Dessverre blir begynnende problemutvikling for ofte oversett, slik at tiltak settes inn for sent og i utilstrekkelig omfang. Det er behov for bedre kompetanse i kommunale etater når det gjelder barns utvikling og psykiske helse, og behov for bedre samarbeid mellom kommunale og fylkeskommunale etater.

Boliger. Husbankens støtteordning for omsorgsboliger til funksjonshemmede er meget gunstig, og er velegnet også når det gjelder å finansiere kommunale boliger for mennesker med kroniske psykiske lidelser som trenger vernede boliger og kommunale hjemmebaserte tjenester. Det er mulig at det ikke er tilstrekkelig kjent i kommunene at ordningen med omsorgsboliger kan nyttes for å skaffe boliger til denne gruppen. For en del psykiatriske pasienter vil den beste boformen være en eller annen form av bokollektiv, bofellesskap eller omsorgsbolig med spesielt tilrettelagte tjenester.

De kommunale tjenestene som yter *hjemmebasert bistand* og omsorg trenger kunnskaper om de særlige behovene til mennesker med psykiske lidelser. Undervisningsmaterialet fra Helsetilsynet og Norsk Fjernundervisning er særlig utviklet med tanke på personell i hjemmebaserte tjenester. Departementet vil følge med i hvordan det utgitte undervisningsmaterialet tas i bruk i kommunene, og evaluere virkningene for personalets kompetanse og kvaliteten av tjenester. På grunnlag av evalueringen vil materialet bli revidert og videreutviklet.

De kommunale sykehjemmene bør betraktes som allmenne helseinstitusjoner med tilbud til mennesker med ulike lidelser, ikke bare somatiske. Fysisk skrøpelighet og mentale lidelser og problemer går ofte sammen. Mange eldre psykiatriske pasienter vil ha pleiebehov som er svært like dem som de vanlige kommunale sykehjemspasientene har, og ingen må nektes f eks sykehjemsplass ut fra en begrunnelse om at pasienten har en psykisk lidelse. Men enkelte vil ha såpass avvikende adferd eller mangelfull kontaktevne at de trenger spesielt tilrettelagte tilbud.

Pasienter som idag har tilbud i fylkeskommunale psykiatriske sykehjem og privatpleie er langt yngre enn pasienter i kommunale sykehjem eller boformer. Hele 63 % av de psykiatriske sykehjemspasientene var ved pasienttellingen i 1994 under 70 år, og tilsvarende tall for de privatforpleide var 55 %. For en del psykia-

triske pasienter som trenger heldøgns omsorg og pleie bør det derfor utvikles egne boformer tilpasset disse pasientenes behov og livssituasjon. For særlig krevende pasienter kan det være aktuelt med interkommunale løsninger. Departementet vil utgi faglig veiledningsmateriell som gir råd om hvordan boformer for heldøgns pleie og omsorg bør tilpasses pasienter med ulike typer psykiske lidelser.

Kommunene bør øke omfanget av *støttekontaktvirksomhet,* og arrangere kurs og veiledning for støttekontakter for at disse skal kunne gjøre best mulig arbeid. Frivillige organisasjoner bør tilbys å delta i virksomheten, eventuelt med økonomisk støtte fra kommunen. Disse organisasjonene kan brukes til å rekruttere støttekontakter, og representerer et meget verdifullt nettverk når det gjelder å trekke brukere med i ulike typer av *fritidsaktiviteter* og *kulturtilbud.* Støttekontaktvirksomheten bør kunne finansieres bl a ved de statlige øremerkede tilskuddene til kommunene. Det vurderes ikke å være nødvendig å sette i gang særskilte statlige tiltak utover de som er gjennomført. Departementet vil videreføre støtten til lokal forsøksvirksomhet innen «Kultur og helse».

Departementet foreslår:

- *Å gå gjennom legenes grunnutdanning med sikte på å styrke legenes kompetanse når det gjelder å gi tilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunal sammenheng (jfr kap 7).*
- *Å styrke tilbudene om etter- og videreutdanning for allmennleger, når det gjelder psykiske lidelser (jfr kap 7).*
- *Å utvikle et etterutdanningsprogram om barns psykiske utvikling og helse, og betydningen av tidlige og godt koordinerte tiltak, for personell i kommunene.*
- *Å videreføre statlige tilskuddsordninger for utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser i kommunene.*
- *Å sende informasjon til kommunene om Husbankens støtteordninger, og utarbeide veiledningsmateriell om utforming av ulike typer vernede boliger til mennesker med psykiske lidelser.*
- *Å gi ut faglig veiledningsmateriell til kommunene om hvordan boformer for heldøgns pleie og omsorg kan tilpasses pasienter med ulike typer psykiske lidelser*
- *Å evaluere erfaringene med undervisningsmaterialet som er utgitt av Helsetilsynet og Norsk Fjernundervisning for kommunalt personell, og utvikle materialet videre.*
- *Å videreføre støtten til lokale forsøk innen «Kultur og helse»*

Det vil bl a være avhengig av kommunens størrelse og geografi om det er aktuelt med et eller flere egne dagsentre for mennesker med psykiske lidelser, eller om disse kan gis tilbud innenfor rammen av dagsentre for andre grupper. Ved pasienttellingen i 1994 var 18 % av pasientene i psykiatriske sykehjem dagpasienter. En del av disse pasientene bør kunne få tilbud fra kommunale dagsentre. Dagsentre bør kunne finansieres bl a ved de statlige øremerkede tilskuddene til kommunene.

Kommunene bør kartlegge behovet for voksenopplæring, med særlig tanke på å fange opp mennesker som har fått ufullstendig utdanning på grunn av psykiske lidelser, og tilby voksenopplæring til disse. Skolegang, rehabilitering, aktivisering, attføring og tilrettelegging av tilpassede arbeidsplasser bør sees i sammenheng, og kommunale og fylkeskommunale etater bør samarbeide om å gi tilbud.

3.4 FYLKESKOMMUNALE TJENESTER

3.4.1 Lovgrunnlag

Fylkeskommunens plikt til å drive psykisk helsevern er hjemlet i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. I lovens § 2 første ledd heter det: «Enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, oppføring og drift av institusjoner som nevnt i § 1 slik at befolkningen innen området kan få det nødvendige psykiske helsevern». De institusjoner som det er henvist til og som er nevnt i lovens § 1 er psykiatrisk sykehus, psykiatrisk klinikk og poliklinikk, psykiatrisk institusjon for barn og ungdom, psykiatrisk daginstitusjon og ettervernshjem, psykiatrisk sykehjem, annen psykiatrisk institusjon, og psykiatrisk vern i privat forpleiningssted.

Loven må ikke forstås slik at hver fylkeskommune har plikt til å ha alle disse institusjonstypene, men at de viktigste funksjonene som institusjonene skal ivareta er dekket. Det viktige er at «befolkningen innen området kan få det nødvendige psykiske helsevern», og fylkeskommunene har stor frihet til å utforme tjenestetilbudet. Oppregningen av institusjonstypene i lovens § 1 er sterkt preget av institusjonstilbudene og den faglige tenkningen på den tiden da loven ble til. Etter den tid har det vært en sterk omlegging av tjenestetilbudene, og det er til dels utviklet nye institusjonstyper.

I 1982 ble det foreslått å samle sykehusloven og de administrative bestemmelsene i lov om psykisk helsevern i en felles lov om spesialisthelsetjenester for å motvirke psykisk helseverns karakter av særomsorg, og bidra til å få integrert psykiatrien i helsevesenet forøvrig, jfr *NOU 1982:10 Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene mv. NOU 1991:7 Spesialisthelsetjenesten mm* fulgte opp forslaget med et fullstendig utkast til en slik ny felles lov, og i *St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring* varslet Regjeringen at den ville fremme lovforslag for Stortinget. Et utkast til lov vil bli sendt på høring sommeren 1997.

Tvangsbestemmelsene i dagens lov om psykisk helsevern vil bli foreslått videreført med en del endringer i en egen *lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern.* Også utkast til denne loven sendes på høring sommeren 1997.

Departementet tar videre sikte på å fremme en generell lov om pasientrettigheter, som også sendes på høring sommeren 1997. I denne loven vil det fremmes forslag om rett til nødvendig helsehjelp, rett til informasjon mv som vil kunne få særlig betydning for mennesker under psykisk helsevern.

3.4.1.1 Departementets vurdering

Departementet anser det som viktig å se utkastene til lov om spesialisthelsetjeneste, lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern og lov om pasientrettigheter i sammenheng.

I den nye loven om spesialisthelsetjenester vil det ikke bli foreslått en spesifisert oppregning av bestemte institusjonstyper som fylkeskommunene skal ha ansvar for. Det sentrale er fylkeskommunens ansvar for *spesialisthelsetjenester,* både i og utenfor institusjon. Det har vært en viktig målsetting i helsepolitikken i mange år å gjøre psykisk helsevern mindre institusjonsbasert, og det er da uheldig med en lovtekst som i så stor grad som i dagens lov legger vekt på fylkeskommunenes ansvar for *institusjoner* heller enn hvilke funksjoner og tjenester som bør være dekket.

Det er også uheldig å lovfeste hvilke institusjons*typer* som psykisk helsevern skal bestå av, da dette kan virke konserverende og legge føringer på fylkeskommunene som bidrar til å hindre utviklingen av nye tjenestetilbud i takt med behovene og den faglige utviklingen.

Av disse grunner foreslås det at den nye *loven om spesialisthelsetjenester* skal hjemle fylkeskommunenes ansvar for psykiatriske institusjoner og spesialisthelsetjenester generelt, uten å nevne bestemte institusjonstyper. Statens behov for å påvirke utformingen av tjenestetilbudet i hensiktsmessig retning kan ivaretas på andre måter enn ved en oppregning av institusjonstypene i loven. Det kan skje gjennom godkjenning av regionale helseplaner, jfr. *St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. En annen mulighet som kan være aktuell er å gi forskrifter for visse institusjonstyper, samt å utgi faglig veiledningsmateriell som er rådgivende for hvordan tjenestetilbudene bør utvikles.

I dagens lov om psykisk helsevern er adgangen til å foreta tvangsinnleggelser, med unntak av observasjonsopphold på inntil tre uker, begrenset til å gjelde i *sykehus.* I lovutkastet vil det bli foreslått at tvunget psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i *institusjon som er særskilt godkjent for formålet.* I motsetning til det som gjelder i dagens lov der tvangsinnleggelse kan skje i alle sykehus men ikke i andre institusjonstyper, vil det bli foreslått at den enkelte institusjon uavhengig av type må godkjennes særskilt for å kunne motta pasienter under tvungen omsorg. Når en institusjon søkes godkjent for et slikt formål bør det skje en konkret vurdering av faglig og materiell standard ved institusjonen, for å sikre at den er i stand til å yte tilfredsstillende behandling og omsorg. For å videreføre erfaringer som er gjort med dagens ettervernsordning tar departementet sikte på å fremme forslag til regler om tvunget psykisk helsevern utenfor institusjon. Hensikten er at tvunget psykisk helsevern bedre skal kunne tilpasses den enkelte pasients behov, slik at tiltakene ikke blir mer omfattende enn nødvendig. I proposisjonen om *lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern* vil departementet komme tilbake til forslag til regler om etablering av tvunget psykisk helsevern, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler i akuttsituasjoner i institusjoner.

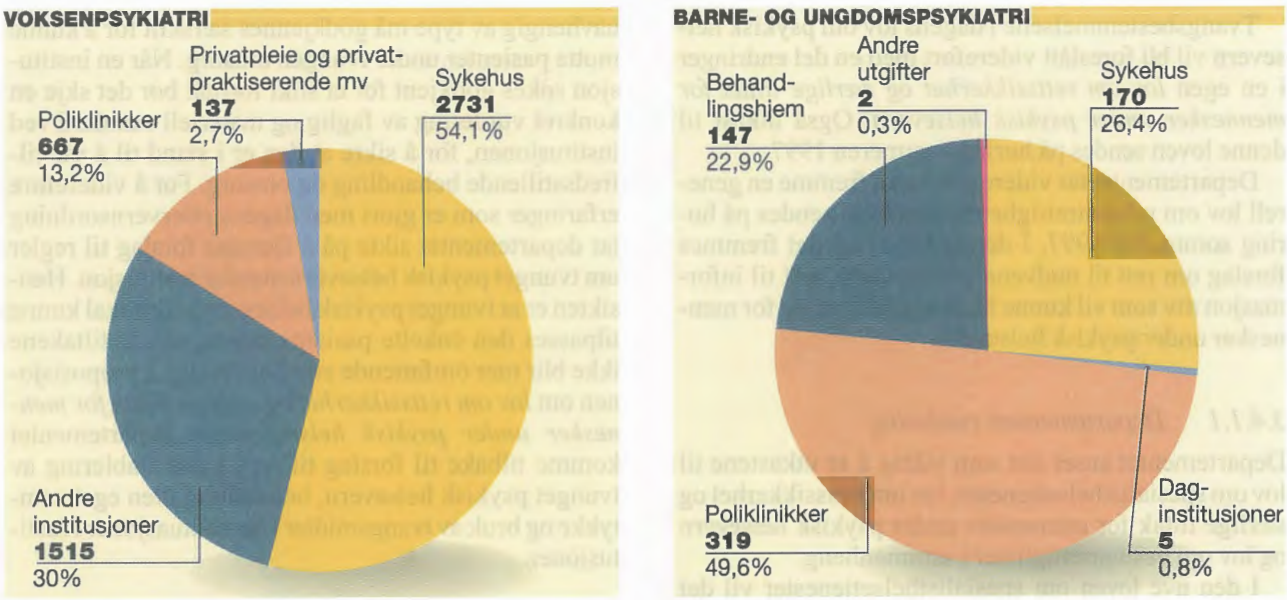
Departementet vil:

- *Fremme forslag om ny lov om spesialisthelsetjenester*
- *Fremme forslag om ny lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern*
- *Fremme forslag om ny lov om pasientrettigheter*

3.4.2 Utgifter og finansiering

3.4.2.1 Finansiering av fylkeskommunale tjenester

De samlede offentlige driftsutgifter til psykiatriske spesialisthelsetjenester var 5,7 mrd kroner i 1995. Av dette gikk 11% til psykisk helsevern for barn og ungdom og 89% til psykisk helsevern for voksne. Innen



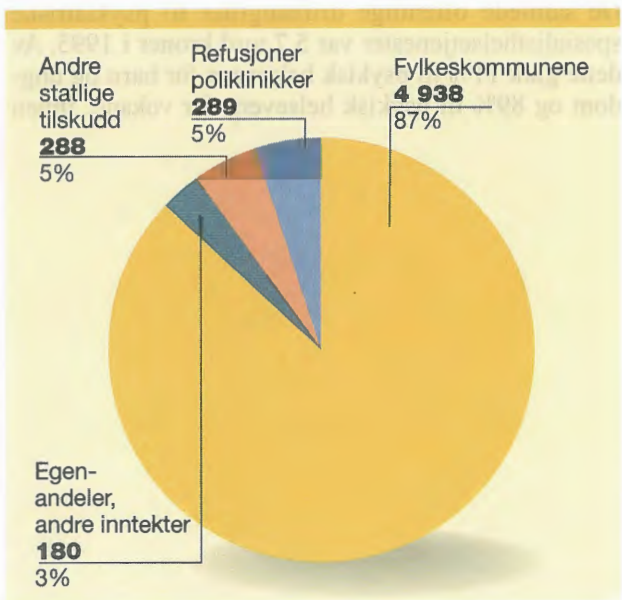
Figur 3.2 Fordeling av utgifter til ulike institusjonstyper i voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i 1995, i mill kr og %

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri 1995. Tallene er bearbeidet slik at et beregnet anslag for utgifter ved institusjonenes poliklinikker er trukket ut av tallene for institusjonene og lagt til tallene for utgifter ved kategorien "poliklinikker".

voksenpsykiatrien utgjør utgiftene til døgnavdelinger ved sykehus den største delen av utgiftene. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er utgiftene omtrent likt fordelt mellom døgnavdelinger og poliklinikker.

Fordeling av utgifter til ulike institusjonstyper i voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien fremgår av fig 3.2:

Driftsutgiftene i psykisk helsevern består først og fremst av lønns- og personalutgifter, som utgjør nesten 80% av kostnadene.



Figur 3.3 Finansiering av utgiftene til psykisk helsevern i 1995

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri 1995

Av de ca 5,7 mrd kr som ble brukt til psykisk helsevern i 1995 ble 4,9 mrd kr eller 87% dekket av fylkeskommunenes såkalte «frie inntekter» - dvs skatteinntekter og det statlige rammetilskuddet gjennom inntektsystemet. Dette utgjør 11% av fylkeskommunenes totale driftsutgifter. Hvordan utgiftene er finansiert fremgår av fig 3.3:

De samlede driftsutgiftene til psykisk helsevern hadde en realvekst på 2,4% i 1995. De siste årene har realveksten ligget på et par prosent i året, med unntak av 1994 da det var et fall på 1,9%. Driftsutgiftene til psykisk helsevern for barn og ungdom har vokst vesentlig mer enn utgiftene til voksenpsykiatri. I perioden 1991-95 var den samlede realveksten i voksenpsykiatrien 3,4%, mens den i barne- og ungdomspsykiatrien var hele 15,0%.

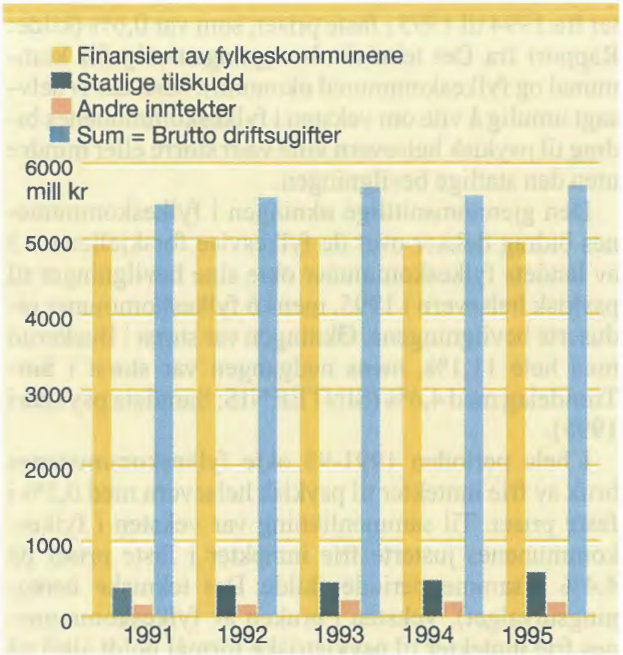


Fig 3.4 Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern i fylkene 1991-95 i faste priser (1995=100, prisindeks for kommunalt konsum), fordelt på finansieringskilde.
Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

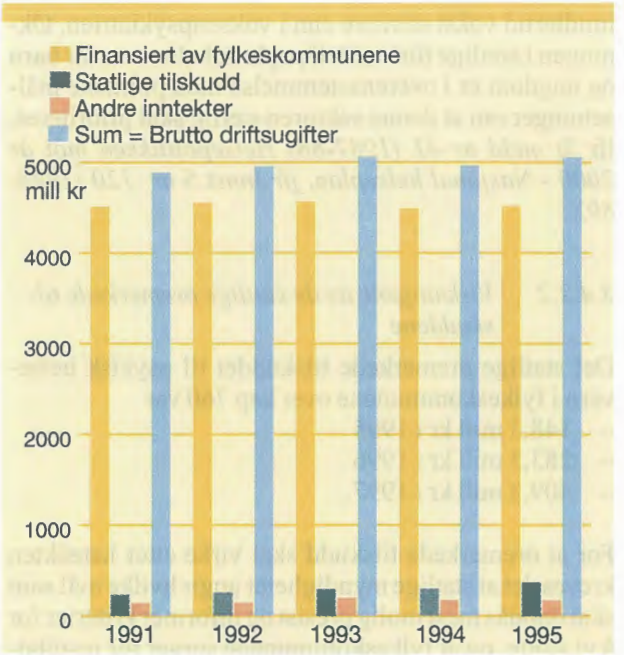


Fig 3.5 Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne i fylkene 1991-95 i faste (1995-)priser
Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

Statens bidrag til finansieringen har vært økende i perioden 1991-95, mens fylkeskommunenes bidrag (dvs bruk av frie inntekter) målt i faste priser har holdt seg omtrent uendret. Utviklingen i finansieringen av psykiatritjenestene og den relative fordelingen av de ulike finansieringsformene fremgår av figur 3.4.

Som følge av nye statlige øremerkede tilskudd til psykisk helsevern over statsbudsjettets kapitler 720 og 760 fra 1995 økte den statlige dekning forholdsvis sterkt fra 1994 til 1995, fra 8,5% til 10,1%. Dette utgjør fortsatt en vesentlig lavere statlig utgiftsdekning enn for somatiske sykehus, hvor den statlige utgiftsdekningen var 25% i 1995 (SINTEF NIS: Samdata sykehus 1995).

Den statlige dekningen av fylkeskommunenes utgifter til psykisk helsevern forventes å øke i 1996 og 1997 som følge av økningen i det statlige tilskuddet, men størrelsen på utgiftsdekningen lar seg ikke beregne før institusjonsregnskapene foreligger.

Den statlige utgiftsdekningen er vesentlig høyere for barne- og ungdomspsykiatrien enn for voksenpsykiatrien. Statens dekning av utgiftene var i 1995 hele 32% for barne- og ungdomspsykiatrien, og bare 7% for voksenpsykiatrien. Dette skyldes bl a at barne- og ungdomspsykiatrien i vesentlig større grad enn voksenpsykiatrien er basert på poliklinikker. Refusjoner fra trygden til psykisk helsevern ytes bare for poliklinisk virksomhet, og ikke for innlagte pasienter.

Figurene 3.5 og 3.6 viser utviklingen for henholdsvis voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien fra 1991 til 1995, når det gjelder samlede utgifter og

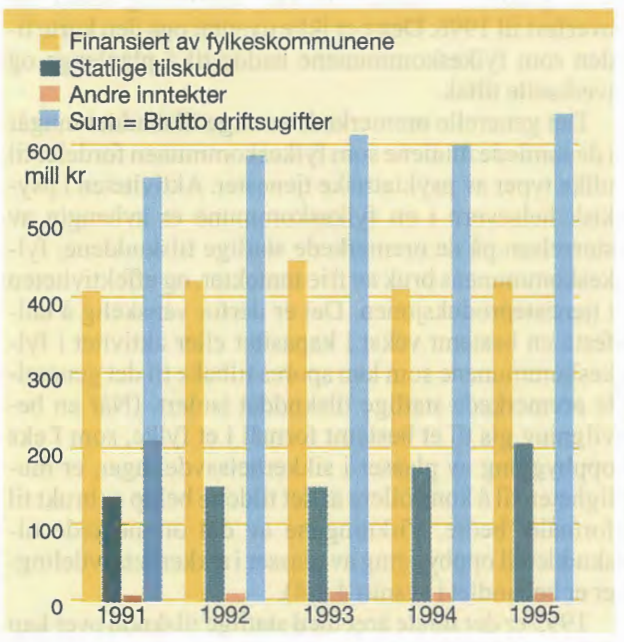


Fig 3.6 Brutto driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge i fylkene 1991-95 i faste (1995-)priser
Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

hvordan utgiftene er dekket av de ulike finansieringskildene.

Driftsutgiftene i barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien har utviklet seg parallelt i perioden, med økning i driftsutgiftene fra 1991 til 1993, nedgang fra 1993 til 1994, og økning igjen fra 1994 til 1995. Driftsutgiftene i barne- og ungdomspsykiatrien har

imidlertid vokst sterkere enn i voksenpsykiatrien. Økningen i statlige tilskudd til psykisk helsevern for barn og ungdom er i overensstemmelse med politiske målsetninger om at denne sektoren særlig skal prioriteres, jfr *St meld nr 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan, jfr Innst S nr 120 (1988-89).*

3.4.2.2 Virkningene av de statlige øremerkede tilskuddene

Det statlige øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene over kap 760 var
- 148,3 mill kr i 1995
- 283,3 mill kr i 1996
- 409,3 mill kr i 1997.

For at øremerkede tilskudd skal virke etter hensikten kreves det at statlige myndigheter angir hvilke mål som skal oppnås mest mulig presist og utformer kriterier for å gi støtte, og at fylkeskommunene sørger for resultatrapportering som viser hvordan målene oppnås. Departementet har innført en rapporteringsordning for bruken av midlene for å sikre at de blir brukt i overensstemmelse med formålet. Rapporteringen fra fylkeskommunene for 1995 viser at midlene har bidratt til et vidt spekter av tiltak. En ikke ubetydelig andel ble overført til 1996. Dette er ikke uventet pga den korte tiden som fylkeskommunene hadde til å planlegge og iverksette tiltak.

Det generelle øremerkede statlige tilskuddet inngår i de samlede midlene som fylkeskommunen fordeler til ulike typer av psykiatriske tjenester. Aktiviteten i psykisk helsevern i en fylkeskommune er avhengig av størrelsen på de øremerkede statlige tilskuddene, fylkeskommunens bruk av frie inntekter, og effektiviteten i tjenesteproduksjonen. Det er derfor vanskelig å tallfeste en bestemt vekst i kapasitet eller aktivitet i fylkeskommunene som kan spores tilbake til det generelle øremerkede statlige tilskuddet isolert. (Når en bevilgning gis til et bestemt formål i et fylke, som f eks oppbygging av plasser i sikkerhetsavdelinger, er muligheten til å kontrollere at det tildelte beløp er brukt til formålet bedre. Virkningene av det øremerkede tilskuddet til oppbygging av plasser i sikkerhetsavdelinger er behandlet i avsnitt 4.2.4).

1995 er det første året med statlige tilskudd over kap 760 som det til nå foreligger fylkeskommunale regnskaper for. For 1996 ventes regnskapstallene å foreligge i løpet av første halvår 1997. I 1995 da Stortinget bevilget 148 mill kr i øremerket tilskudd til psykisk helsevern i fylkene økte samtidig fylkeskommunenes egne bidrag med 35 mill kr i faste priser. I gjennomsnitt reduserte altså ikke fylkeskommunene sine bidrag som følge av det statlige tilskuddet. I stedet skjedde en beskjeden vekst på 0,7% i fylkeskommunenes bidrag. Økningen i fylkeskommunenes bruk av frie inntekter til psykisk helsevern var såvidt litt større enn den samlede veksten i fylkeskommunenes justerte frie inntekter fra 1994 til 1995 i faste priser, som var 0,6% (kilde: Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi). Men det er selvsagt umulig å vite om veksten i fylkeskommunenes bidrag til psykisk helsevern ville vært større eller mindre uten den statlige bevilgningen.

Den gjennomsnittlige økningen i fylkeskommunenes bidrag dekker over de fylkesvise forskjellene. 13 av landets fylkeskommuner økte sine bevilgninger til psykisk helsevern i 1995, mens 6 fylkeskommuner reduserte bevilgningene. Økningen var størst i Buskerud med hele 11,1%, mens nedgangen var størst i Sør-Trøndelag med 4,6% (SINTEF NIS: Samdata psykiatri 1995).

I hele perioden 1991-95 økte fylkeskommunenes bruk av frie inntekter til psykisk helsevern med 0,3% i faste priser. Til sammenlikning var veksten i fylkeskommunenes justerte frie inntekter i faste priser på 4,4% i samme periode (kilde: Det tekniske beregningsutvalget). Veksten i bruken av fylkeskommunenes frie inntekter til psykiatriske formål holdt altså på ingen måte tritt med den generelle veksten i disse inntektene. De statlige tilskuddene hadde en vekst i faste priser på hele 55% i perioden. Nesten hele tilveksten av midler til psykisk helsevern er således finansiert av staten (øremerkede tilskudd og poliklinikkrefusjoner). Den relative andelen av fylkeskommunenes bidrag har vært fallende.

Utviklingen av kapasitet og aktivitet i voksenpsykiatrien fra 1994 til 1995 fremgår av avsnitt 3.4.3, og tilsvarende utvikling i barne- og ungdomspsykiatrien fremgår av avsnitt 3.4.4.

3.4.2.3 Innsatsstyrt finansiering

I behandlingen av *St meld nr 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering, jfr Innst S nr 27 (1996-97),* sluttet Stortinget seg til at rammefinansieringen for *somatiske sykehus* skal suppleres med *innsatsstyrt finansiering* for inneliggende pasienter. Innsatsstyrt finansiering er en blandingsmodell der rammetilskudd til fylkeskommunene fortsatt skal være det viktigste grunnlaget for finansiering av sykehus, supplert med en refusjonssats pr behandlet pasient. Refusjonene skal være basert på DRG-systemet.

Tilskudd pr behandlet pasient kan gis på mange måter. I de siste årene er det innen somatisk sykehusbehandling vært gjort forsøk med et system med normerte priser for behandling av pasienter i ulike diagnostiske kategorier («DRG» - diagnoserelaterte grupper). Dette er særlig godt utviklet for grupper der operative inngrep utgjør en viktig del av behandlingen, mens beregning av utgifter og dermed fastsetting av priser er vanskeligere for grupper med kroniske lidelser. Den heterogenitet som kjennetegner pasienter og deres behov for behandling stiller store krav til utforming av refusjonssatsene. Mangel på tilstrekkelige kunnskaper om hva ulike behandlingstilbud koster vanskeliggjør arbeidet med å fastsette «riktige» refusjonssatser. In-

nenfor somatikken er DRG-systemet et viktig beslutningsgrunnlag i denne sammenheng. Men det har vist seg vanskelig å inkludere psykiatriske pasienter som har meget variable behandlingsbehov i dette systemet.

De aktuelle finansieringsformene i norsk helsevesen er rammefinansiering, øremerkede tilskudd og stykkpris. Alle disse finansieringsformene har både fordeler og ulemper, og det er derfor lite hensiktsmessig å satse på rendyrking av bare en finansieringsform.

Fordelen med *rammefinansiering* er at den sikrer god kostnadskontroll. En annen fordel er at ordningen legger mulighetene godt til rette for likeverdige tilbud i hele landet ved at tildelingen til fylkeskommunene er basert på befolkningskrierier. Lokale myndigheter kan innrette tilbudene etter lokale forhold og behov.

Ulempen ved rammefinansiering er den ikke nødvendigvis stimulerer til økt behandling, eller at de viktigste formålene prioriteres. Det generelle rammetilskuddet til fylkeskommuner sikrer ikke alene at helseformål og psykisk helsevern blir prioritert tilstrekkelig. Ulike prioriteringer i fylkeskommunene kan føre til at en bestemt sektor som psykisk helsevern får tilført varierende ressurser i de enkelte fylker, slik at tjenestetilbudene utvikler seg ulikt. Dette har i høy grad skjedd, jfr beskrivelsen av fylkeskommunale forskjeller i avsnitt 3.4.3 og 3.4.4.

Særskilte *øremerkede tilskudd* til psykisk helsevern i fylkeskommunene kan ha den fordel at midlene går til dette formålet. Men heller ikke slike tilskudd trenger i seg selv å stimulere til økt produksjon, og noen av problemene med å styre tilskuddene til målrettet bruk som gjelder rammetilskudd gjelder også øremerkede tilskudd.

Stykkprisfinansiering har den fordel at økt produksjon belønnes. Et hovedpoeng med å innføre en form for stykkprisfinansiering er at institusjonene skal få betalt etter hva de faktisk produserer. Dette gjøres ved at institusjonens inntekter knyttes til antall produserte «enheter», slik at jo mer det produseres jo høyere blir inntekten. Et problem med refusjonssystemer er at de offentlige utgiftene kan bli vanskeligere å kontrollere. Et annet problem er at prestasjonsbasert finansiering kan stå i motsetning til målet om lik rett til behandling uavhengig av bosted og type lidelse. Refusjonsordninger vil vri ressursbruken mot de tjenester som subsidieres, slik at økonomiske ressurser vil kunne trekkes fra andre tjenester som også kan ha høy prioritet.

3.4.2.4 Departementets vurdering

For å unngå uheldige vridningseffekter må innsatsstyrt finansiering med refusjon pr behandlet pasient ha refusjonssatser som gjenspeiler de reelle kostnadene ved behandling av ulike grupper. Det er verken i Norge eller internasjonalt utviklet noe DRG-system som grupperer psykiatriske pasienter på en meningsfull måte etter behandlingskostnader. Forsøk på å prise behandling av innlagte psykiatriske pasienter i et refusjonssystem ville derfor kunne slå ut på tilfeldige og uforutsette måter, og vil ikke være egnet til å styre aktiviteten mot de gruppene som i størst grad trenger behandling. Av disse grunner foreslås det *ikke* å innføre innsatsstyrt finansiering for behandling av inneliggende pasienter ved psykiatriske institusjoner.

Fylkeskommunenes bruk av frie inntekter til psykisk helsevern har vært omtrent uendret i perioden 1991-95 i faste priser, og nesten hele utgiftsøkningen har vært dekket av øremerkede statlige tilskudd. Generelle øremerkede statlige tilskudd av denne typen er lite egnet til å utløse økte tilskudd fra fylkeskommunene. Selv om fylkeskommunene i gjennomsnitt ikke har trappet ned sine bidrag til psykisk helsevern som følge av statens økte tilskudd, har de heller ikke øket bidragene vesentlig, og 6 fylkeskommuner har redusert sine bidrag fra 1994 til 1995. På tross av dette vil departementet allikevel videreføre et generelt øremerket tilskudd til psykisk helsevern i fylkeskommunene noen år framover, for å synliggjøre satsningen på psykisk helsevern. Det øremerkede tilskuddet skal også bidra til å motvirke nedprioriteringer av psykisk helsevern i fylkeskommunene, på bakgrunn av at innsatsstyrt finansiering i somatikken kan medføre fare for uønskede vridninger i prioriteringene mellom sektorene. Det vil bli vurdert å stille vilkår ved tildelingen, slik at utløsning av det statlige tilskuddet gjøres avhengig av at fylkeskommunen minst opprettholder sitt bidrag. På sikt foreslås det å legge tilskuddet inn i inntektsystemets rammetilskudd.

Det er i tillegg behov for mer målrettede tilskudd som direkte skal gå til utbygging og omstrukturering i tråd med overordnede nasjonale målsetninger. Dette vil bli drøftet nærmere i avsnittene 3.4.3 og 3.4.4 om organisering og kapasitet i tjenestetilbudene i psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom.

3.4.2.5 Finansiering av bygg

Fylkeskommunene har selv det økonomiske ansvaret for bygging av helseinstitusjoner, men staten kan stimulere til utbygging ved hjelp av ulike økonomiske virkemidler. For somatiske sykehus gis det tilskudd til dekning av anleggsutgifter for bygg med 37,5 %, og 50 % tilskudd til utgifter til inventar og utstyr, jfr sykehuslovens § 10. For regionsykehusene er det noe mer omfattende utgiftsdekning. I tillegg har Kommunal- og arbeidsdepartementet gitt skjønnstilskudd til fylkeskommuner som foretar store sykehusutbygginger.

Fram til 1986 gjaldt den samme tilskuddsordning for psykiatriske som for somatiske institusjoner. Etter 1986 ble midlene til bygging av psykiatriske institusjoner og avdelinger lagt inn i rammetilskuddet, og det er således idag ingen særskilt statlig finansiering av bygging av psykiatriske institusjoner.

I perioder der utbygging av institusjoner er prioritert, vil en ordning med refusjon av kapitalutgifter være hensiktsmessig. Dersom en ønsker å prioritere poliklinisk virksomhet, kan det være uheldig med incentiver for institusjonsbygging.

Spørsmålet om refusjon av kapitalutgifter er vurdert i *Ot prp nr 8 (1984-85)*. Ordningen ble opprettholdt for somatiske sykehus, bl a fordi den var et viktig premiss for planlegging av kostnadskrevende sykehusutbygging med lang planleggingstid, jfr *Innst O nr 11 (1984-85)*.

Det er idag store ulikheter mellom fylkene i organisering og struktur i det psykiske helsevern. Endel fylker sliter fortsatt med institusjoner med en utforming og beliggenhet som gjør dem mindre egnet i et moderne behandlingsnettverk. Samtidig har fylkene kommet ulikt langt i å etablere moderne psykiatriske behandlingsenheter ved somatiske sykehus og distriktspsykiatriske sentre. Det vises til nærmere omtale av dette under avsnitt 3.4.3.

Departementet har gjennomført en spørrerunde til landets fylkeskommuner om nybygg og større ombyggingsprosjekter i psykisk helsevern i perioden 1997-2000. Svarene fra 14 fylkeskommuner viser at det er planlagt investeringer for i underkant av 1,2 mrd kr, herav ca 500 mill kr til psykiatriske sykehusavdelinger, ca 480 mill kr i distriktspsykiatriske sentre og ca 195 mill kr i barne- og ungdomspsykiatrien.

3.4.2.6 Departementets vurdering

Når ny lov om spesialisthelsetjenesten utarbeides, vil finansieringsordningene for utbygging av både somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger bli vurdert. Inntil eventuelle nye lovregler trer i kraft bør øremerkede statlige tilskudd til utbygging også kunne nyttes til å delfinansiere bygg som er nødvendige for å etablere desentraliserte lokale spesialisttilbud innen psykisk helsevern (distriktspsykiatriske sentre), jfr avsnitt 3.4.3.

3.4.2.7 Finansiering av psykiatriske poliklinikker

Motforestillingene mot finansiering basert på aktivitet gjør seg ikke like sterkt gjeldene for poliklinisk behandling som for behandling av inneliggende pasienter, og det har vært en refusjonsordning for psykiatriske poliklinikkene i flere år. Nåværende refusjonsordning for voksenpsykiatriske poliklinikker ble innført i 1988, og i 1989 ble ordningen utvidet til også å omfatte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Ordningen har medvirket til at antall poliklinikker og antall årsverk ved poliklinikkene har økt kraftig, jfr avsnitt 3.4.3.9 når det gjelder polikliniske tjenester i voksenpsykiatrien og avsnitt 3.4.4.3 for barne- og ungdomspsykiatrien.

Den statlige refusjonen for behandling ved psykiatriske poliklinikker var i 1995 på 289 mill kr, fordelt med 164 mill kr til voksenpsykiatriske poliklinikker og 125 mill kr til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam.

Reglene for refusjon og refusjonssatsene har vært uendret fra 1989 til 1995. Allikevel har fylkeskommunenes inntekter fra refusjonsordningen økt. Figur 3.7 viser utviklingen fra 1991 til 1995:

Figur 3.7 Refusjoner for psykiatriske poliklinikker 1991-95 i mill 1995-kroner

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

Poliklinikkrefusjonene har samlet steget med 21% i perioden, men veksten har vært ujevn. Veksten skyldes økningen i antall poliklinikker og økningen av antall ansatte ved poliklinikkene.

En beregning som NIS foretok i 1994 ga som resultat at refusjonsinntektene for frittstående voksenpsykiatriske poliklinikker dekket 29% av disse poliklinikkenes driftsutgifter, mens refusjonsinntektene for frittstående barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker dekket 42% av driftsutgiftene.

Takstsystemet for psykiatriske poliklinikker er svært forskjellig fra takstsystemene for privatpraktiserende leger og psykologer. Utgiftene belastes ikke trygden, men statsbudsjettets kap 760 post 61. Takstene dekker ikke bare arbeid utført av leger og psykologer, men omfatter alle typer godkjent fagpersonell.

Refusjonsordningen besto fram til 1.1.97 av to typer takster. *Henvisningstaksten* er en refusjon pr henvist pasient. *Åpningstidstaksten* er en refusjon pr timeverk som fagpersonale i godkjente stillinger utfører pasientrettet arbeid. Taksten dekker både behandlingsarbeid direkte med den enkelte pasient og indirekte arbeid som samarbeidsmøter, konsultasjon og veiledning av personell i førstelinjetjenesten, forebyggende arbeid, osv. I tillegg er det anledning til å ta de vanlige egenandelene for spesialistkonsultasjoner ved voksenpsykiatriske poliklinikker, men ikke ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Tidligere var det ingen særskilt takst for direkte konsultasjoner eller behandlingstimer med enkeltpasi-

Tabell 3.1 Forbruk til psykisk helsevern i fylkene i 1995. Sum av fylkeskommunens egne utgifter og statlige tilskudd til voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, fordelt på henholdsvis antall innbyggere over 18 år og innbyggere 0-18 år.

	Utgifter til voksenpsykiatri fordelt pr innbygger over 18 år	% avvik fra gjennomsnitt	Utgifter til barne- og ingdoms-psykiatri fordelt pr innbygger 0–17 år	% avvik fra gjennomsnitt
Hele landet	1.425	0	565	0
Østfold	1.100	–23	655	+16
Akershus	1.192	–16	623	+10
Oslo	2.306	+62	1096	+94
Hedmark	1.179	–17	726	+28
Oppland	1.459	+2	440	–22
Buskerud	1.357	–5	568	+1
Vestfold	1.240	–13	431	–24
Telemark	1.222	–14	296	–48
Aust-Agder	1.188	–17	528	–7
Vest-Agder	1.348	–5	377	–33
Rogaland	1.467	+3	396	–30
Hordaland	1.400	–2	437	–23
Sogn og Fjordane	1.461	+2	548	–3
Møre og Romsdal	1.435	+1	398	–30
Sør-Trøndelag	1.116	–22	473	–16
Nord-Trøndelag	1.373	–4	455	–20
Nordland	1.254	–12	515	–9
Troms	1.285	–10	759	+34
Finnmark	1.832	+29	929	+64

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri 1995

enter. Begrunnelsen for dette var at en ikke ønsket å dreie tidsbruken mot behandling av enkeltpasienter på bekostning av indirekte arbeid som samarbeid med førstelinjetjenesten, forebyggende arbeid, osv.

Etterhvert som departementet fikk erfaring med virkningene av takstsystemet, viste det seg å være behov for forandringer. Fagfeltet har jevnlig kommet med synspunkter på takstsystemet og foreslått ulike typer av endringer.

For å forbedre takstsystemet ble det gjennomført endringer med virkning fra 1. januar 1997.

Det er innført en konsultasjonstakst for behandling av enkeltpasienter. Hensikten er dels å stimulere til at poliklinikkene øker den direkte behandlingsinnsatsen overfor enkeltpasienter, og dels å gjøre det lettere for poliklinikkene å prioritere langtidspasientene. Åpningstidstaksten er videreført, da det forsatt anses viktig å ha en takst som stimulerer til indirekte arbeid og forebyggende virksomhet.

De økte årlige tilskuddene til poliklinikkene som følge av endringene er beregnet til 40 mill kr og er bevilget over 1997-budsjettet *(St prp nr 1 (1996-97), jfr Innst S nr 11 (1996-97)).*

3.4.2.8 Departementets vurdering

Behovet for takstendringer ved de psykiatriske poliklinikkene anses foreløpig ivaretatt ved innføringen av konsultasjonstaksten fra 1. januar 1997. Hensikten er å stimulere til økt aktivitet og prioritering av pasienter med behov for lengre tids behandling. Departementet vil i tiden fremover følge nøye med i hvilke utslag innføringen av denne taksten gir, og fremme ytterligere forslag om endring av takstene dersom virkningene ikke blir som forventet.

3.4.2.9 Variasjoner i fylkeskommuenes utgifter til psykisk helsevern

Det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder utgifter til psykisk helsevern. Tabell 3.1 viser hvor mye som ble brukt pr innbygger i 1995 i hvert fylke til psykisk helsevern for voksne og for barn og ungdom.

Variasjonene mellom fylkeskommunene når det gjelder utgifter til psykisk helsevern er store, og større enn for det somatiske sykehusvesenet.

Forskjellene mellom fylkene har tidligere vært enda større, og har minket de siste årene ved at de fylkene som har hatt høyest utgifter har redusert disse eller hatt

lavere vekst enn gjennomsnittet, mens de fylkene som har hatt lavest utgifter har økt bevilgningene mer enn gjennomsnittet.

Det som er særlig karakteristisk for kostnadsvariasjonene innen psykisk helsevern er de høye utgiftene til Oslo og Finnmark.

Når det gjelder Finnmark antas merutgiftene til psykisk helsevern å være en følge av fylkeskommunens generelt høye offentlig forbruk, og prosentvis bruker ikke Finnmark en høyere andel av budsjettet til psykisk helsevern enn andre fylker. Gjestepasientutgiftene utgjør en vesentlig del av Finnmarks høye kostnader, samt ekstraordinære utgifter for å rekruttere helsepersonell. Staten finansierer en vesentlig del av rekrutteringstiltakene i Finnmark over statsbudsjettets kap 705 post 60.

Når det gjelder Oslo, har Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) analysert grunnlaget for de høye utgiftene til psykisk helsevern for voksne i Oslo i en rapport til Hovedstadsutvalget som kom i juni 1996. Rapporten konkluderte med at Oslo har et større behov for voksenpsykiatriske tjenester enn landet forøvrig, særlig fordi det skjer en nettotilflytting av personer med psykiske lidelser til Oslo fra andre deler av landet. Virkningen av denne tilflyttingen er beregnet å føre til et merbehov på 45%. I tillegg regnes det med en «storbyfaktor» på 5% (ugunstige miljøforhold, vanskelige oppvekstforhold), slik at det samlede merbehovet til psykisk helsevern for voksne i Oslo er anslått til 50%. Tilsvarende beregninger er ikke foretatt for barne- og ungdomspsykiatrien i Oslo, for andre fylker med store byer, eller for psykisk helsevern i Finnmark.

3.4.2.10 Departementets vurdering

Variasjonene i fylkeskommunes utgifter til psykisk helsevern for voksne er ikke urovekkende høye, med unntak av de forholdsvis høye merutgiftene i Finnmark og Oslo. Når det gjelder Finnmark, avspeiler merutgiftene til psykisk helsevern et generelt høyt offentlig forbruk. Dette er kompensert ved det særskilte Nord-Norge tilskuddet og andre tilskudd. Det anses ikke å være grunn til å kompensere Finnmarks høye utgifter til psykisk helsevern med særskilte virkemidler utover dette. Det kan imidlertid være grunn til å yte særlige statlige tilskudd til merutgifter for helsetjenester som trenger særskilt tilpasning til den samiske befolkning, jfr kap 6.

Når det gjelder Oslo, er det indikasjoner på at en del av Oslos høye utgifter til psykisk helsevern for voksne skyldes at behovene er større enn i andre fylker. Det gjelder særlig virkningene av at Oslo har en større tilflytting av mennesker med psykiske lidelser enn andre fylker. *NOU 1996:1 Et enklere og mer rettferdig inntektsystem for kommuner og fylkeskommuner* tok opp spørsmålet om Oslo burde kompenseres for en del av merutgiftene til psykisk helsevern. Utvalget foreslo at utgiftsbehovet i psykisk helsevern burde fanges opp gjennom alderskriteriet og kriteriet «antall enslige og antall enslige forsørgere». Dette ble vedtatt i forbindelse med behandlingen av *St prp nr 55 (1995-96) Om kommuneøkonomien 1997 mv, jfr Innst S nr 286 (1995-96).*

Den endrede kostnadsnøkkelen fanger ikke opp spesielle behov i Oslo f eks på grunn av større tilflytting av mennesker med psykiske lidelser enn i andre fylker. Det er imidlertid vanskelig å beregne omfanget av Oslos merbehov, og de beregninger som er foretatt er usikre. Det er dessuten vanskelig å behandle Oslo særskilt, uten å vurdere nærmere eventuelle merbehov i andre fylkeskommuner.

Kommunal- og arbeidsdepartementet vil sammen med Sosial- og helsedepartementet sette i gang et utredningsarbeid for å få vurdert variasjoner i utgiftsbehovet innen psykiatriske helsetjenester, og om dette bør medføre endringer i kostnadsnøkkelen i inntektsystemet for fylkeskommunene. I denne sammenheng vil eventuelle merbehov i de store byene være av særlig interesse.

3.4.3 Psykisk helsevern for voksne - struktur og kapasitet

3.4.3.1 Typer av tjenester i voksenpsykiatrien

Omfang og typer av psykiske lidelser hos voksne og prisipper for behandling er beskrevet i vedlegg 1.

Psykisk helsevern for voksne utgjør idag en rekke forskjellige institusjonstyper og -tilbud. Historisk har voksenpsykiatrien gitt lite varierte tilbud, og de gamle asylene var store udifferensierte institusjoner med standardiserte tjenester til pasientene, med liten tilpasning til deres individuelle behov. Den faglige utviklingen har ført til behandlingstilbud som er mer differensierte og bedre tilpasset de enkelte gruppers behov, med ulik innsats i de forskjellige fasene av sykdomsutvikling og bedring.

Det fylkeskommunale psykiske helsevernet er fortsatt i stor grad sykehusbasert. Men hvordan sykehustjenestene er organisert varierer mye mellom fylkene. Noen fylker har videreført egne psykiatriske sykehus, mens andre har lagt de psykiatriske sykehustjenestene til de vanlige sykehusene i fylket.

Internt i sykehusene er det en rekke forskjellige avdelinger og poster. Det er et problem at det ikke finnes pålitelig statistikk som viser fordelingen av antall institusjonsplasser på ulike avdelingstyper. Departementet er i gang med et arbeid som skal gi slik statistikk. I boks 3.4 beskrives de forskjellige typene av poster i psykisk helsevern for voksne.

I tillegg til sykehusene er det utviklet en rekke forskjellige institusjonstyper for døgn-, dag- og poliklinisk behandling, i form av *psykiatriske sykehjem, distriktspsykiatriske sentre, frittstående poliklinikker, ettervernshjem o.l.* Det er store forskjeller mellom fylkene også når det gjelder institusjoner utenom sykehus, og når det gjelder poliklinikkdekning.

Mennesker med psykiske lidelser trenger i enda

Boks 3.4
Voksenpsykiatriske avdelinger

Akuttposter
tar i det vesentlige imot mennesker med alvorlige sinnslidelser i kriser, og en stor andel av innleggelsene skjer som øyeblikkelig hjelp og som tvangsinnleggelser. I landets akuttposter sett under ett skjedde 67% av innleggelsene med tvang i 1995, og 85% av innleggelsene skjedde som øyeblikkelig hjelp. Det er store forskjeller mellom akuttpostene, og i Oslo er prosenten som innlegges med tvang i akuttavdeling over 80. Samtidig finnes det akuttposter der mange av plassene er opptatt av pasienter som er der over forholdsvis lang tid.

Intermediærposter
er poster der pasientene er innlagt på «mellomlang sikt», det vil vanligvis si noen uker eller måneder. Disse postene mottar dels pasienter fra akuttavdelingene, og dels tar de imot pasienter til direkte innleggelse, ofte som planlagte, frivillige innleggelser. Akuttavdelingene er ofte svært urolige, og det er derfor viktig at pasienter som er kommet over den akutte fasen kan overføres til roligere avdelinger når det er nødvendig med mer intensiv behandling i avdeling over tid.

Rehabiliteringsposter
er poster som driver lengre tids behandling og rehabilitering. Planlegging av tiltak etter utskrivning står sentralt, og utskrivning og videre oppfølging må planlegges i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Alderspsykiatriske poster
tar imot eldre pasienter til utredning og planlegging av videre oppfølging, som vanligvis skjer i kommunene.

Sikkerhetsavdelinger
for særlig vanskelige eller farlige sinnslidende er av to typer. Det er for det første fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger, der hvert fylke i prinsippet skal være selvforsynt med plasser. I tillegg kommer regionale sikkerhetsavdelinger i Oslo, Bergen og Trondheim som skal dekke helseregionene. Sikkerhetsavdelingene er særskilt omtalt i avsnitt 4.2.

Det er også etablert andre typer *spesialposter* ved enkelte sykehus. Det gjelder poster for *rusmisbrukere,* for *psykisk utviklingshemmede,* en post for *døve* ved Aker sykehus (Gaustad), og en *psykosomatisk* avdeling ved Rikshospitalet. I tillegg er det ved flere somatiske sykehus opprettet *konsultasjonsenheter* som yter psykologisk bistand til pasienter med somatiske sykdommer.

større grad enn andre grupper sammenhengende og godt koordinerte tjenester. Differensiering av tjenester og arbeidsdeling er helt nødvendig, men i et oppdelt tjenestesystem blir koordineringen og samarbeidet mellom de ulike leddene ofte problematisk. Det kreves særskilte tiltak for å sikre kontinuitet og sammenheng i tilbudene. Planlegging av behandling, omsorg og rehabilitering må omfatte alle tilbud som pasienten trenger, helt fra opphold ved spesialisert avdeling hvis det er nødvendig, til tilrettelegging av livssituasjonen i kommunen.

3.4.3.2 *Organisering av voksenpsykiatriske sykehustjenester*

Da lov om psykisk helsevern kom i 1961 hadde 15 av landets den gang 20 fylker et eller flere «sinnssykehus» innenfor fylkesgrensen. Av landets 18 offentlige sinnssykehus var 12 fylkeskommunale og 6 statlige. Som følge av prinsippet om fylkeskommunalt ansvar i den nye loven, ble fire av statssykehusene overført til den fylkeskommunen der de lå. De statssykehusene som ikke ble overført var spesialsykehuset Reitgjerdet i Trondheim og Gaustad sykehus i Oslo, og i tillegg Psykiatrisk klinikk (Vinderen) i Oslo. Gaustad og Vinderen ble overført til Oslo kommune i 1985 og Reitgjerdet ble nedlagt i 1987. Etter dette har fylkeskommunene hatt driftsansvaret for samtlige voksenpsykiatriske institusjoner i landet.

På midten av 70-tallet ble de fleste *fylkeskommunale helseplaner* godkjent ved Kgl resolusjon. Her ble det fra Regjeringens side lagt opp til en omstrukturering av psykiske helsevern etter *sektoriseringsprinsippet.* Dette innebar at fylket ble delt i ulike sektorer eller opptaksområder, slik at et sykehus eller en avdeling fikk ansvar for å yte tjenester til befolkningen i opptaksområdet. Begrunnelsen for sektoriseringen var bl a at den skulle fremme et mest mulig nært og forpliktende samarbeid mellom sykehusavdelingen og helse- og sosialtjenesten i opptakskommunene. Det ble også tatt til orde for å integrere de psykiatriske sykehus administrativt og faglig i sentralsykehusene der det lå til rette for det, og etterhvert bygge opp psykiatriske enheter ved lokalsykehusene.

I de senere år er sektoriseringen som prinsipp blitt mindre fremtredende når det gjelder døgnbaserte psykiatriske sykehustjenester, og det er blitt mer vanlig å organisere en del spesialiserte funksjoner for ulike pasientgrupper i fylkesdekkende spesialavdelinger.

Ikke alle fylker hadde et psykiatriske sykehus innenfor fylkesgrensen. De fylkene som manglet psykiatrisk sykehus løste behovet for sykehusplasser på forskjelli-

Boks 3.5
Oversikt over organisering av psykiatriske sykehustjenester i fylkene

1. *Ni fylker har beholdt selvstendige psykiatriske sykehus.*
Østfold, Akershus, Hedmark, Oppland, Rogaland, Sør-Trøndelag, Nordland og Troms har beholdt sitt ene psykiatriske sykehus som en egen selvstendig organisasjon, evt som del av en større psykiatriorganisasjon for hele fylket, organisatorisk adskilt fra det somatiske sykehusvesenet i fylket. *Hordaland* har beholdt to slike selvstendige psykiatriske sykehus. I fem av fylkene (Hedmark, Sør-Trøndelag, Østfold, Nordland og Troms) dekker det psykiatriske sykehuset alle psykiatriske sykehustjenester i fylket, mens i de øvrige fire fylkene (Akershus, Oppland, Rogaland, Hordaland) er det en fordeling av funksjoner mellom det psykiatriske sykehuset og en eller flere psykiatriske avdelinger ved sentralsykehus eller fylkessykehus.

2. *Fem fylker har gjort om tidligere psykiatriske sykehus til avdelinger ved somatiske sykehus.*
Buskerud, Telemark, Vest-Agder og Møre og Romsdal hadde tidligere psykiatriske sykehus, men har gjort disse om til avdelinger ved øvrige sykehus. I alle disse fire fylkene er bygningsmassen til det gamle psykiatriske sykehuset i det vesentlige bevart og fortsatt i bruk til psykiatriske formål. Innpasningen av de psykiatriske sykehusene ved de somatiske sykehusene har vært en organisatorisk endring, og har ikke hittil innebåret omfattende nybygging. *Oslo* er også i ferd med å integrere de psykiatriske sykehusene i det øvrige sykehusvesenet. Det meste av bygningsmassen på det tidligere Dikemark sykehus er planlagt avviklet for psykiatriske formål, og flere avdelinger er allerede flyttet til lokaler i Oslo by.

3. *Fem fylker har aldri hatt psykiatrisk sykehus, og har bygget opp psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.*
Da fylkeskommunene hadde overtatt de statlige psykiatriske sykehusene var det fem fylker som ikke hadde noe psykiatrisk sykehus innenfor fylkesgrensen (Vestfold, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark). I den første tiden etter at fylkeskommunene hadde overtatt de statlige psykiatriske sykehusene ble behovet for psykiatriske sykehustjenester i de fylkene som manglet psykiatrisk sykehus løst ved at et psykiatrisk sykehus i nabofylket fikk ansvaret for å yte slike tjenester. Således var Lier sykehus i Buskerud også psykiatrisk sykehus for Vestfold, Eg sykehus i Vest-Agder dekket også Aust-Agder, Sandviken sykehus i Bergen fikk ansvaret for Sogn og Fjordane, Trøndelag psykiatriske sykehus dekket også Nord-Trøndelag, og Åsgård sykehus i Troms dekket Finnmark. Etterhvert ble denne ordningen avviklet for fire av de fem fylkene. *Vestfold, Aust-Agder og Sogn og Fjordane* bygget alle opp hver sin psykiatriske avdeling ved fylkets sentralsykehus. *Nord-Trøndelag* etablerte en psykiatrisk avdeling ved hvert av de to fylkessykehusene i fylket. Alle disse fire fylkene er nå like selvforsynt med psykiatriske spesialisthelsetjenester som andre fylker. *Finnmark* derimot har ikke etablert noen egen psykiatrisk sykehusavdeling i fylket, men kjøper fortsatt plasser ved Åsgård fra Troms.

ge måter, men ingen bygde nye psykiatriske sykehus. Og de fylkene som hadde psykiatriske sykehus organiserte disse på ulik måte innen sykehusvesenet i fylket.

Som følge av dette er psykiatriske sykehustjenester organisert på tre forskjellige måter i fylkene, jfr boks 3.5.

3.4.3.3 Voksenpsykiatriske institusjoner utenom sykehus

Fram til 50-årene besto det voksenpsykiatriske institusjonsmønsteret i Norge nesten utelukkende av psykiatriske sykehus, eller asyler som de den gang ble kalt. Som følge av plassproblemer og konstant overbelegg ved asylene vokste *privatpleien* fram fra århundreskiftet, og økte gradvis til midten av 50-årene da det på det meste var ca 7.000 pasienter i privatpleie.

Fra første halvdel av 50-tallet ble det offisiell politikk å stimulere til utbygging av *pleiehjem* for sinnslidende for å avlaste asylene. Dette skjedde dels ved at større private forpleiningssteder ble godkjent som pleiehjem. Samtidig gikk tuberkulosen tilbake i landet, og mange tuberkulosehjem som ble ledige ble tatt i bruk som psykiatriske pleiehjem. I perioden 1955-69 var det dessuten en ordning med statlige tilskudd på inntil 40% av investeringsutgiftene ved nybygging av psykiatriske sykehjem. Som følge av alt dette skjedde det en kraftig vekst i antall psykiatriske sykehjem. Plasstallet fortsatte å øke jevnt helt til 1984 da det nådde sitt høyeste med 4.800 plasser. De psykiatriske sykehjemmene var da blitt den institusjonstypen som hadde det høyeste antall plasser, og hadde gått forbi de psykiatrisk sykehusene i plasstall.

De psykiatriske sykehjemmene hadde nesten utelukkende en langtidsprofil, og fungerte stort sett som avlastningsinstitusjoner for sykehusene. Det betydde at pasienter ble overført til sykehjem når de ansvarlige ved sykehuset mente at behandling med sikte på bedring burde avsluttes, men at pleiebehovene gjorde at fortsatte institusjonsopphold var nødvendig. Den fag-

Boks 3.6
Distriktspsykiatriske sentre

er ikke definert i lov eller forskrift slik som andre, eldre institusjonstyper. Derfor har det vært visse avgrensningsproblemer, som har gjort det vanskelig å føre statistikk for antall sentre og plasser ved disse. Helsetilsynet har lagt til grunn en definisjon der et psykiatrisk senter skal være en selvstendig faglig enhet, og ha både poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud. Et psykiatrisk senter skal ha bred kontaktflate mot de kommunale helse- og sosialtjenestene og ta imot pasienter etter henvisning direkte fra primærhelsetjenesten. I motsetning til dette har psykiatriske sykehjem oftest vært faglig underlagt en sykehusavdeling og mottatt pasienter fra sykehuset.

lige bemanningen ved sykehjemmene var svak, og den faglige psykiatriske ledelsen ble vanligvis ivaretatt av en psykiater på deltid (tilsynslege) med tilstedeværelse noen få timer i uka eller måneden. Beliggenheten var ofte avsides. De psykiatriske sykehjemmene kan på mange måter sies å representere en fortsettelse av tradisjonen fra asylene med å fjerne mennesker med psykiske lidelser fra lokalsamfunnene og plassere dem i avsondrede omgivelser.

3.4.3.4 Distriktspsykiatriske sentre

I de senere år har det i alle vestlige land vært en omfattende nedbygging av plasstallet i de store institusjonene og en tilsvarende opptatthet av å bygge opp psykiatriske tilbud i lokalsamfunnene. Utviklingen startet tidlig i 60-årene i Storbritannia og USA med nye modeller for lokale psykiatriske tilbud. Lokale sentre skulle sikre omfattende, lett tilgjengelige og differensierte tjenester utenfor de store institusjonene, hovedsakelig basert på daghospitaler, poliklinikker og oppsøkende tjenester, med små fleksible døgnenheter knyttet til.

I Norge kom denne utviklingen sent i gang. På 70- og 80-tallet skjedde det en utbygging av psykiatriske poliklinikker, men uten at det i særlig grad ble utviklet mer omfattende tilbud til de pasientgruppene som hadde så alvorlige lidelser at de fram til da i stor grad hadde vært innlagt i institusjoner. Pasienter med alvorlige kroniske psykiatriske lidelser fortsatte å ha årelange opphold i langtidspostene ved de psykiatriske sykehusene eller i de psykiatriske sykehjemmene.

Et lokalpsykiatrisk alternativ til de psykiatriske sykehjemmene ble presentert i Helsedirektoratets hefte *Nye alternativer i psykiatrien* i 1985. Heftet beskriver en modell med fylkeskommunale psykiatriske sentre i lokalsykehusområdene. Disse burde vanligvis bestå av poliklinikk, dagavdeling og boenheter. Sentrene skulle ha et nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet, og drive rådgivning og veiledning overfor kommunalt personell. Sentrene og kommunene burde samarbeide om å gi tilbud om vernet arbeid og vernede boformer i kommunene for psykiatriske pasienter som trengte det.

Heftet anbefalte videre at de psykiatriske sykehjemmene og ettervernshjemmene som var egnet for det burde omorganiseres og inngå i de psykiatriske sentrene.

Disse tilrådingene ble lagt til grunn i departementets planskriv til fylkeskommunene.

På tross av klare statlige signaler gikk omdanningen av de psykiatriske sykehjemmene og utbyggingen av psykiatriske sentre langsomt de første årene etter at «Nye alternativer i psykiatrien» kom. Helsedirektoratet gjennomførte i 1990 en undersøkelse av hvor langt prosessen var kommet. Denne viste at bare 17 av landets 134 psykiatrisk sykehjem, dvs 13% av dem, på det tidspunkt hadde gjennomført en omstrukturering i tråd med anbefalingene.

I de siste årene er det skjedd en viss utbygging av psykiatriske sentre, etterhvert gjerne kalt *distriktspsykiatriske sentre*, og videre omdanning av de psykiatriske sykehjemmene. Sentrene er også blitt mer differensierte, med flere forskjellige typer av tilbud. Enkelte steder er det utviklet egne psykoseteam, rehabiliteringsleiligheter, og langtids- og intermediær avdelinger, særlig der hvor avstanden til sykehus med slike avdelinger er stor.

Enkelte sentre har også opprettet «avlastningsplasser» e l der pasienter kan komme å overnatte uten formell innleggelse, for å få hjelp til å mestre en krise sammen med kvalifisert personale. Hensikten er å gi hjelp på et tidlig tidspunkt, før en krise forverres og gjør innleggelse nødvendig. Ved Holmlia distriktspsykiatriske senter i Oslo førte opprettelsen av et slikt tilbud til at antall innleggelser fra bydelen i psykiatriske akuttavdelinger nesten ble halvert.

Det er store forskjeller mellom fylkene i hvilken grad de har satset på planer om å utvikle det distriktspsykiatriske alternativet i form av psykiatriske sentre. Enkelte fylker har omorganisert voksenpsykiatrien slik at alt psykisk helsevern for voksne utenfor sykehus er organisert i psykiatriske sentre, slik at de i prinsippet ikke lenger har psykiatriske sykehjem. Andre fylker har i det hele tatt ikke påbegynt utviklingen av psykiatriske sentre, og har en stor psykiatrisk sykehjemssektor med eldre institusjoner der det er skjedd små endringer. De fleste fylkene er i en mellomstilling.

3.4.3.5 NOU 1995:14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner

Ved årsskiftet 92/93 satte Sosialdepartementet i gang en utredning om fylkeskommunale langtidsinstitusjoner. Utredningen omhandlet somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og andre psykiatriske langtidsinstitusjoner, og den psykiatriske privatpleien.

Utredningen ble avgitt i april 1995 og ble trykket som *NOU 1995:14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner.* Bakgrunnen var at en rekke undersøkelser hadde vist at mange fylkeskommunale langtidsinstitusjoner i liten grad drev spesialisert behandling, men hovedsakelig var bo- og omsorgsinstitusjoner. Under arbeidet med utredningen ble pasientene i alle de aktuelle langtidsinstitusjonene kartlagt og vurdert. Resultatene viste store variasjoner mellom de psykiatriske institusjonene. Noen institusjoner hadde lagt om driften i tråd med statlige anbefalinger, og drev korttidsbehandling og konsultasjon og samarbeid med kommunene. Men i flertallet av de psykiatriske langtidsinstitusjonene hadde hovedtyngden av pasienter vært innlagt i mange år, det ble drevet lite aktiv behandling og rehabilitering, og tjenestene hadde karakter av å være botilbud med pleie- og omsorgstjenester. Omtrent halvparten av pasientene i de psykiatriske institusjonene som var omfattet av utredningen (alle institusjoner utenom sykehus) ble av personalet ansett for å trenge kommunale tilbud, de var altså å anse som «feilplassert» i fylkeskommunal institusjon. Undersøkelsen viste at pasientene i de psykiatriske sykehjemmene omtrent ikke mottok spesialisthelsetjenester, at de hadde høy gjennomsnittsalder (60 år), og at gjennomsnittlig oppholdstid var svært lang (7 år). I privatpleien var gjennomsnittsalderen 67 år, og gjennomsnittlig oppholdstid hele 19 år.

I tråd med at pleie- og omsorgstjenester også for denne gruppen ble ansett for å være et ansvar for kommunene og burde ytes kommunalt for å sikre en mest mulig normalisert tilværelse og tilfredsstillende livskvalitet, ble det foreslått tiltak for å få kommunene til å påta seg ansvaret. Det ble foreslått å overføre 704 mill 1993-kr fra det årlige statlige rammetilskuddet til fylkeskommunene, til fordeling til kommunene etter hvor mange pasienter de ville få ansvar for basert på kartleggingen i 1993. Det gjaldt 2.213 døgnpasienter i institusjon, 623 dagpasienter, og 507 pasienter i privat psykiatrisk forpleining. Kriteriet for at en kommune skulle få ansvaret for en pasient ble foreslått å være at vedkommende var frivillig innlagt og hadde vært i fylkeskommunal institusjon i minst ett år. Videre ble det foreslått å innføre kommunal betalingsplikt for pasienter som kommunene skulle få ansvaret for i de tilfellene der disse fortsatte å være innlagt i fylkeskommunal institusjon.

Høringsinstansene inkludert de fleste kommuner og fylkeskommuner støttet stort sett at kommunene må ta sitt ansvar for feilplasserte pasienter i langtidsinstitusjoner, og at kommunene bør ta større ansvar for psykiatriske pasienter som primært trenger pleie og omsorg. Men de fleste var uenig i å legge kartleggingen i 1993 til grunn for omfordeling av midler mellom fylkeskommuner og kommuner. Videre var mange kritiske til at «ferdigbehandlet pasient» som kommunene skulle få ansvar for var knyttet til en regel om oppholdstid på ett år i institusjon, og fremholdt nødvendigheten av faglig vurdering av den enkelte pasients behov. Mange var uenig i en betalingsordning knyttet til enkeltpasienter. De fleste påpekte behovet for økte statlige midler for å øke kvaliteten på tilbudene når pasientene går fra institusjon til kommunal omsorg. Særlig kommunene fremhevet at de økonomiske beregningene var usikre, og mente at kommunal omsorg trolig vil bli dyrere enn beregnet i utredningen. Mange fremhevet at kommunene må styrkes med personell og kompetanse.

3.4.3.6 Departementets vurdering

Det er uheldig at så mange pasienter er innlagt i institusjoner i voksenpsykiatrien når det ikke er strengt nødvendig, av mange grunner:

- Årelange opphold i institusjon uten at det er tilstrekkelig faglig grunnlag for det betyr en uakseptabel livskvalitet for dem det gjelder, og fører til kronifisering og minket selvhjulpenhet.
- Det er i tråd med den generelle velferdspolitikken i Norge at mennesker med kroniske funksjonshemninger skal få leve i en mest mulig normalisert tilværelse.
- Det er i strid med prinsippene i helse- og sosiallovgivningen at fylkeskommunene skal yte pleie- og omsorg til pasienter som primært trenger dette og ikke spesialisert behandling.
- Ferdigbehandlede pasienter i psykiatriske sykehjem o l er en del av mer generelle strukturproblemer i psykisk helsevern. Problemet med ferdigbehandlede pasienter forplanter seg til sykehusene og gjør det vanskelig å skaffe behandlingsplasser til pasienter som trenger det.

Prosessen med utskrivninger fra fylkeskommunale institusjoner er i gang, og det er viktig å finne ordninger som kan kompensere for kommunenes utgifter. Kommunene kan ikke klare å etablere tilfredsstillende tilbud til et stort antall langtidspasienter som skrives ut fra institusjon innen eksisterende ressursrammer, og trenger økte midler til hjemmebaserte tjenester og døgnomsorg. I tillegg til kommunale tjenester trengs økt utbygging av polikliniske og distriktspsykiatriske tjenester i fylkeskommunene for å betjene pasienter i kommunene.

Det presiseres at tilbakeføringen av pasienter fra institusjoner til kommunene utelukkende gjelder *frivillig* innlagte pasienter. Fylkeskommunene skal fortsatt ha ansvaret for pasienter som trenger tvungen omsorg. Ved utskrivning til tvunget ettervern etter lov om psykisk helsevern § 13 må kommune og fylkeskommune samarbeide om omsorg og behandling.

Forslaget i NOU 1995:14 om en automatisk inntredende kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter etter bestemte kriterier må ikke forveksles med forslaget i *St meld nr 50 «Helsemeldinga»* om en lovhjemmel som gir staten adgang til å løse konflikter mellom fylkeskommune og kommune om *enkeltpasienter,* ved å pålegge kommunen betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter ved *sykehus.* Stortinget slut-

tet seg til dette forslaget, jfr *Innst S nr 165 (1994-95)*, og Sosial- og helsedepartementet har sendt et lovutkast på høring i mars 1997. I høringsnotatet er det vurdert å la lovhjemmelen gjelde både somatiske og psykiatriske avdelinger i sykehus, men ikke øvrige fylkeskommunale institusjoner. Det vurderes å la betalingsplikten for ferdigbehandlede psykiatriske pasienter tre i kraft på et senere tidspunkt enn for somatikken, for å gi kommunene anledning til å bygge opp tilbud til mennesker med psykiske lidelser, jfr den økningen i øremerkede midler til kommunene som foreslås i denne meldingen.

En slik ordning med adgang til å bruke kommunal betalingsplikt for enkeltpasienter er imidlertid utilstrekkelig når det gjelder å løse det omfattende strukturproblemet i psykisk helsevern med at *et stort antall pasienter* befinner seg på feil omsorgsnivå.

En automatisk kommunal betalingsplikt for store grupper av ferdigbehandlede psykiatriske pasienter er et virkemiddel som er omfattende og administrasjonskrevende, og det bryter med eksisterende finansieringsordninger i helsevesenet. Det er dessuten store problemer forbundet med å fastsette betalingssatsene. Gjennomsnittlige betalingssatser for hele landet eller for det enkelte fylket vil kunne virke urimelig i enkelttilfeller, fordi det er så store forskjeller mellom pasientene i pleiebehov og kostnadsnivå. Forslaget om kommunal betalingsplikt er koblet til forslaget om overføring av midler fra fylkeskommunene til kommunene for enkeltpasienter. Det er meget vanskelig å beregne hvor mange pasienter som bør omfattes av en overføring til kommunene, hva kostnadene for kommunene vil bli, og dermed hvor mye midler som bør overføres.

Av disse grunner vil det *ikke* bli foreslått å innføre en ordning med automatisk virkende kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter, verken for psykisk helsevern generelt eller for langtidsinstitusjonene spesielt. Det er heller ikke aktuelt å foreslå noen nasjonal reform med en samlet nedleggelse av institusjonene og overføring av pasientgruppen til kommunalt ansvar, på samme måte som i HVPU-reformen. Men fylkeskommuner og kommuner har selvsagt anledning til å forhandle om overføring av enkeltinstitusjoner.

Istedet for en ordning med kommunal betalingsplikt som innebærer en betydelig grad av tvang overfor kommunene, foreslås å trappe opp ordningen med øremerkede tilskudd til kommunene, jfr avsnitt 3.3.2.1. På denne måten ønsker departementet å stimulere kommunene til frivillig å ta hjem institusjonspasienter som ikke lenger trenger opphold i fylkeskommunale institusjoner. Når kommunale planer for tjenester til mennesker med psykiske lidelser utarbeides må disse omfatte tiltak som er nødvendig for å tilbakeføre pasienter som er frivillig innlagt i fylkeskommunale institusjoner til kommunen. Det forutsettes da at spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene sammen har vurdert den enkelte pasients behandlings- og omsorgsbehov, slik at det er klart at pasienten ikke trenger opphold i fylkeskommunal institusjon, men vil få bedre tjenester og et bedre liv i kommunen.

Problemet med ferdigbehandlede pasienter i psykisk helsevern som er på feil omsorgsnivå gjelder ikke bare langtidsinstitusjonene, men er en del av omfattende strukturproblemer i det fylkeskommunale psykiske helsevernet generelt. Departementet ønsker å medvirke til å løse strukturproblemene i psykisk helsevern ved øremerkede målrettede tilskudd til omstrukturering, hvor hele behandlingskjeden i det enkelte fylket vurderes samlet. For nærmere beskrivelse av forslaget om omstruktureringsmidler vises det til avsnitt 3.4.3.12.

For å tydeliggjøre grensen mellom kommunenes ansvar for pleie- og omsorgstjenester og fylkeskommunenes ansvar for spesialisthelsetjenester vil departementet gå inn for at psykiatriske sykehjem på sikt avvikles som del av det fylkeskommunale psykiske helsevernet. Psykiatriske pasienter som trenger lengre tids behandling i psykiatrisk døgn- eller daginstitusjon utenfor sykehus, bør gis dette innenfor rammen av et distriktspsykiatrisk senter. De eksisterende psykiatriske sykehjem som har en hensiktsmessig beliggenhet og bygningsmessig standard bør knyttes til et distriktspsykiatrisk senter. De øvrige bør avvikles som psykiatriske institusjoner.

Den psykiatriske privatpleien er av en helt særegen karakter. I sitt innhold er den en ren pleie- og omsorgstjeneste drevet av fylkeskommunene, slik at pasientene er avskåret fra vanlige kommunale tjenester. Kommunale planer for tjenester til mennesker med psykiske lidelser bør også omfatte tilbud til pasienter i privatpleien. De øremerkede statlige tilskuddene til kommunene bør også brukes til å etablere tilbud til disse, og fylkeskommunen og kommunen bør avtale en deling av ansvaret for tilbudene til den enkelte pasient. I den nye loven om spesialisthelsetjenesten vil det ikke bli foreslått å videreføre et fylkeskommunalt ansvar for psykiatrisk privatpleie. Det må derfor lages en overgangsordning som sikrer at de pasientene som trenger det får tilfredsstillende kommunal omsorg.

3.4.3.7 Behandlingskapasitet i voksenpsykiatriske institusjoner

Det er vanskelig å beskrive behandlingskapasiteten i psykisk helsevern med noen få enkle tallstørrelser. Antall senger eller døgnsplasser er et mål for kapasitet, men en døgnplass kan brukes på ulike måter. En plass kan brukes til mange pasienter som sirkulerer gjennom året, eller kan være belagt med en eller noen få pasienter. Statistikk som viser antall plasser må derfor suppleres med statistikk som viser antall behandlede pasienter for gi et bilde av behandlingskapasiteten. En plass kan også brukes ulikt intensivt, dvs at den «behandlingsmengde» som gis til en innlagt pasient kan variere betydelig. Nå finnes det ikke noe godt mål for behandlingsmengde, men det er klart at den behandling som gis en pasient innlagt på en sykehusavdeling

Tabell 3.2 Antall døgnplasser i ulike psykiatriske institusjonstyper 1960-1990

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
Psykiatriske sykehus	7.235	8.157	8.405	8.121	6.490	4.073	2.301
Psykiatriske klinikker ...	*	*	*	390	302	261	225
Ps avd ved som sykehus .	*	*	*	772	784	709	1.057
Psykiatriske sykehjem ..	3.130	3.179	3.376	4.374	4.428	4.660	4.200
Sum ekskl privatpleie ...	*10.365*	*11.336*	*11.781*	*13.657*	*12.004*	*9.703*	*7.783*
Psykiatrisk privatpleie ..	5.283	4.850	3.954	2.715	1.864	1.091	ca 600
Sum inkl privatpleie	*15.648*	*16.186*	*15.735*	*16.372*	*13.868*	*10.794*	*ca 8.400*

* Tall mangler
Kilde: Statistisk sentralbyrå

vanligvis er langt mer intensiv enn den behandling som gis i et sykehjem. Forholdstallet mellom antall ansatte og antall innlagte pasienter på avdelingen og de ansattes kvalifikasjoner er av stor betydning for behandlingsintensiteten og bør også trekkes inn når kapasiteten vurderes. Men hva personalet gjør og hvordan tiden benyttes er også avgjørende, og dette finnes det ikke nasjonal statistikk for.

Med disse forbehold er det allikevel klart at antall plasser, antall behandlede pasienter og personellinnsatsen er av betydning når kapasiteten skal vurderes.

Tabell 3.2 viser hvordan antall døgnplasser i psykiatriske institusjoner i Norge utviklet seg i tiden 1960-1990.

Antall plasser ved *psykiatriske sykehus* økte fram til 1970 da plasstallet nådde sitt høyeste med 8.400 plasser. Etter det sank plasstallet ved de psykiatriske sykehusene til 2.300 i 1990. Parallelt skjedde det en økning i andre institusjonstyper som *psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus* og *psykiatriske sykehjem*. Antall plasser ved psykiatriske sykehjem økte fram til 1984 da det nådde sitt høyeste med 4.800 plasser. *Summen av antall psykiatriske institusjonsplasser* ved psykiatriske og somatiske sykehus og psykiatriske sykehjem holdt seg i hele perioden 1965-1980 forholdsvis konstant rundt 12-13.000 plasser. Først når en trekker inn antall plasser i den psykiatriske privatpleien fremkommer en vesentlig reduksjon i plasstallet i denne perioden. Antall plasser i *privatpleien* var høyest i 50-årene med ca 7.000, og har vært fallende hele tiden siden, til 507 i 1993 som er det siste året med pålitelige opplysninger om denne pleieformen.

Etter 1990 er psykiatriske sykehus, klinikker og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus slått sammen til en kategori i statistikken, kalt *psykiatriske sykehusplasser*. Videre er det opprettet *psykiatriske sentre* med en noe uklar avgrensning mot andre institusjonstyper, men som NIS fra 1991 har tatt med i samdatastatistikken etter visse kriterier. Tabell 3.3 viser utviklingen i antall døgnplasser for disse institusjonstypene i perioden 1991-95.

Antall psykiatriske sykehusplasser og antall plasser ved psykiatriske sykehjem har fortsatt å synke etter 1990, mens antall døgnplasser ved psykiatriske sentre har steget. Det samlede antall døgnplasser ved psykiatriske institusjoner har fortsatt å synke, og var i 1995 i underkant av 6.400, eller noe mindre enn halvparten av antall døgnplasser i 1975 da det samlede plasstallet var på det høyeste. I tillegg kommer som nevnt reduksjonen i privatpleien.

Tabell 3.3 Antall døgnplasser i psykiatriske institusjoner 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995
Psykiatriske sykehusplasser	3.172	3.063	3.046	2.953	2.910
Psykiatriske sykehjem mv	3.666	3.422	2.972	2.526	2.471
Psykiatriske sentre	387	584	819	1.055	989
*Sum	*7.225*	*7.069*	*6.837*	*6.534*	*6.370*
Endring i antall fra foregående år		–156	–232	–303	–164
Endringer i % fra foregående år .		–2,2	–3,3	–4,4	–2,5

Kilde: SINTEF NIS, Samdata psykiatri.

Tabell 3.4 Antall pasientopphold og antall pasienter behandlet ved døgnavdelingene 1991-95

	1991	1992	1993	1994	1995
Antall pasient-opphold	27.092	27.980	28.296	28.476	29.798
Antall pasienter (beregnet)	18.814	19.431	19.650	19.775	20.693
Endring i antall fra foregående år		617	219	125	918
Endring i % fra foregående år ...		3,3	1,1	0,6	4,6

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

Nedgangen i antall døgnplasser både i absolutte tall og i prosent var økende fra 1991 til 1994, men bremset opp fra 1994 til 1995.

Det vil imidlertid være helt galt å tolke nedgangen i antall døgnplasser til å bety at det har vært en tilsvarende nedgang i kapasiteten i psykisk helsevern i Norge generelt. Som nevnt må det også bl a tas hensyn til antall behandlede pasienter. Nå finnes det ikke statistikk for antall behandlede pasienter, men for antall pasientopphold i døgninstitusjonene. Antall pasientopphold er definert som summen av antall utskrivninger og antall innlagte ved årets slutt. Dette er ikke det samme som antall pasienter, da en pasient kan være innlagt flere ganger i løpet av året. SSB har utgitt statistikk med opplysninger om antall pasientopphold fra 1977. I det året var det samlet 31.880 pasientopphold i alle landets psykiatriske institusjoner. På tross av nedgangen i antall plasser er antallet nesten like høyt i 1995 - nemlig 29.800. I 1977 ble hver institusjonsplass brukt til 2,4 opphold i gjennomsnitt, mens hver institusjonsplass i 1995 gjennomsnittlig ble brukt til 4, 7 opphold eller nesten det dobbelte. Økningen i antall opphold pr plass avspeiler nedgangen i gjennomsnittlig oppholdstid i institusjonene.

SINTEF-NIS har utgitt statistikk som viser utviklingen i antall opphold ved institusjonene fra 1991 til 1995. En undersøkelse utført av instituttet viste dessuten at i de senere år har hver pasient gjennomsnittlig vært innlagt 1,44 ganger pr år. Antall behandlede pasienter kan på dette grunnlaget beregnes omtrentlig ved å dele antall pasientopphold med 1,44.

Det har i årene 1991 til 1995 vært en økning hvert år i antall pasientopphold i døgnavdelingene, på tross av nedgangen i antall døgnplasser. Tabell 3.4 viser utviklingen i antall pasientopphold og i antall behandlede pasienter etter en slik beregning.

Når omfanget av den behandling som ytes skal vurderes, må det også tas hensyn til personellinnsatsen generelt, og hvordan denne fordeler seg på yrkesgrupper med ulike kvalifikasjoner.

Antall utførte årsverk i voksenpsykiatrien økte fram til 1991, mens det etter det har vært en mindre nedgang. Men som følge av at plassreduksjonen har vært større enn nedgangen i utførte årsverk har personellfaktoren hele tiden økt. Personellfaktoren er definert som antall utførte årsverk ved institusjonene dividert på gjennomsnittlig daglig belegg. I 1980 ble det utført noe under et årsverk pr belagt døgnplass. Personellfaktoren har økt jevnt etter det, og i 1995 var det omtrent dobbelt så mange årsverk pr døgnplass, eller nesten to årsverk pr plass. Sammensetningen av personalet har også endret seg. Det har vært en jevn økning i andelen

Tabell 3.5 Utviklingen 1980-95 i voksenpsykiatrien - antall årsverk, personellfaktor og årsverkenes fordeling på ulike yrkesgrupper

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Antall årsverk	11.557	12.213	13.046	13.177	12.910	12.888	12.909	13.010
Personell-faktor	0,96	1,26	1,68	1,74	1,70	1,77	1,87	1,91
% leger og psykologer .	5	7	8	8	8	9	9	9,7
% sykepleiere	17	21	24	26	27	29	29	29,4
% annen høgskoleutd ..	5	7	6	9	9	9	9	8,8
% hjelpepleiere mv	43	41	37	34	34	33	32	31,3
% annet personell	29	25	24	23	22	21	20	20,8
Sum %	99	101	99	100	100	101	99	100

Kilder: 1980-1990: Bearbeidede tall fra SSB. 1991-1995: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

Tabell 3.6 Andelen av årsverk utført av ulike personellgrupper fordelt på institusjonstyper i 1995

	% leger og psykologer	% sykepleiere og andre høgskoleutd	% hjelpepleiere og andre pleiere	% annet personell	Sum
Sykehus	8,6	39,2	31,2	21,0	100,0
Sentre	1,4	39,1	36,3	23,2	100,0
Poliklinikker	42,7	38,6	1,7	17,0	100,0
Sykehjem mv	1,2	35,2	42,6	21,0	100,0
Totalt	9,7	38,2	31,3	20,8	100,0

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri 1997

personale med universitetsutdanning (leger og psykologer), og av sykepleiere og andre med høgskoleutdanning. Hjelpepleiergruppen, ufaglært pleiepersonale og annet personale har gått tilsvarende tilbake. I 1980 utgjorde gruppen med universitets- eller høgskoleutdanning 27%, mens disse gruppene økte sin andel til 48 % i 1995.

Tabell 3.5 viser utviklingen av antall årsverk og personellfaktoren i voksenpsykiatrien, og hvordan årsverkene har fordelt seg på ulike yrkesgrupper.

Når vi ser på døgninstitusjonene er altså personellinnsatsen pr plass nesten doblet siden 1980. Videre er personellsammensetningen endret, slik at andelen faglært personell er gått vesentlig opp. Dette tilsier at døgninstitusjonene yter mer behandling og mer kvalifisert behandling enn tidligere.

Det er imidlertid viktig å være klar over at personell-

Tabell 3.7 Gjennomsnittlig oppholdstid, antall pasientopphold pr plass pr år og antall utskrevne pasienter pr årsverk i voksenpsykiatrien 1991-95

	1991	1992	1993	1994	1995
Gjennomsnittlig oppholdstid pr utskrevet pasient (døgn)	114	108	101	93	85
Antall opphold pr plass pr år	3,7	3,9	4,1	4,4	4,7
Antall utskrivninger pr årsverk	1,8	2,0	2,05	2,11	2,23

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

Tabell 3.8 Gjennomsnittlig oppholdstid, antall pasientopphold pr plass pr år og antall utskrevne pasienter pr årsverk i voksenpsykiatrien i 1995, fordelt på ulike institusjonstyper

		Sykehus	Senter	Sykehjem	Andre	Totalt
Gjennomsnittlig oppholdstid (døgn)	Gjennomsnitt	53	143	221	171	85
	Høyest	167	1239	7316	866	7316
	Lavest	17	41	35	53	17
Antall opphold pr plass pr år	Gjennomsnitt	7,2	3,1	2,3	2,5	4,7
	Høyest	26,0	7,7	8,6	7,3	26,0
	Lavest	2,9	0,8	0,9	1,4	0,8
Antall utskrivninger pr årsverk	Gjennomsnitt	2,7	1,8	1,3	1,4	2,2
	Høyest	13,6	6,7	8,5	9,2	13,6
	Lavest	0,7	0,0	0,0	0,5	0,0

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

ressursene er svært ujevnt fordelt på institusjonstypene. Leger og psykologer arbeider stort sett ved sykehus og poliklinikker, og til en viss grad ved psykiatriske sentre. Det er fortsatt vanlig at psykiatriske sykehjem får tilsyn av psykiater bare noen få timer pr uke. Andelen av sykepleiere ved sykehjemmene er fortsatt lav, og andelen ufaglært arbeidskraft høy.

Tabell 3.6 viser fordelingen av personellressurser på ulike institusjonstyper i 1995.

Den økte behandlingsintensiteten har ført til at oppholdene er blitt kortere og at flere pasienter behandles pr plass og pr årsverk. Tabell 3.7 viser utviklingen de siste årene når det gjelder gjennomsnittlig oppholdstid, antall pasienter behandlet pr plass pr år, og antall pasienter utskrevet pr årsverk.

Det har vært en jevn utvikling med fallende gjennomsnittlig oppholdstid, økende antall opphold pr plass, og økende antall utskrivninger pr årsverk. Det er imidlertid store forskjeller mellom psykiatriske institusjoner. Tallene i tabellen gjengir gjennomsnittet for alle landets psykiatriske institusjoner på tvers av de ulike institusjonstypene, og dekker således over de store forskjellene som finnes mellom institusjonene. Tabell 3.8 viser hvordan gjennomsnittlig oppholdstid, antall pasientopphold pr plass og antall utskrivninger pr årsverk varierte i 1995 mellom institusjonstypene og innen hver enkelt institusjonstype.

De store forskjellene mellom psykiatriske institusjoner gjør det problematisk å karakterisere disse med generelle utsagn. Gjennomsnittlig oppholdstid ved sykehjemmene varierte fra 35 døgn til over 7000 døgn eller hele 20 år. Gjennomsnittlig oppholdstid for døgnpasienter i sentrene varierte fra 41 døgn til over 1200 døgn eller over 3 år. Tallene for de psykiatriske sentrene avspeiler at mange av disse på tross av omlegging av driften til tidsbegrensede opphold og mer aktiv behandling fortsatt har mange langtidspasienter, og at institusjonstypen er uklart avgrenset i statistikken.

Antall plasser i psykiatriske institusjoner har gått ned, og oppholdstiden er redusert. Men fortsatt er det en vesentlig del av pasientene som er innlagt over meget lang tid. En registrering foretatt av NIS av samtlige pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner pr 1. november 1994 viste at så mange som 43% av pasientene ved de psykiatriske sykehjemmene hadde vært innlagt mer enn fem år. Hele 11% av pasientene i sykehusene hadde vært innlagt mer enn fem år. Det er særlig nåværende eller tidligere psykiatriske sykehus som har langtidspasienter, mens det er få langtidspasienter ved psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.

Mange av langtidspasientene er vurdert å ikke trenge opphold i fylkeskommunal institusjon. At disse pasientene må bli i institusjon fordi det ikke skaffes bolig og andre kommunale tilbud til dem innebærer en reduksjon av den fylkeskommunale institusjonskapasiteten.

3.4.3.8 Bruk av institusjonsplassene - får pasientene riktige tilbud?

Det er viktig med tilstrekkelig behandlingskapasitet i psykisk helsevern, men det er også viktig at pasientene får riktige tilbud, dvs de tilbudene de har behov for.

Norsk institutt for sykehusforskning (SINTEF-NIS) har hvert femte år fra 1979 kartlagt alle pasienter i voksenpsykiatriske institusjoner. I disse kartleggingene er behandlerne bedt om å gi en vurdering av hva som anses som riktig behandlingstilbud for hver enkelt pasient som var innlagt på kartleggingstidspunktet.

Siste kartlegging pr 1. november 1994 viste at bare to tredeler av pasientene i sykehusavdelingene ble vurdert å være innlagt i riktig type sykehusavdeling. 16% ble vurdert å ikke trenge sykehusopphold, men burde istedet hatt tilbud utenfor sykehus. Omtrent samme prosentandel ble vurdert å trenge innleggelse i andre typer sykehusavdelinger enn slik avdeling som de faktisk var innlagt i.

Pasienter i akuttavdelingene som ble vurdert å være innlagt feil sted ble oftest vurdert å trenge plass i intermediæravdeling. Pasienter i intermediæravdelinger som burde vært andre steder ble vurdert å trenge plass i langtidsavdelinger, rehabiliteringsavdelinger, i institusjoner utenfor sykehus eller i hjemmebasert omsorg. Pasienter i langtidsavdelingene som ble vurdert å trenge andre tilbud ble særlig angitt å trenge institusjonstilbud utenfor sykehus (psykiatrisk sykehjem eller senter), eller plass i kommunal omsorg.

Pasienter som var innlagt i fylkeskommunale institusjoner utenom sykehus ble vurdert å være innlagt feil sted i 30% av tilfellene. Disse pasientene ble først og

Tabell 3.9 Antall oppholdsdager for dagpasienter og antall polikliniske konsultasjoner 1991-95.

	1991	1992	1993	1994	1995
Antall oppholdsdager for dagpasienter	309.000	393.000	393.000	414.000	409.000*
Antall polikliniske konsultasjoner	318.000	350.000	412.000	407.000	444.000

* Antall oppholdsdager for dagpasienter i 1995 er underestimert i forhold til tidligere år pga endret registreringspraksis ved institusjonene.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri.

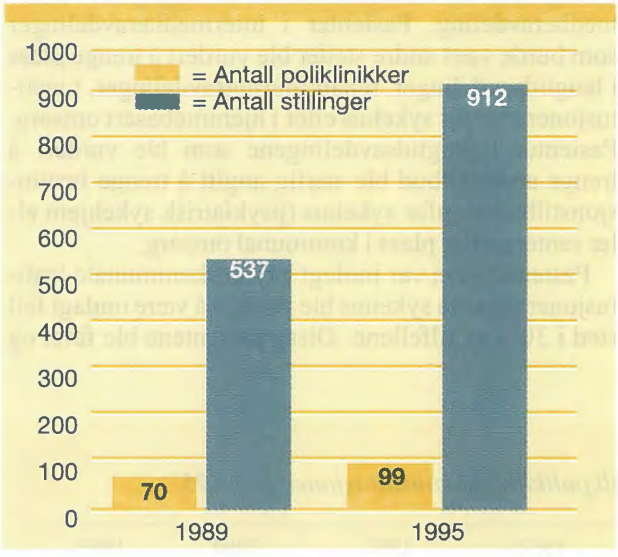
fremst vurdert å trenge plass i kommunal institusjon (aldershjem, sykehjem, boform for heldøgns omsorg og pleie), eller i kommunal hjemmebasert omsorg.

3.4.3.9 Dagbehandling og poliklinikker

I tillegg til økningen i antall behandlede pasienter ved døgnavdelingene har det vært en økning av antall pasienter som er behandlet ved poliklinikker og dagavdelinger. Tabell 3.9 viser utviklingen 1991-95.

I perioden 1991-95 samlet har det vært en økning på 32 % i antall oppholdsdager for dagpasienter, og en økning på 40% i antall polikliniske konsultasjoner. Dagoppholdene og de polikliniske konsultasjonene utgjør imidlertid fortsatt bare en liten del av det totale behandlingstilbudet. Mens det i 1995 var 409.000 oppholdsdager for dagpasienter og 444.000 polikliniske konsultasjoner, hadde døgninstitusjonene over 2 mill oppholdsdøgn (2.055.000). Det er altså fortsatt slik at døgnopphold i institusjon helt klart utgjør hovedtyngden av behandlingstilbudet i voksenpsykiatrien. Men de polikliniske tilbudene når et større antall mennesker. Pasienttellingen som NIS foretok i 1994 viste at på en bestemt dato var 6.000 pasienter innlagt i døgninstitusjon og 2.100 fikk dagbehandling, mens vel 12.000 pasienter fikk behandling ved en offentlig poliklinikk i løpet av en to-ukers periode.

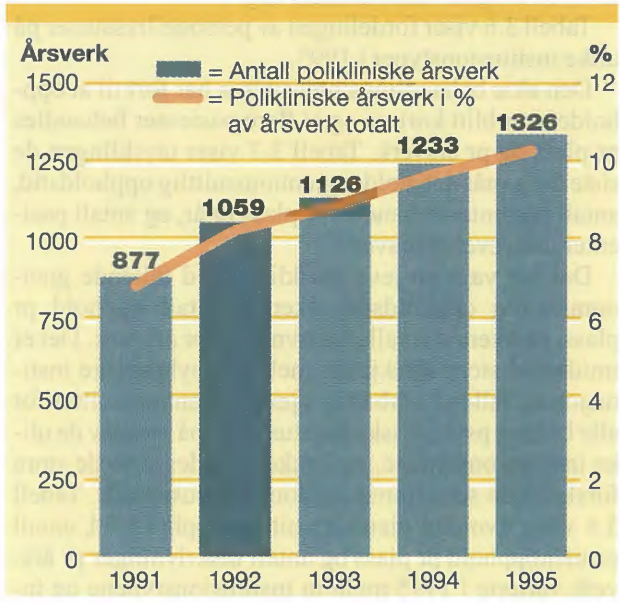
Som nevnt i avsnitt 3.4.2.7 har det vært en særskilt finansieringsordning for psykiatriske poliklinikker fra 1989. Som følge av dette har det vært en sterk utbygging av psykiatriske poliklinikker i de senere år. Figur 3.8 viser veksten fra 1989 til 1995 i antall voksenpsykiatriske poliklinikker og i antall godkjente og besatte fagstillinger ved poliklinikkene:



Figur 3.8 Antall voksenpsykiatriske poliklinikker og antall besatte godkjente fagstillinger ved poliklinikkene ved årets slutt i 1989 og 1995.

Kilde: Statens helsetilsyn

Det utføres også et betydelig poliklinisk arbeid ved døgn- og dagavdelingene, i tillegg til den polikliniske aktiviteten ved poliklinikkene. NIS har gitt ut statistikk



Figur 3.9 Antall utførte polikliniske årsverk i voksenpsykiatrien 1991-95, og de polikliniske årsverkenes andel av alle årsverk i voksenpsykiatrien.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri

som viser antall polikliniske årsverk i hele voksenpsykiatrien fra 1991, og de polikliniske årsverkenes andel av årsverkene i voksenpsykiatrien totalt:

Antall polikliniske årsverk i voksenpsykiatrien økte med 51% fra 1991 til 1995. I samme tidsrom har de polikliniske årsverkenes andel av årsverkene totalt i voksenpsykiatrien økt fra 6,8% til 10,2%. Det har altså skjedd en betydelig vekst i den polikliniske virksomheten i voksenpsykiatrien både når det gjelder antall årsverk i absolutte tall, og når det gjelder de polikliniske årsverkenes andel av årsverkene totalt i voksenpsykiatrien.

På bakgrunn av opplysningene om antall polikliniske årsverk i figur 3.9 og antall polikliniske konsultasjoner i tabell 3.9, er det mulig å beregne antall konsultasjoner pr årsverk og dagsverk. En slik beregning gir 335 konsultasjoner pr årsverk og 1,5 konsultasjon pr dagsverk.

3.4.3.10 Kapasitet i psykisk helsevern for voksne - variasjoner mellom fylkene

Som tidligere vist er det store forskjeller mellom fylke-

Tabell 3.10 Heldøgns institusjonsplasser i voksenpsykiatrien etter fylke korrigert for gjestepasienter. Absolutte tall og antall plasser pr 100.000 innbyggere over 18 år i 1995.

Fylke	Antall plasser i 1995	Endring fra 1994	Plasser pr 100.000 innbyggere over 18 år i 1995	% av landsgjennomsnitt, 1995
Østfold	250	–22	133	70
Akershus	520	–18	156	82
Oslo	1033	53	261	138
Hedmark	208	–13	141	74
Oppland	302	8	210	110
Buskerud	350	1	196	103
Vestfold	257	–23	163	86
Telemark	199	–22	157	83
Aust-Agder	173	17	228	120
Vest-Agder	232	+14	207	109
Rogaland	596	–14	228	120
Hordaland	683	4	213	112
Sogn og Fjordane	139	–1	172	90
Møre og Romsdal	408	–35	224	118
Sør-Trøndelag	313	–27	158	83
Nord-Trøndelag	155	–15	161	85
Nordland	233	5	127	67
Troms	174	–26	151	80
Finnmark	144	–19	249	131
Sum / gjennomsnitt	6369	–167	190	100

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri

ne når det gjelder hvordan de har organisert tjenestetilbudene (3.4.3), og hvor mye de bruker til psykisk helsevern (3.4.2). Det er tilsvarende store forskjeller mellom fylkene når det gjelder mål for kapasitet:

I landet som helhet var det 190 døgnplasser pr 100.000 innbyggere over 18 år i 1995. Plasstallet pr 100.000 innbyggere over 18 år varierte fra 127 eller 33% under landsgjennomsnittet i Nordland, til 261 eller 38% over gjennomsnittet i Oslo.

Det er også store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvordan plassene er fordelt på de ulike institusjonstypene. Således har Aust-Agder svært mange psykiatriske sykehjemsplasser og få psykiatriske sykehusplasser, mens Østfold og Nordland har få sykehjemsplasser.

Det er tilsvarende store forskjeller mellom fylkene når det gjelder polikliniske tjenester:

Tabell 3.11 Antall godkjente og besatte fagstillinger pr 31.12.95 ved landets voksenpsykiatriske poliklinikker, omregnet til heltidsstillinger og fordelt på fylkene. Absolutte tall og antall stillinger pr 100.000 innbyggere over 18 år.

Fylke	Antall stillinger	Ant stillinger pr 100 000 over 18 år	% av landsgjennomsnitt
Østfold	36	19	70
Akershus	53	16	59
Oslo	163	41	152
Hedmark	32	22	81
Oppland	39	27	100
Buskerud	38	21	78
Vestfold	52,5	33	122
Telemark	34	27	100
Aust-Agder	15	18	67
Vest-Agder	26	23	85
Rogaland	63	24	89
Hordaland	75	23	85
Sogn og Fjordane	25	31	115
Møre og Romsdal	41	22	81
Sør-Trøndelag	53,5	27	100
Nord-Trøndelag	36	37	137
Nordland	53,5	29	107
Troms	61,5	53	196
Finnmark	15	26	96
Sum / gjennomsnitt	912	27	100

Kilde: Statens helsetilsyn

I landet som helhet var det pr 31.12.95 27 fagstillinger i de voksenpsykiatriske poliklinikkene pr 100.000 innbyggere over 18 år. Tallet varierte imidlertid fra 16 i Akershus som lå 41% under landsgjennomsnitt, til 53 i Troms som lå 96% over gjennomsnittet. Det har vært en viss utjevning over tid de siste årene, slik at forskjellene mellom fylkene er mindre enn for noen år siden. Spesielt har forskjellen mellom Oslo og de øvrige fylkene gått ned.

3.4.3.11 Kapasitetsproblemer i psykisk helsevern for voksne

I den offentlige debatten om psykisk helsevern de siste par årene er det særlig fokusert på om det er tilstrekkelig antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne, etter den forholdsvis omfattende nedgangen av antall plasser de siste 20 årene. Det meldes stadig om problemer med å få innlagt pasienter som åpenbart trenger innleggelse, og om for tidlige utskrivninger eller utskrivninger som er skjedd uten tilstrekkelig forberedelse. For noen pasienter har dette ført til uverdige livsforhold utenfor institusjon, og i enkelte tilfeller har det ført til tragiske konsekvenser som selvmord eller alvorlige voldshandlinger.

Sosial- og helsedepartementet gjennomførte våren 1996 en spørreundersøkelse til landets fylkeshelsesjefer, og ba om deres vurdering av kapasiteten i fylkeskommunens psykiske helsevern.

- 16 av fylkeshelsesjefene meldte om kapasitetsproblemer i akuttavdelingene
- 17 anga at det var kapasitetsproblemer i intermediæravdelingene
- 17 mente det var kapasitetsproblemer i langtidsinstitusjonene
- 16 meldte om kapasitetsproblemer i poliklinikkene.

Det er imidlertid ikke åpenbart at kapasitetsproblemene skyldes at antall døgnplasser er for lavt alene. Kapasitetsproblemene kan også skyldes at eksisterende plasser brukes uhensiktsmessig, og at pasientene ikke kommer videre til de tilbudene som er best egnet for dem. Av de fylkeshelsesjefene som meldte om kapasitetsproblemer var det under halvparten som mente at kapasitetsproblemene hovedsakelig skyldtes mangel på plasser. De øvrige mente hovedproblemet var å få ferdigbehandlede pasienter videre til riktige behandlingstilbud.

Norsk institutt for sykehusforskning (SINTEF NIS) har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en rapport om behovet for døgnplasser i voksenpsykiatriske sykehusavdelinger. Rapporten er basert på tilgjengelig statistikk i Samdata psykiatri, på kart-

leggingene av innlagte psykiatriske pasienter som NIS har foretatt hvert femte år fra 1979 til 1994, og på en særskilt kartlegging av alle henvisninger til alle landets psykiatriske sykehusavdelinger de to første ukene av juni 1996. Det ble laget en modell for å beregne plassbehovet på basis av data fra disse kildene.

Beregningen ga som resultat et økt døgnplassbehov i størrelsesorden 4-500 plasser i hele landet under ett, dersom pasienter som ble avvist pga plassproblemer skulle tas imot, og dersom pasienter som ble vurdert å måtte vente for lenge på innleggelse skulle innlegges rimelig raskt. Men dette tallet motsvares av et tilsvarende antall plasser som er belagt av pasienter som er vurdert som ferdigbehandlede og som burde fått andre tilbud. På dette grunnlag konkluderte rapporten fra NIS med at det totalt i landet under ett er tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel av døgnplasser i psykiatriske sykehusavdelinger. Rapporten anga imidlertid at det er en ubalanse når det gjelder hvordan plasstallet er fordelt på ulike avdelingstyper. Det synes å være en viss overkapasitet av akuttplasser når det tas hensyn til at en del av disse plassene er belagt av pasienter som ikke burde være der, og en underkapasitet av plasser i intermediæravdelinger og rehabiliteringsavdelinger.

Metoden med å legge til grunn antall henvisninger har visse svakheter, da den ikke fanger opp henvisninger som ikke blir sendt pga forventet avslag. Av denne grunn supplerte NIS overnevnte undersøkelse med en egen spørreundersøkelse til et representativt utvalg av landets primærleger i oktober 1996. Disse ble spurt om hvor mange pasienter de hadde henvist til innleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling i løpet av siste uke, og hvor mange de hadde unnlatt å henvise pga forventet avslag.

Resultatet fra den siste undersøkelsen er meget usikkert, men kan antyde et plassbehov på rundt 200 døgnplasser i hele landet under ett for å gi plass til de som ikke henvises pga forventet avslag på søknad om innleggelse.

Beregningene i begge de to rapportene er usikre, da modellen som benyttes til å beregne plassbehovet er meget følsom for små endringer i variabler som anslås skjønnsmessig. Små endringer i forutsetningene kan gi store utslag begge veier i det beregnede plassbehovet.

3.4.3.12 Departementets vurdering

Departementet mener på grunnlag av overstående at det ikke er grunnlag for å komme med et anslag som angir at det er behov for et bestemt plasstall i psykisk helsevern for voksne, men vil legge vekt på følgende:

1. Behovet for døgnplasser kan ikke vurderes isolert, men vil i stor grad være avhengig av organisering og omfang av andre tjenester, på fylkeskommunalt og kommunalt nivå.
2. Det er store fylkesvise forskjeller både i antall plasser i forhold til innbyggertallet, hvordan tjenestene er organisert, og hvor langt fylket har kommet i å bygge opp tjenester utenfor institusjon. Av disse grunner er behovene for utbygging av døgnplasser meget forskjellig i fylkene.
3. Det må anses for å være dokumentert at det er store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne, med feilplassering av mange pasienter. I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg.

Av disse grunner trengs statlig støtte til omstrukturering og utbygging i det enkelte fylke. Fordi behovene i fylkene er så forskjellige vil generelle øremerkede midler bli lite treffsikre. Det er viktig at støtten tildeles på en slik måte at det er de særskilte behovene for omstrukturering og kapasitetsoppbygging som gjelder *i det enkelte fylket* som tilgodeses. Det er dessuten viktig at midlene tildeles på en slik måte at det er mulig å kontrollere at de går til riktig formål. Av disse grunner foreslår departementet å innføre et særskilt øremerket tilskudd til fylkeskommunene til omstrukturering og utbygging av tjenester som det dokumenteres at det er mangel på i fylket. Midlene bør kunne delfinansiere både investeringer og driftsutgifter i en oppstartingsperiode. Det foreslås at midlene fordeles etter søknad, og at det skal være et særskilt sekretariat som kan bistå fylkeskommunene i å utarbeide planer og søknader om midler og behandle disse. Planer for utbygging av tjenester i det enkelte fylket samordnes i det regionale helseutvalget. I *St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* er det foreslått at regionale helseplaner skal erstatte de nåværende fylkeshelseplanene.

Fylkeskommunene skal fortsatt ha ansvaret for drift og planlegging av psykiatriske spesialisthelsetjenester, og utarbeiding av behovsanalyser og planlegging må fortsatt skje i den enkelte fylkeskommune, og samordnes i helseregionen. Staten bør i en avgrenset innsatsperiode yte bistand ved aktiv og kvalifisert rådgivning i planarbeidet, og etter søknad tildele midler til omstrukturering og oppbygging av kapasitet. Det foreslås at det særskilte tilskuddet til omstrukturering og utbygging ytes for 5 år. Det særskilte tilskuddet til omstrukturering i voksenpsykiatrien foreslås ikke videreført etter 5-års perioden. Omstrukturering og effektivisering av tjenestene antas å kunne frigjøre midler fra fylkeskommunale tilbud som det vil bli mindre behov for, eller som kan organiseres mer kostnadseffektivt. Dessuten vil overføringen av pasienter fra fylkeskommunale langtidsinstitusjoner avlaste fylkeskommunene for oppgaver, og frigjøre midler som bør brukes til å øke kapasiten og kvaliteten i de fylkeskommunale behandlingstilbudene.

Det foreslås ikke at tilskuddet til omstrukturering og utbygging skal erstatte det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkene (kap 760 post 68). Dette tilskuddet foreslås videreført i en periode for å sikre tilfredsstillende nivå på driften av psykisk hel-

severn. Det vurderes å gjøre tilskuddet til den enkelte fylkeskommune avhengig av at fylkeskommunen opprettholder nivået på sitt bidrag til psykisk helsevern i fylket. På sikt foreslås det at det generelle øremerkede tilskuddet inngår i inntektsystemets rammetilskudd.

Vurderingen av fylkeskommunale planer og tildelingen av midler til omstrukturering og kapasitetsoppbygging bør skje etter felles overordnede retningslinjer. Følgende retningslinjer legges til grunn:

1. Det er viktig å bygge opp kompetanse og tilbud nærmest mulig brukerne. Spesialisthelsetjenesten må ivareta viktige støttefunksjoner for de kommunale helse- og sosialtjenestene, slik at disse blir i stand til å yte omsorg for mennesker med psykiske lidelser. Fylkeskommunene må særlig stimuleres til å bygge lett tilgjengelige distriktspsykiatriske tjenester videre ut. Disse må disponere lavterskeltilbud som kan gi tilbud i krisesituasjoner, om nødvendig i form av døgnopphold, for i størst mulig grad å bidra til at lidelser ikke forverres slik at innleggelser med tvang i sentrale institusjoner blir nødvendig.
2. Tjenestetilbudene og institusjonene må være tilstrekkelig differensiert til å yte hjelp som er i overensstemmelse med de ulike brukergruppenes behov. Det må utvikles målrettede behandlingsprogrammer basert på dokumentert kunnskap om hva som er virksom behandling og rehabilitering.
3. Det kan ytes støtte til oppbygging av nye institusjonsplasser når det kan dokumenteres at det er mangel på bestemte typer plasser. Når omfang og typer av institusjonsplasser planlegges må det tas hensyn til at hele behandlingskjeden skal fungere sammenhengende, slik at pasientene ikke må være for lenge innlagt i institusjon fordi andre tilbud mangler, og heller ikke må skrives ut for tidlig.

Departementet ønsker med ulike virkemidler å fremme en overordnet statlig målsetning for utviklingen av psykiatriske spesialisthelsetjenester for voksne. Psykisk helsevern for voksne bør bestå av tre hovedelementer:

- Psykiatriske sykehusavdelinger, som er faglig og funksjonelt integrert i de alminnelige akuttsykehus (region-, sentral- og evt lokalsykehus).
- Distriktspsykiatriske sentre, som bør være en del av lokalsykehuset der det er naturlig, eller en frittstående institusjon.
- Privatpraktiserende psykiatere og spesialister i klinisk psykologi med driftsavtale med fylkeskommunen.

Psykiatriske sykehusavdelinger bør ivareta disse hovedfunksjonene for hele eller deler av fylket:

- Akutt-funksjon med øyeblikkelig hjelp-mottak.
- Oppfølgende behandling i døgnavdeling, særlig for pasienter innlagt uten eget samtykke.
- Behandling i sikkerhetsavdeling.
- Ulike spesialavdelinger.

Funksjonene bør kunne ivaretas både ved døgn-, dag- og poliklinisk behandling.

Distriktspsykiatriske sentre bør ivareta disse hovedfunksjonene for lokalsykehusområdet eller deler av det:

- Poliklinikk, inklusiv ambulant team.
- Dagavdeling.
- Døgnavdeling for kriseintervensjon og observasjon.
- Korttids åpent døgntilbud.
- Avdelinger for lengre tids behandling og rehabilitering.
- Rådgivning og veiledning overfor kommunale tjenester.

Med en bemanning som muliggjør levedyktige og allsidige fagmiljøer, vil de distriktspsykiatriske sentrene kunne ta seg av mange av de allmennpsykiatriske behandlingsoppgavene som generelle psykiatriske avdelinger i større institusjoner tidligere har hatt. Samtidig kan nærheten til de kommunale tjenestene gjøre at det blir mulig å gi adekvat behandling og annen hjelp der pasientene bor. Undersøkelser blant brukerne og pårørende viser at dette vanligvis foretrekkes fremfor innleggelse bortsett fra i alvorlige krisesituasjoner. Behovet for fylkesdekkende avdelinger vil trolig i framtida mest gjelde pasienter som på grunn av utagerende atferd eller spesielle behov trenger avdelinger med sterkere bemanning eller mer spesialiserte tilbud som krever kompetanse som ikke er tilgjengelig lokalt.

Privatpraktiserende spesialister

- Individual- og gruppebehandling i samarbeid med distriktspsykiatrisk sentre og poliklinikker.

Antall polikliniske konsultasjoner pr poliklinisk dagsverk er beregnet til 1,5 i 1995 (jfr 3.4.3.9). Det er mye usikkerhet ved denne beregningen, og det kan være en underregistering av antall polikliniske konsultasjoner. Direkte pasientkonsultasjoner utgjør dessuten bare en del av arbeidet ved poliklinikkene, og konsultasjoner med familien, samarbeid med førstelinjetjenesten og planlegging og forberedelse av ulike tiltak utgjør også viktige oppgaver. Allikevel synes antallet lavt. Etter departementets oppfatning er det grunn til å vurdere arbeidsformene ved poliklinikkene kritisk, for å få undersøkt om flere pasienter kan behandles.

Departementet foreslår:

- *Å videreføre det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene. På sikt legges tilskuddet inn i inntektsystemets rammetilskudd.*
- *Å innføre et særskilt statlig tilskudd til omstrukturering og styrking av fylkeskommunale psykiatriske spesialisthelsetjenester, midlertidig for fem år. Tilskuddet skal bidra til å utvikle det fylkeskommunale psykiske helsevernet i tråd med overordnede nasjonale målsetninger. Søknader om midler fra fylkeskommunene behandles av et særskilt sekretariat, som også skal kunne veilede fylkeskommunene i å utarbeide planer og søknader. Planene for fylkene i hver helseregion samordnes ved behandling i det regionale helseutvalget.*
- *Å sette i gang en større evaluering av arbeidsformene ved de psykiatriske poliklinikkene, med sikte på å undersøke om antall behandlede pasienter kan økes.*

3.4.4 Psykisk helsevern for barn og ungdom - struktur og kapasitet

3.4.4.1 Bakgrunn

Omfang og typer av psykiske lidelser hos barn og unge og prinsipper for behandling er beskrevet i vedlegg 1. Barne- og ungdomspsykiatrien er en forholdsvis ny tjeneste i Norge og ble gradvis utbygget fra 1960-årene. Med lov om psykisk helsevern fra 1961 fikk fylkeskommunene ansvar for å yte psykisk helsevern til barn og unge på linje med voksne. Ved lovens ikrafttreden hadde bare et fåtall fylkeskommuner et barne- og ungdomspsykiatrisk tjenestetilbud, og det var klart at staten måtte engasjere seg for å få bygget ut fagfeltet. Dette skjedde i første omgang ved at Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) ble etablert i 1963. SSBU hadde fra starten av riksfunksjoner og tok imot barn og ungdom fra hele landet. Gradvis ble det bygget opp tilbud i alle fylkeskommunene. Først i 1985 fikk den siste fylkeskommunen (Nord-Trøndelag) en egen barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Tjenestene i fylkeskommunene ble i første omgang bygget opp som rene polikliniske tjenester, med svært få institusjoner. Utbyggingen skjedde først i sentrale fylker, og det har hele tiden vært en betydelig geografisk skjevfordeling av tjenestetilbudene. Ikke minst skyldtes det mangelen på fagfolk.

St meld nr 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan, jfr Innst S nr 120 (1988-89), inneholdt en rekke forslag til tiltak for å styrke barne- og ungdomspsykiatrien. Det ble angitt som et mål å doble kapasiteten i løpet av de nærmeste årene, slik at tjenestene skulle kunne gi tilbud til ca 2% av barnebefolkningen mot ca 1% da meldingen ble skrevet. Meldingen ga også anbefalinger om hvilke tjenestetilbud som burde finnes i alle fylker. Disse var:

- En poliklinikk i hvert lokalsykehusområde med en minstenorm på 4 fagstillinger pr 30.000 innbyggere.
- Behandlingsbarnehage eller øremerkede plasser i vanlige barnehager med mulighet for observasjon, vurdering og utprøving av tiltak.
- Barnepsykiatrisk behandlingshjem for barn 7-12 år.
- Behandlingshjem for psykotisk/autistiske barn og unge.
- Ungdomspsykiatrisk behandlingshjem for ungdom 13-18 år.
- Akuttavdeling for ungdom.
- Familiebehandlingsenhet.

Meldingen foreslo også å opprette regionsentre for barne- og ungdomspsykiatri knyttet til universitetene i Tromsø, Trondheim og Bergen. Sentrenes oppgaver skulle bl a være etter- og videreutdanning av personell, og å delta i forskning og faglig forsøks- og utviklingsarbeid.

Fra 1990 har Sosial- og helsedepartementet satt i gang en rekke tiltak for å styrke barne- og ungdomspsykiatrien, finansiert av Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse (statsbudsjettets kap 743). Det har vært gitt omfattende støtte til videre- og etterutdanning og rekruttering av personell, og til forskning, forsøk og faglig utviklingsarbeid.

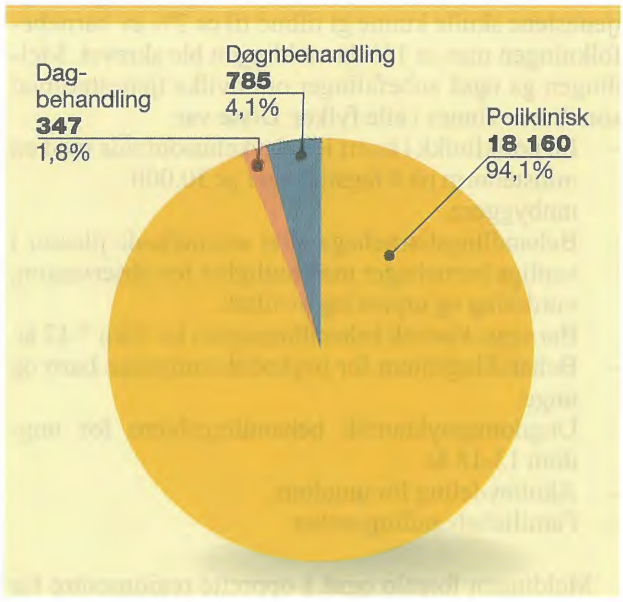
Regionsenteret i Tromsø ble opprettet i 1991, Regionsenteret i Trondheim i 1994, og Regionsenteret i Bergen i 1995. Sentrene er på ulik måte knyttet til hvert sitt universitet, og har fra 4 til 7 heltids vitenskapelige stillinger, samt deltids vitenskapelige stillinger (II-stillinger), undervisningsleder og administrativt personell.

Som følge av de statlige stimuleringstiltakene og fylkeskommunenes prioritering av feltet er det skjedd en sterk utbygging av psykisk helsevern for barn og unge.

Målsetningen om å fordoble tjenestetilbudet er innfridd i løpet av 8 år. Som nevnt ga barne- og ungdomspsykiatrien tilbud til ca 1% av barnebefolkningen fra 0-18 år i 1987. Prosentandelen er økt til 1,95 i 1995. Antall årsverk er også fordoblet, fra ca 900 årsverk i 1987 til ca 1.800 årsverk i 1995.

3.4.4.2 Organisering av tjenestene

Som nevnt er barne- og ungdomspsykiatrien først og fremst bygget ut som en poliklinisk tjeneste. Figur 3.10 viser hvordan antall pasienter som ble behandlet i 1995 fordeler seg på poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling:



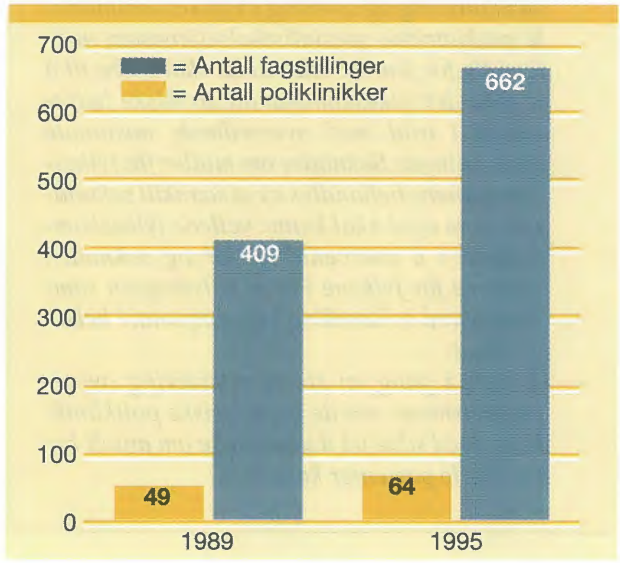
Figur 3.10 Antall pasienter behandlet i barne- og ungdomspsykiatrien i 1995 fordelt på poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Kilde: SINTEF NIS: Samdata psykiatri

Hele 96% av pasientene behandles poliklinisk eller med dagbehandling, mens bare 4% behandles med innleggelse i institusjon.

3.4.4.3 Behandlingskapasitet ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene

Veksten i antall poliklinikker og antall ansatte ved poliklinikkene har vært særlig sterk etter at refusjonsordningen ble innført i 1989. Figur 4.11 viser veksten fra 1989 til 1995 for hele landet under ett:



Figur 3.11 Antall barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og antall besatte godkjente fagstillinger ved poliklinikkene ved årets slutt i 1989 og 1995.

Kilde: Statens helsetilsyn

Boks 3.7
Organisering av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i fylkene

De polikliniske tjenestene er organisert forskjellig i fylkene. Tre fylker har en sentral barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som betjener hele fylket (Vestfold, Aust-Agder, Sør-Trøndelag). I de to førstnevnte av disse fylkene er poliklinikken en del av fylkets sentralsykehus. Sør-Trøndelag har organisert hele barne- og ungdomspsykiatrien sammen med voksenpsykiatrien, fylkesbarnevernet og rusmiddelomsorgen i en egen fylkesdekkende etat utenfor det somatiske sykehusvesenet.
I de øvrige av landets fylker er fylket sektorisert, slik at det er flere barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker med hvert sitt opptaksområde. I de fleste tilfeller sammenfaller det barne- og ungdomspsykiatriske opptaksområdet med et lokalsykehusområde, og i mange tilfeller er poliklinikken en del av lokalsykehuset.

Organiseringen av *institusjonstjenester* er også forskjellig i fylkeskommunene. Sju fylker (Vestfold, Telemark, Vest-Agder, Rogaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nordland) har bygget opp en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikkavdeling ved et sentralsykehus eller et psykiatrisk sykehus. Sju andre fylker (Akershus, Oppland, Buskerud, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Troms, Finnmark) har bygget opp et eller flere behandlingshjem faglig knyttet til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Fire fylker (Østfold, Oslo, Hedmark, Hordaland) har både avdeling ved sykehus og behandlingshjem. Ett fylke (Nord-Trøndelag) har verken avdeling eller behandlingshjem, men bare poliklinikker.

Forskjellen på en sykehusavdeling og et behandlingshjem er ikke entydig. En sykehusavdeling er gjerne mer medisinsk orientert, og må etter gjeldende regelverk ledes av en overlege. Et behandlingshjem ledes vanligvis daglig av en styrer som gjerne er barnevernspedagog, under det faglig overordnede ansvaret til lederen av poliklinikken som kan være barnepsykiater eller klinisk psykolog. Sykehusavdelingene har i gjennomsnitt større sirkulasjon med mer vekt på korttidsopphold og utredninger, mens behandlingshjemmene gjerne har barn og ungdom innlagt over lengre tid.

Tabell 3.12 Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i fylkene pr 31.12.95: Antall poliklinikker, antall besatte fagstillinger ved poliklinikkene, og antall besatte fagstillinger pr 100.000 barn 0-18 år i fylket.

Fylke	Antall poliklinikker	Antall besatte fagstillinger	Fagstillinger pr 100.000 barn	% av landsgjennomsnitt
Østfold	5	35	67	103
Akershus	4	50	47	72
Oslo	9	128,5	138	212
Hedmark	3	20,7	53	82
Oppland	2	18	46	71
Buskerud	2	25,5	50	77
Vestfold	1	27	58	89
Telemark	2	18,5	51	78
Aust-Agder	1	9	37	57
Vest-Agder	2	28,3	74	114
Rogaland	3	29,5	31	48
Hordaland	5	39,3	38	58
Sogn og Fjordane	3	18	67	103
Møre og Romsdal	4	38	65	100
Sør-Trøndelag	1	33,3	56	86
Nord-Trøndelag	2	19	48	74
Nordland	7	66,5	116	178
Troms	5	37,1	103	158
Finnmark	3	20,4	110	170
Sum/gjennomsnitt	64	661,6	65	100

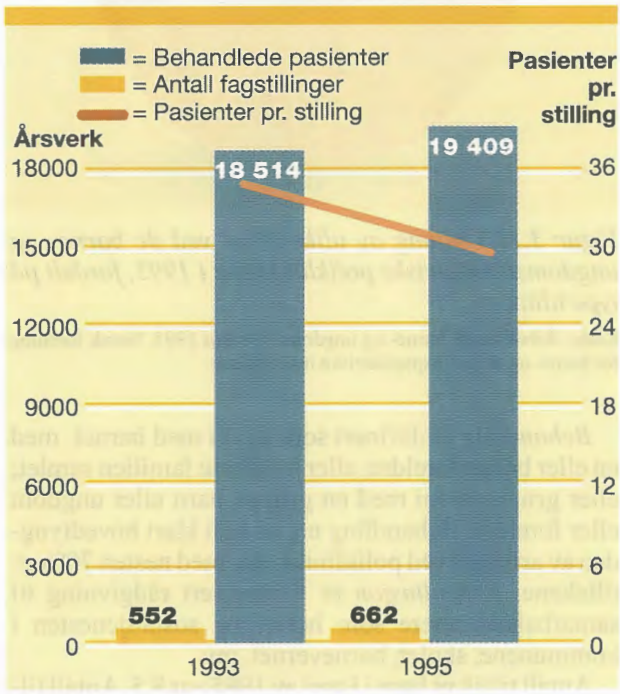
Kilde: Statens helsetilsyn

Den polikliniske utbygningen er ujevnt fordelt mellom landets fylker. Tabell 3.12 gir en oversikt over de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i fylkene.

Variasjonene mellom fylkene er store. Oslo og de tre nordligste fylkene har alle over 100 fagstillinger pr 100.000 barn i fylket og ligger fra 150% av gjennomsnittlig dekningsgrad på landsbasis til over 200% av denne dekningsgraden (Oslo). I motsatt ende av skalaen ligger Rogaland med bare 31 fagstillinger pr 100.000 barn, som er under halvparten av landsgjennomsnittet. Ytterligere sju fylker har en dekningsgrad mellom 50 og 80% av landsgjennomsnitt.

Forskjellene mellom fylkene var tidligere enda større, og har minket noe de senere år.

Selv om antall ansatte ved poliklinikkene har økt vesentlig hvert år siden slutten av 80-tallet, trenger ikke kapasiteten i behandlingstilbudene å ha øket tilsvarende. For årene 1993 og 1995 finnes opplysninger både om antall fagstillinger ved poliklinikkene og om antall behandlede pasienter. Det gjør det mulig å sammenstille veksten i antall stillinger med veksten i antall behandlede pasienter:

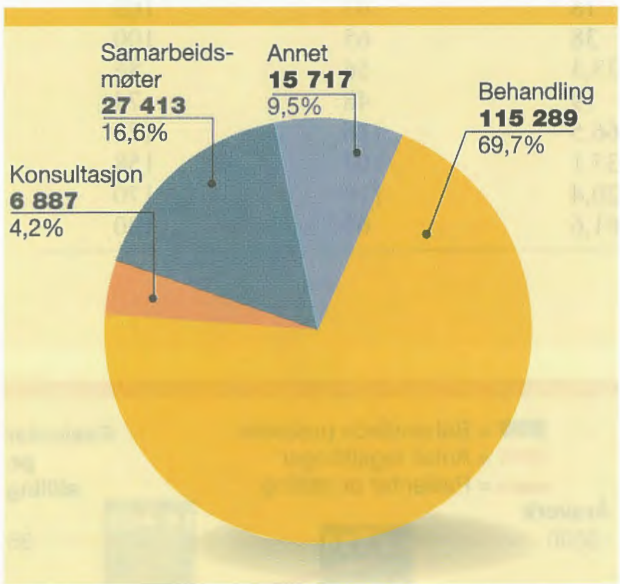


Figur 3.12 Antall besatte godkjente fagstillinger og antall behandlede pasienter ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i 1993 og 1995

Kilder: Statens helsetilsyn (stillinger) og Årbok norsk barne- og ungdomspsykiatri 1995, Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (behandlede pasienter).

I følge disse tallene har antall ansatte vokst fire ganger så sterkt som veksten i antall behandlede pasienter fra 1993 til 1995. Som følge av dette er antall pasienter som er behandlet pr stilling gått ned fra 34,5 til 29,3, ett fall på hele 15%. Tallene er noe usikre, og antall behandlede pasienter er heller ikke et entydig mål for kapasitet. Veksten i personell kan også ha gått til å gi mer behandling til pasientene og deres familier, og til å yte mer konsultasjon, råd og veiledning til samarbeidspartnere som kommunehelsetjenesten og barnevernet.

Årbok norsk barne- og ungdomspsykiatri har også tall for omfanget av tiltak som settes inn overfor barna, familiene og samarbeidspartnere. Tallene i årboka i 1995 er basert på opplysninger om 93,3% av de behandlede barna. Dersom det antas at de resterende mottok tiltak av samme type og omfang blir de totale tallene slik:



Figur 3.13 Omfang av ulike tiltak ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i 1995, fordelt på type tiltak

Kilde: Årbok norsk barne- og ungdomspsykiatri 1995, Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner.

Behandling er definert som terapi med barnet, med en eller begge foreldre, eller med hele familien samlet; eller gruppeterapi med en gruppe barn eller ungdom eller foreldre. Behandling utgjør helt klart hovedtyngden av arbeidet ved poliklinikkene, med nesten 70% av tiltakene. *Konsultasjon* er formalisert rådgivning til samarbeidspartnere som helse- og sosialtjenesten i kommunene, skoler, barnevernet, mv.

Antall tiltak pr barn i løpet av 1995 var 8,5. Antall tiltak pr årsverk var 250. Tilsvarende tall for 1993 viste 8,3 tiltak pr barn og 278 tiltak pr behandler. Det kan altså se ut som tiltaksmengden pr barn har vært svakt økende når antall ansatte har økt, men at antall tiltak pr årsverk har vært fallende.

Et årsverk regnes som 230 dagsverk. Det betyr at de ansatte ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i gjennomsnitt utførte 1,1 «tiltak» pr dag i 1995 (en terapisesjon, en konsultasjon, et samarbeidsmøte eller tilsvarende). Tallet falt fra 1,2 i 1993.

Det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder hvor mange barn som behandles. I gjennomsnitt for hele landet fikk 1,9% av alle barn mellom 0 og 18 år behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Prosentandelen varierte fra 0,7 i Rogaland til 3,6 i Oslo og Finnmark. Det meste av denne variasjonen skyldes variasjoner i utbyggingsgrad - naturlig nok gis det behandling til flest barn i de fylkene som har flest stillinger ved poliklinikkene, og til færrest barn i de fylkene som har færrest stillinger. Men det er også store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvor mange barn som behandles pr stilling. I 1995 ble det behandlet 29 barn pr stilling ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i landet under ett. Antall barn behandlet pr stilling varierte fra 16 i Sør-Trøndelag til 41 i Hordaland. Antall «tiltak» som ytes pr årsverk varierte fra 120 i Sør-Trøndelag til 320 i Oslo. Pr dagsverk blir dette 0,5 i Sør-Trøndelag og 1,4 i Oslo.

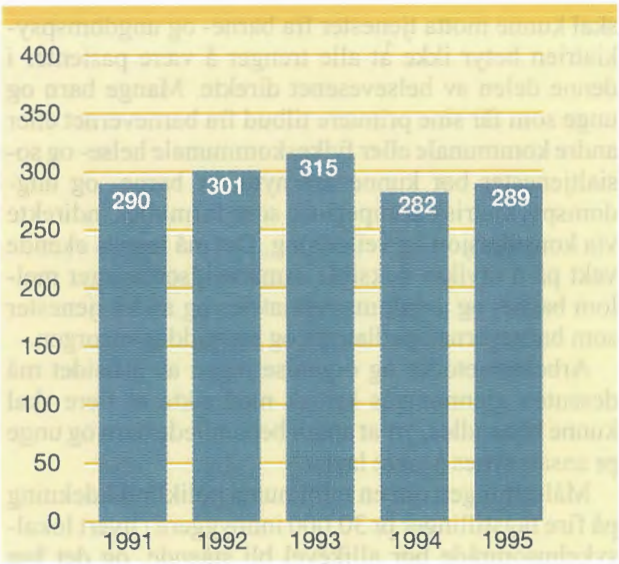
3.4.4.4 Departementets vurdering

Tallene for antall tiltak utført pr årsverk virker umiddelbart lave, men er vanskelige å vurdere. Det er mulig at det er en underregistrering av antall tiltak, da det alltid vil være noe vanskelig å få gjennomført en fullstendig registrering av utført arbeid. Det er også mange arbeidsoppgaver som ikke dekkes av kategoriene i tabellen ovenfor, og som kommer i tillegg (journalføring, for- og etterarbeid i forbindelse med terapitimer og konsultasjoner, interne møter og etter- og videreutdanning). I tillegg til at tallene er lave tyder de store variasjonene på at det er store forskjeller mellom poliklinikkene i faglig profil og arbeidsmåter.

Departementet mener at det er grunn til å vurdere poliklinikkenes behandlingskapasitet kritisk. Det foreslås et større prosjekt som skal undersøke produktiviteten ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene og hva de store forskjellene kommer av, med sikte på å komme fram til tiltak som kan øke antall behandlede pasienter.

3.4.4.5 Institusjonskapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien

Den samlede institusjonssektoren i barne- og ungdomspsykiatrien er liten, og de enkelte institusjonene er små. Gjennomsnittsinstitusjonen har bare 8 døgnplasser. Utviklingen av antall døgnplasser de siste årene fremgår av figur 3.14:



Figur 3.14 Antall døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien 1991-95

Kilde: NIS, Samdata psykiatri

Antall institusjoner og antall døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien er lavt, slik at endringer ved en eller noen få institusjoner gir store utslag i statistikken. Det forekommer av og til omorganiseringer som flytter institusjoner fra en etat til en annen, slik at plassene tas ut av statistikken for barne- og ungdomspsykiatrien. I tabellen ovenfor er det et forholdsvis stort fall i antall plasser i landet fra 1993 til 1994. Men av nedgangen på 33 plasser skyldes bortfallet av 21 plasser en overføring av to institusjoner i Oslo fra barne- og ungdomspsykiatrien til andre kommunale etater, uten at det betydde noen reell reduksjon i tilbudene til barn og unge.

Det er vanskelig å vurdere institusjonstilbudet innen barne- og ungdomspsykiatrien isolert, uten å se det i sammenheng med andre tilbud, særlig innen barnevernet.

Det er også et problem at den nasjonale statistikken for antall plasser ikke skiller mellom ulike institusjonstyper, som plasser for barn og for ungdom. Faglig sett er det mange motforestillinger mot å plassere mindre barn på institusjon, mens det har vært ansett å være et udekket institusjonsbehov for ungdom. I de senere årene har det derfor blitt bygget opp nye institusjonstilbud til ungdom, samtidig som antall døgnplasser til barn er trappet ned og erstattet av andre tilbud. Denne differensierte utviklingen kommer ikke fram i statistikken over tilbudene samlet.

Statens helsetilsyn innhentet i februar 1995 opplysninger fra fylkeskommunene om de barne- og ungdomspsykiatriske institusjonstilbudene som i større grad skiller mellom ulike typer av tilbud. Tabell 3.13 viser store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hva slags tilbud som er bygget ut:

Tabell 3.13 Institusjonsplasser i barne- og ungdomspsykiatrien fordelt på institusjonstyper og på fylker

Fylke	Plasser for barn i avdeling eller behandlingshjem		Behandlings-plasser i barnehage	Plasser ungdom i avdeling eller behandlingshjem		Akuttplasser ungdom	Familie-plasser
	Døgn	Dag		Døgn	Dag		
Østfold	7		4	6	16		
Akershus	12	8		28	14	5	
Oslo		27	5	22		11	1
Hedmark	5	5		8			
Oppland				10	2		
Buskerud	10	6		6	8		1
Vestfold		6		6			1
Telemark							2
Aust-Agder	5			6			
Vest-Agder						2	2
Rogaland	6	6		10		16	2
Hordaland	15	5	4	8	2		2
Sogn og Fjordane				3		1	1
Møre og Romsdal							2
Sør-Trøndelag			12	8	3	4	1
Nord-Trøndelag							
Nordland				6	3		1
Troms	4	6					1
Finnmark	7	3					
Sum	71	72	25	127	48	39	17

Kilde: Statens helsetilsyn

Boks 3.8 gir en oversikt over institusjonstilbudene i fylkene, og planene for videre utbygging.

Boks 3.8
Institusjoner for barn og ungdom i fylkene i 1995 og planer om videre utbygging

Døgn- eller dagplasser for barn
Tolv fylker hadde døgn- eller dagplasser for barn under 12 år eller plasser i behandlingsbarnehage. Tre av disse fylkene (Oslo, Vestfold, Rogaland) planla en ytterligere utbygging av dag- eller døgnplasser til barn, mens to fylker (Vest-Agder, Møre og Romsdal) som ikke hadde slike tilbud planla utbygging.

Døgntilbud for ungdom
Tretten fylker hadde døgntilbud for ungdom mellom 12 og 18 år ved sykehusavdeling eller behandlingshjem. Seks av disse fylkene hadde i tillegg dagtilbud. To av de fylkene som hadde slike tilbud planla å bygge de videre ut (Oslo, Hordaland), mens tre fylker som ikke hadde slike tilbud planla å etablere det (Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Troms).

Akuttplasser for ungdom
er bygget ut i en del fylker i de senere årene. Seks fylker hadde slike plasser i 1995. I tillegg hadde tre fylker (Østfold, Møre og Romsdal, Nordland) planer om å etablere et slikt tilbud de nærmeste årene.

Familieavdelinger
tar imot hele familier til korttids innleggelse for utredning og familiebehandling når et barn eller en ungdom er pasient. Tolv fylker hadde slik avdeling i 1995. Hver avdeling kan ha en eller to familier innlagt på samme tid, og familien er gjerne innlagt i 3-4 uker. Hver familieplass brukes således til å utrede og behandle 12-15 familier i året. Nordland hadde i 1995 planer om utbygging av ytterligere to familieplasser, mens to fylker som tidligere ikke har hatt familieavdeling hadde planer om å starte slik avdeling (Østfold, Oppland).

3.4.4.6 Departementets vurdering

Barne- og ungdomspsykiatrien er fortsatt et fagfelt som trenger en betydelig videre utbygging. Under behandlingen av *St meld nr 41 (1987-88) Nasjonal helseplan,* jfr *Innst S nr 120 (1988-89),* sluttet Stortinget seg til målsettingen om å doble kapasiten i barne- og ungdomspsykiatrien, slik at tjenester kan gis til 2% av barnebefolkningen. Dette målet er nådd, men det er behov for ytterligere utbygging. At flere barn og unge skal kunne motta tjenester fra barne- og ungdomspsykiatrien betyr ikke at alle trenger å være pasienter i denne delen av helsevesenet direkte. Mange barn og unge som får sine primære tilbud fra barnevernet eller andre kommunale eller fylkeskommunale helse- og sosialtjenester bør kunne dra nytte av barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse som formidles indirekte via konsultasjon og veiledning. Det må legges økende vekt på å utvikle fleksible samarbeidsordninger mellom barne- og ungdomspsykiatrien og andre tjenester som barnevernet, pediatrien og rusmiddelomsorgen.

Arbeidsmetoder og organiseringen av arbeidet må dessuten gjennomgås kritisk med sikte at flere skal kunne behandles, jfr at antall behandlede barn og unge pr ansatt synes å være lavt.

Målsetningen om en minimums poliklinikkdekning på fire fagstillinger pr 30.000 innbyggere i hvert lokalsykehusområde bør allikevel bli stående, og det bør gjennomføres tiltak for å få i stand utbygging opp til dette nivået i de fylkene som ikke har innfridd målsetningen.

Statistikk for ulike typer av plasser gir et ufullstendig uttrykk for hva som er tilgjengelig av tjenester i fylkene. Barn og unge har behov for fleksible tjenester, og andre tjenester enn døgnplasser er mer relevant for mange grupper. Følgende *funksjoner* bør være dekket i alle fylker:

- Mulighet til å ta hånd om *ungdom* på døgnbasis, både når situasjoner oppstår akutt og når det er behov for noe lengre tids kvalifisert barne- og ungdomspsykiatrisk behandling med skjerming og regulering av adferd. Slike tilbud kan gis i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling eller behandlingshjem, eller i barnevernsinstitusjon med faglig bistand fra barne- og ungdomspsykiatrien.
- Mulighet til å arbeide konsentrert (daglig) med *barn,* både for å foreta tidsavgrenset observasjon og utredning, og for å yte noe lengre tids behandling som er intensiv nok. Tilbudene kan gis i spesialbarnehage, særskilte plasser i vanlig barnehage, i dagavdeling eller behandlingshjem, eller i samarbeid med barnevernsinstitusjon.
- Mulighet for konsentrert og systematisk evaluering av samspill og omsorg i *familier.* Dette kan skje i egne familie-, døgn- eller dagavdelinger, ved å ta familier inn i øvrige avdelinger, eller ved poliklinisk team som arbeider konsentrert med familier.

Alle typer av barne- og ungdomspsykiatriske tilbud må ikke nødvendigvis finnes i alle fylker. Hovedtyngden av de fylkeskommunale tilbudene innen barne- og ungdomspsykiatrien bør fortsatt være polikliniske. Når det gjelder institusjonstjenester bør hver helseregion sees under ett. De regionale helseplanene må omfatte barne- og ungdomspsykiatrien, og planene må vise hvordan alle fylker i regionen skal få dekket tjenester utover de som ytes av de vanlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

Regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri (jfr

3.4.4.1) må utvikles videre som kompetansesentre, og må ta et hovedansvar for å få utdannet tilstrekkelig personell med spesialistkompetanse til barne- og ungdomspsykiatrien i fylkene i regionen. Hvert regionsenter bør ha en faglig forankring i kliniske avdelinger, slik at regionsenteret kan få tilstrekkelig klinisk basis for utdanning og forskning. Regionsentrene bør ha en bred tilnærming til barn og unge med psykiske lidelser og problemer, og innlede et formalisert samarbeid med barnevernets kompetansesenter i hver landsdel.

Statlige myndigheter må engasjere seg kraftigere i å påvirke fylkene til å oppfylle disse målsettingene, både med økonomiske virkemidler og når det gjelder råd og veiledning om utbygging av ulike typer av tjenester.

Det generelle øremerkede statlige tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene brukes også til barne- og ungdomspsykiatriske tjenester. Det vises til avsnitt 3.4.2.2 for omtale av dette tilskuddet.

I tillegg foreslås et eget øremerket statlig tilskudd som fordeles etter søknad til fylkeskommunene for å stimulere til videre utbygging av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester. Søknadsbehandlingen foreslås ivaretatt av det samme sekretariatet som skal behandle søknader om tilskudd til omstrukturering og utbygging i voksenpsykiatrien, jfr avsnitt 3.4.3.12. Planer for utbygging i det enkelte fylket samordnes ved behandling i det regionale helseutvalg.

Det er en meget vesentlig forskjell mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. I psykisk helsevern for voksne er det et stort behov for å *omstrukturere* tjenester og institusjoner som i mange tilfeller ikke er tidsmessige og effektive. Forslaget om tilskudd til omstrukturering av psykisk helsevern for voksne gjelder en midlertidig ekstra ressursinnsats for å få i stand en slik omstrukturering, og det er ikke foreslått å videreføre tilskuddet etter 5-års perioden. Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge derimot, er det et stort behov for å bygge opp *nye tilbud,* og øke det samlede volumet av tjenester. Oppbyggingen av barne- og ungdomspsykiatrien som en forholdsvis ny tjeneste er historisk kommet kort, og det er behov for ytterligere utbygging. Av denne grunn foreslås det å *videreføre* tilskuddet til utbygging av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester etter 5-års perioden. Det foreslås at videreføringen skjer ved at tilskuddet legges inn i inntektsystemets rammetilskudd etter overgangsordningen.

3.4.4.7 Samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet

Organisering av tjenester til barn og unge med sammensatte problemer har ikke i tilstrekkelig grad vært tilpasset brukernes behov. Endel barn og ungdom får ikke den hjelp de trenger fordi det i en del tilfeller er uenighet mellom etatene om oppgavefordelingen, først og fremst mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Dette rammer gjerne de som har de største problemene, særlig ungdom som trenger både omsorg og behandling. Dette var bakgrunnen for at det i 1993 ble satt igang et statlig forsøk, «Ny organisering av de fylkeskommunale barne- og ungdomstjenestene». Forsøket var et samarbeidsprosjekt mellom Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet, og ble avsluttet i 1995.

Målet for prosjektet var å bidra til å bryte ned uhensiktsmessige barrierer mellom barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, pediatri og øvrige barne- og ungdomstjenester, slik at tjenestene som helhet skulle bli mest mulig brukervennlige og skikket til å yte rett hjelp til rett tid. Det skulle legges særlig vekt på samordning mellom det fylkeskommunale barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Bakgrunnen var bl a meldinger om at samarbeidet mange steder ikke fungerte tilfredsstillende.

Prosjektet var forankret i to statlige handlingsplaner. Den ene var «Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse» under Sosial- og helsedepartementet (jfr kap 1). Det andre var «Program for nasjonal utvikling av barnevernet» under Barne- og familiedepartementet.

De seks fylkeskommunene Troms, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Hedmark, Oslo og Rogaland deltok i forsøksprosjektet. Forsøkene ble fulgt av en ekstern evalueringsinstans (Norsk Institutt for By og Regionforskning), som avleverte sin evaluering i oktober 1995.

Forsøket tok sikte på å finne fram til organisatoriske modeller for de fylkeskommunale barne- ungdomstjenestene. Hensikten var at de deltakende fylkeskommunene skulle kunne fremstå som modellfylker for omstilling og effektivisering av de fylkeskommunale barne- og ungdomstjenestene.

Fylkeskommunene valgte ulike tilnærminger til prosjektarbeidet. Hedmark opprettet en felles organisasjon for fylkesbarnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Rogaland og Sør-Trøndelag valgte å gjennomføre avgrensede samarbeidsprosjekter innen etablerte organisatoriske rammer. Møre- og Romsdal definerte prosjektet som en planprosess, mens forsøkene i Oslo og Troms ble brukt til å utrede mulighetene for en ny organisasjon for barne- og ungdomstjenestene. De ulike tilnærmingene har sterke og svake sider. Evalueringen etter avsluttet prosjektperiode viste at det ikke er en modell som pekte seg ut som mer egnet enn andre til å oppnå styrket samarbeid mellom barne- og ungdomstjenestene.

I de fylkene som iverksatte omfattende organisasjonsendringer hadde dette følgende virkninger:

- Samarbeidet mellom fylkesbarnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien ble styrket i *sammensatte klientsaker.*
- Samorganisering av tjenestene med en felles ledelse gjorde tjenestene i stand til å *disponere ressursene på mer fleksible måter.*
- I noen fylker førte den organisatoriske samordningen til *motstand fra barne- og ungdomspsykiatrien.*

Andre fylker utviklet samarbeidsprosjekter mellom tjenestene uten å gjennomføre organisasjonsendringer. Disse forsøkene førte til at tjenestene var mer villig til å delta aktivt i endringsarbeidet, og det skapte mindre motstand fra barne- og ungdomspsykiatrien.

Evalueringen konkluderer med at «Ny organisering» i hovedsak klarte å styrke samarbeidet mellom det fylkeskommunale barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Fylker der prosjektarbeidet var klart forankret i den politiske og administrative ledelsen, kom lengst i å styrke samarbeidet.

3.4.4.8 Departementenes vurdering

Prosjektperioden ble i de fleste forsøksfylker brukt til å arbeide fram organisatoriske løsninger som styrket samarbeidet. Ved prosjektets avslutning er det liten erfaring med virkningen over tid av den organisatoriske løsning som er valgt. Videre oppfølging av hvordan forsøksfylkenes nye organisering fungerer over tid er derfor ønskelig.

Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet har i 1997 innført en rapportering fra alle fylkeskommuner om status for samarbeid og samordning mellom barne- og ungdomstjenestene. I tillegg til denne rapporteringen skal de fylkeskommunene som deltok i forsøket avgi særskilte rapporter om resultatene av forsøket.

Den største felles faglige utfordringen for barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien er trolig arbeidet med utagerende og atferdsvanskelige barn og unge. På bakgrunn av undersøkelser i fylkeskommuner og oversikter fra kommuner og fylkeskommuner om situasjonen i barnevernet, antas antall barn og unge med de største atferdsavvikene å være ca 300. Disse kjennetegnes av at de har store problemer selv, og at de skaper store problemer for sine omgivelser. Deres problemer resulterer i atferd som er ekstremt utagerende, aggressiv, urolig eller destruktiv. Ofte fører den utagerende atferden til kriminalitet og rusmisbruk. Kunnskapene om forebygging og behandling av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge er mangelfulle. Departementene har derfor gitt Norges Forskningsråd i oppdrag å avholde en ekspertkonferanse med bakgrunn i nasjonal og internasjonal forskning om årsaksforhold, behandlingsmetoder og resultater av ulike typer av tjenester og tiltak. Målet er at konferansen skal resultere i anbefalinger om hva slags tjenester, tiltak og behandling fylkeskommunene bør tilby, og hvordan disse tjenestene bør organiseres. Departementene vil etter konferansen vurdere hvilke tiltak som bør igangsettes for denne gruppen, og videreformidle konklusjoner og anbefalinger til fylkeskommunene. Konferansen skal gjennomføres i 1997.

Ca 1/3 av fylkeskommunene har idag et formalisert samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og det fylkeskommunale barnevernet. I 1997 vil departementene foreta en grundig registrering av fylkeskommunenes organisering og samarbeidsrutiner når det gjelder barne og ungdomstjenestene, for å vurdere videre statlig satsning.

I Tromsø, Trondheim og Bergen er det etablert regionsentre for barne og ungdomspsykiatri og kompetansesentre for barnevernet. Da de oppgavene barne- og ungdomspsykiatrien arbeider med i stor grad er vevd sammen med bl a barnevernets oppgaver når det gjelder barn og unge, vil departementene bidra til at samarbeidet mellom regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatrien og kompetansesentrene for barnevernet styrkes. Videre vil departementene bidra til at det settes igang felles videre- og etterutdanning av personell fra de ulike sektorer, for å bedre tilbudet til barn og unge med store atferdsproblemer.

Tilbudene er idag generelt for dårlig utbygd både i barne- og ungdomspsykiatrien og i barnevernet, når det gjelder kapasitet og kompetanse. På lengre sikt vil bedre tjenester til barn og ungdom kunne forebygge etterspørsel etter voksenpsykiatriske tjenester, og bidra til å forebygge kriminalitet og rusmisbruk i voksen alder. Regjeringen legger i Langtidsprogrammet 1998-2005 opp til en bred satsning på barn og ungdom gjennom et interdepartementalt utviklingsprogram for forebygging, økt vekt på tiltak for barn og unge med atferdsproblemer, og styrking av barne- og ungdomsorganisasjonene.

Det er et skille mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Barnevernet reguleres av barnevernloven, mens barne- og ungdomspsykiatrien reguleres av helselovgivningen. Barne- og ungdomspsykiatrien og det fylkeskommunale barnevernet har viktige funksjoner hver for seg og i samarbeid. Det er viktig at barnevern og barne- og ungdomspsykiatri samordnes i fylkeskommunene. Det er helt sentralt at begge tjenester er best mulig utbygd og kan gi gode tilbud til ulike brukergrupper. Stortinget har ved bevilgning av øremerkede midler til kommunene spesielt fremhevet behovet for å bygge ut et tverrfaglig og tverretatlig tilbud for barn og unge. Ved bevilgning av øremerkede midler til fylkeskommunene har hittil de enkelte tjenester vært styrket. Ved tildeling av midler til utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien vil tiltak som styrker samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet bli prioritert. Slikt samarbeid er særlig nødvendig for å løse de sammensatte problemene til ungdom med atferdsvansker.

Det er også en forskjell mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet når det gjelder søknad om plass og inntak i institusjoner. I barne- og ungdomspsykiatrien avgjøres inntak av faglig ansvarlig leder for institusjonen, som ved alle andre helseinstitusjoner. I motsetning til dette kan en barneverninstitusjon ikke nekte inntak av et barn dersom dette er besluttet i henhold til barnevernloven. Det har vært problemer for barnevernet å få plassert barn og ungdom som trenger psykiatrisk behandling i barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. Sammen med det ansvaret fylkeskommunene har etter barnevernloven, har dette forholdet ført til at barnevernet har bygget ut egne institusjoner

for barn og unge med sammensatte og alvorlige problemer. Dette nødvendiggjør at fylkeskommunene samordner sine institusjoner for barn og unge, både når det gjelder rutiner for inntak, hva slags tilbud som skal gis fra de ulike etater, utskrivning og videre oppfølging.

Det må være en utfordring for barne- og ungdomspsykiatrien at kapasiteten og kompetansen er tilfredsstillende for å drive veiledning, utredning, kartlegging og diagnostikk i barnevernsaker når det er behov for det. Det samme gjelder oppfølging etter behandling, og ettervern. På denne måten kan tjenestene samlet bidra til å forebygge utvikling av alvorlige atferdsproblemer hos barn og ungdom, og forhindre tilbakefall hos barn og ungdom som har vært under behandling eller omsorg.

3.4.4.9 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) - oppgaver og eierforhold

Bakgrunn

Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri ble etablert i 1963 for å bidra til en utbygging av dette fagfeltet på landsbasis, jfr *St prp nr 62 (1961-62) Om opprettelse av et statens senter for barne- og ungdomspsykiatri*, jfr *Innst S nr 128 (1961-62)*. Det var forutsetningen at fylkeskommunene på lengre sikt skulle bli selvhjulpne med grunnleggende barne- og ungdomspsykiatriske tjenester.

St meld nr 9 (1974-75) Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen, jfr *Innst S nr 236 (1974-75),* trakk opp hovedretningslinjene for utbyggingen av et regionalisert helsevesen, og fylkeskommunenes helseplaner la opp til en utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien med særlig vekt på polikliniske tjenester.

Som en oppfølging av den fylkeskommunale utbygging av psykisk helsevern foreslo departementet i *St prp nr 113 (1983-84)* at statens psykiatriske institusjoner i Oslo - Gaustad sykehus, Universitetets psykiatriske klinikk og SSBU - skulle overdras til Oslo kommune. Forslaget om overføring ble også begrunnet med at det hadde skjedd en faktisk integrering av institusjonene i Oslos psykiatriske helsetjeneste.

Stortinget vedtok å overdra Gaustad sykehus og Psykiatrisk klinikk til Oslo kommune, men gikk imot å overføre SSBU, jfr *Innst S nr 254 (1983-84)*. Stortinget slo fast at overføring av SSBU først kunne gjennomføres når det hadde skjedd en utbygging av tilbudene i de øvrige regioner, og «det foreligger konkrete planer for etablering av tilfredsstillende service i barne - og ungdomspsykiatri i de forskjellige regioner og det er tilstrekkelig med kvalifisert personell til å realisere planene». Stortinget ba om at slike planer måtte utarbeides og koordineres innen 1987, at fylkene ble tilført midler til å løse sine oppgaver, og at overdragelse ble vurdert på nytt innen 1990.

I *St meld nr 41 (1987 - 88) Nasjonal helseplan,* jfr *Innst S nr 120 (1988-89),* la departementet fram forslag om hvilke tjenestetilbud som burde finnes i alle fylkeskommuner, og foreslo å etablere regionsentre i alle helseregioner. I meldingen ble funksjoner og eierforhold for statlige helseinstitusjoner drøftet generelt, ut fra målet om bedre og mer likeverdige behandlingstilbud på landsbasis og tilpasning av de statlige institusjonene til et regionalisert helsevesen med fylkeskommunalt ansvar for spesialisthelsetjenestene. For SSBU viste departementet spesielt til utbyggingen av barne- og ungdomspsykiatrien på landsbasis, og at institusjonen burde omformes til et regionsenter for helseregion I og II sammen med Nic Waals institutt. Eierforholdet ble foreslått overført Oslo kommune tidlig på 90-tallet.

Stortinget sluttet seg til at institusjonen skulle overføres til Oslo kommune, men understreket at overføringen først burde skje etter at slike behandlingstilbud var etablert i de øvrige helseregioner i landet.

Boks 3.9
En del nøkkelopplysninger om SSBU

Budsjettert behandlingskapasitet i 1997:

– Antall døgnplasser	40
– Antall kurdøgn	11250
– Antall utskrevne døgnpasienter	338
– Antall polikliniske konsultasjoner	3500
– Antall dagplasser	10
– Antall kurdager	3400
– Antall utskrevne dagpasienter	132
– Antall polikliniske pasienter totalt	383

Stillinger:

– Totalt antall stillinger	219,5 faste og 4 tidsbegrensede.
– Legestillinger	7 overordnede, 10 underordnede
– Psykologer og sosionomer	31,5 stillinger
– Annet helsepersonell	110 stillinger

Utgifter og inntekter:

– Budsjetterte utgifter 1997	87,4 mill kr
– Budsjetterte inntekter 1997	49 mill kr

Gjestepasientpriser:

– Familie- og barneseksjonene	kr 2 860 pr døgn
– Ungdoms- og prosjektseksjonene	kr 3 705 pr døgn

Fylkeskommunenes bruk av SSBU

Bruken av dag- og døgnplasser fordelt på fylkene går fram av tabell 3.14 nedenfor.

Tabell 3.14 Fylkenes forbruk av kurdøgnsekvivalenter ved SSBU, 1995*

Fylke	Kurdøgn	% av totalt forbruk
Østfold	1273	9
Akershus	1748	13
Oslo	2992	22
Hedmark	812	6
Oppland	612	4
Buskerud	347	3
Vestfold	388	3
Telemark	67	0
Aust-Agder	244	2
Vest-Agder	10	0
Rogaland	693	5
Hordaland	369	3
Sogn og Fjordane	311	2
Møre og Romsdal	1473	11
Sør-Trøndelag	0	0
Nord-Trøndelag	427	3
Nordland	186	1
Troms	1197	9
Finnmark	458	3
Sum	13607	100

* Døgn - og dagopphold. 1 kurdag = 3/4 kurdøgn

Kilde: Årsmelding for SSBU for 1995

Tabell 3.15 Forbruk av kurdøgnsekvivalenter i helseregionene, 1995.*

Region	Kurdøgn	% av totalt forbruk
Region I	4416	32
Region II	4077	30
Region III	1373	10
Region IV	1900	14
Region V	1841	14
Sum	13607	100

* Døgn - og dagopphold. 1 kurdag = 3/4 kurdøgn

Kilde: Årsmelding for SSBU for 1995

Ikke uventet er det pasienter fra fylkene i region I og II som er de største brukerne av behandlingsressursene ved SSBU. Disse fylkene brukte i 1995 over 60 % av dag- og døgnplassene. Det er imidlertid verd å merke seg at Møre og Romsdal og Troms bruker like stor del av SSBUs ressurser som Akershus og Østfold. Fylkesvis fordeling av bruken av poliklinikktjenestene foreligger ikke, men institusjonen har opplyst at ca 65 % av disse tjenestene går til Oslo-pasienter.

De ulike helseregionenes forbruk av dag- og døgnplasser ved SSBU i 1995 framgår av tabell 3.15 nedenfor.

Både totalt og blant fylkene i region I og II er det Oslo som har den største andelen kurdøgn. Imidlertid bruker Akershus og Østfold tilsammen mer enn Oslo.

Fylkeskommunenes fremtidige behov for tjenester fra SSBU

Statens helsetilsyn avga i mai 1995 en oversikt over situasjonen i fylkeskommunene mht eksisterende tilbud, udekkede behov og planer for oppbygging av barne - og ungdomspsykiatriske tjenester, herunder bruken av SSBU og antatt bruk av SSBU i kommende 10 års periode.

Hovedpunktene var:

- De fleste fylkene tok sikte på redusert bruk av SSBU i årene fremover, parallelt med utbygging av egne kliniske tjenester. Anslagene over sannsynlige antall innleggelser er usikre, men varierer fra 0 til 17 pr år med et snitt på 2-4 innleggelser pr år pr fylke.
- Fjorten fylker oppga et permanent behov for hjelp til utredning og behandling av spesielle tilstander og lavfrekvente grupper.
- Mange fylker oppga også behov for «second opinion» og veiledning fra SSBU.

Høsten 1996 sendte departementet en forespørsel til alle landets fylkeshelsesjefer for å få en oppdatering mht endringer i tjenestetilbudet og fremtidige behov for tjenester fra SSBU. Det er kommet inn svar fra 17 fylkeskommuner. Bildet ser så langt ikke ut til å være vesentlig endret siden Helsetilsynets undersøkelse fra våren 1995.

Utenom helseregion I og II er det Møre og Romsdal og Troms som idag er store brukere av tjenester fra SSBU. Troms fylkeskommune opplyser at fylkeskommunen er i ferd med å sette ut i livet sin plan for utbygging av barne- og ungdomstjenester, og at behovet for tjenester fra SSBU vil avta i kommende år i takt med utbyggingen. Møre og Romsdal tar sikte på å etablere institusjonstilbud for ungdom fra 1999, men for barn fra 9 til 12 år vil antakeligvis behovet for tjenester fra SSBU være som idag.

Forholdet til Oslo kommune

Oslo kommune og staten har fra 1996 en avtale om at Oslo skal kjøpe kliniske tjenester fra SSBU for inntil 15 mill kroner. Antall avtalte kurdøgn er 4600 som utgjør 34 % av samlet kurdøgntall. Av dagbehandlingskapasiteten brukte Oslo i 1995 hele 65%, og den samme andelen av den polikliniske kapasiteten.

Idag benytter Oslo kommune ca 10 døgnplasser ved SSBU for ungdom, og ca 2 døgnplasser for barn. Kommunens behov for behandlingsplasser for ungdom anslås til 12-18 plasser utover dagens bruk, samt noe økt behov for døgnkapasitet for barn.

Institusjonens eget forslag til framtidige oppgaver og driftsform

SSBUs ledelse har lagt fram for departementet en modell for framtidig drift av institusjonen. Utgangspunktet er at organisering av tilbudene skal følge organiseringen i sykehusvesenet generelt. Uavhengig av eierforhold tenkes SSBU å få regionsenteroppgaver for helseregion II. Det legges opp til en videreføring av det pågående arbeidet med en integrering av klinisk arbeid, undervisning og forskning.

I den kliniske virksomheten skal utvikling av behandlingsmodeller innenfor avgrensede og spesialiserte områder på 3. linjenivå (regionalt nivå) stå sentralt. Det forutsettes et nært samarbeid med andre institusjoner i regionen. Pasientprofilen skal ha fokus på barn og ungdom med sammensatte og kompliserte tilstander. Samtidig må institusjonen ha mulighet for å ta imot «alminnelige» pasienter på 2. linjenivå (fylkeskommunalt nivå) for å ha en basis av generell barne- og ungdomspsykiatri med tanke på undervisning. Rikshospitalet anses som en naturlig samarbeidspartner både klinisk og forskningsmessig.

Institusjonens forskningsvirksomhet skal utvikles etter en integrert modell der en hovedoppgave er å integrere forskningsbasert kunnskap i behandling. I tillegg må det drives grunnforskning.

SSBU's kompetanse innen døgnbehandling gir institusjonen et spesielt ansvar for å gi videreutdanningstilbud innen miljøterapi og familieterapi. Det forutsettes et nært samarbeid med universiteter og høgskoler, og en strukturert samordning mellom SSBU og Nic Waals Institutt om undervisningsvirksomheten.

Den foreslåtte modellen forutsetter en omprioritering av eksisterende ressurser fra klinisk virksomhet til undervisnings- og forskningsvirksomhet.

3.4.4.10 Departementets vurdering

I behandlingen av *St meld 41 (1987-88),* jfr *Innst S nr 120 (1988-89),* sluttet Stortinget seg til at Statens senter for barne - og ungdomspsykiatri og Nic Waals Institutt skulle ivareta regionsenterfunksjonene for helseregion I og II. Disse to institusjonene samarbeider idag med ett universitet om utdanning av de samme gruppene helsepersonell, og til dels med de samme høgskolene. Begge institusjonene er lokalisert i helseregion I, og det finnes ikke tilsvarende i helseregion II.

Utbyggingen av tjenestetilbudet på landsbasis er kommet langt i forhold til situasjonen for 10 år siden. Selv om det fortsatt gjenstår viktige oppgaver, jfr avsnitt 3.4.4.6, er målet om å doble kapasiteten nådd, og det er etablert regionsentre i helseregion III, IV og V.

Den delen av fylkeskommunenes bruk (utenom Oslo) som er en følge av manglende utbygging vil fortsette å gå ned i årene som kommer. Det foreligger utbyggingsplaner, og departementet foreslår et særskilt statlig tilskudd for å bygge barne- og ungdomspsykiatriske tjenester videre ut. Dette vil vesentlig redusere behovet for bruk av SSBU for å dekke opp for manglende tilbud i fylkeskommunene.

Departementet foreslår derfor at SSBU's fremtidige hovedfunksjoner skal være

- ordinære barne- og ungdomspsykiatriske spesialistfunksjoner i Oslo,
- å ivareta regionsenterfunksjoner (oppgaver innen forskning, etter- og videreutdanning og fagutvikling) i helseregion I og II, sammen med Nic Waals Institutt,
- spesialiserte kliniske funksjoner som de to regionenes fylkeskommuner legger opp til gjennom det regionale helseplanarbeidet.

Som omtalt i avsnitt 3.5 har Helsetilsynet utredet høyspesialiserte (lands-, flerregionale og regionale) funksjoner innen psykisk helsevern for voksne, mens tilsvarende utredning innen psykisk helsevern for barn og ungdom ikke er gjort. Departementet vil komme tilbake til spørsmålet om lands- og flerregionale funksjoner når dette er utredet. Det kan være aktuelt at fylkene i en region på basis av regional planlegging skiller ut visse kliniske oppgaver som mest hensiktsmessig kan ivaretas samlet for hele regionen. Fordeling av slike oppgaver skal være en del av den regionale helseplanleggingen.

Regionsenterfunksjonene bør etableres etter samme mønster som i de øvrige regionene, med i hovedsak statlig finansiering av virksomheten, en formalisert tilknytning til Universitetet i Oslo og avtaler om samarbeid med høgskolene i helseregion I og II. Den kliniske forankringen av regionsenterets virksomhet må være i kliniske enheter i begge regioner, herunder også Nic Waals Institutt og SSBU.

Behovet for «second opinion» som har vært nevnt som et behov fra flere fylkeskommuner, kan ivaretas ved SSBU eller andre enheter, etter en regional utrednings- og planleggingsprosess.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå at det tas opp forhandlinger med Oslo kommune om overdragelse av SSBU til kommunen. I forhandlingene må det legges opp til at regionsenterfunksjonene ivaretas, og at institusjonens spesielle kompetanse innen undervisning og forskning blir videreført. Fylkeskommuner i helseregion I og II, og delvis også øvrige fylkeskommuner, må kunne kjøpe kliniske tjenester fra institusjonen med vanlig gjestepasientoppgjør, på samme måte som i helsevesenet forøvrig.

Departementet foreslår:

- *Å videreføre det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene. Dette tilskuddet skal fortsatt også nyttes til barne- og ungdomspsykiatrien. På sikt legges tilskuddet inn i inntektsystemets rammetilskudd.*
- *Å opprette et særskilt statlige tilskudd for å stimulere fylkeskommunene til å bygge barne- og ungdomspsykiatriske tjenester videre ut. Tilskuddet fordeles etter søknad basert på fylkeskommunale planer. Etter 5 år videreføres tilskuddet ved at det legges inn i inntektsystemets rammetilskudd etter overgangsordningen.*
- *Å legge særskilt vekt på å få til et forpliktende samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet når søknader om tildeling av statlige midler til utbygging behandles.*
- *Å sette igang et større prosjekt for å evaluere arbeidsmåtene ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene, med sikte på å øke antall behandlede pasienter.*
- *Å utvikle fylkeskommunenes rapportering om samarbeid og samordning mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern videre.*
- *Å formalisere samarbeidet mellom regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri og kompetansesentrene i barnevernet.*
- *Å avholde en ekspertkonferanse om organisering av tilbud til barn og unge med alvorlige atferdsavvik, med sikte på å gi anbefalinger til fylkeskommunene.*
- *Å øke bevilgningene til forskning og kompetanseutvikling når det gjelder ungdom med alvorlige atferdsproblemer, og samordne disse med tilsvarende midler fra Barne- og familiedepartementet.*
- *Å starte forhandlinger med Oslo kommune med sikte på å overdra Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri til kommunen.*

3.4.5 Psykiatriske ungdomsteam

På slutten av 60-tallet nådde nye former for rusmiddelmisbruk ungdom i Norge. Det nye ungdomsmisbruket var i første omgang særlig representert ved cannabis, etterhvert også opiater og sentralstimulerende midler. Det var mye diskusjon om ungdom som misbrukte de nye rusmidlene burde behandles innen rusmiddelomsorgen eller i psykisk helsevern, og i såfall hva slags tilbud de hadde behov for. De psykiatriske avdelingene var på mange måter uforberedt på møtet med den nye gruppen av unge rusmiddelmisbrukere, og hadde få tilbud som var egnet.

Etterhvert ble det utviklet nye behandlingstilbud både innen rusmiddelomsorgen og psykisk helsevern. Når det gjaldt døgntilbud var det først og fremst ulike typer av bo- og arbeidskollektiver. Tidlig på 70-tallet opprettet et par av de psykiatriske sykehusene egne psykiatriske ungdomsteam (Gaustad sykehus i Oslo og Sandviken sykehus i Bergen). Målgruppen var unge stoffmisbrukere med psykiske lidelser, atferdsproblemer og sosial mistilpasning.

St meld nr 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer beskrev de psykiatrisk ungdomsteamene som en del av Regjeringens handlingsplan for stoffmisbrukere, og fram til slutten av 80-tallet ble det opprettet noen og tyve ungdomsteam. I 1983 fastsatte Helsedirektoratet en rammebeskrivelse som regulerte etablering og drift av psykiatriske ungdomsteam. Målgruppen for ungdomsteamenes arbeid skulle være ungdom mellom ca 15 og 30 år med rusmiddelproblemer, dvs misbruk av illegale narkotiske stoffer, vanedannende legemidler eller alkohol. Teamene skulle være tverrfaglige, med lege, psykolog og sosionom som basis. Hvert team skulle være knyttet til en godkjent psykiatrisk institusjon, og virksomheten skulle drives under det overordnede faglige ansvaret til overlege ved institusjonen. Av de nåværende 28 ungdomsteamene er to knyttet til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, mens alle de øvrige teamene er knyttet organisatorisk og faglig til en voksenpsykiatrisk poliklinikk eller avdeling.

Det er et eget kvalifiseringsprogram for ansatte i de psykiatriske ungdomsteamene som drives av et koordineringsutvalg for teamene, finansiert av Sosial- og helsedepartementet og fylkeskommunene.

I 1989 ble de psykiatriske ungdomsteamene tatt med i refusjonsordningen for psykiatriske poliklinikker, og gitt anledning til å bruke de samme takstene som barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Etter det er det skjedd en vesentlig vekst i stillingene ved teamene. Antall godkjente besatte fagstillinger var 102 i slutten av 1989, fordelt på 27 team. Antall team er øket med bare ett til 28 ved utgangen av 1995, men antall stillinger er øket til 128, en vekst på 25%. Team og stillinger fordeler seg på fylkene på følgende måte:

Tabell 3.16 Antall psykiatriske ungdomsteam og antall besatte fagstillinger ved teamene pr 31.12.95, fordelt på fylkene.

Fylke	Antall team	Antall fagstillinger
Østfold	1	4,5
Akershus	3	11
Oslo	3	20
Hedmark	2	10
Oppland	1	3
Buskerud	3	8,3
Vestfold	1	4
Telemark	1	4,7
Aust-Agder	0	0
Vest-Agder	1	3
Rogaland	3	14
Hordaland	3	11,5
Sogn og Fjordane	0	4
Møre og Romsdal	2	6
Sør-Trøndelag	1	8
Nord-Trøndelag	2	5,9
Nordland	0	8,5
Troms	0	0
Finnmark	1	2
Sum	28	128,4

Kilde: Statens helsetilsyn

Sju av fylkene har ett fylkesdekkende team, mens åtte fylker har delt fylket i to eller tre sektorer med hvert sitt team. Sogn og Fjordane og Nordland har ikke egne, separate team, men har fordelt «ungdomsteamstillinger» til de psykiatriske poliklinikkene i fylket. Det betyr at poliklinikken har en eller to fagpersoner som særlig arbeider med ungdom med rusmiddelmisbruk. Troms har ikke opprettet ungdomsteam eller ungdomsteamstillinger, og i Aust-Agder står stillingene ubesatt.

St meld nr 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmisbrukere, jfr *Innst S nr 122 (1992-93,)* gikk inn for å se rusmiddelomsorgen som en helhetlig omsorg både når det gjaldt misbruk av alkohol og illegale stoffer, med økt vekt på samarbeid mellom de ulike tjenestene. Ansvaret til den kommunale helse- og sosialtjenesten ble understreket. Innen et helhetlig tiltaksapparat ble de psykiatriske ungdomsteamene fremhevet som et viktig bindeledd mellom psykiatrien og de sosiale tjenestetilbudene i kommuner og fylkeskommuner.

3.4.5.1 Departementets vurdering

Etter at de psykiatriske ungdomsteamene ble etablert er det skjedd viktige endringer i misbruksmønsteret og i utbyggingen av ulike typer av hjelpetiltak. Teamene var hovedsakelig rettet mot ungdom som misbrukte illegale stoffer, og forebygging av stoffmisbruk hos ungdom som sto i fare for å utvikle slikt misbruk var en viktig del av teamenes oppgave. Også idag er det svært viktig å forebygge en videre utvikling i retning av mer alvorlig stoffmisbruk hos ungdom som eksperimenterer med stoff eller på andre måter er i faresonen. Slikt arbeid må imidlertid være en hovedoppgave for helse- og sosialtjenesten i kommunene og ikke for en spesialisert psykiatrisk helsetjeneste. Barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske poliklinikker bør ha tilstrekkelig kompetanse når det gjelder stoffmisbruk til å kunne veilede førstelinjetjenesten og etter behov motta henvisninger.

Departementet vil

– *Utrede hensiktsmessig bruk av ressursene til de psykiatriske ungdomsteamene, i lys av den utvikling som har skjedd når det gjelder misbruksmønster, fordeling av ansvar for ulike typer av tjenester, og hvilke grupper rusmiddelmisbrukere som særlig har behov for psykiatrisk spesialistkompetanse.*

Pasientene til de psykiatriske ungdomsteamene er etterhvert blitt eldre og har oftere alvorligere misbruksproblemer. Disse har ofte behov for avrusning og oppfølging fra sosialetaten, eventuelt et institusjonsopphold i rusmiddelomsorgen, og sjeldnere spesialisert psykiatrisk behandling.

På den annen side er det grupper som særlig trenger psykiatrisk spesialkompetanse, hvor adekvat kompetanse er for svakt utviklet idag. Det gjelder særlig personer med alvorlige psykiske lidelser som i tillegg misbruker rusmidler, jfr avsnitt 5.2 om «dobbeltdiagnoser». Misbruket kan utløse eller forverre en psykotisk utvikling, og virke ødeleggende for behandling og rehabilitering. De vanlige psykiatriske avdelingene og poliklinikkene føler seg ofte maktesløse overfor disse pasientene, og de vil ofte skyves vekk både fra psykisk helsevern og fra rusmiddelomsorgen. Etter departementets oppfatning må denne gruppen prioriteres, og departementet vil ta initiativet til en bedre kartlegging av størrelsen på gruppen. Ettersom behovet for en særskilt psykiatrisk spesialisttjeneste for tradisjonelle ungdomsmisbrukere må sies å være mindre, kan det være riktig å omprioritere en del av ressursene fra de psykiatriske ungdomsteamene til særskilte tiltak for rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser.

3.4.6 Privatpraktiserende spesialister

I mellomkrigstiden etablerte noen få leger, psykologer og andre privat psykoanalytisk praksis. Da syketrygdlovene kom etter krigen ble det gitt refusjon fra trygden for behandling hos privatpraktiserende leger, og det ble dermed mulig å få behandling hos privatpraktiserende psykiater dekket av trygden. Refusjon for behandling

Tabell 3.17 Antall privatpraktiserende psykologer med og uten fylkeskommunal driftsavtale fordelt på heltids- og deltidspraksis og på fylke pr 1.5.96:

Fylke	Med driftsavtale			Uten driftsavtale			Totalt
	Heltid	Deltid	Sum	Heltid	Deltid	Sum	
Østfold	5	1	6	7	17	24	30
Akershus	9	3	12	33	31	64	76
Oslo	31	4	35	62	129	191	226
Hedmark	3	1	4	1	11	12	16
Oppland	2	1	3	6	10	16	19
Buskerud	2	0	2	13	11	24	26
Vestfold	3	0	3	8	12	20	23
Telemark	1	0	1	8	6	14	15
Aust-Agder	0	1	1	2	7	9	10
Vest-Agder	0	0	0	6	10	16	16
Rogaland	8	3	11	15	12	27	38
Hordaland	7	1	8	39	56	95	103
Sogn og Fjordane	1	0	1	3	5	8	9
Møre og Romsdal	0	0	0	3	19	22	22
Sør-Trøndelag	1	0	1	8	31	39	40
Nord-Trøndelag	0	0	0	1	5	6	6
Nordland	0	0	0	5	4	9	9
Troms	3	0	3	4	13	17	20
Finnmark	0	0	0	0	0	0	0
SUM	76	15	91	224	389	613	704

Kilde: Norsk psykologforening

hos privatpraktiserende leger ble innlemmet i folketrygden i 1971. I 1974 ble ordningen med refusjon fra folketrygden utvidet til også å gjelde behandling hos privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi.

Det var imidlertid få psykiatere og psykologer som drev privatpraksis på 70-tallet. I 1979 drev f eks bare 30 psykologer heltidspraksis, og enda færre psykiatere. De aller fleste privatpraktiserende psykiatere og psykologer holdt til i Oslo.

På 80- og 90-tallet har det skjedd en sterk vekst i antall psykiatere og psykologer som driver privat praksis. Pr 1.5.96 var det ifølge Norsk psykologforening 300 psykologer som drev privat praksis på full tid, og 404 som drev deltidspraksis. Den norske lægeforening regnet i august 1996 med at det på det tidspunkt ble utført ca 240 årsverk av privatpraktiserende psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere på heltid og deltid tilsammen. Den geografiske skjevfordelingen av de privatpraktiserende spesialistene er fortsatt betydelig.

Ved endringer i sykehusloven i 1983 ble fylkeskommunene gitt ansvar for legespesialisttjenester og kliniske psykologspesialisttjenester utenfor institusjon, jfr *Ot prp nr 48 (1982-83) Spesialister og transport i helsetjenesten,* jfr *Innst O nr 89 (1982-83)*. Som en følge av dette er det blitt innført en ny finansieringsordning for privatpraktiserende spesialister, som fra 1.4.84 avløste ordningen med refusjon fra folketrygden til alle godkjente spesialister. Finansieringen ble fra dette tidspunktet todelt: Fylkeskommunene fikk ansvar for å inngå avtaler med privatpraktiserende spesialister i fylket og yte driftstilskudd til disse, mens trygden fortsatte å yte refusjon etter takstsystemet. Takstene ble redusert i forhold til tidligere, da en del av inntektene til de privatpraktiserende ble dekket av de nye driftstilskuddene. Som følge av dette ble det to typer privatpraksis - privatpraksis med og uten fylkeskommunal avtale. Privatpraktiserende *med* fylkeskommunal avtale mottar fylkeskommunalt driftstilskudd og får i tillegg refusjon fra trygden etter takstene. De kan ikke ta egenandel fra pasienten utover den fastsatte egenandelen for spesialistkonsultasjon. Privatpraktiserende *uten* fylkeskommunal avtale får ikke driftstilskudd, men kan innkassere refusjon fra trygden etter de samme satsene som privatpraktiserende med avtale. For å kompensere for manglende driftstilskudd innkrever privatpraktiserende uten avtale et mellomlegg direkte fra pasienten i tillegg til den fastsatte egenandelen. Størrelsen på mellomlegget er uregulert, og varierer mye. Systemet innebærer at pasientene må betale forskjellig for konsultasjoner avhengig av om terapeuten har driftsavtale eller ikke, og hvor mye den enkelte terapeut uten avtale krever. Pasienter hos privatpraktiserende med avtale betaler bare den fastsatte egenandelen, mens pasienter hos privatpraktiserende

Tabell 3.18 Antall privatpraktiserende psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere med og uten fylkeskommunal driftsavtale omregnet til årsverk og fordelt på fylke:

Fylke	Årsverk med driftsavtale (Heltid og deltid)	Årsverk uten driftsavtale (Bare heltid)	Sum
Østfold	0	4	4
Akershus	8,0	7	15
Oslo	21,7	40	61,7
Hedmark	3,1	1	4,1
Oppland	0	0	0
Buskerud	2,5	1	3,5
Vestfold	2,3	7	9,3
Telemark	1,0	4	5
Aust-Agder	0,7	3	3,7
Vest-Agder	0,5	0	0,5
Rogaland	3,0	3	6
Hordaland	7,0	11	18
Sogn og Fjordane	0,7	0	0,7
Møre og Romsdal	0	1	1
Sør-Trøndelag	3,2	6	9,2
Nord-Trøndelag	0	0	0
Nordland	1,7	1	2,7
Troms	3,0	0	3
Finnmark	0	0	0
SUM	58,4	89	147,4

Kilde: Den norske lægeforening

uten avtale kan betale betydelige summer (fra 100 til 3-400 kr) pr time. Fordi psykoterapi vanligvis må gå over en viss tid, og fordi mellomlegget ikke innregnes i taket for egenandeler, kan dette utgjøre store utgifter for pasientene.

Hensikten med endringen i 1984 var bl a å sikre fylkeskommunene bedre styring med de privatpraktiserende spesialistene. Systemet med fylkeskommunale avtaler skulle gi fylkeskommunene mulighet til å planlegge de private spesialistenes virksomhet som en del av spesialisthelsetjenesten. Dette har skjedd i svært liten grad. De spesialistene som hadde privatpraksis som hovederverv før lovendringen trådte i kraft fikk rett til avtale med fylkeskommunen. Etter at lovendringen trådte i kraft har fylkeskommunene i svært beskjedent omfang inngått nye avtaler om driftstilskudd. De «gamle» spesialistene var i svært stor grad konsentrert i Osloområdet og de største byene, og som følge av at det nesten ikke er opprettet nye avtaler er fordelingen av privatpraktiserende spesialister fortsatt meget skjev geografisk. Ordningen dempet heller ikke etableringen av privatpraksis uten avtale, da det i sentrale strøk var et stort marked for psykoterapi selv med betydelig egenbetaling fra pasientene.

Tabell 3.17 viser den geografiske fordelingen av privatpraktiserende psykologer med og uten driftsavtale.

Tabell 3.18 viser den geografiske fordelingen av privatpraktiserende psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere med og uten driftsavtale i august 1996, omregnet til antall årsverk.

Tabellen omfatter psykiatere med både heltids- og deltids driftsavtaler. Kolonnen for psykiatere uten driftsavtale omfatter derimot bare personer med fulltidspraksis. Legeforeningen regner med at omtrent like mange årsverk, altså ca 90 årsverk, utføres av deltidspraktiserende psykiatere uten driftsavtale. Den geografiske fordelingen av disse finnes det ikke oversikt over.

Tabellene viser at både privatpraktiserende psykologer og psykiatere er sterkt skjevfordelt geografisk. Den avtaleløse praksisen er særlig sterkt skjevfordelt, og er i stor grad konsentrert til Oslo og i en viss grad til Bergen.

For å begrense veksten i avtaleløs praksis, ble det fra 1.1.93 innført nye begrensninger i adgangen til å praktisere for trygdens regning. For spesialister som etablerte praksis uten avtale etter 10.10.92 ble det ikke lenger gitt adgang til trygderefusjon. Spesialister med etablert praksis før dette tidspunktet kan fortsatt nytte refusjonssatsene.

I *Ot prp nr 47 (1996-97)* foreslås å etablere en avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell og avvikle trygderefusjon til privatpraktiserende leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter som

ikke har driftsavtale med kommune eller fylkeskommune. Med visse unntak innebærer forslaget at ingen privatpraktiserende uten avtale vil få refusjon fra trygden, slik at forskjellen mellom de som etablerte praksis henholdsvis før og etter 10. oktober 1992 oppheves.

Forslaget er begrunnet i følgende:

- Refusjonsutgifter til avtaleløs praksis innebærer at betydelige offentlige midler går til virksomhet som ikke inngår i den fylkeskommunale helsetjenesten.
- Det er bare i de største byene og mest sentrale deler av landet at ikke-avtalebasert virksomhet har et økonomisk grunnlag av noen betydning. Ved at trygdemidler bidrar til å opprettholde slik virksomhet i sentrale strøk, svekkes rekrutteringsmulighetene i andre deler av landet, med det resultat at opprettede stillinger og avtalehjemler ikke blir besatt.
- Stortinget fattet i 1992 vedtak om at folketrygden ikke skal betale for avtaleløs praksis. Til tross for dette har omfanget av avtaleløs praksis hittil fortsatt å øke, ved at de som har refusjonsrett har utvidet virksomheten.
- Regjeringen har vedtatt å fremme forslag om å innføre fastlegeordning i allmennlegetjenesten. Ordningen forutsetter at det ikke gis trygderefusjon til allmennlegepraksis utenfor ordningen.

Det regnes med at Stortinget vil behandle lovendringsforslaget i løpet av vårsesjonen 1997.

3.4.6.1 Departementets vurdering

Privatpraktiserende spesialister i psykiatri og klinisk psykologi gir viktige tilbud til mange mennesker med psykiske lidelser, og det er mulig å etablere hensiktsmessig arbeidsdeling mellom poliklinikkene og de privatpraktiserende. De offentlige poliklinikkene bør i enda større grad prioritere pasienter med alvorlige lidelser og sørge for langsiktig oppfølging og støttetilbud for disse, i samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten. Poliklinikkene må også ha psykoterapikompetanse, og kunne gi tilbud om psykoterapi til pasienter som trenger det. Men med begrenset kapasitet ved poliklinikkene og prioritering av pasienter med alvorlige lidelser vil det ofte være hensiktsmessig å henvise pasienter som trenger mer intensiv psykoterapi over tid til privatpraktiserende spesialister. For mange pasienter med spiseforstyrrelser, alvorlige nevroser og personlighetsforstyrrelser er situasjonen idag at privatpraktiserende spesialister utgjør den eneste muligheten for tilstrekkelig intensiv behandling.

De privatpraktiserende spesialistene i psykiatri og klinisk psykologi bør i størst mulig grad integreres i det offentlige behandlingstilbudet. Når fylkeskommunen tildeler avtalehjemler for privat praksis bør det fastsettes i driftsavtalen hvilke tjenester den privatpraktiserende skal yte, slik at samarbeid og arbeidsdeling i forhold til de offentlige poliklinikkene er regulert.

De argumentene som gjelder avtaleløs privatpraksis generelt, jfr forrige avsnitt, gjelder i høy grad også avtaleløs privatpraksis i psykiatri og klinisk psykologi. Denne praksisen er svært skjevfordelt geografisk, jfr tabellene 3.17 og 3.18, og en omfattende uregulert privatpraksis medvirker til problemene med å få besatt offentlige stillinger.

I tillegg kommer at pasienter som går i psykoterapi som drives uten avtale påføres store utgifter, fordi psykoterapi som behandlingsform vanligvis er langvarig. Dette gjør at tilbudet begrenses til pasienter med god økonomi.

Det er etter departementets oppfatning for få offentlige avtalehjemler for privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer i store deler av landet. Også de privatpraktiserende med avtale er uakseptabelt skjevt fordelt geografisk, slik at det i store deler av landet nesten ikke finnes tilgjengelige tilbud.

På denne bakgrunn er det i Ot prp nr 47 foreslått tiltak for å få fylkeskommuner til å opprette flere avtalehjemler for privatpraktiserende spesialister. Det er foreslått at en del av de midlene som frigjøres ved å stanse utbetalingene til avtaleløs praksis benyttes til øremerkede tilskudd til fylkeskommuner som oppretter flere driftsavtaler.

For leger generelt skal slike tilskudd i første rekke stimulere til at det opprettes heltids avtalebasert privatpraksis. Det er en målsetning å demme opp for fritidspraksis som drives av sykehusleger på en slik måte at det går utover sykehusenes mulighet til å disponere legenes arbeidskraft.

Denne problemstillingen er noe annerledes når det gjelder psykiatere og psykologer. Offentlig ansatte psykiatere og kliniske psykologer driver ofte en begrenset privat praksis i fritiden som ikke i særlig grad konkurrerer med arbeidsstedets bruk av arbeidskraften. Det kan være grunn til å stimulere til en begrenset privatpraksis for offentlig ansatte psykiatere og kliniske psykologer av følgende grunner:

- I store deler av landet er det ikke grunnlag for å rekruttere psykiatere og kliniske psykologer til heltids privatpraksis. Avtalebasert privatpraksis ved siden av offentlig stilling vil øke den samlede psykoterapikapasiteten i landet, og vil bety at slike tilbud kan spres til steder der de ellers ikke vil kunne bli tilgjengelige. Spesialister i klinisk psykologi finnes foruten i helsevesenet også i den kommunale PP-tjenesten og i enkelte tilfeller innen kommunal sosialtjeneste.
- Psykoterapi er en faglig hovedinteresse for svært mange psykiatere og kliniske psykologer. Mange av disse opplever det utilfredstillende at det offentlige helsevesenet gir for lite anledning til å drive psykoterapi, og dette er en vanlig begrunnelse som gis når psykiatere og psykologer forlater en stilling i det offentlige helsevesenet for å starte privatpraksis. Deltids privatpraksis medfører ikke flukt fra offentlige stillinger, slik som heltids privatpraksis. Tvert imot vil en adgang til å drive en begrenset deltids privatpraksis i tillegg til offentlig stilling kunne være et viktig bidrag til å gjøre offentlige

stillinger mer attraktive, og dermed bedre rekrutteringen til disse.

Departementet foreslår:

- Å stimulere fylkeskommunene til å inngå flere driftsavtaler med spesialister i psykiatri og klinisk psykologi, slik at bruk av disse inngår i den samlede planen for de fylkeskommunale spesialisthelsetjenestene.

3.4.7 Ventetidsgarantien i psykisk helsevern

3.4.7.1. Bakgrunn

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av *St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring*, jfr *Innst S nr 165 (1994-95)*, å be Regjeringen legge frem forslag om at ventetidsgarantien blir 3 måneder for dem som i dag omfattes av ordningen, og at ventetidsgarantien på 6 måneder utvides til å gjelde for de fleste pasienter i gruppe III.

I *St meld nr 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering* konkluderes det med at den nåværende ventetidsgarantien både for psykiatrien og somatikken har vist seg lite pålitelig for å oppfylle helsepolitiske mål som lik prioritering, likt tilbud og geografisk utjevning av ventetider.

Under behandlingen av meldingen, jfr *Innst S nr 27 (1996-97)*, sluttet Stortinget seg til forslaget om å innføre en vurderingsgaranti på 30 virkedager, og en behandlingsgaranti på maksimalt 3 måneders ventetid for pasienter med alvorlig sykdom, og at det ble utarbeidet mer entydige kriterier for ny ventetidsgaranti. Videre fattet Stortinget følgende vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en fremdriftsplan for når og hvordan Stortingets vedtak om forbedret ventetidsgaranti kan iverksettes fullt ut med hensyn til økonomi og personell slik at de fleste pasienter i gruppe III får 6 måneders garanti.»

For å få utarbeidet klarere retningslinjer for prioritering i helsevesenet, bl a som grunnlag for ventetidsordningen, oppnevnte Regjeringen i april 1996 «Lønning II - utvalget». Av hensyn til departementets ønske om raskt å få utarbeidet nye retningslinjer for praktisering av ventetidsforskriften, besvarte Lønning II-utvalget i desember 1996 denne delen av mandatet i et eget brev. Utvalget vil avgi innstilling i løpet av april 1997. I utredningen vil det bli foretatt en prinsipiell vurdering av bruk av ventetid som prioriteringsredskap, og forslag til virkemidler som kan bidra til en rimelig fordeling av helsetjenester på lengre sikt.

Parallelt med Lønning II-utvalget oppnevnte departementet en gruppe ledet av prof dr med Knut Rasmussen, som blant annet skal komme med forslag til nye prioriteringsregler.

Boks 3.10
Ventelisteforskriftens virkeområde

Sosialdepartementet fastsatte 25. juli 1990 forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Forskriften var en direkte oppfølging av Stortingets behandling av *St meld nr 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, Helsepolitikken mot år 2000*, og *NOU 1987:23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* («Lønningutvalget»), jfr *Innst S nr 120 (1988-89)*.
Forskriften er gitt med hjemmel i sykehusloven § 12 ellevte ledd nr 2 og lov om psykisk helsevern § 16 syvende ledd. Den gjelder for offentlige somatiske og psykiatriske institusjoner samt poliklinisk virksomhet. Legespesialister, kliniske psykologer i privat praksis, medisinske laboratorier og røntgeninstitutter omfattes av sykehusloven (§ 1 nr 2 og 3), men ikke av ventelisteforskriften. Allmennhelsetjenesten faller også utenfor ventelisteforskriften.
Definisjonen av de institusjoner som omfattes av ventelisteføring er gitt i § 1-1:
«Denne forskriften gjelder somatiske sykehus og psykiatriske sykehus/klinikker hvor fylkeskommunen dekker driftsutgiftene etter sykehuslovens kap 3 eller lov om psykisk helsevern kap 5. Forskriften gjelder videre statens sykehus. Forskriften gjelder også for den polikliniske virksomheten som drives ved sykehus og ved frittstående offentlige poliklinikker.»

I merknaden til § 1-1 heter det:
«Med psykiatrisk sykehus/klinikk menes i denne forskrift psykiatrisk sykehus, psykiatrisk klinikk og poliklinikk samt psykiatrisk institusjon for barn og ungdom»

3.4.7.2 Erfaringer med ventelisteføring i psykisk helsevern

Dagens kriterier for tildeling av ventetidsgaranti praktiseres ikke ensartet for somatikken, og dette gjelder i enda større grad for psykiatrien:

- Bare omtrent halvparten av de omlag 180 psykiatriske institusjonene innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri som omfattes av ordningen fører ventelister.
- Datarapporteringen er ofte uregelmessig og mangelfull, og ikke alle institusjoner som fører ventelister rapporterer elektronisk slik forskriften krever. Stadig flere institusjoner rapporterer imidlertid etter Ventsys - 95, noe som vil bidra til bedre registreringsrutiner fra institusjonene.

Samlet sett innebærer dette en betydelig underrapportering. Hovedårsaken til dette ser ut til å være:

- Noen institusjoner fører ikke ventelister på grunn av manglende behandlingskapasitet.
- Ved enkelte institusjoner er andelen «øyeblikkelighjelp» pasienter meget høy. Disse institusjonene mener det derfor ikke er nødvendig å føre ventelister.
- Enkelte institusjoner mener det ikke er behov for et registreringssystem, fordi innfrielse av garantien skjer i de aller fleste tilfeller.
- Manglende informasjon og kommunikasjon mellom fylkeskommunene, ventelisteråd og den enkelte institusjon. Pasienter og henvisende lege skal underrettes om søknadens behandling, og dersom pasienten har ventet lenge skal vedkommende ha beskjed når behandling kan forventes. Det er uklart i hvilken grad dette skjer.
- Flere mener at kriteriene for garanti er lite egnet for psykiatrien. Kriteriene er for mye knyttet opp mot diagnose og ikke alvorlighetsgrad. Behandlingen strekker seg over svært lang tid, med ulik intensitet.
- En av hensiktene med garantiordningen er at ledig kapasitet blir utnyttet bedre, ved at pasienter som venter ved ett sykehus kan få tilbud andre steder der det er ledig kapasitet. I psykiatrien har det liten hensikt å sende pasienten til et annet fylke, og det oppleves derfor mindre meningsfullt å sette pasienten på venteliste.

I tillegg til manglende rapporteringsrutiner, er det grunn til å tro at de pasienter som står på venteliste heller ikke reflekterer den faktiske ventelistesituasjonen. Dette har bl a følgende årsaker:

- Pasienter som venter på behandlingstilbud gis ofte ett eller flere alternative behandlingstilbud som ikke er optimale. Det fremgår av materiale fra Norsk Psykiatrisk Forening at dette ofte medfører at behandlingen blir registrert som påbegynt selv om pasienten ikke har mottatt et optimalt eller tilstrekkelig behandlingstilbud. Slike pasienter faller ofte ut av ventelistene.
- Ventelisteregistreringen er bedre tilpasset somatiske sykehus. En av hovedforskjellene mellom somatikk og psykiatri er at det innenfor somatikk er klarere definert hva slags behandling pasienten venter på. Det er vanskeligere å registrere hvilket behov for behandling psykiatriske pasienter har, da behovene i mindre grad direkte lar seg avlede av diagnosen.

Selv om kriteriene for dagens garanti i utgangspunktet er knyttet til alvorlighetsgrad, er det diagnose som avgjør hvilke pasientgrupper som gis garanti. De diagnostiske kriteriene for prioritering av pasienter innen psykisk helsevern er utarbeidet i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Det er imidlertid viktig at alvorlighetsgrad og diagnose ses i sammenheng. Innenfor en diagnose kan alvorlighetsgraden varierer betydelig. Et viktig spørsmål vedrørende ventelistene er hvor lenge det er forsvarlig at en pasient kan vente. Lang ventetid kan virke invalidiserende på pasienten, og kan kreve lengre behandling enn om pasienten hadde mottatt tilbud tidligere. Det er viktig å være klar over at ventetiden i stor grad kan påvirke behandlingsresultatet. Ny kunnskap har vist at tidlig intervensjon kan bremse utviklingen av alvorlig sinnslidelse.

3.4.7.3 Ventetidsgarantien og EØS-reglene

Det har vært reist spørsmål om hvorvidt ventelistepasienter som omfattes av ventetidsgarantien etter utløpet av fristen, med hjemmel i rådsforordning (EØF) 1408/71 art 22 (jf EØS-avtalens vedlegg VI punkt 1) vil kunne kreve behandling i annet EØS-land finansiert av det offentlige.

Rådsforordning (EØF) 1408/71 artikkel 22 nr 1 bokstav c gir borgere som omfattes av EØS-reglene og som har rett til behandling i sitt bostedsland, rett til å reise til et annet EØS-land for å få nødvendig behandling for en sykdom eller i samband med graviditet eller fødsel, på lik linje med borgere i det aktuelle landet. Det er imidlertid en forutsetning at den kompetente institusjonen i vedkommendes bostedsland gir sitt samtykke og refunderer utgiftene. Den kompetente institusjon i Norge er Rikstrygdeverket.

Rikstrygdeverket kan etter forordningens artikkel 22 nr 2 andre ledd ikke nekte å gi samtykke når behandlingen er ansett som en av de tjenester som ytes i Norge, og behandlingen ikke kan gis innen den frist som normalt er nødvendig for å få slik behandling i Norge. Ved vurderingen av hva som er normal behandlingstid skal det tas hensyn til pasientens helsetilstand og utsiktene til hvordan pasientens sykdom utvikler seg.

Det sentrale spørsmålet er i denne forbindelse om ventetidsgarantien setter opp en norm for hva som er normal ventetid for behandling, slik at en overskridelse kan utløse et krav om behandling i annet EØS-land betalt av det offentlige.

For å få avklart den usikkerhet som forelå om ventetidsgarantiens stilling i forhold til EØS-avtalens rådsforordning 1408/71 (EØF) nedsatte Regjeringen en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utrede dette. Arbeidsgruppen ble ledet av Regjeringsadvokaten med medlemmer fra Justisdepartementet og Utenriksdepartementet.

Arbeidsgruppen gav følgende konklusjoner:

- Ventetidsgarantien har ikke direkte betydning for tolkningen og anvendelsen av forordningen. Et brudd på ventetidsgarantien vil derfor ikke automatisk lede til et krav om behandling i et annet EØS-land.
- Artikkel 22 nr 1 bokstav c og nr 2 annet ledd i forordningen gir helsemyndighetene en vid skjønnsadgang ved vurderingen av om tillatelse skal gis til behandling i et annet EØS-land. Bare i de tilfellene

hvor behandlingstiden blir vesentlig lenger enn det som ellers er vanlig for vedkommende sykdom i Norge, kan forordningen gi et grunnlag for behandling i et annet land. Det nærmere innhold i forordningen på dette punkt er vanskelig å angi med sikkerhet fordi rettskildematerialet er begrenset og praksis fra andre land svært varierende. I denne situasjon vil det enkelte land stå relativt fritt med hensyn til å fastlegge det nærmere innholdet i forordningen.

- Utgangspunktet etter forordningen er den behandlingstid (for de ulike sykdommer) som vanligvis gjelder i Norge. Ventetidsgarantien kan derfor få en indirekte betydning for hva som rent faktisk er vanlig behandlingstid.
- Selv om forordningen i begrenset utstrekning antas å gi norske pasienter krav på utenlandsbehandling, vil den ikke være til hinder for at det kan gis norske regler som går lenger, eventuelt med en kobling til ventetidsgarantien.
- Etter norske regler foreligger det etter gruppens oppfatning ikke noe generelt rettskrav på sykehusbehandling som kan håndheves ved domstolene.

Departementet vil legge arbeidsgruppens konklusjoner til grunn for den framtidige praktiseringen av rådsforordning (EØF) 1408/71 art 22 og komme tilbake til spørsmålet i forbindelse med ny lov om pasientrettigheter som skal sendes på høring sommeren 1997.

Notatet til arbeidsgruppen ledet av Regjeringsadvokaten følger som utrykt vedlegg til denne meldingen.

3.4.7.4 Departementets vurdering

Erfaringene med nåværende ventetidsgaranti har vist at den er lite pålitelig for å oppfylle helsepolitiske mål som lik prioritering, likt tilbud og geografisk utjevning av ventetider.

Det overordnede målet for ventetidsgarantien må være å sette pasientens behov i sentrum. Det innebærer at alvorlig syke mennesker som vil ha et sannsynlig eller betydelig prognosetap uten behandling, må hjelpes først og sikres raskt behandling. Deretter må pasienter det ikke haster så mye med få hjelp.

Sosial- og helsedepartementet vil derfor parallelt med innføring av 3 måneders behandlingsgaranti som innføres fra 1. juli 1997 også innføre nye prioriteringskriterer basert på sykdommens alvorlighetsgrad og grad av lidelse og funksjonshemming. Samtidig vil diagnose som kriterium for ventetidsgaranti bli forlatt. Dagens diagnosebaserte kriteriesystem har ført til at en rekke pasienter som verken har alvorlig eller belastende sykdom og som kanskje ikke har behandlingsbehov i det hele tatt har fått ventetidsgaranti, mens alvorlig syke er blitt skjøvet bakover i køen. Tydeliggjøring av sykdommens alvorlighet og grad av lidelse og funksjonshemming som prioriteringskriterium for ventetidsgaranti vil innebære en solidaritetserklæring med de sykeste.

Fra 1. januar 1998 vil ny vurderingsgaranti på 30 virkedager fra søknaden er mottatt ved offentlige spesialistpoliklinikker eller sykehus, bli innført. Vurderingen skal primært skje på grunnlag av henvisning fra primærlege, eventuelt ved at det innhentes supplerende opplysninger eller at pasienten innkalles til undersøkelse.

Sosial- og helsedepartementet tar sikte på å komme tilbake til spørsmålet om ny 6 måneders garanti i forbindelse med statsbudsjettet for 1998.

3.5 REGIONALE, FLERREGIONALE OG LANDSDEKKENDE TJENESTER

I tillegg til de fylkeskommunale helsetjenestene som ytes til innbyggerne i det enkelte fylket, er en del høyspesialiserte helsetjenester organisert slik at de dekker en eller flere av landets fem helseregioner eller hele landet. Det er i utgangspunktet fylkeskommunene som har ansvaret også for disse, men staten har engasjert seg særskilt i å styre de høyspesialiserte tjenestene.

Som en oppfølging av Stortingets behandling av *St meld nr 9 (1974-75) Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen,* jfr *Innst S nr 236 (1974-75),* ble det opprettet regionale helseutvalg for å samordne fylkeskommunenes helseplanlegging regionalt. De regionale helseutvalgene hadde fra starten bare en rådgivende funksjon overfor fylkeskommunenes bestemmende organer.

I *Ot prp nr 71 (1988-89) Sterkere statlig styring av sykehusvirksomhet,* jfr *Innst O nr 77 (1988-89),* ble det fastslått at daværende regelverk var utilstrekkelig for å regulere høyspesialiserte tjenester. Det ble derfor vedtatt en ny paragraf 9a i sykehusloven for å ivareta dette hensynet, som trådte i kraft 1. juli 1989.

Etter § 9a i sykehusloven kan departementet gi bestemmelser om oppgaver for sykehus og oppgavefordeling mellom sykehus, anskaffelse og bruk av medisinsk/teknisk utstyr, og bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus. Sosial- og helsedepartementet har med hjemmel i paragrafen gitt *Forskrift om godkjenning av lands- og flerregionsfunksjoner,* som trådte i kraft 1. mai 1991. Ifølge forskriften bestemmer departementet hva som er lands-, flerregionale og regionale funksjoner. Sykehuseier må søke departementet om godkjenning for å opprette, utvide, innskrenke eller endre slike funksjoner. *Statens sykehusråd* gir råd til departementet om lands-, flerregionale og regionale funksjoner, og *Helsetilsynets fagråd for høyspesialiserte tjenester* utreder de faglig-medisinske forutsetningene for rådene. Dette fagrådet behandler bare somatiske høyspesialiserte tjenester.

Hensikten med den statlige styringen av høyspesialiserte funksjoner innen somatikken er bl a å unngå overetablering av kostnadskrevende funksjoner som bør konsentreres bare noen få steder, og unngå unødig

dublering av dyrt medisinsk-teknisk utstyr. Denne problematikken gjelder i liten grad psykisk helsevern. Innen psykisk helsevern har det til nå vært få regionsfunksjoner, flerregionale funksjoner, eller landsfunksjoner.

Statens helsetilsyn har utredet slike funksjoner innen psykisk helsevern for voksne, og en arbeidsgruppe avga innstilling i september 1995. Utredningen er kalt *Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne,* og er trykket i Helsetilsynets utredningsserie som nr 4-95.

Når det gjelder *regionfunksjoner* konkluderte utredningen med at det ikke er noen slike funksjoner i psykisk helsevern for voksne som bør *begrenses* slik at de bare utøves et sted i hver helseregion. Derimot er det innen en rekke områder behov for *kompetansesentre* for å *spre* kunnskaper og kompetanse til helsevesenet i regionen. Et kompetansesenter er en tverrfaglig organisasjon som har et særlig ansvar for å drive forskning, fagutvikling, veiledning og undervisning. Det ble angitt å være behov for kompetansesentre i hver helseregion innen følgende områder:

- Schizofreni
- Klinisk psykofarmakologi og nevrokjemi
- Affektive sinnslidelser
- Aldersdemens
- Psykosomatikk
- Refraktære angst- og tvangslidelser
- Forebygging av selvmord
- Spiseforstyrrelser
- Følger av vold og seksuelt misbruk
- Psykiske lidelser hos fremmedkulturelle
- Psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsvansker og sinnslidelser

Det ble foreslått å tilføre ressurser til eksisterende enheter i hver helseregion som allerede har kompetanse innen disse områdene, for å videreutvikle dem til kompetansesentre for hele helseregionen med oppgaver innen forskning, fagutvikling, veiledning og undervisning.

Når det gjaldt *flerregionfunksjoner* pekte utredningen på at de regionale sikkerhetsavdelingene allerede har slike funksjoner når det gjelder å behandle farlige eller særlig vanskelige sinnslidende, og yte tjenester til innsatte i fengsler. Utredningen anbefalte å styrke disse funksjonene. Tjenester til disse gruppene behandles i kap 4.

Landsfunksjoner innen psykisk helsevern for voksne angis å være få. Utredningen peker på behovet for et landsdekkende psykiatrisk sykdomsregister. Av kliniske funksjoner er det pekt på spesialavdelingen for døve med alvorlige psykiske lidelser ved Gaustad sykehus, og psykiatrisk utredning av transseksuelle ved Rikshospitalet. Utredningen anbefaler at disse to landsfunksjonene fortsetter de respektive stedene, og foreslår ingen nye landsfunksjoner.

Utredningen anbefalte at Statens helsetilsyn skulle opprette et fagråd for høyspesialiserte tjenester innen psykisk helsevern. Fagrådet er opprettet i 1996, og skal gi faglige råd til Statens sykehusråd på samme måte som Helsetilsynets fagråd for høyspesialiserte somatiske helsetjenester.

Helsetilsynets utredning om høyspesialiserte funksjoner omfattet psykisk helsevern for voksne, og ikke tjenester til barn og ungdom. Tilsvarende utredning av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for barn og ungdom er ikke gjort. Men det må antas at funksjoner som ikke bør ivaretas i den fylkeskommunale barne- og ungdomspsykiatrien er meget få. En annen sak er at det er tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge som hittil ikke er tilfredsstillende utbygget i fylkene, og i en oppbyggingsfase er det rimelig at fylkene i en helseregion samarbeider om slike oppgaver.

Det er opprettet et regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri i hver helseregion. Sentrene har oppgaver innen utdanning, forskning og fagutvikling, mens hver fylkeskommune har ansvaret for de kliniske tjenestene.

Innen somatikken ytes regionsfunksjoner, flerregionale funksjoner, og landsfunksjoner av de fire fylkeskommunale regionsykehusene og Rikshospitalet.

En tilsvarende regionalisering har ikke skjedd for psykisk helsevern. Bare to av regionsykehusene har psykiatriske avdelinger - Ullevål sykehus og Haukeland sykehus. Både de voksenpsykiatriske og de barnepsykiatriske avdelingene ved Ullevål og Haukeland har universitetstilknytning, men de har ikke klinisk ansvar for andre fylker enn henholdsvis Oslo og Hordaland. Avdelingene har således ingen formalisert regional funksjon når det gjelder pasientbehandling.

Rikshospitalet har visse voksenpsykiatriske og barnepsykiatriske spesialfunksjoner med universitetstilknytning, men har ingen allmennpsykiatrisk avdeling verken for voksne eller barn og ungdom.

I Sør-Trøndelag er psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom organisert i en egen etat utenfor regionsykehuset, sammen med fylkeskommunens barnevern og rusmiddelomsorg. Etaten har i prinsippet ikke ansvar for tilbud til pasienter fra de to andre fylkene i helseregionen, og har altså ikke kliniske regionsfunksjoner.

Åsgård psykiatriske sykehus i Troms er også organisert utenfor regionsykehuset. Åsgård sykehus har ansvar for å yte psykiatriske tjenester til innbyggerne i Troms og Finnmark. Tjenestene til Finnmark må imidlertid ses på som vanlige fylkeskommunale tjenester da Finnmark mangler egne psykiatriske sykehusavdelinger. Heller ikke Åsgård yter regionale kliniske tjenester til fylkene i helseregionen.

Departementet utarbeidet i 1993 nye retningslinjer for den regionale helseplanleggingen. Som en oppfølging av Stortingets behandling av *St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring,* jfr *Innst S nr 165 (1994-95),* er det etablert regionale faggrupper som har fått i oppgave å utarbeide delplaner for sine fagområder. I februar 1996 ba Sosial- og helsedepartementet om å få

tilsendt rammeplaner for alle helsergioner innen 15. juni 1996. De regionale helseutvalgene leverte sine planer og delplaner i tråd med dette. Delplaner som er utarbeidet senere er løpende sendt departementet. I brev av 10. januar 1997 fra Sosial- og helsedepartementet til landets fylkeskommuner er det understreket at det regionale helseplanarbeidet skal omfatte både voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske tjenester.

3.5.1 Departementets vurdering

I St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste går departementet inn for en sterkere samordning av sykehustjenestene i den enkelte helseregion. Behovet for differensierte og godt koordinerte tjenester og hensiktsmessig utnytting av ressursene gjør det nødvendig med samlet planlegging for spesialisthelsetjenestene innen regionen. Av denne grunn er det foreslått at de regionale helseutvalgene skal få en viktigere rolle i å planlegge og koordinere sykehustjenestene i regionen, og at de regionale helseplanene skal godkjennes av staten.

Hver fylkeskommune bør i hovedsak være selvforsynt med kliniske tjenester både innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Allikevel tilsier behovet for særskilt kompetanse og utviklingen av kompetansesentre at det også skjer en samlet planlegging av psykiatriske helsetjenester i regionen. De regionale helseplanene må omfatte både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Det er behov for at hver helseregion får utpekt noen avdelinger som får oppgave som kompetansesenter på bestemte faglige områder for det øvrige psykiske helsevern i regionen. Slik fordeling av oppgaver må være en del av den regionale helseplanleggingen.

Etter departementets oppfatning er det særlig behov for å styrke kompetansen og bedre tjenestetilbudene i det fylkeskommunale psykiske helsevernet for visse grupper.

Når det gjelder *voksne* med psykiske lidelser, er det særlig behov for å styrke tilbudene til dem med de alvorligste lidelsene. Særlig gjelder dette mennesker med *schizofrene* lidelser. Tilbudene til schizofrene må styrkes på tre måter:

1) *Tidlig intervensjon.* Ved mistanke om en alvorlig psykose som schizofreni må diagnostikk, behandling og annen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten skje så tidlig som mulig.
2) *Riktigere behandling.* Det er for store variasjoner i de behandlingstilbud som de schizofrene mottar, og mange får ikke adekvat behandling. Internasjonalt har det de siste ti årene vært økende grad av konsensus om hva som er optimal schizofrenibehandling, men disse kunnskapene er dessverre ikke tatt i bruk i tilstrekkelig grad alle steder.
3) *Mest mulig normalisert livssituasjon for langtidspasientene.* Ca 80% av innlagte langtidspasienter har en schizofrenidiagnose. Fortsatt er for mange langtidspasienter innlagt i institusjon selv når faglige vurderinger tilsier at de ville få et bedre liv i egne boliger med kommunale tjenester, støttet av desentraliserte og ambulante spesialisttjenester. Det er dessuten forskningsmessig dokumentert at en mest mulig normalisert livssituasjon med tilstrekkelig hjelp også virker normaliserende på de psykiatriske symptomene og gjør disse mindre fremtredende.

Av disse grunner bør det prioriteres å få pekt ut minst en avdeling i hver helseregion som får et særskilt ansvar for å bygge opp kompetanse når det gjelder schizofrenibehandling, og spre slik kompetanse til det fylkeskommunale psykiske helsevernet i regionen og drive veiledning og undervisning.

En annen gruppe som tilbudene må styrkes særskilt for, er mennesker med *spiseforstyrrelser.* Helsevesenets tilbud om behandling til denne gruppen må rustes opp. I første omgang bør en avdeling i hver helseregion få en særskilt kompetansefunksjon når det gjelder diagnostikk og behandling av spiseforstyrrelser. Avdelingen må bygge opp tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse til å rådgi sykehusavdelinger, poliklinikker og kommunehelsetjenesten når det gjelder spiseforstyrelser, og drive veiledning og undervisning av personell.

Når det gjelder *barn og ungdom* må barne- og ungdomspsykiatriens tilbud til *ungdom med psykoser* styrkes. Behandlingstilbud til denne gruppen krever særskilt kompetanse som i liten grad finnes idag, og det er rimelig at det i første omgang satses på å bygge opp slik særskilt kompetanse ved en avdeling i hver helseregion. De regionale avdelingene må samarbeide nært med den fylkeskommunale barne- og ungdomspsykiatrien og med kommunene når det gjelder oppfølging og videre tilbud lokalt til ungdom med psykoser, etter innledende diagnostisk utredning og behandlingsstart i spesialisert avdeling.

Det er behov for videre oppbygging og spredning av kompetanse når det gjelder behandling og tiltak overfor *seksuelt misbrukte barn,* både innen de kommunale tjenestene, i barne- og ungdomspsykiatrien, og i voksenpsykiatrien. I de siste årene har flere miljøer arbeidet med oppbygging og spredning av kompetanse når det gjelder behandling av barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Særskilt kan nevnes

- Nasjonalt ressurssenter for seksuelt misbrukte barn ved Aker sykehus
- Barnevernets utviklingssenter
- De barne- og ungdomspsykiatriske regionsentrene

I tillegg yter støttesentre og selvhjelpsgrupper betydelig bistand til mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

De barne- og ungdomspsykiatriske tilbudene om undersøkelse og behandling til seksuelt misbrukte barn bør gjennomgås i hver helseregion, med sikte på

at minst en avdeling i hver helseregion kan fungere som kompetansesenter.

Ideelt burde de psykiatriske sykehustjenestene vært tilpasset den somatiske regionsykehusstrukturen. Hvert regionsykehus burde m a o ha en voksenpsykiatrisk og en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling med visse regionale funksjoner i tillegg til de fylkeskommunale funksjonene. Det bør stimuleres til en slik utvikling ved de to fylkeskommunale regionsykehusene som ikke har psykiatriske avdelinger - dvs regionsykehusene i Trondheim og Tromsø. Begge disse stedene er dette spørsmål om omorganisering - at eksisterende psykiatriske avdelinger organisatorisk blir en del av regionsykehuset. Både i Sør-Trøndelag og Troms er fylkeskommunen i gang med slike planer.

Ved Rikshospitalet er en tilsvarende omorganisering uaktuell, fordi det ikke finnes noen voksenpsykiatrisk avdeling som det vil være naturlig å integrere i sykehuset. Når det gjelder Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) foreslår departementet å overføre denne institusjonen til Oslo kommune, men slik at institusjonen fortsatt skal ivareta regionale oppgaver for helseregion I og II, jfr avsnitt 3.4.4.9.

Det synes ikke å være særlig stort behov for utbygging av flerregionale og landsdekkende kliniske funksjoner innen psykisk helsevern utover de eksisterende. Spørsmålet bør imidlertid vurderes av Statens sykehusråd etter de prosedyrer som er etablert for vurdering av høyspesialiserte tjenester.

Departementet foreslår:

- *Å samordne planlegging av psykiatriske helsetjenester i hver helseregion. De regionale helseplanene skal omfatte både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.*
- *Å peke ut avdelinger i hver helseregion som får oppgave som kompetansesenter på bestemte faglige områder for det øvrige psykiske helsevern i regionen.*
- *Å legge til rette for at det blir opprettet voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger ved de fylkeskommunale regionsykehusene som mangler slike avdelinger.*

3.6 STATLIGE TJENESTER

3.6.1 Innledning: Pensjon og arbeid

Både trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten er statlige etater. Begge de to etatene yter tjenester som er viktige for mennesker med psykiske lidelser.

I mange tilfeller er uførepensjon og attføring alternativer til ordinært arbeidsliv for mennesker som sliter med psykiske lidelser av en viss alvorlighetsgrad. Trygdeytelser og praktiseringen av reglene for innvilgning av slike ytelser må sees i forhold til mulighetene for yrkesmessig attføring. Ved vurdering av hva som er riktig for den enkelte må utgangspunktet være tosidig: For det første at alvorlige psykiske lidelser svært ofte er så inngripende for arbeidsevnen at slike diagnoser må utgjøre et helt legitimt grunnlag for uførepensjon. For det andre at det er viktig å ta vare på og utvikle arbeidsevnen, og at lønnet arbeid, også i vernede former eller på deltid, kan være svært viktig for å øke livskvaliteten og skape en meningsfull tilværelse i samspill med andre. For personer med lav arbeidsevne vil kommunale aktivitetstiltak ofte være egnede tilbud.

I behandlingen av *St meld nr 35 (1994-95) Velferdsmeldingen,* jfr *Innst S nr 180 (1995-96),* sluttet Stortinget seg til målsetningen for inntektsikring og tiltak ved sykdom, rehabilitering og uførhet. Arbeidslinja i velferdspolitikken skal videreføres, slik at den enkelte i størst mulig grad skal kunne forsørge seg selv gjennom eget arbeid og fungere best mulig til daglig. Samtidig skal gode velferdsordninger opprettholdes for dem som av helsemessige grunner ikke kan delta i arbeidslivet.

3.6.2 Pensjon

Folketrygdens regelverk er rettighetsbasert og generelt, og det er ikke særskilte regler eller stønadsformer for mennesker med psykiske lidelser. Boks 3.11 gir en oversikt over stønadsformene fra trygden.

Psykiske lidelser er den nest største diagnosegruppen, etter muskel- og skjelettlidelser, både ved langtidssykemelding og uførepensjon. Tall fra Rikstrygdeverket for 1994, 1995 og 1996 viser antall sykepengetilfeller og tilfeller av medisinsk rehabilitering som skyldtes psykiske lidelser (se tabell 3.19).

Antall sykepengetilfeller og antall tilfeller av medisinsk rehabilitering på grunn av psykiske lidelser har økt både i absolutte tall, og som andel av sykepengetilfellene og tilfellene av medisinsk rehabilitering totalt.

Når det gjelder uførepensjonister, har Rikstrygdeverket også tall for undergrupper av psykiske lidelser (se tabell 3.20). Da det er tydelige kjønnsforskjeller gjengis både totaltallene og separate tall for menn og kvinner.

Omtrent 91.000 mennesker var i 1995 sykemeldt over to uker, under medisinsk rehabilitering eller hadde uførepensjon på grunn av en psykisk lidelse. Alkoholisme og narkomani er da regnet med. Gruppen uførepensjonister er klart den største, med nesten to tredeler av tilfellene. 16% av uførepensjonistene eller 38.000 mennesker er trygdet med en diagnose innen gruppene nevroser og personlighetsforstyrrelser, mens 5,5% (13.000 mennesker) er trygdet med en psykosediagnose. Kvinner uførepensjoneres noe oftere enn menn med diagnosene nevrose eller personlighetsforstyrrelse. Menn uførepensjoneres noe oftere enn kvinner med psykosediagnose, og betydelig oftere med diagnosene alkoholisme og narkomani.

Det er i de senere årene satt i verk flere tiltak for å få

Tabell 3.19 Antall og andel av tilfeller av sykepenger og medisinsk rehabilitering som skyldes psykiske lidelser i 1994 - 1996*

	1994		1995		1996	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sykepengetilfeller	24.013	10	30.476	11	36.413	12
Med rehabilitering	5.484	27	5.279	27	5.829	29
SUM	29.497		35.755		42.242	

* tilfeller av varighet utover arbeidsgiverperioden
Kilde: Rikstrygdeverket

Tabell 3.20 Uførepensjonister pr 31.12.95 fordelt på undergrupper av psykiske lidelser, i absolutte tall og i % av antall uførepensjonister totalt.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Psykoser	6.928	6,7	5.980	4,5	12.997	5,5
Nevroser og personlighetsforst .	14.269	13,8	23.656	17,8	37.808	16,0
Alkoholisme, narkomani	3.722	3,6	797	0,6	4.490	1,9
Sum	24.919	24,1	30.433	22,9	55.295	23,4

Kilde: Rikstrygdeverket

ned *sykefraværet,* og særlig begrense langtidssykefraværet for å hindre varig utstøting fra arbeidslivet. Arbeidet med oppfølging av sykmeldte i trygdeetaten er intensivert. Trygdekontoret skal tidlig i sykmeldingsfasen vurdere om det er behov for andre tiltak enn tradisjonell medisinsk behandling. Fra 1. juli 1993 ble det innført en ordning med sykmelding II som innebærer at trygdekontoret skal fatte et særskilt vedtak om fortsatt rett til sykmelding etter 12 uker. Trygdekontoret kan fra samme tidspunkt be den sykmeldtes arbeidsgiver om mulige tiltak på arbeidsplassen, og kan tilstå sykepenger i inntil 12 uker under arbeidstrening. Det har også over flere år vært satt av midler over forsøksprogrammet *Trygd og rehabilitering* for å prøve ut behandlings- og rehabiliteringstiltak for personer med diffuse smertetilstander, og forebygge uførepensjonering. Det har ikke i samme grad vært forsøk med å forebygge langtidsfravær for personer med psykiske lidelser direkte, men en betydelig andel av de diffuse smertetilstandene er påvist å ha psykiske årsakskomponenter.

Andelen mennesker som er sykemeldt over lang tid på grunn av en psykisk lidelse er lavt. Seksjon for trygdemedisin ved Universitetet i Oslo har analysert sykemeldingstall fra Rikstrygdeverket for perioden 1989 til 1991. I undersøkelsen er langtidssykemelding definert som sykemelding over 8 uker. 14% av alle langtidssykemeldte i denne perioden var sykemeldt med en psykiatrisk diagnose, og dette utgjorde ca 15.000 personer i året. Men bare 0,6% av den yrkesaktive befolkningen var til enhver tid langtidssykemeldt på grunn av en psykisk lidelse.

Langtidssyke med psykiske lidelser er i større grad representert blant de uførepensjonerte.

Fra 1991 er det skjedd flere innskjerpinger i retten til uførepensjon. Det er skjedd en presisering og innskjerping av de medisinske vilkårene for uførepensjon, det er innført økte krav om at attføring skal være prøvd før uførepensjon tilstås, og det er innført nye etterprøvingsrutiner. Som en følge av dette har antall søknader om uførepensjon vært synkende etter 1991, og avslagsprosenten har vært stigende. Det er særlig innen diagnosegrupper som muskelsmerter, nevroser og alkoholisme/narkomani denne utviklingen har skjedd. Det kan ikke påvises tilsvarende nedgang i antall søknader, eller økning i antall avslag for alvorlige sinnslidelser. En analyse foretatt av Rikstrygdeverket med utgangspunkt i tall fra 1991 og 1992 viste imidlertid at personer som fikk avslag på søknad om uførepensjon på grunnlag av lettere psykiske lidelser (nevroser) eller rusproblemer i liten grad kom i arbeid etter avslag. Dette indikerer at tilbud om rehabilitering og attføring for disse gruppene må følges opp på et tidligere tidspunkt, før det er aktuelt å søke uførepensjon.

I *St meld nr 35 (1994-95) Velferdsmeldingen* ble det foretatt en bred drøfting av uførepensjonsordningen. Regjeringens mål er at så få som mulig skal henvises til uførepensjon. Det ble pekt på at dagens ordning med

Boks 3.11
Stønadsformer fra trygden

Sykepenger
Ved sykdom ytes sykepenger i inntil ett år. Arbeidstakeren får som hovedregel kompensert 100 prosent av inntektsgrunnlaget inntil 6 ganger folketrygdens grunnbeløp.

Rehabiliteringspenger
Etter ett år med sykepenger kan rehabiliteringspenger tilstås. Rehabiliteringspenger er stønad under medisinsk rehabilitering, og de medisinske vilkårene for å få slik støtte er de samme som for sykepenger. Stønaden ytes til personer over 16 år som fortsatt er minst 50% arbeidsuføre. Det er et vilkår at vedkommende er under aktiv medisinsk behandling eller rehabilitering med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Som hovedregel kan rehabiliteringspenger ytes i inntil ett år, men det kan gjøres unntak ved alvorlige sykdomstilstander hvor behandling og rehabilitering strekker seg over flere år.

Attføringspenger
ytes i forbindelse med attføringstiltak til personer over 19 år som har redusert inntektsevne eller som har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket på grunn av sykdom, skade eller lyte. Det er et vilkår at slikt tiltak skal være nødvendig og hensiktsmessig for at vedkommende skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid.

Uførepensjon
ytes når inntekts- eller arbeidsevnen fortsatt er nedsatt med minst 50% etter at attføring er forsøkt. Formålet med uførepensjon er å kompensere for bortfall av arbeidsinntekt for personer som på grunn av varig sykdom eller funksjonshemming har fått evnen til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) varig nedsatt. Det er en forutsetning for rett til uførepensjon at medisinsk behandling er gjennomgått, og at hensiktsmessige attføringstiltak er vurdert, forsøkt eller gjennomført.

uførepensjon på en del punkter er for lite fleksibel i forhold til dette målet. Det ble fremhevet at uførepensjonistene må gis større mulighet til å prøve seg i arbeidslivet uten å miste retten til pensjon, og få bedre mulighet til å unytte sin restarbeidsevne. Mange uførepensjonister har fortsatt ønske om og mulighet til å gjøre en innsats i arbeidslivet, men makter ikke å fortsette på full tid i sin tidligere jobb. De fleste uførepensjoneres 100% og blir helt yrkespassive. Uførepensjonister som har fått full pensjon er ofte lite motivert for å forsøke seg i arbeidslivet igjen selv om arbeidsevnen bedres, fordi de er engstelige for at helsen kan svikte igjen eller at arbeidet ikke skal bli varig, og at de i såfall må gjennomgå en ny tidkrevende søknadsprosedyre for å få tilbake uførepensjonen.

Stortinget sluttet seg i behandlingen av Velferdsmeldingen til en rekke endringer i uførepensjonsordningen for å legge forholdene bedre til rette for at uførepensjonister skal få mulighet til å prøve seg i arbeid, utnytte restarbeidsevnen og kunne kombinere arbeid og trygd. Disse endringene er av stor betydning for mennesker med psykiske lidelser, da mange av disse har en del av arbeidsevnen i behold selv om de ikke er i stand til å være i heltids ordinært arbeid. Mange psykiske lidelser er forøvrig karakterisert av periodevise svingninger og endringer i funksjonsnivået, slik at evnen til å stå i arbeid vil kunne variere betydelig over tid.

I behandlingen av *Ot prp nr 8 (1996-97) Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (Oppfølging av Velferdsmeldingen),* jfr *Innst O nr 46 (1996-97),* vedtok Stortinget en rekke lovendringer. De viktigste endringene for mennesker med psykiske lidelser er beskrevet i boks 3.12.

Det er avdekket visse incentiv-problemer ved overgang fra uførepensjon til kombinasjoner av trygd og arbeid. Departementet vil nærmere vurdere dette problemet, for å sikre at det også skal være lønnsomt å øke lønnsinntekten på bekostning av trygdestønaden.

Boks 3.12
Endringer i uførepensjonsordningen

Høyere inntektsgrense (friinntekt) for revurdering av uføregraden
Etter gjeldende bestemmelser kan en uførepensjonist med full pensjon tjene 1/2 G i året (kr 20.500 pr 1.1.97) før uføregraden blir revurdert. Tilsvarende kan en uførepensjonist med redusert uføregrad tjene 1/2 G mer enn forutsatt da uføregraden ble fastsatt. Friinntektsgrensen økes til 1G (kr 41.000 pr 1.1.97), for å stimulere til økt aktivitet blant dem som har mulighet til å arbeide. Endringen gjennomføres fra 1. mai 1997.

Utvidelse av «frysperioden» under arbeidsforsøk
Idag kan en uførepensjonist begynne i lønnet arbeid eller arbeidstrening med pensjonsgivende inntekt høyere enn fribeløpet og få beholde retten til innvilget pensjon selv om utbetalingen av pensjonen midlertidig stanses eller reduseres. Denne «frysordningen» gjelder så lenge vedkommende er i lønnet, tidsbegrenset arbeidstrening godkjent av arbeidsmarkedsetaten, eller i inntil 12 måneders ordinært arbeid. Ordningen innebærer at dersom arbeidsforsøket mislykkes, kan uførepensjonen gis tilbake uten ny søknadsprosedyre. Det skal nå bli mulig å beholde retten til innvilget uførepensjon etter en lengre periode i arbeid. Gjennomføres fra 1. mai 1997.

Forsøk med lavere gradering av uførepensjon enn 50%
Innvilging av uførepensjon forutsetter idag minst 50% uførhet. Personer med 50% uførepensjon kan oppleve det som urimelig at uførepensjonen vil falle bort dersom de forsøker å øke omfanget av arbeid noe. Det skal ikke innføres noen generell ordning med mulighet til uførepensjon for personer som er mindre enn 50% arbeidsuføre, men det skal åpnes for at det i forsøkssammenheng skal kunne gjøres unntak fra kravet om minst 50% uførhet innenfor forhåndsgodkjente arbeidsopplegg med oppfølging fra trygdekontoret. Gjennomføres fra 1. mai 1997.

Endrede aldersgrenser for uførepensjon og rehabiliteringspenger
Uførepensjon og rehabiliteringspenger ytes idag til personer over 16 år. For ungdom mellom 16 og 20 år gir uførepensjon høyere ytelser enn rehabiliteringspenger og attføringspenger. Dette kan være et incitament til å søke om uførepensjon i stedet for attføring eller rehabilitering. For funksjonshemmet ungdom under 18 år bør utdanning og attføring være første valg. Aldersgrensen for uførepensjon og rehabiliteringspenger skal heves til 18 år. Endringen gjennomføres fra 1. januar 1998.

«Frysing» av retten til garantert tilleggspensjon for fødte eller unge uføre, og innskjerping av de medisinske vilkårene
Ordningen med garantert minste tilleggspensjon for fødte eller unge uføre ble innført i 1981. For å komme inn under ordningen kreves det idag at uførheten er inntrådt før fylte 24 år. Hensikten med garantiordningen er at personer som blir uføre i ung alder og dermed ikke har særlig mulighet til å tjene opp egen tilleggspensjon i folketrygden skal være sikret en garantert minsteytelse. Funksjonshemmede som ville ha oppfylt vilkårene for garantert tilleggspensjon som født eller ung ufør mister denne rettigheten hvis de etter fylte 24 år har vært i inntektsgivende heltidsarbeid i en lengre periode. Dette gjør at mange er redde for å forsøke seg i arbeid. Retten til garantert tilleggspensjon skal nå kunne fryses i en lengre periode i arbeid, f eks i ti år. Samtidig innskjerpes kravene til medisinsk uførhet for å få innvilget rett til garantert tilleggspensjon. Gjennomføres fra 1. januar 1998.

3.6.3 Arbeid og yrkesrettet attføring

Integrering i arbeidslivet er viktig for den enkeltes identitet, stilling i samfunnet og utviklingsmulighet. Manglende utnytting av arbeidsevnen vil i mange tilfeller føre til opplevelse av nederlag og svekket selvrespekt, og føre til sosiale og psykiske problemer.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte problemer i arbeidslivet. Når det gjelder mer kortvarige, forbigående eller mindre alvorlige lidelser fører disse ofte til redusert funksjon i arbeidslivet med sykmeldinger i perioder. Men en arbeidstaker med slike problemer vil vanligvis klare å beholde arbeidet, eventuelt ved hjelp av behandling eller midlertidige støttetiltak.

Mer alvorlige og langvarige psykiske lidelser kan føre til varige yrkeshemminger. Dersom lidelsen debuterer i ung alder slik som en del former for schizofreni, vil både utdanning, vanlig sosial fungering og yrkesforberedelse kunne bli ødelagt. Dersom alvorlige psykiske lidelser debuterer etter at personen er etablert i yrkeslivet, fører dette ofte til langvarig sykmelding og etterhvert, til uførepensjonering. Attføring til arbeidslivet krever i slike tilfeller omfattende innsats. Selv om det idag ikke finnes tilstrekkelige kunnskaper om situasjonen til mennesker med psykiske lidelser i arbeidsmarkedet, er mangel på tilbud om arbeid, attføring og aktivisering et stort problem for mennesker med psykiske lidelser.

Boks 3.13
Prosjektet «Yrkesmessig attføring av tidligere psykiatriske pasienter»

I Oslo har arbeidsmarkedsetaten siden 1993 drevet et eget prosjekt rettet mot tidligere psykiatriske pasienter. Prosjektet har utviklet et kurs med egne metoder for å rehabilitere og forberede deltakerne til arbeidslivet, og erfaringene med disse er god.

Arbeidsmarkedspolitikken overfor yrkeshemmede skal bygge på integrering og normalisering. I *St meld nr 39 (1991-92) Attføring og arbeid for yrkeshemmede. (Attføringsmeldingen),* jfr *Innst S nr 11 (1992-93),* ble det lansert en rekke tiltak for å bidra til å integrere yrkeshemmede arbeidssøkere i det ordinære arbeidslivet, i tillegg til systemet med skjermede arbeidsplasser i egne bedrifter.

St meld nr 39 omhandlet attføringstiltak generelt, og går ikke nærmere inn på behovene til mennesker med psykiske lidelser spesielt. Mennesker som er falt ut av arbeidslivet på grunn av langvarige psykiske lidelser, eller som aldri har etablert seg i arbeidslivet av slike grunner, trenger omfattende bistand for å komme i arbeid. Forsøk på å etablere vedkommende i yrkeslivet krever omfattende forberedelse og trening, og bør ikke forsøkes før det er en rimelig god mulighet for at det skal gå bra, for ikke å påføre personen ytterligere nederlag. Behandlingen må ha kommet så langt at tilstanden og livssituasjonen er forholdsvis stabil, slik at det er mulig å gjennomføre yrkesforberedende tiltak. Ofte vil det være nødvendig at behandlingen fortsetter parallelt med attføringen.

I pakt med arbeidslinja er det et mål at også flere mennesker med psykiske lidelser får tilbud om arbeid eller yrkesmessig attføring. Dette er en oppgave for den statlige arbeidsmarkedsetaten. Når attføring er aktuelt bør forberedelse og trening starte så tidlig som mulig, for å unngå passivisering og svekket arbeidsevne. Behandling og rehabilitering bør skje parallelt med yrkesforberedende tiltak, i et nært samarbeid mellom helse- og sosialvesenet og arbeidsmarkedsetaten. Det er avdekket store problemer når det gjelder gjensidig kunnskap, samarbeid og koordinering mellom arbeidsmarkedsetaten og helse- og sosialsektorene når det gjelder denne målgruppen.

Arbeidskontorene har som en hovedoppgave å formidle arbeidssøkere til ledige stillinger. Samtidig driver etaten en omfattende virksomhet for å styrke arbeidssøkeres kompetanse i forhold til de krav som stilles i arbeidslivet. I hovedsak satses det på tilføring av praktiske og teoretiske yrkeskunnskaper og ferdigheter, gjennom egne kurs og kjøp av kurs fra eksterne kursarrangører, og støtte til utdanningsplasser og hospiteringsplasser i arbeidslivet.

Mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser har ofte en del særskilte problemer i forhold til å begynne i arbeid, og holde på arbeidet etter at de har begynt. Problemer som er mer utbredt i denne gruppen enn blant andre med yrkeshemminger er negativt selvbilde, svak toleranse for motgang, sosial isolering og uhensiktsmessige mestringsstrategier. Tilsynelatende ubetydelig motgang eller konflikter kan feiltolkes og forstørres og oppleves uoverkommelig. Sosiale hemninger og problemer med å få innpass i og stå i et sosialt fellesskap gjør at konflikter og vanskeligheter lett takles med tilbaketrekning og fravær. Mennesker med psykiske lidelser kan lett bli ustabil arbeidskraft hvis ikke forholdene legges særskilt til rette.

Arbeidssøkere med psykiske problemer har alltid fått et tilbud i arbeidsmarkedsetaten. Ved utgangen av 1995 ga etaten attføringstilbud til om lag 9.000 personer. På samme tidspunkt var det registrert ca 54.000 yrkeshemmede, hvorav 40.000 deltok på attføringstiltak. Den langt største andelen av de yrkeshemmede med psykiske problemer har diagnoser som regnes til gruppen «lettere psykiske lidelser». Av 4.032 personer som ble utskrevet fra yrkesrettet attføring fra denne gruppen gikk i 1996 1.385 personer til såkalt aktive løsninger, dvs arbeid, egenfinansiert skolegang eller formidlingsklar.

Denne gruppen yrkeshemmede nyttegjør seg mange av etatens attføringstjenester. Tilbudet kan spenne fra rådgiving ved Arbeidsrådgivningskontorene til aktive tiltak som f eks videre utdanning, arbeidstrening i ordinære bedrifter, arbeidsmarkedsbedrifter eller bedriftsintern attføring. Attføringsbehovene og -ønskene kan variere sterkt, men selv om prosessen kan ta lang tid vil en del kunne attføres til arbeidslivet på ordinære vilkår.

Personer med alvorlige psykiske lidelser er en større utfordring for attføringsarbeidet. Av de 238 som ble utskrevet fra yrkesrettet attføring i 1996 gikk 49 ut i aktive løsninger. I dag utgjør denne gruppen en liten andel av de registrerte yrkeshemmede, men andelen er stigende.

I tillegg til tilbud om ordinært arbeid finansierer Arbeidsmarkedsetaten en rekke individrettede tiltak for yrkeshemmede rettet mot det ordinære arbeidsliv, som *sysselsettingstiltak for funksjonshemmede* i offentlig virksomhet og *lønnstilskudd til arbeidsgivere* innen privat sektor. Arbeidskontorene gir tilbud om ulike typer *vernet arbeid* der presset og kravene er lavere enn i det vanlige arbeidslivet. Vernet arbeid kan være et tilbud i en overgangsfase for å trene arbeidstakeren og gi arbeidstilvenning, men kan også være et mer permanent tilbud når ordinært arbeid er urealistisk. *Arbeidsmarkedsbedriftene* og *Arbeidssamvirkene* gir tilbud om vernet arbeid og finansieres av Arbeidsmarkedsetaten, men drives av kommuner.

St meld nr 39 foreslo særskilt å styrke attføringstiltak som retter seg mot integrering i det ordinære arbeidslivet, framfor segregerte arbeidsplasser i egne bedrifter. Et viktig ledd i denne strategien var satsningen på tiltaket *Arbeid med bistand.* Modellen bygger på den sentrale idé at yrkeshemmede kan arbeide på ordi-

nære arbeidsplasser forutsatt at de mottar riktig mengde og type bistand. Den yrkeshemmede arbeidssøkeren tildeles en «tilrettelegger» som skal hjelpe, støtte og lære opp, og gi den oppfølging som er nødvendig for at arbeidstakeren skal fungere tilfredsstillende i arbeidet. Forsøksvirksomheten startet høsten 1992 med ca 30 lokale forsøk spredd over hele landet, og omfattet 515 yrkeshemmede arbeidssøkere. Ca 40% av deltakerne var psykisk utviklingshemmede, mens ca 20% hadde psykiske lidelser. 83% av de psykisk utviklingshemmede og 78% av deltakerne med psykiske lidelser kom i arbeid.

Forsøket ble avsluttet fra årsskiftet 1995/96, og *Arbeid med bistand* ble fra samme tidspunkt etablert som et ordinært arbeidsmarkedstiltak, og ekspanderte kraftig.

Regelverket for tiltaket tar hensyn til at det skal fungere overfor personer med psykiske lidelser.

Arbeidsmarkedstiltakene retter seg ikke spesifikt mot noen diagnosegruppe. De skal gi tilbud ut fra arbeidssøkernes ulike fungeringsnivå. Kjeding av tiltak skal kunne gi best mulig faglig støtte på veien mot arbeid, sett ut fra den enkeltes ståsted i prosessen. I utformingen av tiltak tas det hensyn til individuelle behov. Det betyr at etaten tilpasser aktuelle tiltak for arbeidssøkere med psykiske lidelser så langt som mulig innenfor det som er arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde. Tiltakene nedenfor er av særskilt betydning:

Arbeid med Bistand
bygger på ideen om at den yrkeshemmede skal utplasseres i ordinært arbeidsliv med så sterk grad av oppfølging som nødvendig for at vedkommende skal kunne få og beholde arbeidet. Metoden er velutprøvet i USA med gode erfaringer. I EU er den nå i ferd med å utvikles, og Norge ligger langt fremme i dette arbeidet. I prosjektperioden fra 1992 til 1996 var erfaringene positive, også overfor personer med alvorlige psykiske lidelser. Dagens regelverk for *Arbeid med Bistand* tar hensyn til at tiltaket skal fungere for målgruppen. Tiltaket er populært overfor personer med ulike psykiske problemer. I løpet av 1996 ble tiltaket bygget ut til 750 plasser.

Arbeidsforberedende trening
fikk nytt regelverk i 1996, som tar hensyn til at trenings- og utprøvingstiltak skal kunne nyttes overfor personer med ulike former for psykiske lidelser. I 1996 fikk *Arbeidsforberedende trening* 300 nye plasser. Tiltaket er viktig for å avklare i hvilken grad videre attføring er hensiktsmessig, og eventuelt hvilke tiltak som egner seg best for den enkelte.

Arbeidssamvirketiltakene
er også tilpasset for at personer med ulike former for psykiske lidelser skal kunne nyttiggjøre seg dem. Da tiltakene ble bygget ut i 1996 med 600 nye plasser var arbeidssøkere med psykiske lidelser en prioritert målgruppe. Disse varig skjermede tiltakene har tradisjonelt vært tilbud overfor personer med psykisk utviklingshemming. Dette er nå i fred med å endres, slik at flere grupper får tilbud.

3.6.4 Departementets vurdering

Regjeringen vil videreføre arbeidslinja i velferdspolitikken. Dette innebærer bl a at så få som mulig skal henvises til uførepensjon, og at rehabilitering og attføring skal prøves så langt som mulig før uførepensjon innvilges. Dette gjelder også for mennesker med psykiske lidelser.

Antall mennesker som er sykmeldt eller har uførepensjon på grunn av psykiske lidelser er høyt. Det er i de senere årene satt i verk flere tiltak for å få ned sykefraværet og hindre varig utstøting fra arbeidslivet. De nylig vedtatte endringene i folketrygdloven gir økte muligheter til å forsøke mer fleksible løsninger når det gjelder å kombinere arbeid og pensjon, og prøve ut arbeidsevnen på ny etter perioder med fravær fra arbeidslivet. Disse mulighetene er viktige for mennesker med psykiske lidelser. Ytterligere endringer i pensjonsreglene bør foreløpig ikke vurderes, før de nye reglene har virket en stund og erfaringene er evaluert. Incentivproblemene knyttet til overgang fra trygd til kombinasjoner av trygd og arbeid vil imidlertid bli vurdert nærmere.

Vanskelighetene med rehabilitering og attføring overfor mennesker med store psykiske lidelser er knyttet til forhold ved lidelsenes karakter, forhold i arbeidslivet, og til forhold innen attførings- og rehabiliteringsapparatet. Arbeidssøkere med store psykiske problemer sliter med lavt eller urealistisk selvbilde, manglende eller svingende motivasjon, liten utholdenhet, stor sårbarhet, problemer med å kommunisere med andre, liten omstillingsevne og tendens til tilbaketrekning og isolasjon. Arbeidslivet har legitime krav til stabilitet og effektivitet, men kan også ha liten toleranse for «anderledeshet», med innslag av utrygghet og stereotypier i forhold til mennesker med psykiske lidelser.

Når det gjelder hjelpeapparatet, er tilbudene for oppsplittet i medisinsk, yrkesrettet og sosial rehabilitering, med for lite forpliktende samarbeid mellom de ulike etatene. Videre har det vært for svak satsning på habilitering og rehabilitering i kommunene. Behandlingsapparatet er for ensidig orientert mot sykdom, og for lite opptatt av arbeidsfunksjonen. Det er behov for å videreutvikle arbeidsmarkedsetatens tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Dette innebærer at det bør bli et tettere tverretatlig samarbeid som inkluderer både helse- og sosialtjenesten, arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten, med bruk av ansvarsgrupper og personlige koordinatorer («case management»). Videre bør det foretas en nærmere kartlegging av målgruppen, og mennesker med psykiske lidelser bør prioriteres i et planlagt forskningsprogram om rehabilitering. Forsøksvirksomhet og evaluering av forsøk for å komme fram til anbefalinger om

metoder og tilnærminger som særlig har vist seg virksomme overfor målgruppen bør iverksettes.

Departementet ser det som viktig at helse- og sosialtjenesten bidrar til at flere vurderes i forhold til og veiledes i retning av arbeid. Samtidig er det viktig å unngå at yrkesrettet attføring påbegynnes før klienten kan mestre arbeidssituasjonen, for å unngå å påføre personen ytterligere nederlag. Ansatte i helse- og sosialtjenesten må ta ansvar for at klientene er tilstrekkelig psykisk velfungerende til at attføring bør prøves; og må stille opp med behandling og støtte underveis i den langvarige prosessen som attføring av mennesker med psykiske lidelser kan innebære. Departementet vil ytterligere konkretisere den lokale helse- og sosialsektorens rolle på dette feltet i en kommende stortingsmelding om rehabilitering. Mennesker med langvarige alvorlige sinnslidelser trenger i enda høyere grad langvarige og særskilt tilpassede tilbud. For denne gruppen kan også ulike typer av aktiviseringstilbud i kommunal regi være relevante.

Mye kan tyde på at personer med alvorlige psykiske lidelser vil ha behov for varig skjermede arbeidssamvirketiltak. Erfaringene viser at et slike tilbud kan være nødvendige og hensiktsmessige. Tiltaksspekteret for personer med alvorlige psykiske lidelser bør imidlertid ikke begrenses til varig skjermede bedrifter, men inkludere bl a *Arbeid med bistand* som søker å utplassere yrkeshemmede i ordinært arbeidsliv.

Kommunal- og arbeidsdepartementet vil gå gjennom erfaringene med og regelverket for disse tiltakene, og eventuelt foreta endringer for å sikre at tiltakene også ivaretar behovene til yrkeshemmede arbeidstakere med alvorlige psykiske lidelser. Departementet legger opp til at personer med psykiske lidelser vil fortsette å utgjøre en stor andel av de som deltar på attføringstiltak i årene fremover. Nivået og sammensetningen av attføringstiltakene må vurderes årlig i budsjettmessig sammenheng, bl a ut fra situasjonen på arbeidsmarkedet.

Erfaringer fra prosjekter som *Yrkesmessig attføring av tidligere psykiatriske pasienter* og andre prosjekter bør spres og bli modell for tilsvarende forsøk andre steder. Det bør ytes støtte til lokale forsøk.

Departementet foreslår:

- *Å foreta en kartlegging av behovene for arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser.*
- *Å foreta en gjennomgang av erfaringene med arbeidsmarkedsetatens tilbud til målgruppen og å evaluere gjennomførte forsøk, for å identifisere hvilke metoder og tilnærminger som har vist seg virksomme.*
- *Å gi ut og spre materiell som beskriver vellykkede metoder.*
- *Å prioritere forskning om rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser.*
- *Å støtte lokalt tverretatlig samarbeid med arbeidsforberedende tiltak, med deltakelse fra arbeidsmarkedsetaten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.*

3.7 SAMARBEIDET MELLOM TJENESTER PÅ ULIKE FORVALTNINGSNIVÅER

3.7.1 Innledning

Offentlige ytelser er i stor grad basert på at brukerne selv henvender seg og ber om den hjelpen de trenger. Dette prinsippet har vært kalt «skrankeprinsippet»: Brukeren vet hva som trengs og henvender seg ved en «skranke» for å søke hjelp. Prinsippet kan fungere brukbart når det gjelder avgrensede tjenester som en bestemt etat har ansvaret for å yte. I de aller fleste tilfeller kan en etat yte de tjenester som er forventet på egen hånd, uten omfattende samarbeid med andre etater.

Når behovene er mer sammensatte opplever mange mennesker at hjelpeapparatet er uoversiktlig og vanskelig å finne fram i. Dette forsterkes når ansvaret for de aktuelle tjenestene er delt mellom forvaltningsnivåene, slik at kommune, fylkeskommune og stat har ansvar for hver sine typer av tjenester. Skrankeprinsippet må derfor suppleres med at etatene går aktivt ut og informerer om sine tjenester. En del grupper trenger dessuten oppsøkende tjenester - etaten må oppsøke brukeren direkte for å komme i dialog om tjenestebehovet.

«Skrankemodellen» blir særlig problematisk i tilfeller der

- brukeren har behov for tjenester over lang tid,
- trenger tjenester fra flere forskjellige etater på en gang, og
- ikke selv fullt ut er i stand til å etterspørre nødvendige tjenester.

Dette karakteriserer mange mennesker med langvarige alvorlige psykiske lidelser, og er også typisk for en del barnefamilier med sammensatte problemer som f eks barnevernsak, rusmisbruk og forskjellige helseproblemer inkludert barnepsykiatriske lidelser. I slike tilfeller kreves både oppsøkende tjenester, og godt koordinerte tjenester fra flere etater. I mange tilfeller kreves koordinerte tjenester fra etater på forskjellige forvaltningsnivåer - kommunale helse- og sosialtjenester, fylkeskommunale spesialisthelsetjenester, og tjenester fra de statlige arbeids- og trygdekontorene. Mennesker med psykiske lidelser stiller tjenesteapparatet overfor særlige krav til samarbeid mellom deltjenestene. Tjenesteyterne må derfor sørge for at tiltakene framstår som en helhet.

For brukerne av tjenestene er det vesentlig at samarbeidet mellom ulike deltjenester, sektorer og nivåer fungerer godt. På alle nivåer må ledelsen legge forhol-

Boks 3.14
Helhetlig psykiatriplanlegging
SINTEF – NIS
7034 Trondheim

«Helhetlig psykiatriplanlegging» er et prosjekt knyttet til SINTEF-NIS, finansiert av Sosial og Helsedepartementet. Prosjektet går fram til høsten 1999, og disponerer omlag 3 årsverk inklusive forskere som skal bidra til evaluering og videreutvikling. Prosjektet ledes av kommuneoverlege Tor Åm i Trondheim kommune.

Prosjektets hovedmål er å bidra til at alle kommuner og fylkeskommuner utvikler planer for et helhetlig, koordinert tjenestetilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Prosjektet har utviklet et planleggingsverktøy basert på erfaringer gjort i Eid kommune og Sogn og Fjordane fylkeskommune, og i Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Metoden går ut på å finne fram til psykiatriske pasienter med omfattende behov for tjenester og intervjue disse, for å kartlegge behovene tverrfaglig. På denne måten fås opplysninger som kan brukes både til å planlegge tilbudet til den enkelte, og det samlede tjenestebehovet i kommunen og fylkeskommunen. Både brukerne og det utøvende fagpersonalet deltar i planprosessen. Arbeidsmetoden bidrar til å bedre samarbeidsklimaet, til å avklare ansvar, og dermed til mer helhetlige tiltakskjeder. Dette fører til bedre utnytting av eksisterende ressurser. Metoden gir god dokumentasjon av udekkede behov. Ved å aggregere data i kommunen og fylkeskommunen og etterhvert muligens på nasjonalt nivå, vil prosjektet kunne bidra til å synliggjøre behovene.

Metoden inneholder også kvalitetssikring av arbeidet for å tilrettelegge tjenestetilbud til mennesker med sammensatte behov.

Prosjektmaterialet inneholder:

- Veiledning om gjennomføring av planprosessen.
- Informasjonsmateriell til pasienter og fagpersonell.
- Skjema for informasjonsinnhenting fra pasienter og fagpersonell.
- Skjema for tverrfaglig vurdering av tjenestebehov og registrering av iverksatte tiltak.
- Mal for virksomhetsplanlegging og søknad til Datatilsynet.
- Dataprogram for bearbeiding av innsamlede data.

Den enkelte kommune og fylkeskommune avgjør selv i hvilken utstrekning materialet skal nyttes, og eventuelle lokale tilpasninger i opplegget.

dene til rette for samarbeid og fjerne hindringer, samtidig som de ulike profesjonene i sterkere grad må se seg som ledd i en samlet helhet der sammenhengende tilbud til personen med psykiske lidelser er det vesentlige.

Behovet for samordnede tjenester må ivaretas både ved planleggingen av tiltak for den enkelte bruker, i den generelle planleggingen av tjenestetilbudene i kommunen, og ved felles planlegging på tvers av forvaltningsnivåene.

3.7.2 Samarbeid om tjenester til enkeltpersoner

Det er utviklet en rekke metoder for å bidra til at planlegging og iverksetting av de samlede tiltakene som ytes til enkeltpersoner er samordnet for å møte behovene.

En metode for å ivareta nødvendig samordning av tilbudene, er kalt *«case management»*, og er utviklet i USA og Storbritannia. Ordningen består i at brukeren blir tildelt en fagperson som gis et samlende fagligadministrativt ansvar for å koordinere de ulike tilbudene og sørge for kontinuitet i behandlingen. En ordning med en slik personlig koordinator eller tjenestesamordner ansatt i helse- og sosialtjenesten er prøvd ut i enkelte norske kommuner. Departementet støtter en utprøving av metoden som pågår i Kragerø kommune, og vil satse på å spre erfaringer fra forsøkene og stimulere kommunene til å iverksette tilsvarende ordninger.

Den vanligste metoden for å koordinere tjenester til enkeltpersoner i Norge er *ansvarsgruppemodellen.* Modellen innebærer at aktuelle tjenesteutøvere inngår i en ansvarsgruppe sammen med brukeren, og møtes for å avklare behovet for tjenester og hvem som får ansvaret for forskjellige deltjenester.

Det vises forøvrig til metoden «Helhetlig psykiatriplanlegging», presentert i boks 3.14.

Samarbeid om tjenester til enkeltpersoner vil i stor grad være avhengig av kunnskaper og holdninger hos fagpersonene som yter disse tjenestene. I tillegg til kunnskap om eget fag må fagpersonellet også ha nødvendig kunnskap om andre relevante tiltak og tjenester i egen kommune, i fylkeskommunen og i statlige etater. Holdningene må være preget av at tjenestene skal ytes på brukernes premisser og en gjennomgående «pasienten først»-innstilling. Personellet må se realiseringen av dette som en vesentlig del av sin fagutøvelse.

3.7.3 Samarbeid i kommunen

Utbygging, organisering og drift av tjenester må i størst mulig grad planlegges helhetlig, slik at tilbudene framstår som et integrert nettverk av tjenester. Regelverk, økonomiske ordninger, krav til effektivitet og produktivitet og institusjonelle forhold må ikke hindre samarbeid, men stimulere til koordinerte og sammenhengende tilbud.

Samarbeidet vil være avhengig av faste ordninger,

som eksempelvis samarbeidsfora, regelmessige møter, opplegg for utveksling av informasjon, mv. Videre er det vesentlig at ledelsen, fagpersonell og administrasjon på alle nivåer og tjenestesteder bidrar til å skape en kultur som fremmer slikt samarbeid gjennom utvikling av holdninger og spredning av kunnskap.

3.7.4 Samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige etater

Det finnes ikke statistikk som kan vise noe generelt om hvordan samarbeidet mellom etater på ulike forvaltningsnivåer fungerer. I tilbakerapporteringen om bruken av de øremerkede tilskuddene i 1995 oppga 86 % av kommunene at de hadde etablert samarbeid med fylkeskommunen, mens 52 % oppga at det var opprettet samarbeid med Arbeidsmarkedsetaten. Hvor omfattende samarbeidet er og hvordan det fungerer sier materialet ikke noe om.

I *St meld nr 50 (1993-94) «Helsemeldinga»*, jfr *Innst S nr 165 (1994-95)*, ble det tatt sikte på å etablere samarbeidsfora mellom sosial-, helse-, trygde- og arbeidsmarkedsetaten i alle kommuner om viktige fellesområder, tilpasset lokale forhold og behov. Målgruppene unge sosialhjelpsmottakere og personer med sammenhengende hjelpebehov er særskilt nevnt. I lys av at mange langtidssykemeldte og uføretrygdede har en psykiatrisk diagnose, kan også trygdekontoret være aktuelt i denne sammenheng. Departementet arbeider med et rundskriv om oppretting av slike samsrbeidsfora.

Fylkeskommunene er i likhet med kommunene pålagt et tildels omfattende planleggingsansvar. De bør på samme måte som kommunene bruke planarbeidet som et redskap til å samordne sine tjenester med tjenester på andre nivåer i den grad det er nødvendig. «Helhetlig psykiatriplanlegging» skal også stimulere til plansamarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner.

I behandlingen av *St meld nr 50 (1993-94) «Helsemeldinga»*, jfr *Innst S nr 165 (1994-95),* sluttet Stortinget seg til forslaget om å innføre en kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter ved somatiske sykehus når kommune og fylkeskommune ikke kommer til enighet om ansvaret for en pasient. Departementet arbeider nå med et lovforslag om kommunal betalingsplikt i slike tilfeller, og vil i den sammenheng vurdere om også pasienter som er ferdigbehandlet i psykiatriske avdelinger bør omfattes av en slik ordning. Det kan i såfall være aktuelt å la betalingsplikten tre i kraft på et senere tidspunkt for de psykiatriske avdelingene, for å gi kommunene anledning til å bygge opp tilfredsstillende tilbud for psykiatriske pasienter i kommunene, jfr de øremerkede midler som foreslås til dette formålet. For at en slik betalingsplikt skal kunne utløses må flere vilkår være tilstede. Det skal bl a være tatt initiativ til samarbeid fra fylkeskommunens side overfor de aktuelle kommunene, og nødvendig varsel skal være gitt helse- og sosialtjenesten i pasientens hjemkommune på forhånd.

3.7.5 Departementets vurdering

Innen psykisk helsevern har det vært tradisjon for at institusjonene har tatt et omfattende ansvar for pasientene. Fortsatt skjer mange innleggelser direkte i psykisk helsevern uten at de kommunale tjenestene har vært involvert. Likeledes foretas mange utskrivninger uten at de er tilfredsstillende forberedt i samarbeid med kommunale tjenester. Det fylkeskommunale psykiske helsevernet har fra gammelt av tatt ansvar for omfattende pleie og omsorg for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og dette har i noen grad «fritatt» kommunene for slike plikter overfor disse gruppene, plikter som kommunene ellers har overfor befolkningen generelt.

Den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten må i større grad utforme sine tilbud som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene. De psykiatriske spesialisttjenestene må være tilgjengelige, oversiktelige og inneha tilstrekkelig kompetanse til å gi råd, veiledning og opplæring til personell i kommunene. Fastlegeordningen vil bidra til å legge et bedre grunnlag for dette, jfr. *St meld nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.*

Det er også viktig å samordne planleggingen av de psykiatriske spesialisthelsetjenestene i fylkene i helseregionen. I *St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* er det foreslått at regionale helseplaner skal erstatte de nåværende fylkeshelseplanene.

Fagpersonellets kunnskaper, ferdigheter og holdninger formes i betydelig grad gjennom utdanningen. Departementet vil arbeide for at samarbeid og samordning på tvers av profesjonsgrenser, deltjenester, sektorer og nivåer får en sterkere vekt i de aktuelle fagutdanningene. Det vises til avsnitt 7.2 om utdanning.

Som nevnt er det spesielle grupper som har særskilte behov for samordnet planlegging av tiltakene, og psykiatriske langtidspasienter utgjør en vesentlig del av disse. Departementet vil vurdere å foreslå at det lovfestes en plikt for kommunene til å utarbeide koordinerte og individuelt tilpassede planer for tjenestebrukere i kommunene som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, eller som ikke er i stand til å etterspørre nødvendige tjenester selv, jfr avsnitt 3.3.

Samarbeid og samordning bør være viktige temaer i planleggingen av de kommunale tjenestene. Planene er dels tverrsektorielle som kommuneplanleggingen etter plan- og bygningsloven og økonomiplanleggingen etter kommuneloven, dels er det egne sektorplaner slik som helse- og sosialplanen, og dels er det særskilte planer for bestemte tjenester som tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Samarbeid og samordning mellom deltjenester på tvers av sektorer og nivåer bør omtales uansett plantype. I det kommunale planarbeidet bør det tas kontakt med fylkeskommunen med

sikte på gjensidig tilpasning av tjenestene og etablering av kontaktorganer der dette ikke allerede er gjort.

Kartlegging av behov og planleggging av tjenester er et av de prioriterte områdene som det øremerkede tilskuddet til mennesker med psykiske lidelser i kommunene skal brukes til. Departementet foreslår å stille vilkår ved tildelingen av disse midlene, slik at planlegging og samordning av tilbud til mennesker med psykiske lidelser ivaretas i kommunene.

Departementet foreslår:

- *Å evaluere og videreutvikle «Helhetlig psykiatriplanlegging» og andre verktøy for sammenhengende planlegging av tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene.*
- *Å knytte vilkår ved tildeling av øremerkede midler, for å sikre samordning av kommunale og fylkeskommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser.*

4 Tilbud til innsatte i fengsel, særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende, mv

4.1 INNSATTE I FENGSEL

Det er betydelige helseproblemer blant innsatte i norske fengsler. Både psykiske og fysiske problemer er mer utbredt enn i befolkningen for øvrig. Det er også overrepresentasjon av personer med alkohol- og stoffmisbruk - ca 70 % av de innsatte har slike problemer.

Domfelte med psykiske eller fysiske lidelser får ofte sine plager utilsiktet forverret av selve fengselsopphold. Den isolasjon et fengselsopphold medfører kan være spesielt belastende for utsatte grupper som varetektsinnsatte, langtidssonere og utlendinger.

Volds- og sedelighetsdømte utgjør en spesiell utfordring for den psykiatriske helsetjenesten. Det økende antall fremmedkulturelle i fengslene med psykiske lidelser representerer også en spesiell utfordring.

I de senere år er fengselshelsetjenesten betydelig styrket både i omfang og kvalitet.

Spesielle forhold gjør seg gjeldende i Oslo og Akershus, hvor det er flere store anstalter med innsatte fra hele landet (Oslo kretsfengsel, Bredtveit fengsel og sikringsanstalt, Ullersmo landsfengsel og Ila landsfengsel og sikringsanstalt). I disse fengslene finnes det mange langtidssonere, hvorav noen med omfattende psykiske lidelser. Staten har tilført begge de to fylkeskommunene betydelige tilskudd for å styrke polikliniske psykiatriske tjenester til innsatte. Det er også etablert to poster med tilsammen 14 plasser i den regionale sikkerhetsavdelingen i Asker (Dikemark), som i hovedsak behandler alvorlig sinnslidende fra fengslene.

Etter 1988 har det psykiatriske behandlingstilbudet til innsatte med alvorlige sinnslidelser bedret seg. Men fordi kapasiteten er begrenset i deler av det psykiske helsevernet, blir enkelte tilbakeført til fengsel for tidlig og uten tilstrekkelig oppfølging.

Psykiske lidelser og problemer er spesielt utbredt blant de sikringsdømte, som i hovedsak sitter på Ila landsfengsel og sikringsanstalt. En del av disse er i perioder alvorlig sinnslidende eller har andre psykiske lidelser, slik at de har behov for spesielle tiltak i fengselet eller innleggelse i psykiatrisk avdeling. Antallet psykotiske innsatte i fengsel her i landet er ikke stort. Statens helsetilsyn antar at inntil ca 5-8 innsatte på landsbasis til enhver tid oppfyller vilkårene i lov om psykisk helsevern for tvangsinnleggelse. For disse er det ofte en viss ventetid før de overføres til sykehus. I de senere år er ventetiden blitt vesentlig forkortet. Men fortsatt forekommer det at innsatte som er psykotiske må vente i 1-2 uker før de får plass ved psykiatrisk avdeling, og i noen få tilfeller er ventetiden flere uker. Innsatte som er psykotiske skal overføres til sykehus.

Boks 4.1
Helsetjenester til innsatte i fengsel

I 1996 ble vel 11.000 personer satt i fengsel her i landet, hvorav 4-5% kvinner. Det daglige middeltall var ca 2.600, og den gjennomsnittlige oppholdstiden var 85 dager.

Sosial - og helsedepartementet har det overordnede ansvar for fengselshelsetjenesten. Helsetjenesten i fengslene ble i 1988 overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet, jfr *St prp nr 1 (1986-87)*, jfr *Innst S nr 11 (1986-87)*. I 1994 ble kommunenes ansvar for å yte alminnelige helsetjenester til de innsatte lovfestet ved en lovendring i kommunehelsetjenesteloven, jfr *Ot prp nr 60 (1993-94) Om lov om endringer i lov om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover, jfr Innst O nr 65 (1993-94)*. Etter dette er fengselshelsetjenesten integrert i det ordinære kommunale og fylkeskommunale helsevesenet. Dette er en modell som har vakt internasjonal oppmerksomhet.

Den kommunen der hvert fengsel ligger har ansvaret for å yte primærhelsetjenester til de innsatte, og mottar et særskilt statlig tilskudd til dette.

Fylkeskommunene har ansvaret for å gi spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel, herunder psykiatriske helsetjenester. Akutthjelp og poliklinisk behandling ytes av vertsfylket der fengselet ligger. Innleggelse i psykiatrisk institusjon forøvrig skjer ved den psykiatriske institusjonen der den innsatte bostedsmessig hører til, eller i regional sikkerhetsavdeling når dette er påkrevet.

For å styrke de polikliniske psykiatriske tilbudene til innsatte har staten gitt øremerkede tilskudd til fylkeskommunene.

Så vel straffeprosessloven som straffeloven og fengselsloven forutsetter at alvorlig sinnslidende personer ikke skal anbringes eller holdes i fengsel.

Forverring av psykiske lidelser som følge av belastende soningsforhold bør forsøkes motvirket ved at det etableres særskilte soningsforhold for innsatte som trenger det. Justisdepartementet vurderer å etablere særskilte *ressursavdelinger* ved enkelte fengsler, som skal tilby spesielt tilpassede soningsforhold. I første

omgang vurderes en slik avdeling ved Trondheim kretsfengsel. Slike avdelinger vil særlig være viktige tilbud for nåværende sikringsdømte, fremtidige forvaringsdømte, og innsatte med ordinære dommer som har ulike psykiske lidelser, særlig langtidssonere.

Justis- og Sosial- og helsedepartementet planlegger *utviklingsprosjekter* i 2-3 fengsler. Målgruppen er innsatte som i særlig grad «soner tungt» - isolerer seg fra andre innsatte og ikke synes å kunne ta del i de aktiviteter og gjøremål som innsatte vanligvis gjør. Denne gruppen innsatte er ofte rusmiddelmisbrukere, og vil i mange tilfeller ha, eller være i faresonen for å utvikle, psykiske lidelser. Målsettingen vil være å bedre denne gruppen innsattes egen evne til å mestre oppholdet i fengsel og derved bedre deres livskvalitet i den tiden de soner, samt øke mulighetene for en vellykket tilbakeføring til samfunnet etter endt soning.

4.2 ALVORLIG SINNSLIDENDE SOM KAN VÆRE FARLIGE OG/ELLER SÆRLIG VANSKELIGE

4.2.1 Beskrivelse av gruppen

Bare en liten del av det samlede antall alvorlig sinnslidende kan betegnes som farlige, og bare en meget liten gruppe kan betegnes som særlig vanskelige og/eller farlige.

En oppsummering av nyere internasjonal forskning foretatt av Helsetilsynet viser imidlertid at vold utført av alvorlig sinnslidende er økende. Dette har høyst sannsynlig mange og sammensatte årsaker. På den ene siden må samfunnsutviklingen med økning av vold og rusmisbruk generelt antas å ha betydning også for denne gruppen. På den annen side har ikke den psykiatriske behandlingskjeden i tilstrekkelig grad maktet å gi tilfredsstillende støtte og oppfølging.

Antall personer i Norge som er funnet sinnssyke og som er siktet for drap eller drapsforsøk har økt de siste år.

Tabell 4.1 viser utviklingen fra 1980 til 1995:

Tabell 4.1 Antall drapssiktede 1980-94, antall sinnssyke av disse i absolutte tall og %, og gjennomsnittlig antall sinnsyke pr år.

	Antall drapssiktede totalt	Antall sinnssyke av disse	Sinnssyke i % av drapssiktede totalt	Antall sinnssyke drapssiktede pr år
1980-84	196	30	15	6,0
1985-89	278	46	17	9,2
1990-94	283	61	22	12,2

Kilde: Noreik og Gravem, Tidsskr Nor Lægeforen 1995.

I perioden 1990-94 er det stor årlig variasjon med en topp på 19 sinnssyke drapssiktede i 1992 og henholdsvis 8 og 7 i årene 1993 og 1994.

Helsetilsynet foretok i 1995 en kartlegging i alle landets psykiatriske sykehus og klinikker av hvor mange alvorlig sinnslidende som kan være farlige og vanskelige som var kjent. Undersøkelsen viste at 329 personer fylte kriteriene:

- 2% sto på venteliste for psykiatrisk behandling,
- 5% var uten kontakt med den psykiatriske helsetjenesten,
- 6% oppholdt seg i fengsel,
- 87% var innlagt i psykisk helsevern, i regional eller i fylkeskommunal sikkerhetsavdeling eller i allmennpsykiatrisk avdeling.

Det er store geografiske forskjeller, med en opphopning i de største byene. Det var en klar overvekt av menn (83%). Mange (71%) hadde utøvd vold mot andre mennesker det siste halvåret. Ca en firedel ble betraktet som rømningsfarlige. 88 personer eller 27% var idømt sikring. 27 personer eller 8% var psykisk utviklingshemmet.

De sammensatte problemene med psykotisk hovedlidelse og tilleggsproblemer i form av personlighetsforstyrrelse, rusmiddelbruk, atferdsproblemer og kriminalitet, gjør at disse pasientene representerer en stor utfordring både når det gjelder diagnostikk, behandling og omsorg.

4.2.2 Historisk bakgrunn for dagens behandlingstilbud

Inntil 1980 hadde Norge en spesialomsorg for farlige og særlig vanskelige sinnslidende menn. Kriminalasylet ble opprettet i 1895 og Reitgjerdet i 1923, begge i Trondheim. Etter nybygging ble de to sykehusene slått sammen i 1961 og lagt til Reitgjerdet.

I 1960- og 70-årene var det en sterk endring i forholdene i de psykiatriske sykehusene. Behandlingsmessige framskritt og sosiale reformer ga flere psykiatriske pasienter muligheter for å klare seg utenfor institusjonene. Reitgjerdet sykehus hang etter i denne positive utviklingen. Årsaken var dels at sykehusets pasienter var de sterkest stigmatiserte av de psykiatriske pasientene, sykehuset hadde vansker med å rekruttere fagfolk, og det var svært vanskelig å få tilbakeført pasientene til hjemfylket.

Ettertida har vært kritisk mot utbyggingen i 1961, som førte til at sykehuset fikk 260 plasser, senere redusert til 220. I perioden 1975 til 1978 ble antall plasser ytterligere redusert til 180. Fra høsten 1978 og i årene som fulgte var Reitgjerdet sykehus gjenstand for intens offentlig debatt og kritikk. I september 1980 kom pålegg om inntakstopp av pasienter, og i april 1982 var antall pasienter redusert til 25.

Robak-utvalget avga innstilling i april 1980. Utvalgets mandat var å avgi et faglig begrunnet forslag til behandlingstilbud for sinnslidende som er særlig van-

skelige eller farlige, samt sinnslidende som er i varetekt eller i fengselsvesenets anstalter. Som en del av dette skulle utvalget avgi en faglig utredning om den fremtidige funksjonen til Reitgjerdet sykehus. Utvalget gikk i sin innstilling inn for at alle psykiatriske sykehus må ha et særskilt avsnitt bygget og bemannet for å ta seg av særlig urolige og aggressive pasienter. Antallet slike pasienter ble anslått til å være mellom 160 og 200. Hvis denne målsettingen ble oppfylt, ville slike avsnitt kunne ta hånd om de aller fleste pasienter som på den tiden ble søkt til Reitgjerdet. Men utvalget uttalte at en meget liten gruppe psykotiske pasienter var så farlige at det var nødvendig å iverksette særlige tiltak i tillegg til de forsterkede avsnittene ved de fylkeskommunale sykehusene. Denne gruppen som trengte tilbud utover det fylkeskommunene kunne tilby, ble anslått til å bestå av 25 til 30 pasienter i hele landet. Fengselsinnsatte var ikke inkludert i dette anslaget. Utvalget mente at gruppen var så liten at det ikke var grunn til å opprettholde den riksfunksjonen som var tillagt Reitgjerdet sykehus. Det ble foreslått at de universitetstilknyttede psykiatriske sykehusene skulle få særskilte regionale sikkerhetsavdelinger. En forutsetning for forslaget var at det ble tilført ressurser til de fylkeskommunale psykiatriske avdelingene, både bygningsmessig og når det gjaldt personell.

Da utredningen ble sendt på høring gikk høringsinstansene entydig inn for desentraliseringsprinsippet og nedlegging av Reitgjerdet sykehus.

Etter vedvarende kritikk mot forholdene ved Reitgjerdet, ble det ved kgl resolusjon 29. februar 1980 oppnevnt en granskingskommisjon med høyesterettsdommer Blom som formann. Kommisjonen uttalte seg sterkt kritisk både til sykehuset og til sentrale helsemyndigheter. Det ble også pekt på at påviste feilgrep og forsømmelser hadde sammenheng med institusjonelle forhold, dvs ordningen med en særinstitusjon for særlig vanskelige og farlige psykiatriske pasienter, og at dette hadde gjort det vanskelig å vinne gehør for kritikken av forholdene. Det senere Erstatningsutvalget førte til utbetalinger av store erstatningsbeløp til pasienter som hadde vært innlagt i institusjonen.

I behandlingen av *St prp nr 130 (1980-81)* og *St prp nr 116 (1981-82) Om nedleggelse av driften av Reitgjerdet sykehus,* jfr *Innst S nr 215 (1981-82),* sluttet Stortinget seg til at driften av sykehuset skulle avvikles innen fem år fra 1. juli 1982. Omsorgen for særlig vanskelige og/eller farlige sinnslidende skulle desentraliseres etter de vanlige bestemmelsene i lov om psykisk helsevern, og det ble bevilget ialt 47 mill kroner til bygningsmessig opprusting og utdanning for de ansatte.

Den regionale sikkerhetsavdelingen ved Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus (Brøset) ble opprettet 1. juli 1987, samme dag som Reitgjerdet ble avviklet. Noe senere ble de regionale avsnittene i Oslo og Bergen etablert og gitt regionale funksjoner.

Etter dette har Gundby-utvalget i 1990 og Skaug-utvalget i 1992 vurdert funksjoner og behov for plasser ved fylkeskommunale og regionale sikkerhetsavdelinger. Begge utvalgene gikk inn for å bygge videre på modellen med fylkeskommunale og regionale sikkerhetsavdelinger, og gikk inn for å bygge ut antall plasser.

4.2.3 Prinsipper for behandling

Flertallet av pasienter med aggresjonsproblemer kan tas hånd om i allmennpsykiatriske akutt- eller langtidsavdelinger. Vanligvis begrenser utagering og vold seg i tid til de første par uker av oppholdet. De fleste vil bli utskrevet og få nødvendig oppfølging poliklinisk.

Pasienter som preges av vedvarende utagering eller så alvorlige voldshandlinger at det kreves ressurser utover det som de generelle psykiatriske avdelinger kan tilby, skal ha behandling ved forsterkede langtidsavdelinger eller i spesielle sikkerhetsavsnitt eller -avdelinger på fylkeskommunalt nivå.

Enkelte særlig farlige sinnslidende pasienter vil trenge behandling på regionalt nivå. Det er opprettet regionale sikkerhetsavdelinger for disse ved Sør-Trøndelag psykiatrisk sykehus (Brøset) (helseregion 4 og 5), Sandviken sykehus (helseregion 3) og Aker sykehus (Dikemark og Gaustad) (helseregion 1 og 2).

Erfaring viser at tidlig diagnostisering, intensiv behandling og aktiv rehabilitering med oppfølging kan forhindre uheldig sykdomsutvikling med langvarige utageringsproblemer. Behandling av denne pasientgruppen er ressurskrevende og ofte langvarig. I tillegg til plasser i sikkerhetsavdelinger trengs også poliklinisk tilbud.

Boks 4.2
Særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende: Hva slags behandlingsplasser trenger de?

Følgende typer av behandlingsplasser trengs for særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende:

- *Forsterkede allmennpsykiatriske avdelinger.* Mange innen gruppen vil i perioder kunne være i vanlige allmennpsykiatriske avdelinger, med forsterket bemanning etter behov.
- *Fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger* er avdelinger som bygningsmessig er lagt til rette for å kunne håndtere farlighet, og som bør ha minst 3,0 ansatte pr. pasient.
- *Regionale sikkerhetsavdelinger* finnes i Oslo, Bergen og Trondheim og skal ta imot sinnslidende som er så farlige eller særlig vanskelige at de ikke kan være i de fylkeskommunale avdelingene. Bemanningen skal være minst 5,0 ansatte pr pasient, og avdelingene er særskilt tilrettelagt for formålet bygningsmessig og med sikkerhetsutstyr.

4.2.4 Dagens situasjon

Det har siden Stortinget besluttet å nedlegge Reitgjerdet sykehus i 1982 skjedd en oppbygging av fylkeskommunale sikkerhetsplasser i 13 av landets 19 fylker. De øvrige fylkene dekker sitt behov for tilbud til denne gruppen pasienter ved forsterkede langtidsavdelinger, kjøp av fylkeskommunale sikkerhetsplasser i andre fylker, og kjøp av plasser i regionale avdelinger. De regionale avdelingene er både bygningsmessig og bemanningsmessig rustet opp for å kunne ta imot de aller vanskeligste og farligste pasientene, med et forholdstall mellom pleiere og innlagte som er på 5,0 eller mer.

Utviklingen siden 1982 har stort sett skjedd i samsvar med forutsetningene i Robak-utvalget og Stortingets vedtak om å legge ned Reitgjerdet sykehus.

Helsetilsynets arbeidsgruppe som i 1995 kartla forekomsten av alvorlig sinnslidende som var farlige og/eller særlig vanskelige anslo at det var en samlet underdekning ved fylkeskommunale og regionale sikkerhetsavdelinger på 170-180 plasser. Helsetilsynet mente at en del av disse behovene kunne dekkes gjennom styrking av eksisterende tilbud foruten nyetablering av plasser.

På bakgrunn av Helsetilsynets utredning innkalte departementet til møter med samtlige fylkeskommuner våren 1996, hvor både fylkesleger, overleger ved sikkerhetsavdelingene og Helsetilsynet deltok. Den klare konklusjonen etter disse møtene var at behovet for plasser er langt lavere enn det arbeidsgruppen hadde antydet. Begrunnelsen var at behovet stort sett er dekket ved eksisterende tilbud, men med atskillig ulikhet i den geografiske fordelingen. Problemet ble i hovedsak ikke ansett for å være mangel på sikkerhetsplasser, men manglende muligheter for overflytting til lavere nivåer i de fylkeskommunale tilbudene. Særlig var det et problem at pasienter som ikke lenger trengte opphold i sikkerhetsavdeling ikke kom videre til vanlige fylkeskommunale psykiatriske avdelinger. Det synes å være «korker» en del steder i systemet, slik at pasienter ikke kommer raskt nok over i andre tilfredsstillende behandlingstilbud. Dette gjelder både «oppover» og «nedover» i systemet. En del av problemet kan skyldes mangel på fylkeskommunale sikkerhetsplasser, men det kan også skyldes mangel på behandlingskapasitet på andre nivåer i behandlingskjeden.

I 1995 bevilget Stortinget totalt 148,3 mill kroner som øremerkede tilskudd til psykisk helsevern i fylkeskommunene. Blant flere forskjellige formål skulle tilskuddet etter behov kunne brukes til å opprette fylkeskommunale sikkerhetsplasser. I statsbudsjettet for 1996 foreslo Regjeringen å videreføre bevilgningen til samme formål som i 1995. Ved Stortingets behandling av forslaget ble det vedtatt å øke den foreslåtte bevilgningen med 135 mill til 283,3 mill kroner, for å styrke bl a de regionale og de fylkeskommunale sikkerhetsavdelingene. På bakgrunn av den nevnte kartleggingen av behov for sikkerhetsplasser i 1995 og entydige signaler fra fagfolk og administrasjonen i alle fylkeskommuner, samt en tilråding fra en egen referansegruppe av fagfolk, ble det besluttet at 35 mill kroner av bevilgningen spesielt skulle brukes til opprusting og etablering av fylkeskommunale sikkerhetsplasser i utvalgte fylker. Begrunnelsen for å prioritere fylkeskommunale sikkerhetsplasser var at det ikke syntes å være behov for noen plassøkning i de regionale sikkerhetsavdelingene, og at en økning av kapasiteten i fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger ville avlaste både de regionale sikkerhetsavdelingene og lavere nivåer i behandlingskjeden.

Etter søknadsbehandling i 1996 gir departementet i perioden 1996-98 tilskudd til 13 fylkeskommuner til oppbygging av nye fylkeskommunale sikkerhetsplasser, og til å styrke eksisterende sikkerhetsavdelinger. Til sammen har fylkeskommunene søkt om og fått innvilget tilskudd til å opprette 61 nye sikkerhetsplasser. Tilskuddet til de 13 fylkeskommunene trappes ned over 3 år, og legges inn i det øremerkede tilskuddet til styrking av psykisk helsevern i fylkeskommunene. En del av de statlige midlene går til investeringer.

Tabell 4.2 viser antall sikkerhetsplasser i fylkeskommunale avdelinger, og plasser som vil bli opprettet i løpet av 1997-98.

Tabell 4.2 Fylkeskommunale sikkerhetsplasser pr 10. mars 1997, og antall plasser som opprettes i 1997 og 1998:

Fylkeskommune	Antall plasser	Plasser som opprettes1997-98
Østfold	8	
Akershus	2 *	
Oslo	0	10* (1997)
Hedmark	2	
Oppland	10	
Buskerud	0	
Vestfold	7	8* (1998)
Telemark	9	
Aust-Agder	0	
Vest-Agder	9	
Rogaland	10	
Hordaland	12 *	8* (1997)
Sogn og Fjordane	8 *	
Møre og Romsdal	7	
Sør-Trøndelag	8 (3*)	
Nord-Trøndelag	0	
Nordland	11 (2*)	
Troms	0	8* (1997)
Finnmark	0	
Tilsammen	103 (27*)	34*

* Nye plasser opprettet med tilskudd fra staten.

I tillegg til de fylkeskommunale sikkerhetsplassene er det følgende plasser ved de regionale sikkerhetsavdelingene:

Tabell 4.3 Regionale sikkerhetsplasser pr 10. mars 1997.

Institusjon	Antall plasser
Aker sykehus (Dikemark)	25
Aker sykehus (Gaustad)	9
Brøset	10
Sandviken	10
Tilsammen	54

4.2.5 Stortingets vedtak i mai 1996

I forbindelse med behandlingen av en interpellasjon fra stortingsrepresentant John Alvheim til helseministeren, fattet Stortinget følgende to vedtak den 9. mai 1996:

Vedtak 1

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med fremleggelse av meldingen om den psykiatriske helsetjeneste, vurdere behovet for etablering av en landsdekkende behandlings- og sikringsinstitusjon for sinnslidende med voldelig og kriminell atferd.»

Vedtak 2

«Stortinget ber Regjeringen vurdere behovet for å etablere en faglig undersøkelseskommisjon innen den psykiatriske helsetjeneste som automatisk skal settes inn der erklærte sinnslidende begår drap eller alvorlige voldsforbrytelser. Undersøkelseskommisjonen skal ha rapporteringsplikt til Statens helsetilsyn.»

Departementets vurderinger foretas i avsnitt 4.5.1.

4.3 SEKSUALOVERGRIPERE

Seksualisert vold har vært omfattende debattert i mediene de senere år. Ofre finnes blant begge kjønn, i alle aldersgrupper og i alle samfunnslag. Noen er ofre for enkeltstående overgrep, mens andre har vært utsatt for mangeårige lidelser. Seksuelle overgrep oppleves dypt krenkende av offeret, og fører ofte til langvarige fysiske og psykiske helseplager. Justisdepartementet, Barne - og familiedepartementet og Sosial - og helsedepartementet har samarbeidet om tiltak for styrke omsorgen for voldsofre.

I de senere år er det også fokusert på behandlingstilbud til sedelighetsdømte for å forebygge tilbakefall til nye lovbrudd. En rekke undersøkelser viser at overgriperne ofte selv har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten.

I følge opplysninger fra Statistisk sentralbyrå har antallet etterforskede sedelighetssaker og antallet dommer for sedelighetsforbrytelser økt det siste tiår. Det gjelder særlig forhold som omfatter utuktig omgang med barn under 14 år. Det er idømt relativt få langtidsdommer, og få kvinner er dømt for seksuelle overgrep.

Den 15. august 1996 satt det 138 sedelighetsdømte i fengsel her i landet. Av disse var 45 dømt for voldtekt, 16 for incest og 77 for andre sedelighetsforbrytelser. De utgjorde 5 % av alle domfelte i fengsel på det tidspunkt. Ingen av disse var kvinner, og 14 var utlendinger. De siste år har gjennomsnittsstraffen for alle ubetingede fengselsstraffer i sedelighetssaker ligget på ca 18 måneder.

Flere nordiske undersøkelser som belyser tilbakefall til nye sedelighetslovbrudd blant sedelighetsdømte, viser at under 10 % får tilbakefall. Tilbakefallsfaren er størst for de som er dømt for flere overgrep. Mange sedelighetsdømte begår imidlertid annen kriminalitet, og de er sterkt belastet på en rekke områder. Den sedelighetsdømte har ofte store problemer med sosial tilpasning, og anses ofte å være behandlingstrengende av mange grunner. Sedelighetsdømte med store psykiske lidelser og rusmisbruk representere en spesiell risikogruppe.

Det er ulike synspunkter på hvilke behandlingsmetoder som er de mest virksomme for sedelighetsdømte. Men bare et begrenset antall sedelighetsdømte her i landet får i dag tilbud om psykiatrisk behandling. Over Sosial - og helsedepartementets handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse er det de senere år bevilget forsøksmidler til tre behandlingsprosjekter - i Trondheim kretsfengsel, i Kristiansand kretsfengsel og ved Institutt for klinisk sexologi i Oslo. Prosjektene har gitt økt kunnskap om seksualovergripere og har vist at det er meningsfylt å etablere spesielle tiltak for denne gruppen under og etter soning.

På bakgrunn av den mangelfulle behandlingskapasiteten for sedelighetsdømte gir Sosial- og helsedepartementet tilskudd til Institutt for klinisk sexologi. Tilskuddet dekker behandling for inntil 50 sedelighetsdømte i året. Instituttet mottar også støtte fra Oslo kommune.

Det foreligger i dag omfattende internasjonale studier av ulike psykoterapeutiske opplegg for sedelighetsdømte, og erfaringen tyder på at behandling kan ha positiv effekt. Det er særlig gruppeterapi som anvendes for sedelighetsdømte. I flere land er det utarbeidet opplegg i fengsler hvor tjenestemenn under veiledning har ansvaret for samtalegrupper for å motivere den sedelighetsdømte til psykoterapeutisk behandling som gis av terapeuter med spesiell kompetanse. Som en forutsetning for å delta i programmene kreves det i prinsippet at gjerningsmannen innrømmer lovbruddet, erkjenner at han har et problem og at han er villig til å endre seg.

I Norge har kriminalomsorgen etablert samtalegrupper for volds- og sedelighetsdømte både i regi av fengselsvesenet og Kriminalomsorg i frihet. Gruppene ledes av kriminalomsorgens eget personale, under veiledning av psykolog eller psykiater.

Sverige har lengst erfaring på dette fagfeltet i Norden. En rekke svenske anstalter er i dag i ferd med å utvikle strukturerte behandlingsprogrammer for sedelighetsdømte etter modell fra USA og Canada. Det er også utviklet utdanningsprogrammer for psykoterapeuter og tjenestemenn. Det er lagt opp til et pedagogisk påvirkningsprogram som omhandler seksualkunnskap, sosial ferdighetstrening og løslatelseskurs, som tjenestemenn i anstaltene skal ha hovedansvaret for å gjennomføre under veiledning av psykolog eller psykiater. De klientene som er motivert, vil få tilbud om kvalifisert psykoterapeutisk behandling, hovedsakelig gruppeterapi. Det er planer om å starte hormonbehandling (antiandrogen behandling) i nært samarbeid mellom behandlende lege, endokrinolog og psykoterapeut.

I Danmark har 30 innsatte på anstalten Herstedvester siden 1989 fått hormonbehandling i kombinasjon med psykoterapi. Prosjektet omfatter *kun* særdeles farlige sedelighetsdømte. 23 personer er løslatt eller gitt «frihetsgoder», og ingen av disse har begått nye sedelighetsforbrytelser under den hormonelle behandlingen. 6 av de løslatte har avsluttet behandlingen, og en av disse har hatt tilbakefall av sedelighetsforbrytelse. Behandlingen skjer i nært samarbeid med endokrinolog og psykoterapeut.

Hormonbehandling av seksuelle avvikstilstander hos seksualforbrytere har internasjonalt vært praktisert i de siste 40 år, og har som målsetning å redusere seksualdriften. Hormonell behandling svekker seksualdriften, men har ingen virkning på seksualdriftens retning. Seksuell interesse, seksuell aktivitet og reaksjoner på seksuelle stimuli svekkes. For grundig utvalgte grupper av pasienter kan slik behandling være et nyttig hjelpemiddel i behandling av seksuelle avvikstilstander. Behandlingen er reversibel, og etter at medisineringen avsluttes vil effektene opphøre etter 3-4 uker. Det er imidlertid rapportert om varige atferdsendringer etter avsluttet behandling. Det gjenstår betydelig kartlegging og forskning med hensyn til hvilke langtidsvirkninger hormonell behandling kan ha på såvel atferd som på biologiske prosesser. Behandlingen må strekke seg over flere år.

Denne behandlingsformen blir feilaktig omtalt som «kjemisk kastrering». Kastrering er et inngrep som er endelig og irreversibelt. Hormonbehandlingen kan avsluttes, og personen vil da få tilbake de funksjoner han hadde før behandlingen startet.

Den 3. september 1996 fremmet stortingsrepresentant Jan Simonsen følgende forslag i Stortinget, jfr *Dok nr 8: 109 (1995-96):*

«1. Stortinget ber Regjeringen fremme forslag som medfører at medisinsk behandling (kastrering) kan benyttes for kriminelle som gjentatte ganger har begått alvorlige seksuelle overgrep mot mindreårige.

2. Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om nødvendige lovendringer eller gjennomføre forskriftsendringer slik at personer som er dømt for alvorlige seksuelle overgrep mot mindreårige mister adgangen til permisjoner fra fengsel dersom de ikke er underlagt medisinsk behandling.

3. Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om nødvendige lovendringer eller gjennomføre forskriftsendringer slik at det skal kunne gis opplysninger om en person som gjentatte ganger er dømt for alvorlige seksuelle overgrep overfor mindreårige til relevante personer i nærområdet.»

Forslagene ble avvist av Stortinget, jfr *Innst S nr 121 (1996-97).* I sin begrunnelse for å avvise forslagene understreket justiskomiteens flertall at medisinering med sikte på å dempe en sedelighetsforbryters seksuelle behov ikke under noen omstendigheter kan aksepteres som ledd i en straffereaksjon, men kun kan være aktuelt hvis dette inngår som et nødvendig og forsvarlig ledd i en behandlingssituasjon. Flertallet pekte på at det idag ikke er noe formelt i veien for at en lege foretar farmakologisk behandling av en sedelighetsdømt som ønsker det, med sikte på å redusere seksualdriften. Flertallet viste videre til at Statens helsetilsyn har understreket at dersom hormonbehandling av sedelighetsdømte skal iverksettes, må det skje frivillig og i nært samarbeid mellom behandlende lege, endokrinolog og psykoterapeut, slik det anbefales av fagfolk i Sverige og Danmark.

4.4 NYE STRAFFERETTSLIGE UTILREGNELIGHETSREGLER OG SÆRREAKSJONER

I desember 1996 behandlet Stortinget *Ot prp nr 87 (1993-94) Om lov om endringer i straffeloven m v (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner),* jfr *Innst O nr 34 (1996-97).* Stortinget vedtok lovendringer som innebærer at sikringsinstituttet oppheves og erstattes av nye særreaksjoner for utilregnelige og tilregnelige lovbrytere.

Utilregnelige lovbrytere er i de vedtatte lovreglene avgrenset til de som på handlingstiden var psykotiske, bevisstløse eller psykisk utviklingshemmede i høy grad (jfr ny § 44 i straffeloven). Disse kan ikke straffes, men kan idømmes særreaksjon. Vilkårene for en slik reaksjon er at den er nødvendig for å verne samfunnet, at lovbryteren har begått eller har forsøkt å begå en alvorlig forbrytelse mot andres liv, helse eller frihet og at det foreligger gjentakelsesfare. Hvis lovbryteren har begått en mindre alvorlig forbrytelse av samme slag, kan han idømmes en slik reaksjon dersom han tidligere har begått en tilsvarende alvorlig forbrytelse, og gjentakelsesfaren er særlig nærliggende (jfr ny § 39 i straffeloven).

En utilregnelig lovbryter som på handlingstiden var

psykotisk eller bevisstløs kan dømmes til tvunget psykisk helsevern. Stortinget vedtok en rekke lovendringer i lov om psykisk helsevern som regulerer overføring til tvunget psykisk helsevern, innholdet av tiltakene, faglig ansvar, og klageadgang og -prosedyrer ved ulike tiltak og overføringer.

Etter begjæring fra den faglig ansvarlige kan retten bestemme at den særreaksjonsdømte skal overføres fra psykisk helsevern til anstalt under fengselsvesenet. Vilkåret er at sinnslidelsen er trengt tilbake og at det fortsatt er fare for gjentakelse. Dersom domfelte på ny blir psykotisk, skal han tilbakeføres fra fengsel til psykisk helsevern (ny §§ 13 f og g i lov om psykisk helsevern).

Tilsvarende lovregler om særreaksjoner ble ikke vedtatt for psykisk utviklingshemmede utilregnelige lovbrytere. Forslagene i *Ot prp nr 60 (1995-96) Om lov om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere som ikke straffedømmes (tvangsomsorgsloven)* ble ikke vedtatt, jfr *Innst O nr 33 (1996-97)*. Istedet ba Stortinget Regjeringen legge fram et nytt forslag til lov om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere som ikke straffedømmes, basert på et statlig ansvar for gruppen og forøvrig i samsvar med føringene i Innst O nr 33.

Stortinget vedtok en utsatt ikrafttreden av lovendringene, jfr følgende merknad fra Justiskomiteen i Innst O nr 34:

«Komiteen er i tvil om psykiatrien og kriminalomsorgen pr i dag har den nødvendige kapasitet til å kunne ivareta oppgavene med å ta hånd om de særreaksjonsdømte på en tilfredsstillende måte i tillegg til de andre pasientene. Komiteen finner det nødvendig at Stortinget får muligheten til å vurdere dette samlet. Komiteen foreslår derfor at endringene ikke skal tre i kraft før Stortinget vedtar det, etter at Stortinget har behandlet en melding fra Regjeringen om det psykiske helsevern.

Komiteen fremmer derfor følgende forslag til endring av Regjeringens forslag II:

«II

1. Loven trer i kraft fra den tid som bestemmes ved egen lov.»»

Nye særreaksjoner får konsekvenser for psykisk helsevern både når det gjelder utilregnelige og tilregnelige lovbrytere. *Utilregnelige lovbrytere* som dømmes til tvunget psykisk helsevern må skaffes plass i tilfredsstillende psykiatrisk institusjon, om nødvendig i sikkerhetsavdeling. Denne problematikken behandles i avsnitt 4.5.4. At slike lovbrytere klarere blir et ansvar for psykisk helsevern vil kunne bety en viss avlastning for fengselsvesenet, jfr avsnitt 4.5.3.

Tilregnelige lovbrytere kan etter den nye ordningen dømmes til særreaksjonen *forvaring i anstalt under fengselsvesenet.* Gruppen som dømmes til forvaring vil ha en høyere grad av psykiatrisk sykelighet enn fengselsinnsatte forøvrig, og trenger særskilte soningsbetingelser, om nødvendig i særskilte fengselsavdelinger med kompetent fagpersonell. Hvilke krav dette stiller til fengselsvesenet utredes nå nærmere av Justisdepartementet. Men også psykisk helsevern må ha særskilte tilbud til gruppen. Tilbud til forvaringsinnsatte fra psykisk helsevern behandles i avsnitt 4.5.3.

4.5 DEPARTEMENTETS VURDERINGER

4.5.1 Vurdering av behovet for behandlingsplasser, herunder behovet for en landsdekkende institusjon for sinnslidende med voldelig og kriminell atferd

Som nærmere omtalt andre steder i meldingen, har det skjedd omfattende strukturendringer innen psykisk helsevern i Norge. Det gjelder ikke minst for gruppen særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende. Debatten og kritikken av Reitgjerdet i årene før 1982 og Stortingets vedtak betydde et vendepunkt i omsorgen for denne gruppen. Det var bred politisk enighet om at omsorgen for de særlig vanskelige og/eller farlige sinnslidende skulle desentraliseres og integreres i det fylkeskommunale psykiske helsevernet.

Oppbyggingen av et desentralisert tilbud i fylkeskommunene med tre regionale og en rekke fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger betyr at omsorgen for denne gruppen er blitt organisert og innpasset i det ordinære fylkeskommunale psykiske helsevernet etter de forutsetninger som Stortinget la opp til ved behandlingen av Reitgjerdet-saken, og som en samlet fagekspertise har gått inn for.

Utfordringene fremover blir i større grad å sikre riktig bruk av plassene, og tilpasse kapasiteten innenfor de enkelte delene i behandlingskjeden slik at det blir bedre «flyt» av pasienter. En bedre tilpassing vil hindre at det oppstår store «korker» i tilbudene. Arbeidet med å få til en mest mulig optimal tilpassing må skje i den enkelte fylkeskommune i samarbeid med bl a den regionale sikkerhetshetsavdelingen, som en del av regional helseplanlegging. Departementet vil følge nøye med i om kapasiteten ved disse avdelingene er tilfredsstillende.

Det statlige tilskuddet til omstrukturering og utbygging som er foreslått i avsnitt 3.4.3 skal også kunne brukes til å bygge ut plasser ved sikkerhetsavdelinger i fylkene, etter søknader som dokumenterer behovet.

Departementet har vurdert behovet for å etablere en landsdekkende behandlings- og sikringsinstitusjon for sinnslidende med voldelig og kriminell atferd, jfr vedtak 1 i forbindelse med interpellasjonen fra stortingsrepresentant John Alvheim.

Det vil kunne hevdes at en av fordelene med en sentral institusjon i tillegg til de regionale og fylkeskommunale sikkerhetsavdelingene bl a vil være at ansvaret for behandling og sikring av de aller vanskeligste og voldelige sinnslidende vil bli klarere plassert. I tillegg vil det bli mulig å skape et fagmiljø som kan samle

kunnskap som kan spres videre til andre sikkerhetsavdelinger.

Motargumentene ligger i de erfaringene som tidligere er gjort med institusjoner som bare har ansvar for mennesker som strir med ekstremt vanskelig og voldelig problematikk. Slike institusjoner blir lett preget av en overfokusering på voldelig atferd. Stigmatiseringen ved å være anbrakt på et slikt sted er betydelig, og dette virker svært negativt på den enkeltes selvbilde. Overføring til andre institusjoner og langsiktige målsetninger om utskriving og rehabilitering vanskeliggjøres. Problemene med å rekruttere kvalifiserte fagfolk til en slik institusjon vil kunne bli vanskelige.

Departementet anser at etablering av en sentral institusjon for særlig vanskelige og/eller farlige sinnslidende både vil stride mot den beslutning Stortinget fattet i 1982 om en desentralisering av denne omsorgen, og mot hensynet til pasientenes beste. Departementet mener at det ut fra faglige og menneskelige hensyn verken er behov for eller ønskelig å etablere en ny sentralinstitusjon.

4.5.2 Behovet for en faglig undersøkelseskommisjon

Departementet har vurdert Stortingets vedtak nr 2 i forbindelse med interpellasjonen fra stortingsrepresentant John Alvheim, om behovet for å etablere en faglig undersøkelseskommisjon innen den psykiatriske helsetjenesten som automatisk settes inn når erklærte sinnslidende begår drap eller alvorlige voldsforbrytelser.

Departementet er enig i at det er behov for å få en tilfredsstillende gjennomgang av hva som er skjedd når sinnslidende begår alvorlige voldshandlinger, og en vurdering av behandling og tiltak som helsevesenet har iverksatt. Når slike tragiske hendelser skjer er det viktig å forstå pasienten og hendelsen best mulig, for å trekke lærdommer som kan bidra til at liknende hendelser ikke skjer i fremtiden.

Ofte vil slike saker ikke bare berøre psykisk helsevern, men ofte også kriminalomsorgen, primærhelsetjenesten, sosialomsorgen og barnevernet. Departementet mener derfor det kan være hensiktsmessig at det i første omgang opprettes et utvalg med fagfolk fra både behandlings- og justisapparatet, som gjennomgår de ulike sider ved drap og alvorlige voldshandlinger begått av antatte eller erklærte sinnslidende i løpet av de siste årene, med sikte på å avdekke eventuelle system-svikt. Ved en slik gjennomgang bør det spesielt fokuseres på om de rutiner og de tiltak som har vært satt iverk har vært tilstrekkelige, evt hvilke tiltak som burde vært satt inn eller som kunne ha redusert risikoen for drap eller alvorlig voldshandling.

Om det er grunn til å nedsette en permanent undersøkelseskommisjon som trer i funksjon hver gang sinnslidende begår drap eller andre alvorlige voldshandlinger, vil departementet komme tilbake til etter den nevnte gjennomgangen av de siste års hendelser.

4.5.3 Konsekvenser av nye særreaksjoner for fengselsvesenet og behovet for å styrke de psykiatriske tilbudene til innsatte med psykiske lidelser

Utilregnelige lovbrytere skal etter Stortingets vedtak gis straffrihet etter ny § 44 i straffeloven, og kan dømmes til tvunget psykisk helsevern.

Ansvaret for lovbrytere som har vært psykotiske på gjerningstidspunktet, og som på det grunnlag ikke skal idømmes straff, vil dermed klarere bli forankret i psykisk helsevern. Dom til tvungent psykisk helsevern innebærer at en psykotisk lovbryter på et tidligere tidspunkt kan bli overført til psykisk helsevern, evt allerede under varetekten, og at faglig ansvarlig overlege vil få ansvar for videre psykiatrisk oppfølging. Lovbrytere som idag er under sikring fordi de har vært psykotiske på gjerningstidspunktet skal altså etter de nye reglene ikke sikres i fengselsanstalt. Disse lovbryterne vil også i senere perioder ha en sterk overhyppighet både av alvorlige og mindre alvorlige sinnslidelser, og de nye reglene innebærer derfor at ansvaret for en liten gruppe som er særlig belastet med psykiatrisk sykelighet overføres fra fengselsvesenet til psykisk helsevern. Denne reformen vil altså isolert sett kunne medføre at antall innsatte med alvorlige psykiske lidelser blir mindre, og at disse i stedet overføres til tvunget psykisk helsevern. De fleste innen denne gruppen vil kunne karakteriseres som særlig vanskelige eller farlige sinnslidende og vil vanligvis i perioder måtte skaffes plass ved sikkerhetsavdeling, jfr avsnitt 4.5.4.

Ot prp nr 87 inneholdt også forslag om en såkalt «fakultativ straffefritaksregel» (forslag til ny § 45 i straffeloven). Forslaget innebar at en lovbryter som på handlingstiden hadde en alvorlig psykisk lidelse med en betydelig svekket evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen, men ikke var psykotisk, også kunne fritas for straff av domstolen etter en konkret vurdering og dømmes til tvunget psykisk helsevern. At forslaget ikke ble vedtatt innebærer at en gruppe lovbrytere med alvorlige psykiske lidelser som ikke er psykotiske i streng diagnostisk forstand skal idømmes fengselsstraff. Ved behov skal selvsagt disse kunne innlegges i psykisk helsevern på linje med andre innbyggere, men de vil måtte tilbakeføres til fengsel når institusjonsbehandlingen er avsluttet. Psykisk helsevern har ikke fått det samme langsiktige ansvaret for oppfølging av denne gruppen som for dem som dømmes til tvunget psykisk helsevern.

Tilregnelige lovbrytere skal kunne dømmes til særreaksjonen *forvaring* i *anstalt under fengselsvesenet,* jfr ny § 39c i straffeloven. Gruppen som dømmes til forvaring vil ha en høyere grad av psykiatrisk sykelighet enn fengselsinnsatte forøvrig, og vil ofte trenge særskilte soningsbetingelser, om nødvendig i særskilte avdelinger med kompetent fagpersonell. De planlagte ressursavdelingene i fengslene vil være særlig relevante for denne gruppen. Men psykisk helsevern må også ha tilbud til gruppen. Dels gjelder det polikliniske psy-

kiatriske tilbud til forvaringsinnsatte, dels veiledning og samarbeid overfor personell ved disse anstaltene, og dels vil det være nødvendig å stille institusjonsplasser til disposisjon når forvaringsinnsatte blir så syke at innleggelse i psykisk helsevern er nødvendig.

Både forvaringsdømte og andre innsatte vil også i framtida ha økt forekomst av psykiske lidelser. Det skal fortsatt være et overordnet prinsipp at innsatte med alvorlig sinnslidelse skal overføres til psykisk helsevern, og ikke sone i fengsel. Ventetiden ved overføring av psykotiske innsatte må reduseres til et minimum. For innsatte med andre psykiske lidelser må soningsforholdene legges til rette, så slike lidelser ikke ytterligere forverres. I tillegg til Justisdepartementets arbeid med å bedre soningsbetingelsene må psykisk helsevern ha tilstrekkelig kapasitet til å kunne betjene innsatte med psykiske lidelser. Det gjelder:

- *Poliklinisk kapasitet* til lengre tids oppfølging og behandling av innsatte.
- *Kapasitet ved psykiatriske avdelinger generelt,* for å ta imot innsatte som trenger innleggelse.
- *Kapasitet ved sikkerhetsavdelinger spesielt,* for å ta imot innsatte som trenger opphold i slik avdeling.

Vurderinger av kapasiteten i psykisk helsevern for voksne generelt med forslag til tiltak er behandlet i avsnitt 3.4.3. Kapasitet og kompetanse ved sikkerhetsavdelingene og forslag til tiltak er behandlet i dette kapitlet.

4.5.4 Konsekvenser av nye særreaksjoner for psykisk helsevern

Etter de nye reglene skal en del lovbrytere som etter dagens regler er under sikring fordi de har vært utilregnelige på gjerningstidspunktet overføres til psykisk helsevern. Alle som dømmes til særreaksjonen tvunget psykisk helsevern skal ha et obligatorisk opphold i institusjon på minst tre uker. Mange innen denne gruppen vil kunne karakteriseres som særlig vanskelige eller farlige sinnslidende og vil måtte skaffes plass ved sikkerhetsavdeling, også utover tre uker. Gruppen vil imidlertid ikke være stor. Stortinget har forutsatt en streng tolkning av betingelsene for å oppnå straffrihet.

Forutsetningen for å kunne dømmes til tvunget psykisk helsevern i framtida etter den nye § 39 er bl a at lovbryteren er kjent strafferettslig utilregnelig etter § 44. De siste årene har antall personer som bare er idømt sikring og ikke straff som følge av at de har vært sinnssyke eller bevisstløse i gjerningsøyeblikket ligget i overkant av 20 pr år. Som følge av de meget strenge tilleggsvilkårene som stilles opp i § 39 for å avsi dom på overføring til tvunget psykisk helsevern (alvorlighetsgrad av forbrytelsen og nærliggende gjentakelsesfare), må det antas at antallet som årlig vil dømmes til tvunget psykisk helsevern etter de nye reglene vil bli lavt. Isolert sett etter ordlyden i den nye § 44 burde antallet bli lavere enn det antall som idag bare idømmes sikring på grunn av utilregnelighet. Det er imidlertid vanskelig å forutse domstolenes fremtidige praksis.

Departementet antar at det antall som i framtida dømmes til særreaksjonen tvunget opphold i psykisk helsevern vil være såpass lavt at disse bør kunne tas hånd om i sikkerhetsavdelingene med den utbyggingen av disse avdelingene som er gjennomført eller som er under planlegging. Det er også behov for å bruke plasser ved disse avdelingene til judisielle observasjoner av personer som vurderes å ikke være strafferettslig ansvarlig for sine handlinger. Utviklingen i domstolenes praksis må imidlertid følges nøye, og vurderinger av behov for ytterligere utbygging må foretas løpende i forbindelse med de årlige budsjettproposisjonene.

I tillegg til plasser i sikkerhetsavdelinger trengs en viss økning i den polikliniske kapasiteten for å betjene denne gruppen. Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten får et utvidet ansvar for oppfølging etter utskrivning for de som dømmes til særreaksjonen tvungent psykisk helsevern.

4.5.5 Behovet for flere og bedre behandlingstilbud til seksualovergripere

Det er behov for å styrke ulike behandlingstiltak til seksualovergripere. De viktigste behandlingsmetodene vil være ulike former for samtaleterapi og læringsprogrammer. Departementet ønsker å medvirke til at strukturerte opplæringsprogrammer settes i gang i norske fengsler for denne gruppen. Departementet ønsker også å yte direkte støtte til behandlingsvirksomheten som ytes ved Institutt for klinisk sexologi.

Noen få seksualovergripere begår gjentatte overgrep og er farlige, ikke minst for barn. Overgriperne lider også selv under sitt avvik. For noen av disse vil alternativet være langvarige fengselsopphold, etter tidsfastsatt dom, eller som tidsubestemt forvaring etter det nye særreaksjonsmønsteret. Departementet går inn for at det startes forsøk med frivillig hormonbehandling for dømte som er funnet skyldig i de mest alvorlige formene for seksuelle overgrep. Dette må skje i nært samarbeid mellom behandlende lege, endokrinolog og psykoterapeut.

4.5.6 Behov for kompetanseoppbygging

Blant annet som følge av de nye strafferettslige utilregnelighetsreglene og domstolenes adgang til å dømme lovbrytere som var utilregnelige på handlingstidspunktet til tvungent psykisk helsevern, er det nødvendig med tilstrekkelig tilgang på rettspsykiatriske og rettspsykologiske sakkyndige som kan foreta observasjoner og avgi erklæringer til retten av tilfredsstillende kvalitet. Psykologer bør i større grad delta i rettspsykiatriske sakkyndighetsoppgaver.

Det er også behov for å styrke kompetansen i psykisk helsevern når det gjelder behandling av voldelige og farlige sinnslidende og seksuelle overgripere.

Departementet går inn for at de regionale sikker-

hetsavdelingene i Oslo og Bergen utvikles til kompetansesentre, slik som i Trondheim. Disse bør få ansvar for forskning, fagutvikling og undervisning innenfor området, og bistillinger bør knyttes til de respektive universitetene.

Viktige oppgaver for kompetansesentrene bør bl a være:

- Vurdering og behandling av voldelige alvorlig sinnslidende.
- Vurdering og behandling av seksuelle overgripere.
- Psykiatriske helsetjenester til innsatte.
- Utvikling av rettspsykiatri og rettspsykologi som fagområder.
- Kvalitetssikring av strafferettslig sakkyndighetsarbeid.
- Forskning og undervisning

Departementet foreslår:

- *Å bygge videre på den desentraliserte modellen med fylkeskommunale og regionale sikkerhetsavdelinger for særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende, og følge nøye med i om kapasiteten ved disse avdelingene er tilfredsstillende.*
- *Å gi tilskudd til å opprette flere sikkerhetsplasser dersom fylkeskommunene dokumenterer behovet for dette i forbindelse med den statlige tilskuddsordningen til omstrukturering og styrking av det fylkeskommunale psykiske helsevernet.*
- *Å foreta en gjennomgang av alle tilfeller av drap og andre alvorlige voldshandlinger som er utført av alvorlig sinnslidende de siste åra, for å få avdekket eventuelle systemsvikt.*
- *Å styrke de regionale sikkerhetsavdelingene som kompetansesentre som skal drive forskning, fagutvikling og undervisning.*
- *Å styrke behandlingstilbudene til seksualovergripere,. ved å støtte strukturerte opplæringsprogrammer i fengslene og starte et forsøk med frivillig hormonbehandling for dømte som er funnet skyldig i de mest alvorlige formene for seksuelle overgrep.*

5 Grupper med særlige behov

Forslagene om å styrke kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbud som er satt fram i kapittel 3 forutsettes å komme alle grupper av mennesker med psykiske lidelser til gode. Men eksisterende tilbud er i ulik grad tilpasset behovene til de ulike gruppene av brukere. Endel grupper trenger kompetanse og behandlingstilbud som idag er for svakt utviklet, og kapasitetsproblemene er også forskjellige for de forskjellige gruppene.

I dette kapitlet gjennomgås situasjonen for en del grupper som har behov for spesielt tilpassede tjenester, som nødvendiggjør økt kompetanse og bedre tilbud.

Boks 5.1
Innvandrere og flyktninger

Ved inngangen til 1996 var det 223.800 personer med innvandrerbakgrunn i Norge, eller 5,1% av befolkningen. Omtrent halvparten av disse hadde sin opprinnelse fra land utenfor Europa. Vel 40.000 hadde fått asyl, opphold på humanitært grunnlag eller midlertidig beskyttelse.

5.1 INNVANDRERE, FLYKTNINGER OG ASYLSØKERE

Ansvaret for å yte helsetjenester til innvandrere følger den vanlige helselovgivningen. Tjenestetilbudene må imidlertid tilpasses gruppens behov.

Helsedirektoratet utarbeidet i 1993 retningslinjer for helsetjenestetilbud til innvandrere og asylsøkere. Retningslinjene gir informasjon om tilrettelegging av helsetjenester, tolketjeneste og psykososiale tilbud. En undersøkelse avdekket imidlertid at kommunene har ulik praksis på dette området. Statens helsetilsyn har derfor satt i gang et prosjekt for å sikre gjennomføring av retningslinjene og for å oppnå en mer enhetlig praksis.

Innvandrere som ikke er flyktninger m v har stort sett de samme psykiske lidelsene som den norske befolkningen. Men en del problemer vil forekomme hyppigere blant innvandrere, som følge av vanskelige livsvilkår i et fremmed samfunn. Faktorer som bidrar til problemene er svak språkbeherskelse, manglende kulturell og sosial integrasjon i det norske samfunn, ensomhet, manglende utdanning og svak økonomi, og svake muligheter på arbeidsmarkedet. Tilfeller av rasisme og diskriminering representerer alvorlige belastninger for dem som utsettes for det. Generasjonskonflikter er antakelig også mer omfattende i visse innvandrermiljøer enn i befolkningen ellers. Det gjelder konflikter mellom første generasjons innvandrerforeldre og deres barn som er vokst opp i Norge som i større grad enn foreldrene har tatt opp i seg norske normer og verdier. Omfanget av problemer er størst blant innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika, der kulturforskjellene og språkproblemene ofte er størst. Disse gruppene er også mest utsatt for diskriminering. Bedre levekår for innvandrere generelt, og alle tiltak som kan bidra til å lette deres integrasjon i det norske samfunn og motvirke diskriminering, vil virke forebyggende når det gjelder forekomst av psykiske lidelser.

Psykiske lidelser hos innvandrere medfører spesielle utfordringer for helse- og sosialtjenesten. Forståelse for kulturforskjeller, respekt for idéer, normer og holdninger som kan virke fremmede, krav til kommunikasjon og ikke minst språkproblemer stiller behandlere og andre overfor uvante utfordringer. Kommunikasjon og behandling via tolk krever særskilt trening. Utfordringene er særlig store når det gjelder psykiske lidelser, fordi forståelse av slike lidelser forutsetter innlevelse i personens tanke- og livsverden. Dette krever ikke bare god språklig forståelse, men også forståelse for personens kultur og tankesett.

Tverrkulturell psykiatri er et fagområde som arbeider særskilt med de utfordringene som behandling og kommunikasjon på tvers av kultur- og språkgrenser utgjør. Enkelte psykiatriske fagmiljøer har utviklet særskilt kompetanse innen dette feltet, men dette må gjøres mer systematisk slik at kompetansen blir tilgjengelig i større deler av det psykiske helsevern.

Flyktninger er utsatt for de samme problemene som andre innvandrere i det norske samfunn. I tillegg har mange av dem økt risiko for psykiske lidelser som har sammenheng med de belastninger som de har gjennomgått. Flere undersøkelser har vist at når den samlede mengde av påkjenninger øker, så øker også omfang og intensitet av symptomene. Enkelte typer belastninger, såsom dramatiske krigshandlinger og det å være vitne til overgrep og massakrer, gir angst, mareritt og gjenopplevelse av traumet, og disponerer særlig for depresjoner som kan vare over tid. Flyktninger som har vært utsatt for tortur har i særlig grad en tendens til depresjon, sosial tilbaketrekning og apati. Ved ekstreme påkjenninger som tortur, kan også mennesker som vanligvis er robuste få betydelige psykiske ettervirkninger med ulike typer av psykiatriske symptomer, jfr vedlegg 1 om posttraumatisk stressforstyrrelse.

Flyktningebarn og -ungdom er en særlig utsatt gruppe. De har store tapsopplevelser bak seg, og en del har også traumatiske opplevelser fra krig og flukt. Undersøkelser av barn i flyktningemottak viser at flertallet av barna har ulike typer av symptomer og plager. Den vanskelige omsorgssituasjonen og det å skulle tilpasse seg et fremmed land gjør belastningene for disse barna så store at mange vil ha behov for hjelp. En del av flyktningebarna er «enslige mindreårige flyktninger», som er barn under 18 år som kommer til Norge uten foreldre eller andre med foreldreansvar. De har både som følge av sine opplevelser og som følge av fravær av familie og nettverk spesielle behov for hjelp til å mestre den vanskelige livssituasjonen de er i.

Psykososialt senter for flyktninger er etablert ved Universitetet i Oslo. Senteret fungerer som et kompetansesenter for hele landet, og driver forskning, undervisning og veiledning. Senteret driver også en egen poliklinikk som tilbyr vurdering og behandling av flyktninger, asylsøkere og andre innvandrere som har vært utsatt for overgrep og traumatiske opplevelser. I tillegg er det opprettet regionale psykososiale team i helseregion 3 (Bergen), helseregion 4 (Trondheim) og helseregion 5 (Tromsø), som yter behandling og psykososiale tjenester til flyktninger og asylsøkere mv i disse regionene. Både senteret og teamene driver fagutvikling, avholder kurs, driver veiledningsgrupper og gir løpende veiledning til helsetjenesten.

Sosial- og helsedepartementet gir økonomisk støtte til driften av Psykososialt senter for flyktninger og de tre regionale psykososiale teamene. Fra 1995 er det dessuten gitt midler til et 3-årig prosjekt ved Aker sykehus (Gaustad) for å systematisere erfaringer fra behandling av flyktninger innlagt i psykiatrisk sykehus. Resultatene fra prosjektet skal brukes til kompetanseutvikling ved andre sykehus.

5.1.1 Departementets vurdering

Innvandrere og flyktninger har samme rett til helse- og sosialtjenester som den øvrige del av befolkningen, og ansvaret for å yte tjenester følger den ansvarsfordelingen som er fastsatt i lovgivningen. Både den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten må kunne møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn på en god måte. Det innebærer at det ofte vil være behov for særskilt tilpassede tilbud som tar hensyn til språkkunnskaper og religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner. Helsetjenesten må dessuten ha kunnskaper om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse.

Psykososialt senter for flyktninger og de tre regionale psykososiale teamene har vært viktige i å bygge opp og spre kompetanse når det gjelder vurdering, behandling og psykososiale støttetiltak for flyktninger og asylsøkere. Det er viktig at staten tar ansvar for å utvikle denne kompetansen videre.

Det trengs imidlertid også økt kompetanse når det gjelder tverrkulturell psykiatri og innvandrere mer generelt. Flertallet av innvandrerne er ikke flyktninger eller asylsøkere, og når psykiske problemer og lidelser oppstår hos disse må de få tilbud ved psykiatriske poliklinikker og avdelinger som kan behandle dem med respekt og forståelse for deres kulturelle og religiøse egenart. Det foreslås derfor at fagområdet «tverrkulturell psykiatri» styrkes ved at enkelte avdelinger får et særlig ansvar for å utvikle og spre kompetanse om kommunikasjon og behandling på tvers av språk- og kulturgrenser.

I *St meld nr 17 (1996-97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge* har Regjeringen foreslått at det opprettes en kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg blant personer med innvandrerbakgrunn. Det vises til meldingen for nærmere begrunnelse for forslaget.

Det finnes idag ikke fullgod oversikt verken over den psykiske helsetilstanden i innvandrerbefolkningen eller hvordan helsetjenesten fungerer for denne gruppen. Det er behov for en nærmere kartlegging av dette. Særlig er det behov for å få kartlagt den psykiske helsetilstanden hos nyankomne flyktninger.

Departementet foreslår:

- *Å videreføre støtten til Psykososialt senter for flyktninger og de tre regionale psykososiale teamene for flyktninger.*
- *Å styrke fagområdet «tverrkulturell psykiatri», bl a ved at enkelte avdelinger rustes opp faglig til å få et særlig ansvar for å utvikle og spre kompetanse om kommunikasjon og behandling på tvers av språk- og kulturgrenser.*
- *Å opprette en kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg blant personer med innvandrerbakgrunn.*
- *Å kartlegge den psykiske helsetilstanden hos nyankomne flyktninger.*

5.2 RUSMIDDELMISBRUKERE

Rusmiddelmisbruk omfatter misbruk av alkohol, legale legemidler og illegale stoffer. Behandlingstilbudene og Regjeringens politikk på området er beskrevet i *St meld nr 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmisbrukere.* Behandlingstilbudene til misbrukere av legemidler og illegale stoffer er dessuten beskrevet i *St meld nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken,* jfr særlig vedlegg 2. De generelle behandlingstilbudene innen rusmiddelomsorgen beskrives derfor ikke her.

Et stort antall misbrukere har psykiske lidelser i tillegg til misbruksproblemene. På den ene siden er psykiske lidelser ofte en viktig medvirkende årsak til at individer begynner å misbruke rusmidler, og på den an-

dre siden vil rusmisbruk ofte utløse eller forverre psykiske lidelser.

Betegnelsen *«dobbeltdiagnose»* brukes i tilfeller hvor en person både har en klassifiserbar psykisk lidelse og et etablert rusmiddelmisbruk. Hvor mange mennesker som får dobbeltdiagnose vil være avhengig av hvordan både psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk avgrenses.

Pasienter som både har psykiske lidelser og misbruksproblemer kan grupperes i tre:

- Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler.
- Misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon.
- Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Den første gruppen pasienter skal behandles i psykisk helsevern, poliklinisk eller med innleggelse i perioder. Det er viktig at psykisk helsevern selv har tilstrekkelig innsikt i rusmiddelproblemene til at psykiatriske symptomer, rusmiddelmisbruk og andre livsproblemer kan behandles i sammenheng av de samme behandlerne, da dette har vist seg å gi best resultater. Det er vanligvis liten grunn til å dele ansvaret for behandling av henholdsvis den psykiatriske grunnlidelsen og rusmiddelproblemet på forskjellige behandlere eller etater.

Den andre gruppen bør vanligvis behandles av rusmiddelomsorgen. Det er viktig at denne omsorgen har tilstrekkelig forståelse for og kjennskap til behandling av psykiske problemer til at misbrukernes plager blir møtt på en kompetent måte. Også for denne gruppen gjelder det at rusmisbruket, de psykiske plagene og andre problemer bør behandles i sammenheng av samme behandler, og ikke fordeles på ulike behandlere eller etater. Men mer grundig psykoterapeutisk behandling av psykiske lidelser forutsetter at et aktivt og omfattende rusmiddelmisbruk er brakt til opphør. Psykoterapeutisk behandling og oppfølging etter avsluttet misbruk vil være et stort behov hos mange tidligere misbrukere, og i denne situasjonen er det aktuelt å henvise til mer spesialisert psykoterapeutisk kompetanse ved poliklinikk eller i privat praksis.

Det er nødvendig med et tettere samarbeid mellom fylkeskommunenes spesialiserte tjenester i psykiatri og tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. Personell i de to tjenestene bør gjensidig kunne konsultere hverandre når det er nødvendig for å ivareta begge sidene av behandlingen. Dette er ofte en bedre løsning enn at klienten henvises fra en etat til en annen.

Begrepet *«dobbeltdiagnose»* bør reserveres til den tredje gruppen nevnt ovenfor, med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med vedvarende alvorlig misbruk. Omfanget av gruppen og behandlingsbehovene er ikke tilstrekkelig kartlagt, men gruppen utgjør en spesiell utfordring for behandlingsapparatet. Personer i denne gruppen faller ofte utenfor behandlingstilbudene både i rusmiddelomsorgen og i psykisk helsevern. Behandlerne føler seg ofte hjelpeløse overfor disse menneskenes sammensatte problemer, og opplever at de vanlige behandlingstilbudene i rusmiddelomsorgen og i psykisk helsevern «ikke passer». Av denne grunn avvises klientene ofte etter kort tid med store konflikter, og de blir overlatt til seg selv og blir gående uten tilbud, eventuelt helt til krisen og innleggelsesbehovet blir så åpenbart for omgivelsene at det ender i en akutt tvangsinnleggelse. Gruppen er overrepresentert blant hjemløse i de store byene, i hospitser o l.

Sosial- og helsedepartementet har støttet etablering av sju regionale kompetansesentre for rusmiddelproblematikk fra 1994. Hvert av disse sentrene har fått tildelt et eller flere særskilte kompetanseområder med særlig ansvar for kompetanseutvikling nasjonalt, og sentrene er knyttet sammen i et Norgesnett. Kompetansesenteret ved Sanderud sykehus i Hedmark har fått et særlig ansvar for kompetanseoppbygging når det gjelder rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser, og arbeider bl a med å utvikle etterutdanningsmateriell for både kommuner og fylkeskommuner.

5.2.1 Departementets vurdering

Ansvaret for pasienter med dobbeltdiagnose i snever forstand må være forankret i psykisk helsevern, da de har en alvorlig psykiatrisk grunnlidelse. Men gruppen trenger særskilte tilbud med spesiell kompetanse, både i form av egne døgnposter og poliklinisk oppfølging. Slike tilbud finnes i svært liten grad idag, og må utvikles videre. Minst en avdeling i hver helseregion bør få et særlig ansvar for å utvikle behandlingstilbud og kompetanse til personer med alvorlige psykiske lidelser og vedvarende rusmiddelmisbruk.

Det er også behov for å kartlegge gruppens størrelse og behandlingsbehov.

Uansett synes det klart at det haster å komme i gang med særskilte tilbud for rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Departementet er kjent med at Oslo kommune planlegger et særskilt tiltak med døgnplasser innen psykisk helsevern for denne gruppen. Departementet vil støtte dette tiltaket for å få det etablert så fort som mulig. Behovet for liknende tilbud i andre fylker vil bli vurdert fortløpende, og ved dokumenterte behov og utarbeidede planer vil statlige omstruktureringsmidler kunne nyttes også til oppbygging av slike tilbud.

I avsnitt 3.4.5 om de psykiatriske ungdomsteamene er det foreslått å gå igjennom teamenes funksjoner, for bl a å få vurdert om en del av ressursene bør omdisponeres og brukes til særskilte tilbud til misbrukere med dobbeltdiagnose.

Det er nødvendig med ytterligere kompetanseoppbygging når det gjelder tilbud til rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser. Det finnes ingen universitetsstilling innen dette fagområdet, noe som vil kunne

Departementet foreslår:

- *Å sette i gang en kartlegging av omfanget av personer med alvorlige psykiske lidelser som misbruker rusmidler i et slikt omfang at det er behov for spesialiserte døgnplasser og polikliniske behandlingstilbud.*
- *Å støtte opprettelse av et institusjonstilbud i Oslo for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk, og vurdere støtte til liknende tilbud i andre fylker etter søknad* (jfr det øremerkede statlige tilskuddet til omstrukturering og styrking av psykisk helsevern i fylkeskommunene). *På sikt bør minst en avdeling i hver helseregion få et særlig ansvar for behandlingstilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser og vedvarende rusmisbruk.*
- *Å styrke forskning, fagutvikling og kompetanseoppbygging når det gjelder rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, bl a ved at det opprettes minst en akademisk stilling på høyt nivå ved et universitet innen dette fagområdet.*

være et viktig bidrag til å styrke fagområdets status og styrke forsknings- og utviklingsarbeidet.

5.3 FUNKSJONSHEMMEDE

Funksjonshemning er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for å etablere selvstendighet og sosial tilværelse.

Mennesker med langvarige og kroniske psykiske lidelser utgjør en stor gruppe funksjonshemmede. Tilbudene til disse er omtalt gjennom hele denne meldingen. Mennesker med psykisk utviklingshemning og døve utgjør andre store grupper funksjonshemmede, som omtales særskilt i dette avsnittet.

Levekårsundersøkelsene og undersøkelser blant grunnstønadsmottakere tyder på økt forekomst av psykiske lidelser blant funksjonshemmede sammenliknet med befolkningen for øvrig. Forekomsten blant de ulike gruppene av funksjonshemmede er imidlertid lite kjent, og heller ikke type og omfang av behovet for hjelp. Også pårørende av funksjonshemmede, særlig foreldre med funksjonshemmede barn, har behov for psykososiale hjelpe- og støttetiltak.

I forbindelse med Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede skal det i 1997 foretas en kartlegging av funksjonshemmedes opplevde behov for psykologisk eller psykiatrisk hjelp. Bl a på bakgrunn av resultatene fra kartleggingen vil tiltak bli vurdert videre i handlingsplansperioden 1998-2001.

Departementet foreslår:

- *Å kartlegge funksjonshemmedes behov for psykologisk og psykiatrisk hjelp og følge opp med tiltak i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001.*

5.3.1 Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser

Kommunenes rapportering til departementet i forbindelse med ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede viser at vel 4,4 promille av befolkningen er registrert som psykisk utviklingshemmede. Omtrent halvparten av disse har en lett utviklingshemning. Så godt som alle typer psykiske lidelser er beskrevet hos psykisk utviklingshemmede. Blant de med lettere utviklingshemning synes den totale hyppighet av psykiske lidelser å være ca 1,5 ganger så stor som i den øvrige befolkningen. Ved moderat og alvorlig utviklingshemning viser undersøkelser at det er 2-3 ganger så stor hyppighet av slike tilstander. Dette betyr at omtrent 50 % av psykisk utviklingshemmede har psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Det er vanskelig å stille psykiatriske diagnoser for mennesker med dyp psykisk utviklingshemning, og hyppigheten av ulike spesifikke diagnoser er ikke kjent. Mennesker med psykisk utviklingshemning har muligens sjeldnere enn andre depresjoner, manier og angstlidelser. På den annen side er tilstander som schizofreni og forbigående akutt (reaktiv) psykose vanligere enn i befolkningen ellers. Tilstander som forekommer utelukkende blant mennesker med psykisk utviklingshemning er svært forskjelligartede, og er hver for seg sjeldne.

Avvikende atferd blant mennesker med psykisk utviklingshemning kan ha en lang rekke årsaker - blant annet feil medisinering, somatiske sykdommer, psykiatriske lidelser og tidlig innlærte responser. Dette gjør at utredning av atferdsavvik blant mennesker med psykisk utviklingshemning er en utpreget flerfaglig utfordring. Det kreves spesiell kompetanse og erfaring for å diagnostisere psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede, og for å legge opp spesialisert behandling. Behandling med psykofarmaka stiller også spesielle krav til observasjon og vurderingen av virkningene.

Ansvarsreformen har gitt kommunene ansvaret for å yte vanlige kommunale helse- og sosialtjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning, på linje med resten av befolkningen. Deres tilgang til spesialisthelsetjenester skal også være den samme som for resten av befolkningen.

Da ansvaret for de tidligere brukerne av det fylkeskommunale HVPU ble overført til kommunene 1. januar 1991, beholdt fylkeskommunene 177 mill kr til videreføring av spesialisttjenester for gruppen. I tillegg ble det i 1991 bevilget nye 100 mill kr til fylkes-

Boks 5.2
Habiliteringsteam

Habiliteringsteam finnes i alle fylker, og skal drive rehabilitering og habilitering overfor alle grupper funksjonshemmede. Det store flertallet av brukere er psykisk utviklingshemmede. Teamene har som en hovedoppgave å gi veiledning og spre kunnskap om psykisk utviklingshemmedes særlige behov, både innen fylkeskommunale helse- og sosialtjenester og overfor kommunalt personell. Ansvaret omfatter diagnostikk og utredning, behandling, habilitering og rehabilitering, samt veiledning og opplæring av personell i kommunene. Det betyr at det er nødvendig med kompetanse innen feltene medisin, psykologi, fysioterapi, ergoterapi, tekniske hjelpemidler, spesialpedagogikk og miljø- og familiearbeid.

I følge en rapport Helsetilsynet utarbeidet om de fylkeskommunale habiliteringsteamene i 1995 er disse organisert svært forskjellig i fylkene. Fem fylker hadde i 1994 en felles habiliteringstjeneste for barn og voksne, mens de øvrige 14 fylkene hadde separate tjenester for barn og voksne. I forhold til sykehusstrukturen hadde fylkeskommunene organisert tjenestene på fire forskjellige måter:

- I noen fylker lå teamet direkte under fylkeshelsesjefen, uten å være del av sykehus eller annen etat.
- I noen fylker var habiliteringsteamet en egen avdeling ved sentralsykehuset eller et fylkessykehus.
- I noen fylker var teamet en del av en somatisk sykehusavdeling.
- I noen fylker var teamet tilknyttet den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

11 av de 14 fylkene som hadde separate tjenester for barn og voksne hadde forskjellig tilknytning til sykehus for de to tjenestene. Det var bare habiliteringsteam for voksne som var knyttet til psykisk helsevern, mens alle rene barnehabiliteringsteam var knyttet til somatiske sykehus.

I sju av fylkene disponerte habiliteringstjenesten døgnplasser, mens de øvrige tolv fylkene verken hadde døgn- eller dagplasser. Det var også svært store forskjeller mellom fylkene i bemanning og kompetanse. Enkelte fylker hadde verken lege eller psykolog i teamet, mens andre hadde bred tverrfaglig kompetanse. Personelldekningen i forhold til folketallet i fylket var også svært forskjellig.

kommunene til utvikling av behandlingstilbudet til psykisk utviklingshemmede med store atferdsavvik. Fra 1992 bevilget staten ytterligere 50 mill kr til styrking av de fylkeskommunale spesialisttjenestene. Beløpene har hele tiden ligget i inntektsystemets rammetilskudd.

Tilskuddene til spesialisthelsetjenester for psykisk utviklingshemmede i fylkeskommunene har særlig vært brukt til å bygge opp *fylkeskommunale habiliteringsteam* (se boks 5.2).

Den kommunale helse- og sosialtjenesten har fortsatt stor mangel på fagutdannet personell med kompetanse på psykisk utviklingshemming. Dette medfører bl a at psykiske lidelser og atferdsproblemer ofte ikke blir håndtert på faglig tilfredsstillende måte. Når det gjelder psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik har kommunene et betydelig behov for bistand fra fylkeskommunene.

Det er i liten grad utviklet spesiell kompetanse ved universitetene innenfor fag som medisin, psykologi, pedagogikk og samfunnsfag når det gjelder psykisk utviklingshemning.

5.3.2 Departementets vurdering

Habiliteringsteamene skal gi et bredt tilbud til flere forskjellige grupper funksjonshemmede, og forutsettes ikke å ha spesifikk psykiatrisk kompetanse. Men alle habiliteringsteam bør ha tilstrekkelig kompetanse når det gjelder atferdsavvik hos psykisk utviklingshemmede til å kunne veilede kommunene, og den fylkeskommunale psykiatrien må kunne yte tjenester til psykisk utviklingshemmede med psykiatrisk problematikk. Organiseringen av fylkeskommunenes habiliteringstjenester bør vurderes, jfr de store fylkesvise forskjellene.

Rapporter og henvendelser som kommer til departementet tyder på at særlig mindre kommuner har store problemer med å ta seg av enkelte psykisk utviklingshemmede med store atferdsavvik og/eller psykiatriske symptomer. Behovet for å disponere fylkeskommunale døgn- og/eller dagplasser for å kunne ta inn psykisk utviklingshemmede til utredning for å planlegge videre tiltak bør vurderes nærmere. Det bør også utredes om det trengs mer varige interkommunale eller fylkeskommunale botilbud til psykisk utviklingshemmede med så store atferdsavvik at særlig mindre kommuner har problemer med å etablere tilfredsstillende tjenester.

Ikke få mennesker med psykisk utviklingshemning har såpass alvorlige psykiske problemer at de trenger psykiatriske spesialisttjenester. Slike tjenester skal ytes av det fylkeskommunale psykiske helsevernet, og ikke primært av habiliteringstjenesten. Samarbeidet mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenesten må være nært.

Kompetansen i det fylkeskommunale psykiske helsevernet er for lav når det gjelder undersøkelse, behandling og andre tilbud til psykisk utviklingshemme-

de med psykiske lidelser. Innleggelse av psykisk utviklingshemmede i psykiatrisk avdeling er sjelden nødvendig hvis tilstrekkelige ressurser kan settes inn der personen bor. Det psykiatriske spesialisttilbudet til psykisk utviklingshemmede bør vesentlig organiseres poliklinisk, men med en helt annen vekt på hjemmebesøk og samarbeid med kommunalt personell enn det som hittil har vært vanlig for poliklinikker.

Styrking av kompetansen i habiliteringstjenesten når det gjelder psykisk utviklingshemmede med atferdsavvik og styrking av kompetansen innen psykisk helsevern når det gjelder psykisk utviklingshemmede med psykiatriske lidelser forutsettes gjennomført innenfor de midler til spesialisthelsetjenester for psykisk utviklingshemmede som fordeles gjennom inntektssystemets rammetilskudd. Departementet vil imidlertid komme tilbake til om det er nødvendig å sette i verk mer spesifikke statlige tiltak etter en nærmere kartlegging og utredning av behovene for å bygge opp tjenestetilbud og kompetanse.

Det er behov for å styrke kompetansen ved universitetene når det gjelder psykisk utviklingshemming, innen en rekke fagområder. Departementet går inn for at det opprettes universitetsstillinger som gjennom forskning og undervisning kan bidra til å høyne kompetansenivået innen tjenestene.

Departementet foreslår:

- *Å gjennomføre en kartlegging av de fylkeskommunale spesialisttjenestetilbudene til psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik eller psykiatriske lidelser, for å få vurdert behovene for å bygge opp tjenestetilbud og kompetanse.*
- *Å utrede om det trengs mer varige interkommunale eller fylkeskommunale botilbud til psykisk utviklingshemmede med så store atferdsavvik at særlig mindre kommuner har problemer med å etablere tilfredsstillende tjenester.*
- *Å opprette universitetsstillinger som tillegges forsknings- og undervisningsoppgaver i forhold til utvikling av tjenestetilbud til psykisk utviklingshemmede.*

5.3.3 Døve med psykiske lidelser

I Norge er det ca 400.000 mennesker med nedsatt hørsel, hvorav mellom 3.500 og 4.000 er tegnspråkbrukende døve. En del studier viser en viss økt hyppighet av psykiske lidelser blant døve. Den viktigste grunnen til at det er behov for særskilte tilbud til døve med psykiske lidelser er at de benytter tegnspråk som kommunikasjon. For behandlere som ikke behersker tegnspråk vil kommunikasjonen med døve utgjøre et problem. Bruk av tolk i behandlingen er en mulighet, men er svært krevende for både behandleren, tolken og pasienten. En del døve - særlig de som er født døve - har dessuten hatt mangelfull språkutvikling og har generelt problemer med mellommenneskelig kommunikasjon.

Det eneste spesielt tilpassede tilbudet til døve med psykiske lidelser idag er Døveavsnittet ved Aker sykehus i Oslo (Gaustad). Tilbudet gjelder bare voksne, og ble opprettet i 1978. Det drives som en dagavdeling med tilgang til døgnplasser ved en av avdelingene ved sykehuset. Det er bare tegnspråkkyndig personell ved dagavdelingen.

Det finnes innen psykisk helsevern ingen særskilt tilpassede tilbud for døve barn og unge med psykiske lidelser. Fra spesialskolene for døve og andre som arbeider med døve barn og unge hevdes det at det er en overhyppighet av atferdsavvik særlig blant døve ungdommer, og at det er svært vanskelig å få henvist døve barn og ungdommer som trenger behandling til barne- og ungdomspsykiatrien. Dette har nettopp sammenheng med de kommunikasjonsvanskene som funksjonshemningen døvhet medfører.

Departementet vil:

- *Opprettholde et psykiatrisk sykehustilbud for døve. Enheten bør gi mobile og fleksible tilbud til døve som trenger psykiatrisk utredning og behandling med bruk av tegnspråk, og være et landsdekkende kompetansesenter som kan gi veiledning til helsevesenet.*
- *Utrede behovene for psykiatriske tilbud til døve barn og ungdommer, og hvordan behovene bør dekkes.*
- *Vurdere om dagens opplæring for tegnspråktolker bør styrkes med tilbud om særskilt opplæring i tolking i forbindelse med psykiatrisk undersøkelse og behandling.*

6 Tjenester til den samiske befolkning

6.1 INNLEDNING

Et overordnet mål er å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av brukere, på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer. Ut fra dette er det en viktig nasjonal oppgave å utvikle tjenester som både faglig og organisatorisk tar hensyn til og er tilpasset den samiske minoritetsbefolknings særskilte kultur, språk og bosettingsmønster.

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1991 et utvalg for å utrede *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge.* Utredningen ble avgitt i februar 1995 som *NOU 1995:6.* Bakgrunnen var behovet for å utvikle et likeverdig tilbud innen helse- og sosialsektoren for samene, med utgangspunkt i statens forpliktelser overfor det samiske folk som ligger i Grunnlovens § 110 a, Sameloven og i folkerettslige forpliktelser, herunder ILO-konvensjon nr 169 om urbefolkninger og stammefolk.

Boks 6.1
Samene

Det bor omlag 70 000 samer i Norge idag. Da er samisktalende og personer som har hatt samisktalende foreldre, besteforeldre eller oldeforeldre regnet med (NOU 1995:6). Hovedtyngden av den samiske bosettingen er i de nordligste fylkene, særlig Finnmark og Nord-Troms. Men også Midt- og Sør-Troms, Nordland, Trøndelagsfylkene og Hedmark har samisk bosetning. I dag har også mange samer flyttet til byer og tettsteder langt unna hjemtraktene. Det har f eks vært antydet at Oslo er Norges største samekommune. Men det finnes ikke ajourførte registreringer av hvor mange samer det er i Norge eller hvor de er bosatt. Kun i noen få kommuner er samene i flertall. Det gjelder kommuner innen det samiskspråklige forvaltningsområdet - også kalt «det samiske kjerneområdet» - der samisk og norsk er likestilte språk i den offentlige forvaltningen. Området omfatter kommunene Guovdageaidnu-Kautokeino, Karasjohka-Karasjok, Porsanger, Deatnu-Tana og Unjargga-Nesseby i Finnmark, og Kåfjord kommune i Nord-Troms. Samelovens språkregler har i dette området direkte konsekvenser for helse- og sosialsektoren. Sameloven (lov av 12. juni 1987 nr 56) sier i § 3-5 om samisk språk: «Utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk».

Planen tar bl a opp behovet for kunnskaper i samisk språk, og betydningen av samisk kultur og levemåte i tverrkulturell kommunikasjon i det psykiatriske behandlingsapparatet. Det vises til at selv om de fleste samer også behersker norsk godt, er den språklige og kulturelle bakgrunnen så vidt forskjellig fra den norske at den kan være avgjørende for forløpet og utfallet av en behandling. I tillegg er det slik at de norskspråklige ferdighetene samer har, ofte i langt mindre utstrekning enn hva norsk helsepersonell er klar over, er anvendbare for å kommunisere om mer følelsesbetonte forhold. Videre påpekes det at samenes minoritetssituasjon innebærer et sammenfall av risikofaktorer med hensyn til psykiske lidelser. Både voksne og barn kan være i en livssituasjon preget av et vedvarende krysskulturelt press med identitets- og lojalitetskonflikter og en følelse av å være marginalisert i forhold til majoritetsbefolkningen. Det konkluderes med at det er behov for både klinisk og teoretisk utvikling av de etnokulturelle aspekter innen psykisk helsevern for den samiske befolkning. Dette innebærer bl a å bygge opp psykiatriske behandlingstilbud til samiske pasienter innenfor en samiskspråklig og kulturell ramme, parallelt med kompetanseoppbygging gjennom forskning, utviklingsarbeid og undervisning. I tillegg ble det påpekt at kommunale planer for tjenester til mennesker med psykiske lidelser i de samiske områdene må ivareta samiske aspekter.

Under høringen ble det gitt bred støtte til det overordnede målet om å gi likeverdige tilbud til samiske pasienter, og til forslagene om å bygge opp behandlingstilbud til den samiske befolkning som ivaretar kulturelle og språklige hensyn. Det ble pekt på at slike tilbud bør utvikles videre i tilknytning til de etablerte psykiatriske institusjonene i Finnmark, og at den kompetansen som utvikles disse stedene må bli tilgjengelig for kommunene ved veiledning og reisevirksomhet.

6.2 PSYKISK HELSEVERN OG SAMENE

Psykisk helsevern har ikke fullgode tjenestetilbud til samiske brukere, grunnet mangelfulle kunnskaper om samisk kultur, samiske samfunn, og det samiske språk. Samiske brukere kan i videste forstand oppleve fremmedgjøring i møtet med de psykiatriske behandlings-

institusjonene. Kulturell og språklig avstand kan medføre at samiske brukere ikke klarer å uttrykke sine problemer i møtet med hjelpeapparatet, og dette kan føre til at de misforstås og sykeliggjøres.

Det er hittil arbeidet for lite med å kartlegge samiske brukeres forhold til psykiatriske helsetjenester, og å utvikle arbeidsformer som er tilpasset samisk kultur og samiske samfunn.

Det psykiatriske tjenestetilbudet i landet som hittil er utviklet med tanke på å ivareta den samiske befolkning særskilt, er i første rekke de psykiatriske institusjonene i indre Finnmark - det psykiatriske sykehjemmet og den voksenpsykiatriske poliklinikken i Lakselv, og den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken med psykiatrisk ungdomsteam i Karasjohka-Karasjok. Denne utviklingen skjøt fart da det høsten 1988 ble igangsatt et samarbeid mellom Finnmark fylkeskommune og Sosialdepartementet om å utvikle samiske spesialisthelsetjenester i Finnmark. I statsbudsjettet for 1989 ble det for første gang satt av et beløp til spesialisthelsetjenester for samisktalende. I *St prp nr 1 (1988-89)* ble bevilgningen omtalt slik:

"Regjeringen har sett det som en nasjonal oppgave å sikre at den samiske befolkning får en bedre helsetjeneste på sitt eget språk. Det samiske spesialistsenteret i Karasjok skal bygges videre ut og ha ekspertise både innen somatikk og psykiatri. Oppbyggingen skal skje i samarbeid med Finnmark fylkeskommune."

Det bevilgede beløp utgjorde 75% av lønnsutgiftene til et avtalt antall fagstillinger i 1988. Beløpet er indeksregulert hvert påfølgende år, men er ikke økt i takt med utvidelsen av antall fagstillinger.

Det er Finnmark fylkeskommune som har ansvar for å bygge ut og drive samiske spesialisthelsetjenester i fylket. Finnmark fylkesting vedtok i 1991 «Plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning». Denne ble revidert i 1995, og behandlet på ny i Finnmark fylkesting i 1996 som «Samisk helse- og sosialplan for Finnmark fylkeskommune». Planen er søkt tilpasset NOU 1995:6 som er nevnt ovenfor.

Når det gjelder psykisk helsevern forutsetter planen at poliklinikkene i Lakselv og Karasjohka-Karasjok skal være kompetansebaser i forhold til hele Finnmarks samiske befolkning for henholdsvis voksen- og barne- og ungdomspsykiatri. I tillegg skal de to poliklinikkene også kunne gi tilbud til personer med samisk bakgrunn i andre fylker i Norge. De to institusjonene skal legge særskilt vekt på å samle erfaring og utvikle psykiatriske tilbud innen en samisk kulturramme, og skal også være baser for å utvikle kunnskap om flerkulturell psykiatri generelt, i samarbeid med de regionale forskningssentrene i helseregion 5 og Samisk Høgskole i Guovdageaidnu-Kautokeino. Institusjonene har dessuten fått veilednings- og undervisningsoppgaver overfor kommunenes helse- og sosialtjeneste og overfor andre fylkeskommunale institusjoner, når det gjelder samiske og flerkulturelle forhold.

Tilsvarende utvikling av særskilte tilbud innen psykisk helsevern til den samiske befolkning har ikke funnet sted i andre fylkeskommuner med samisk bosetning. Samiske pasienter benytter seg her av de ordinære fylkeskommunale tjenestene som ikke har spesiell kompetanse verken innen samisk språk eller kultur. I det følgende beskrives i hovedsak eksisterende tjenestetilbud ved de psykiatriske institusjonene i indre Finnmark.

6.2.1 Psykisk helsevern for barn og ungdom

Det flerkulturelle perspektivet i forhold til det samiske ble for første gang integrert i en poliklinikk ved etableringen av Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjohka-Karasjok i 1984. Siden da har denne institusjonen arbeidet aktivt for å nå målet om å utvikle institusjonen mot et samisk ressurs- og kompetansesenter innen barne- og ungdomspsykiatrien. Dette har innbefattet å utvikle tilpassete, samiskspråklige behandlingstilbud gjennom omfattende prosjektarbeid, med bl a etablering av en førskolepedagogisk enhet og et samisk psykiatrisk ungdomsteam for unge rusmisbrukere. Poliklinikken gir behandlingstilbud til hele befolkningen i midtre- og indre Finnmark inkludert de samiske kommunene, til samisk befolkning i resten av fylket, og til samer i de finske grensekommunene etter avtale med finske myndigheter.

Senteret har 14 fagstillinger inkludert utdanningsstillinger, og rekrutterer meget godt. De fleste ansatte har samisk språk- og kulturbakgrunn. Flere samiske leger har fått spesialistutdanning ved institusjonen, i likhet med andre faggrupper som psykologer, spesialpedagoger og sosionomer. Imidlertid mangler muligheten for institusjonspraksis, da poliklinikken ikke har tilknyttet døgnavdeling. Poliklinikken mottar også samiske studenter i praksisperioder - legestudenter, psykologstudenter, pedagogstudenter, sosionomstudenter, barnevernspedagogstudenter og førskole- og lærerstudenter. Funksjonen som utdanningssenter for samiske fagfolk må sies å være godt innarbeidet. Utad driver poliklinikken veiledning og undervisning innen samisk og tverrkulturell psykiatri, både i eget fylke og etter anmodning overfor institusjoner i andre fylker. Kapasiteten til dette er imidlertid begrenset.

Å utvikle psykiatriske tilbud innen en samisk kulturramme krever et kontinuerlig faglig utviklingsarbeid og forskning. Poliklinikken i Karasjohka-Karasjok har derfor tilknyttet en forskerstilling i sosialantropologi ved Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri ved Universitetet i Tromsø. Deltids forskerstillinger for klinikere som knyttes opp mot universitetet mangler foreløpig. Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri ved Universitetet i Tromsø har flerkulturell og samisk psykiatri som ett av sine satsingsområder, og det ligger godt til rette for å utvide samarbeidet mellom poliklinikken i Karasjohka-Karasjok og universitetsavdelingen når det gjelder forskning og utviklingsarbeid.

6.2.2 Samisk ungdomspsykiatrisk team

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjohka-Karasjok fant gjennom sitt arbeid i 1980-årene at det var et omfattende rusmisbruk blant samisk ungdom, og at dette var et problem som krevde en særskilt innsats. Dette ble bekreftet gjennom et forprosjekt for utprøving av kliniske arbeidsmetoder i forhold til selvmordstruet samisk ungdom i indre Finnmark, som ble avsluttet høsten 1989. Det var behov for videreføring av dette arbeidet i et eget samisk ungdomspsykiatrisk team. Teamet startet på dette grunnlaget sin virksomhet i 1990, og er underlagt barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjohka-Karasjok. I tillegg til forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering av samisk ungdom med rusproblemer, har teamet et spesielt ansvar for å følge opp det tidligere selvmordsprosjektet. Det driver derfor også forebyggende og klientrettet arbeid i forhold til selvmordstruet ungdom og deres familier, bl a med oppsøkende virksomhet. Veiledning og undervisning er også del av virksomheten, og er etterspurt også utenfor fylkets grenser pga den særskilte kulturelle og faglige kompetansen som teamet har opparbeidet.

6.2.3 Psykisk helsevern for voksne

Finnmark fylkeskommune har utpekt voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv ved Porsanger Helsetun som kompetansebase innen voksenpsykiatri for fylkets samiske befolkning. Det arbeides for å utvikle poliklinikken og de psykiatriske avdelingene ved Porsanger Helsetun til et psykiatrisk senter med særskilt samisk kompetanse. Også her er det mulighet for spesialistutdanning av samiske fagfolk når det gjelder poliklinisk praksis, mens mulighet for godkjent institusjonspraksis mangler. Det arbeides nå for å få til en akuttpsykiatrisk avdeling for å styrke institusjonen. Avdelingen vil kunne være et nødvendig supplement til tilbudet ved Åsgård psykiatriske sykehus når det gjelder samiske pasienter. Senteret i Lakselv har flere samiske behandlere, men har ikke maktet å rekruttere samisktalende i så stor grad som senteret i Karasjohka-Karasjok.

Også ved poliklinikken i Lakselv har det foregått faglig utviklingsarbeid i forhold til den samiske befolkning. Temaer som har vært tatt opp er bl a samiske forståelsesmåter av psykiatrisk sykdom, og utvikling av samtaleteknikker som tar pasientens egen kultur som referansepunkt. I tillegg til det faglige utviklingsarbeidet har det vært drevet omfattende språkopplæring i samisk for ansatte.

For voksenpsykiatrien er det ønskelig å styrke samarbeidet mellom poliklinikken i Lakselv, Åsgård sykehus og Universitetet i Tromsø. Dette gjelder både i forhold til utdanning og rekruttering av spesialister, og faglig utviklingsarbeid og forskning.

De psykiatriske sykehus som tar imot samiske pasienter er særlig Åsgård sykehus i Tromsø (for Troms og Finnmark) og Nordland Psykiatriske Sykehus i Bodø (for Nordland). Åsgård Sykehus forsøker å legge til rette tilbudene til samiske pasienter ved tolking og informasjon, samt opplæringstiltak for ansatte. Men det er ansatt svært få samisktalende fagfolk. Nordland psykiatriske sykehus har ikke spesielt tilrettelagte tilbud.

6.2.4 Departementets vurdering

Som nevnt er det hittil i første rekke i Finnmark at fylkeskommunen har bygget opp kompetanse og lagt til rette tjenester innen psykisk helsevern for den samiske befolkning, i samarbeid med statlige myndigheter.

I andre fylker med samisk bosetting har en tilsvarende tilpassing av tilbudene og kompetanseoppbygging ikke funnet sted. Fordi den samiske befolkning i de andre fylkene er mindre og bor mer spredt, og fordi det er stor mangel på samiske fagfolk, er det vanskelig å tenke seg tilsvarende tilbud i f eks de sør-samiske områdene. Alle fylker med samisk befolkning av noe omfang bør imidlertid forsøke å rekruttere noen fagfolk med samisk bakgrunn til sine psykiatriske helsetjenester og gi særskilt støtte til å videreutvikle disses kompetanse, slik at de kan brukes som ressurspersoner når poliklinikker og institusjoner skal gi tilbud til samer. Spesielt bør Åsgård sykehus i Tromsø og Nordland psykiatriske sykehus i Bodø knytte til seg slike fagfolk.

I tråd med Finnmark fylkeskommunes planer og for å utnytte eksisterende tjenestetilbud, anbefales det at de ressurser og den kompetanse som nå finnes i indre Finnmark innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, gjøres tilgjengelig også for institusjoner som betjener samer i landet forøvrig. Det samiske senteret for barne- og ungdomspsykiatri i Karasjohka-Karasjok og det voksenpsykiatriske senteret i Lakselv ligger forholdsvis nær hverandre (70 km), med mulighet for tett faglig samarbeid. Institusjonene bør få status som nasjonale kompetansesentre for utvikling av psykiatriske tjenester for den samiske befolkning innen henholdsvis barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, med nært innbyrdes samarbeid. Dette vil bl a innebære en videre utbygging av veilednings- og undervisningsfunksjoner overfor kommunale og fylkeskommunale institusjoner som betjener samiske psykiatriske pasienter i landet forøvrig. Bruk av telematikk vil være et egnet hjelpemiddel for slike formål. Det er allerede utbygd telematikkstudio både i Lakselv og Karasjohka-Karasjok som benyttes både i veiledning, undervisning og pasientbehandling. Det må tilbys spesialistutdanning ved de to senterene for samiske fagfolk i ulike profesjoner innen psykisk helsevern for barn og voksne, og praksisplasser for samiske helse- og sosialfagstudenter må tilrettelegges. Videre bør det gis tilbud om hospiteringsopphold for ansatte i helse- og sosialtjenesten i kommuner med samisk befolkning, og drives aktivt informasjonsarbeid til ulike instanser.

De to sentrene bør gi mulighet både for poliklinisk praksis og for institusjonspraksis for samiske fagfolk.

Dette krever videre utbygging av avdelinger - en voksenpsykiatrisk akuttavdeling i Lakselv, og en samiskspråklig familieavdeling i tilknytning til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjohka-Karasjok. Behovet for begge enhetene er tidligere utredet, og anbefales igangsatt. En slik utvidelse av tilbudene vil gi en mer helhetlig behandlingskjede for samiske pasienter, og vil muliggjøre inntak av samiske pasienter utenfor Finnmark til kortere tids observasjon, utredning og behandling i de tilfellene det er behov for det.

Forskning og utviklingsarbeid når det gjelder kliniske metoder tilpasset samisk kultur må utvikles videre i nært samarbeid med Universitetet i Tromsø. Det bør bl a vurderes å opprette kombinerte forsker- og klinikerstillinger for å styrke disse funksjonene.

Når det gjelder de to psykiatriske sykehusene i helseregion 5 - Åsgård Sykehus og Nordland Psykiatriske Sykehus (NPS) - bør tilrettelegging for samiske pasienter, spesielt tolketjeneste, utvikles videre ved Åsgård Sykehus og igangsettes snarest ved NPS. God tolketjeneste er særlig påkrevet i forbindelse med tvangsinnleggelser.

En ordnet og funksjonell tolketjeneste ved institusjoner som betjener den samiske befolkning er viktig, dersom helse- og sosialtjenesten skal lykkes i å imøtekomme de samiske brukernes behov. Dette gjelder ikke minst innenfor det psykiatriske hjelpeapparat. Samisk tolketjeneste fungerer ikke tilfredsstillende i dag og er ikke forsøkt organisert tilstrekkelig ved noen helseinstitusjon i Norge. Opplæringen i profesjonell tolketjeneste er heller ikke tilstrekkelig. En spørreundersøkelse ved Hammerfest Sykehus i 1992 viste at 77% av samisktalende pasienter ønsket å bruke samisk hos legen. I bare 6.5% av tilfellene mente legene at det var behov for tolk ved konsultasjonen. Dette tyder på at de samiske pasientene hadde et større behov for tolk enn legene kunne identifisere, og at det var klar forskjell mellom pasientenes behov for tolk og legenes oppfatning av situasjonen. Innen psykisk helsevern er bruk av tolk i behandling særdeles krevende, og må i mange tilfeller oppfattes som en nødløsning. Det bør derfor legges vekt på at ansatte selv behersker samisk og får mulighet til opplæring i samisk. Inntil en slik målsetting kan oppfylles, må organiseringen av en funksjonell og profesjonell tolketjeneste prioriteres.

Få kommuner med samisk befolkning har utarbeidet kommunale planer for tjenester til mennesker med psykiske lidelser, og ennå færre har ivaretatt spesielle hensyn til samisk kultur og språk i disse. Kompetansenivået i forhold til behandling av samiske pasienter er generelt lavt hos norske helse- og sosialarbeidere, og det psykiatriske ettervernet er i liten grad tilpasset samiske langtidspasienter. Særlig for eldre senil demente samiske pasienter er situasjonen vanskelig, både fordi tillærte kunnskaper i norsk blir borte og fordi de fysiske og sosiale omgivelsene på en institusjon oppleves særlig fremmed.

Kommunene må stimuleres til å utvikle planer som også omfatter kartlegging av eksisterende ressurser og kompetansebehov i forhold til pasienter med samisk kulturbakgrunn, og en strategi for å utvikle og styrke slik kompetanse. Vurdering av behovet for tolketjeneste bør også inngå i planene. Planene bør danne grunnlag for å vurdere behovet for bistand fra og samarbeid med det fylkeskommunal psykiske helsevernet der et samisk kompetansesenter kan spille en sentral rolle med veiledning og undervisning.

Fylkeslegene må føre tilsyn med at kommunal planlegging av tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser tar hensyn til behovene til den samiske befolkning.

Departementet foreslår:

Å videreføre og øke den statlige støtten til å utvikle tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser som er særskilt tilpasset samisk språk og kultur. Støtten skal bl a medvirke til at

- *Kommunene i områder med samisk befolkning innarbeider hensynet til samenes språk og kultur i planene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser.*
- *Kompetansen i samisk og tverrkulturell psykiatri ved det voksenpsykiatriske senteret i Lakselv og det barne- og ungdomspsykiatriske senteret i Karasjohka-Karasjok utvikles videre, slik at de to sentrene får økt mulighet til å yte veiledning og undervisning til psykiatriske institusjoner og til kommuner over hele landet som betjener samer.*
- *De to sentrene utvikles videre som praksissted for fagfolk med samisk bakgrunn som er under videreutdanning og spesialistutdanning.*
- *Det settes i gang en samiskspråklig familieavdeling tilknyttet barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjohka-Karasjok.*
- *Det opprettes en akuttpsykiatrisk avdeling ved det voksenpsykiatriske senteret i Lakselv.*
- *Sentrene i Lakselv og Karasjohka-Karasjok tilbyr hospiteringsopphold for ansatte i fylkeskommunale institusjoner som tar imot samer, og til ansatte i helse- og sosialtjenesten i kommuner med samisk befolkning.*
- *Fylkeskommuner med samisk befolkning rekrutterer og utdanner fagfolk med samisk bakgrunn til sine psykiatriske helsetjenester.*
- *Universitetet i Tromsø arbeider videre med forskning og utviklingsarbeid om psykiatriske tjenester tilpasset samisk kultur, i samarbeid med kompetansesentrene i indre Finnmark og den øvrige helsetjenesten i områder med samisk befolkning.*
- *Samisk tolketjeneste ved Åsgård sykehus, Nordland psykiatriske sykehus og ved øvrig helsetjeneste i områder med samisk befolkning styrkes.*

7 Kompetanse og kvalitet: Forskning, utdanning og rekruttering av personell

For å nå målene om bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser må helse- og sosialtjenestene i kommuner og fylkeskommuner ha tilstrekkelig antall personell med tilfredsstillende kompetanse.

Dette kapitlet omhandler produksjon og spredning av kunnskaper og ferdigheter, det vil si forskning, utdanning og rekruttering av personell. I tillegg omtales tiltak for å sikre at kunnskaper og ferdigheter tas i bruk på forsvarlig måte, som er en viktig del av *kvalitetssikring* og *kvalitetsutvikling.*

7.1 BEHOV FOR ØKTE KUNNSKAPER: FORSKNING

7.1.1 Innledning

For å kunne gi bedre tilbud til mennesker som rammes av psykiske lidelser er det en rekke grunnleggende spørsmål som krever ny viten og derfor forskning. Forskningsbehovene kan deles i fire overordnede områder:

- Forskning om *utbredelse* eller *forekomst* av ulike typer av lidelser, i befolkningen generelt og i undergrupper av befolkningen *(epidemiologi).*
- Forskning om *årsakene* til de ulike typene av lidelser *(etiologi).*
- Forskning om *virkningene* av ulike typer av tiltak *(behandlingsforskning).*
- Forskning om *ressursbruk* og *organisering av tjenestene (helsetjenesteforskning).*

Forskning er en internasjonal virksomhet som skjer i mange land, og fagmiljøene i Norge har mulighet til å dra nytte av forskningsresultater fra hele verden. Det er de rike vestlige landene som leder an når det gjelder forskning om psykiske lidelser, med særlig bred og omfattende forskning i USA. Men et land som Norge kan ikke bare basere seg på forskning som skjer i andre land, men må selv bidra. For det første er det viktig at vårt land yter sin del til den samlede kunnskapsutviklingen. For det andre er forskning viktig for å kunne inneha vitenskapelig kompetanse som er nødvendig for å forstå og ta i bruk internasjonale forskningsresultater. Og for det tredje er psykiske lidelser så nært forbundet med samfunnsforhold og behandlingsresultatene så avhengig av hvordan hjelpetilbudene er organisert, at forskningen må være innrettet mot norske forhold.

Forskning om mental helse spenner over et vidt felt, og omfatter forskning om en rekke forskjellige typer lidelser som forekommer i ulike aldersgrupper. Det dreier seg om forskning som tar i bruk et vidt spekter av metoder som er knyttet til forskjellige forskningstradisjoner. Forskere med variert fagbakgrunn arbeider innenfor feltet, og forskningen er forankret i medisinske, psykologiske, sykepleiefaglige og samfunnsvitenskapelige fagmiljøer.

Forskning om mental helse er krevende, og problemstillingene omfattende og sammensatte. Som nevnt er årsakene til de fleste psykiske lidelser sammensatte og skyldes samvirke av mange forskjellige faktorer. I behandlingsforskning er det metodologisk krevende å peke ut hvilke forhold som er virksomme, og hvordan bedring kan måles. Effekt av psykoterapi, observasjonsstudier av spedbarn, virkning av medikamenter og studier av demensutvikling i hjernen er eksempler på omfattende og forskjellige forskningsområder innen dette feltet.

Visse typer av forskning er svært ressurs- og kompetansekrevende, som f eks avansert hjerneforskning eller mikrobiologisk genforskning. Forskning som krever de mest omfattende investeringene i høyteknologisk utstyr er bare mulig i de største og mest ressursrike forskningsmiljøene. Det er vanskelig for de norske forskningsmiljøene, som i internasjonal sammenheng er små, å konkurrere innenfor den mest høyteknologiske forskningen. På andre områder har Norge sammen med de andre nordiske land en del særlige fortrinn i forhold til større land, som gjør mulighetene til å drive visse former for forskning bedre. Norge har en oversiktlig befolkning og god befolkningsstatistikk, og oversiktlige helse- og sosialtjenester med offentlig styring og finansiering. Forholdene ligger derfor godt til rette for kartleggingsstudier av forekomst av ulike typer av lidelser, behandlingsforskning som sammenlikner virkningene av ulike typer av behandlingstilbud, og helsetjenesteforskning som analyserer virkningene av ressursinnsats og organisasjonsmønstre.

Psykisk helsevern har rekrutteringsproblemer i forhold til flere type fagstillinger. Forskning som bidrar til å øke fagfeltets vitenskapelige status er viktig for å få flere fagpersoner til å videreutdanne seg innenfor psykisk helsevern.

7.1.2 Organisering av forskning om mental helse i Norge

Hovedtyngden av bevilgninger til forskning innen de helsefaglige områdene kommer fra offentlige kilder med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet som bidragsytere.

Største delen av bevilgningene fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet ligger innbakt i de direkte bevilgningene til universiteter og høgskoler.

KUF's bevilgning til medisinsk forskning gjennom Norges forskningsråd går i hovedsak til grunnforskning og til rekruttering på pre- og postdoktoralt nivå. Forskningsrådet skal være en supplerende finansieringskanal for grunnforskningen ved universitetene.

Universitetene og de vitenskapelige høgskolene er sentrale grunnforskningsinstitusjoner. Det er viktig at universitetene opparbeider bred faglig kompetanse og at det gis langsiktig støtte til forskningsaktiviteter, slik at forskningsbasert undervisning av fremtidig helsepersonell og rekruttering til forskning kan ivaretas.

Medisinsk og helsefaglig grunnforskning må knyttes nært til anvendt forskning om viktige helseproblemer. Bedre diagnostikk og behandling bygger på et fundament av grunnforskning. Forskning med relevans for psykiske lidelser spenner over mange disipliner fra genforskning til farmakologi og helsetjenesteforskning. Nyvinninger innenfor forskning som er relevant for psykiske lidelser er resultat av langsiktig innsats og utvikling innen mange forskjellige fagdisipliner. For at resultatene fra grunnforskning skal kunne nyttiggjøres kreves tverrfaglig samarbeid mellom forskere med både naturvitenskapelig, helsefaglig og samfunnsfaglig bakgrunn. Det vil ofte være behov for tverrfaglige universitetsmiljøer for å gi kompetent veiledning til forskere og lærere.

Behovet for økt forskning om psykiske lidelser ledet fram til etablering av to forskningsprogrammer i regi av Norges Almenvitenskapelige Forskningsråd (NAVF). Først ble NAVF's Program for klinisk psykologisk forskning etablert i 1978, og dette programmet varte frem til 1985. I 1982 ble det etablert et eget program for å stimulere klinisk psykiatrisk forskning. Hensikten med programmene var å øke rekrutteringen til klinisk forskning, øke antall forskere som fullførte doktorgrad og øke forskningsaktiviteten i kliniske miljøer. Dessuten ble det vektlagt å fremme forskningskultur innen norsk psykologi og psykiatri. Programmene ga positive resultater, og førte til styrket forskningskompetanse. De psykologiske og psykiatriske forskningsmiljøene i Norge bidro til en øket grad av publisering i internasjonale fagtidsskrifter, og en stor økning i antall doktorgrader. Etter oppstart av Program for klinisk psykiatrisk forskning i 1982 ble det tatt flere doktorgrader i norsk psykiatri fra 1982-1990 enn det totale antall i perioden 1927-1981.

På bakgrunn av de positive resultatene, samtidig som behovet for fortsatt stimulering var erkjent, opprettet NAVF i samarbeid med Sosialdepartementet i 1989 et nytt program som ble kalt «Program for mental helse». Den første programperioden varte til 1994, og ble etterfulgt av et nytt program i perioden 1995-1999. Dette programmet omfatter flere forskningsområder, og inkluderer såvel samfunnsvitenskapelig som biologisk forskning innenfor psykiatri og psykologi. I tillegg har Norges forskningsråd flere andre programmer og satsningsområder som har betydning for forskning om mental helse. Dette gjelder f eks Program for helsetjenesteforskning, Program for rusmiddelforskning, Program for forskning om forebyggende helsearbeid, satsingen på kvinners helse, Program for helse og kultur og Program for anvendt klinisk forskning. Program for helsetjenesteforskning har avsatt øremerkede midler til helsetjenesteforskning innen mental helse.

Forskningsaktiviteteten innenfor fagfeltet er i hovedsak knyttet til universitetene og universitetsklinikkene. I tillegg drives det forskning ved høyskolene, på sykehus og ved poliklinikker, og ved forskningsinstitusjoner som f eks Statens institutt for folkehelse.

Offentlige midler til forskning bevilges av flere departementer, og fordeles via Norges forskningsråd. For 1996 ble det bevilget tilsammen 14 mill kr til Program for mental helse fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial -og helsedepartementet. I tillegg var 2 mill kr av Sosial- og helsedepartementets bevilgning til helsetjenesteforskningsprogrammet øremerket psykiatrisk helsetjenesteforskning.

Rådet for psykisk helse er en paraplyorganisasjon for ulike profesjonsforeninger, brukerorganisasjoner og ideelle humanitære organisasjoner. Rådet fikk inn midler etter TV aksjonen i 1992, og fordeler midler til forskning. I tillegg finansiereres prosjekter fra diverse legater, og fra internasjonale kilder som f eks EU og internasjonale forskningsfond. Den farmasøytiske industri gir midler særlig til prosjekter som prøver ut medikamenter.

7.1.3 Forskningsområder

Norges forskningsråd har fastsatt følgende prioriterte områder innenfor mental helse programmet:

- Klinisk forskning.
- Forskning om barn og ungdom.
- Biologisk forskning.
- Psykobiologisk/psykosomatisk forskning.
- Psykofarmakologisk forskning.
- Arv og miljø forskning.
- Epidemiologisk forskning.
- Sosialpsykiatrisk forskning.
- Rettspsykiatri og rettspsykologi.

Klinisk forskning

Klinisk forskning gjelder bl a behandlingsforskning. Det er fortsatt for lite kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som er effektive for ulike pasientgrupper. Klinisk forskning omfatter også *forløpsstudier* - dvs studier av hvordan ulike psykiske lidelser utvikler seg over tid. Gode forløpsstudier vil ofte være prosjekter som går over mange år, og som derfor trenger ressurser i lang tid. Det omfattende forskningsprosjektet i Rogaland er et eksempel på klinisk forskning (se boks 7.1). Norge har en sterk forskningstradisjon innenfor *traumer og ulykker,* men det er fortsatt behov for mer viten særlig knyttet til *seksuelle overgrep* og *senskader etter vold.* Handlingsplan mot selvmord har som et av sine delmål å stimulere til øket forskning om *selvmord.* Det er etablert et nasjonalt kompetansesenter, og regionale ressursmiljøer. Det er vektlagt at forskning om

Boks 7.1
TIPS-prosjektet i Rogaland 1997-2005
- Tidlig intervensjon ved psykoser

Sosial- og helsedepartementet støtter et stort forskningsprosjekt i Rogaland om effekt av tidlig intervensjon hos unge med begynnende symptomer på schizofrene psykoser. Et forprosjekt viste at det i gjennomsnitt gikk over to år fra psykotiske symptomer debuterte til spesialistbehandling ble gitt. Hensikten med prosjektet er å undersøke betydningen av tidlig adekvat behandling for å påvirke sykdomsutviklingen i gunstig retning. Internasjonale studier tyder på at både varigheten av schizofrene psykoser og graden av kronifisering kan påvirkes dersom optimal behandling starter tidlig i sykdomsforløpet, men dette er foreløpig ikke skikkelig dokumentert. For å komme tidlig til med behandling spres informasjon om prosjektet til allmennleger, lærere og til befolkningen generelt. Alle kan ta kontakt med et «oppdagelsesteam» som følger opp meldinger om begynnende psykotiske sykdomstegn, i samarbeid med pasienten selv og pårørende. Ved behov tilbys behandling i form av støtteorientert psykoterapi, medikamentell behandling og psykoedukativ familiebehandling. Prosjektet tar sikte på å foreta systematiske sammenlikninger av sykdomsforløp mellom pasienter som får tidlig behandling og pasienter som får vanlig behandling andre steder. Dersom det lykkes å dokumentere viktigheten av tidlig behandling og hva et optimalt behandlingstilbud bør inneholde, vil prosjektet kunne få stor betydning for organiseringen av behandlingstilbudene i hele landet og i andre land.

selvmord bør være tverrfaglig for å gi tilstrekkelig bred forskningsinnsats. Forskning om selvmord er nærmere omtalt i kapittel 5. I forhold til bruk av *tvang* er det ønskelig med mer systematisert viten om omfang og virkninger av tvangsbruk. Behandling og forløp av *ADHD* hos voksne er et eksempel på et relativt nytt klinisk område hvor forskning om virkning av medikamenter og andre behandlingstiltak er nødvendig. Behandling av *spiseforstyrrelser* er et annet klinisk område det er behov for økt forskning.

Forskning om barn og ungdoms mentale helse
Barne- og ungdomspsykiatrisk forskning i Norge var tidligere begrenset, men det har skjedd en betydelig utvikling i de senere år. Forskning innen dette feltet kan som mental helse feltet forøvrig deles inn i en rekke undergrupper, som biologisk, klinisk, etc. Pågående forskningsprosjekter om barn og ungdoms mentale helse dreier seg om behandlingsforskning, studier av barn med utviklingsforstyrrelser, kartlegging av selvmord hos ungdom, og epidemiologisk forskning. Ved Statens senter for barne - og ungdomspsykiatri har det vært drevet et omfattende prosjekt om behandling av schizofreni hos ungdom. Norges forskningsråd ønsker å prioritere behandlingsforskning og forskning knyttet til studier av mental helse hos barn og unge med fremmedkulturell bakgrunn.

Biologisk forskning
Denne type forskning er kjennetegnet ved studier av biokjemiske, fysiologiske og genetiske variablers innvirkning på mentale lidelser. Internasjonalt er dette en forskningsfront hvor det skjer en rask og omfattende utvikling. Dette forskningsområdet har tidligere vært svakt i Norge sammenlignet med andre land. I de senere år har det blitt bygget opp miljøer med spisskompetanse i forhold til biologisk psykiatri og psykologi, f eks ved Universitetet i Bergen.

Psykobiologisk og psykosomatisk forskning
Denne type forskning søker å utdype samvirket mellom psykologiske, sosiale og biologiske faktorer. For svært mange sykdommer virker disse faktorene inn i et komplisert samspill, og ny kunnskap er nødvendig for å bedre behandlingstilbudet for pasienter med psykosomatiske lidelser.

Psykofarmakologisk forskning
Dette feltet omfatter både basal og klinisk psykofarmakologisk forskning. Bruken av psykofarmaka er sentral i behandlingen av en rekke mentale lidelser, og økt kunnskap om riktig bruk og effekt er påkrevet for å bedre behandlingen for mennesker med psykiske lidelser. Det er i de senere år tatt i bruk en rekke nye medikamenter, og antall medikamenter er ventet å øke videre. Både av hensyn til behovet for best mulige medikamenter for brukerne, og samfunnsøkonomiske sider ved medikamentbruken, trengs økt forskning på dette området.

Arv og miljø forskning
Norge har markert seg internasjonalt og har en betydelig tradisjon når det gjelder bruk av tvillingstudier for å kartlegge årsakene til psykiske lidelser. Det er viktig å ta vare på og videreutvikle denne forskningstradisjonen.

Epidemiologisk forskning
I Norge ligger forholdene godt til rette for slik forskning, og resultater fra slike studier er nødvendige for å bedre kunne kartlegge behovene og planlegge tilbudene innen psykisk helsevern. Det pågår flere omfattende epidemiologiske studier i Norge.

Sosialpsykiatrisk forskning
Sosiale og kulturelle faktorers innvirkning på forløpet av mentale lidelser er sentralt i sosialpsykiatrisk forskning. Forskningsområdet omfatter ofte prosjekter med

problemstillinger både innen epidemiologi, behandlingsforskning og helsetjenesteforskning. Et eksempel er livsforhold for utskrevne langtidspasienter i kommunene, utviklingen av deres problemer over tid, og virkningene av ulike typer av tiltak. Mental helse hos innvandrere og flyktninger og deres integrasjon i norske lokalsamfunn er et annet aktuelt forskningsområde.

Rettspsykiatri og rettspsykologi
Det er flere problemstillinger innenfor disse fagområdet hvor kunnskapene er mangelfulle. Forekomst av vold og farlighet hos mennesker med psykiske lidelser og psykiske lidelser hos kriminelle er eksempler på områder hvor det er behov for forskning.

Helsetjenesteforskning
Mental helse er et satsningsområde innenfor Program for helsetjenesteforskning. Sentrale problemstillinger er virkninger av ulik organisering av behandlingstilbudene, og hva som er omfanget av behov for ulike typer av tilbud (fordeling av kapasitet og ressurser mellom ulike typer av døgnavdelinger, poliklinikker, distriktspsykiatriske sentre, mv). Et forskningsområde der det er gjort en del i Norge er forskning som kartlegger hva som kjennetegner gode institusjonsmiljøer, og hva som karakteriserer lokalsamfunn og lokale tjenestetilbud som klarer å ta imot mennesker med psykiske lidelser på en god måte etter utskrivning. Kartlegging og evaluering av samarbeidet mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er også et viktig tema for helsetjenesteforskning. Midler fra Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helse og mentale lidelser har over flere år finansiert et prosjekt som har tatt sikte på å utvikle evalueringsmetoder for psykiatriske helsetjenester. Spørsmål om hva som er mest mulig effektiv utnytting av ressursene utgjør også viktige problemstillinger. Virkningene av ulike typer av forebyggende tiltak er et annet viktig forskningsområde.

Andre skandinaviske land har *pasientregistre* i psykiatri, som er verdifulle redskaper i visse typer forskning. For å kunne studere forløp av sykdommer over tid og vurdere de langsiktige virkningene av behandling og andre tiltak, er det nødvendig å kunne gjenfinne og følge pasienter over flere år gjennom ulike behandlingssituasjoner i og utenfor institusjon og gjennom ulike faser av livet.

Departementet er i ferd med å foreta en gjennomgang av eksisterende helseregistre, og å utrede hjemmelsgrunnlaget for nye registre. Behovet for at psykiatri blir en del av helseregistrene vil bli vurdert i denne sammenheng. Helseregistre som inneholder opplysninger om psykisk helse må være utformet slik at pasientenes personvern er sikret. Det vil bli lagt fram en lovproposisjon om helseregistre, som oppfølging av *NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre* i løpet av 1998.

7.1.4 Departementets vurdering

Økt forskningsaktivitet når det gjelder psykiske lidelser er nødvendig. Det må være et mål å få fram forskningsresultater som kan spres og bidra til å heve det generelle kunnskapsnivået blant fagfolk. Forskningsbasert kunnskap er viktig for å bidra til at effektive behandlingsprinsipper med dokumentert virkning tas i bruk. Til tross for at psykiske lidelser utgjør en av de mest kostnadskrevende sykdomsgruppene, og til tross for økte bevilgninger til forskning de siste årene, er det fortsatt relativt begrensede midler som går til forskning om psykiske lidelser sammenlignet med andre store sykdomsgrupper som kreft og hjerte-kar lidelser. Det er nødvendig å videreføre og trappe opp den offentlige støtten til særskilte forskningsprogrammer rettet mot psykiske lidelser.

Over lang tid har norske forskningsmiljøer med tilknytning til mental helse forskning vært kjennetegnet av at de har vært små og sårbare. Dette kan gi lav produktivitet sammenlignet med større forskningsmiljøer hvor flere forskere går sammen om ulike prosjekter. En løsning er å etablere forskernettverk på tvers av ulike miljøer. Det er også viktig å øke antall forskere med kompetanse til å gi forskerveiledning. Dette tilsier flere stillinger på post-doktoralt nivå.

I årene som kommer må visse områder prioriteres sterkere:

– Forskning om *barn og ungdoms mentale helse.*
Dette gjelder både kartlegging av forekomst av ulike typer av psykiske lidelser, og undersøkelser av effekt av ulike typer behandling og tiltak. En særskilt utfordring som bør belyses med forskning er behovet for samordning av ulike typer av tilbud til barn og unge med omfattende og sammensatte atferdsproblemer som involverer både helsevesenet, barnevernet og rusmiddelomsorgen, og virkningene av ulike samordnings- og samarbeidstiltak.

– *Behandlingsforskning.*
Innen klinisk forskning bør behandlingsforskning som undersøker virkningene av ulike typer av behandling og sammenlikner alternative behandlingsformer særlig prioriteres.

– *Helsetjenesteforskning*
som analyserer 1) behov for ulike typer av tjenester, 2) virkninger av forebyggende tiltak, 3) virkninger av hvordan tjenestene er organisert for tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene, og 4) hvor godt ressursene utnyttes.

Psykisk helsevern i Norge er under omstilling, samtidig som mange av de viktigste fagområdene er under sterk utvikling internasjonalt. Dette gjør at både statlig og fylkeskommunal forvaltning vil ha behov for økte kunnskaper innenfor mange områder som det er viktig å få forskningsmessig belyst før beslutninger om å sette inn økte ressurser eller omorganisere tjenestetilbud

fattes, og for å få studert virkningene av tiltak som iverksettes.

Departementet vil

- *Prioritere forskning om psykiske lidelser, med særskilt vekt på finansiering av spesifikke forskningsprogrammer.*
- *Prioritere følgende forskningsområder:*
  - *Forskning om barn og unges psykiske helse*
  - *Behandlingsforskning som evaluerer ulike typer av behandling*
  - *Helsetjenesteforskning som analyserer behov for ulike typer av tjenester og evaluerer endringsprosesser, ressursbruk, virkninger av forebyggende tiltak og tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet.*
- *Vurdere å la psykiatri bli en del av de helseregistrene som utredes, for å styrke psykiatrisk forskning.*

7.2 UTDANNING OG REKRUTTERING AV PERSONELL

7.2.1 Innledning

For at mennesker med psykiske lidelser skal få tilfredsstillende tjenester trengs godt utdannet personell i tilstrekkelig antall. Personellspørsmålet har en kvalitativ og en kvantitativ side. Den kvalitative siden gjelder utdanningenes innhold: Gir utdanningene de riktige kunnskapene, ferdighetene og holdningene som trengs innen dagens helse- og sosialtjenester, slik at personellet er i stand til å møte brukernes behov?

Den kvantitative siden gjelder spørsmålet om det er nok personell innen de ulike gruppene, og om utdanningskapasiteten står i et rimelig forhold til behovene eller etterspørselen.

I behandlingen av *St meld nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring* ba Stortinget i et eget vedtak Regjeringen legge fram en *Handlingsplan for utdanning av helsepersonell,* jfr *Innst S nr 165 (1994-95).* Arbeidet med handlingsplanen pågår i departementet og denne vil bli ferdigstillet våren 1997.

Tilgang på og etterspørsel etter ulike grupper helsepersonell vil behandles i handlingsplanen, som også vil vurdere behovene for kapasitetsøkning innen de ulike utdanningstilbudene. I dette avsnittet av denne meldingen behandles en del særlige problemer for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, med forslag til tiltak.

7.2.2 Utdanningstilbud og arbeidsoppgaver for ulike personellgrupper

Mange yrkesgrupper arbeider med mennesker med psykiske lidelser. De viktigste faggruppene er leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, kliniske pedagoger, barnevernspedagoger, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Dessuten arbeider det flere ufaglærte i psykisk helsevern enn i de fleste andre sektorer i helsetjenesten.

Grunnutdanningene for de fleste aktuelle helse- og sosialpersonellgruppene er på universitets- og høgskolenivå. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utdannes i videregående opplæring. Utdanningsmyndighetene har ansvaret for grunnutdanningene, i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet.

I boks 7.1 gis en kort beskrivelse av utdanning og arbeidsoppgaver for ulike yrkesgrupper som arbeider med mennesker med psykiske lidelser. Oversikten er ikke ment å være fullstendig.

Boks 7.2
Utdanning og arbeidsoppgaver for yrkesgruppene

Yrkesgruppe	*Grunnutdanning*	*Relevante arbeidsfelt*	*Spesialistutdanning og videreutdanning*
Leger	6 års universitetsstudium som omhandler normal fysisk og psykisk utvikling, fysiske og psykiske sykdommer, diagnostikk og behandling.	Kommunehelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne. Psykisk helsevern for barn og ungdom.	Spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin, voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri.
Psykologer	6 års universitetsstudium som omhandler menneskets psykologiske utvikling og fungering; som individ, i familien og i sosiale sammenhenger.	PP-tjenesten. Barnevernet. Arbeid/attføring. Psykisk helsevern for voksne. Psykisk helsevern for barn og ungdom.	Spesialistutdanning i klinisk psykologi, arbeids- og organisasjonspsykologi, samfunnspsykologi.
Sykepleiere	3-årig høgskoleutdanning innen sykepleie, samfunnsfag og medisin.	Kommunehelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne.	1-årig fulltidsstudium i psykiatrisk sykepleie ved 16 høgskoler.
Sosionomer	3-årig høgskoleutdanning innen sosialt arbeid, samfunnsfag, atferdsfag og jus.	Sosialkontorene. Barnevernet. Psykisk helsevern for voksne. Psykisk helsevern for barn og ungdom.	20 vekttalls deltidsstudium i psykiatrisk sosialt arbeid ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.
Spesialpedagoger	Universitetsstudium eller lærerutdanning.	Psykisk helsevern for barn og ungdom.	3-årig bedriftsintern videreutdanning innen barne- og ungdomspsykiatrien som klinisk pedagog.
Barnevernspedagoger	3-årig høgskoleutdanning innen sosialpedagogisk arbeid med barn, ungdom og familier.	Barnevernet. Psykisk helsevern for barn og ungdom.	
Vernepleiere	3-årig høgskoleutdanning innen rehabilitering av funksjonshemmede.	Kommunale tilbud til funksjonshemmede, særlig psykisk utviklingshemmede. Psykisk helsevern for barn og ungdom.	
Ergoterapeuter	3-årig høgskoleutdanning med vekt på kroppslig og psykososial utvikling og funksjon, og aktiviteter brukt i opptrening av funksjoner.	Kommunehelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne.	
Fysioterapeuter	3-årig høgskoleutdanning med vekt på forebygging, behandling og rehabilitering, særlig av skader og sykdom i bevegelsesapparatet.	Kommunehelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne.	20 vekttalls deltidsstudium i psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi ved Høgskolen i Oslo.
Hjelpepleiere	Videregående skole.	Kommunehelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne.	
Omsorgsarbeidere	Videregående opplæring etter lov om fagopplæring i arbeidslivet.	Helse- og sosialtjenesten i kommunene.	
Barne- og ungdomsarbeidere	Videregående opplæring etter lov om fagopplæring i arbeidslivet.	Barnehager. Skoler. Helse- og sosialtjenesten i kommunene.	

Med *etterutdanning* forstås vanligvis kortvarige kurs hvor hensikten er å oppdatere og ajourføre grunnutdanningen, som ikke fører til kredit i form av formell kompetanse (f eks vekttall). Arbeidsgiverne og arbeidstakerne har sammen ansvar for at personalet har tilstrekkelig kompetanse i forhold til arbeidsoppgavene, og det drives omfattende bedriftsintern etterutdanning både på de enkelte arbeidssteder, av ulike fagforeninger og tverrfaglige foreninger, og av uavhengige institutter og organisasjoner.

Boks 7.3
«Støtte og lære» - Etterutdanning i kommunene

Statens helsetilsyn har i samarbeid med Norsk Fjernundervisning utarbeidet kurspakken «Støtte og lære». Målgruppen er i første rekke ansatte i helse- og sosialsektoren i kommunene, men også frivillige hjelpere, som støttekontakter og andre som møter mennesker med psykiske lidelser. Helsetilsynet er ansvarlig for det faglige innholdet, og Fjernundervisningen har produsert materialet.

Læremidlene består av et kurslederhefte, en kursbok, to videoer og et studiehefte. Videoene tar opp sju forskjellige temaer som behandles videre på kursdager. Kurset retter oppmerksomheten mot hva som skjer med hjelperen i møtet med mennesker med psykiske lidelser. Kurset gir ikke opplæring i diagnostikk eller behandling, men kan utvides med slike temaer. Målet med kurset er å øke hjelpernes trygghet og faglige refleksjon. Kurset er ment å være tverrfaglig.

Kurspakken ble sendt alle landets kommuner i januar 1997. Kommunene har selv ansvaret for å arrangere kurs for sine ansatte. Departementet har anbefalt at kommunene nytter øremerkede midler til å arrangere kurs basert på denne læremiddelpakken.

Videreutdanning bygger på en grunnutdanning og brukes om formalisert utdanning, og avsluttes vanligvis med en eksamen. Videreutdanning innebærer spesialisering innenfor et fagområde. For visse grupper som sykepleiere og sosionomer drives videreutdanning av høgskolene. For andre grupper, som leger og psykologer, driver fagforeningene *spesialistutdanning*. Det finnes også private institutter som utdanner leger og psykologer i psykoterapi og psykoanalyse.

Tverrfaglige utdanninger
Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet har fastsatt at en del av grunnutdanningene ved høgskolene skal være felles for ulike helsepersonellgrupper. For sju forskjellige helse- og sosialfagutdanninger skal rammeplanene inneholde 10 vekttall som skal være felles for alle gruppene. Dette er gjort for å fremme tverrfaglighet og gjensidig forståelse for hverandres arbeid allerede i grunnutdanningen.

I tillegg til de *videreutdanningene* som er nevnt i boks 7.1 som gjelder for hver enkelt yrkesgruppe, finnes det også en rekke tverrfaglige videre- og etterutdanningstilbud. Disse drives av ulike foreninger og frittstående institutter. *Psykoterapiutdanningen* er felles for leger og psykologer, og drives av slike institutter. Utdanning i *gruppeterapi* drives også av et slikt institutt, og er åpen for alle universitets- og høgskoleutdannede personellgrupper i helse- og sosialtjenesten. Videreutdanning i *miljøterapi* drives som et samarbeid mellom Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) og Høgskolen i Oslo, og gir 20 vekttall i høgskolesystemet. Utdanningen er åpen for alle miljøterapeutgrupper med 3-årig grunnutdanning (barnevernspedagoger, vernepleiere, sykepleiere og andre), enten disse er ansatt i barne- og ungdomspsykiatrien eller i barnevernet. Tilsvarende tverrfaglig videreutdanning i miljøterapi starter i 1997 ved regionsenteret i Trondheim, og er under planlegging i Tromsø og Bergen.

Utdanningstilbudene i *familieterapi* er svært mangfoldige. Innen barne- og ungdomspsykiatrien driver Nic Waals institutt utdanning i familieterapi som del av videreutdanningen for leger, psykologer, sosionomer og kliniske pedagoger. SSBU driver en tverrfaglig videreutdanning i familieterapi i samarbeid med Diakonhjemmets høgskolesenter i Oslo og Institute of Family Therapy i London som gir 20 vekttall i høgskolesystemet. Utdanningen har også en videregående påbygning som nå søkes godkjent med ytterligere 20 vekttall. Tverrfaglig videreutdanning i familieterapi planlegges også ved regionsentrene i Tromsø, Trondheim og Bergen. I tillegg driver flere private institutter og foreninger tverrfaglig videreutdanning i familieterapi.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har vedtatt ny rammeplan for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid på høgskolenivå. Etter planen skal utdanningen bestå av en felles del på 10 vekttall og en valgfri fordypningsdel i enten sykepleie, sosialt arbeid, fysioterapi eller ergoterapi, samt en tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid. Etter forslaget skal den nye tverrfaglige videreutdanningen på sikt erstatte dagens fagspesifikke videreutdanninger ved høgskolene (psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid, psykosomatisk og psykomotorisk fysioterapi).

7.2.3 Departementets vurdering

Utdanningstilbudet for personell som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser er svært mangfoldig, og til dels uoversiktlig. Samtidig er det skjedd viktige endringer i tjenestetilbudenes organisering, og i synet på hva som er gode tilbud for brukerne av tjenestene.

Boks 7.4
Oversikt over tverrfaglige videre - og etterutdanningstilbud

Utdanning	*Målgruppe*	*Drives av*	*Bedriftsintern praksis-under-visning ved*	*Omfang*
Miljøterapi	Barnevernspedagoger Vernepleiere Sykepleiere	Høgskolen i Oslo	Statens senter for barne- og ung-domspsykiatri	Deltids-studium - 20 vekttall
Familieterapi	Alle grupper i barne- og ungdomspsykiatrien med minst 3-årig grunn-utdanning	Diakonhjemmets høgskolesenter	Statens senter for barne- og ung-doms-psykiatri	Deltids-studium - 20 vekttall
Familieterapi	Forskjellige grupper	Institutter, fagforeninger		2-4 år
Lokalt basert videreutdan-ningsprogram i familieterapi	Alle grupper i barne- og ungdomspsykiatrien med minst 3-årig grunnutdanning	Nic Waals institutt Regionsentrene	Den ansattes institusjon	1-2 år
Miljøarbeid med mennesker som har sammen-satte funksjons-vansker	Vernepleiere og andre	Høgskolene i Akershus og Nord-Trøndelag	Den ansattes institusjon	Deltids-studium - 20 vekttall
Gruppeterapi	Leger Psykologer Sykepleiere Sosionomer	Institutt for gruppeanalyse		1-5 år

Tjenestetilbudene er blitt vesentlig mindre institusjonsbaserte, det er utviklet åpne og lokale spesialisttilbud som skal samarbeide nært med kommunene, og det er tydeliggjort at kommunene har ansvaret for alminnelige helse- og sosialtjenester til mennesker med psykiske lidelser. Det stilles større krav til samarbeid og god kommunikasjon mellom fagfolk som arbeider i ulike etater på forskjellige forvaltningsnivåer.

På den annen side er tjenestetilbudene blitt mer differensierte og spesialiserte, og det er på mange områder ytterligere behov for spesialisering. Brukerne har behov for tjenester som er særlig tilpasset deres behov, og det er behov for å utvikle ulike typer av spesialkompetanse på forskjellige områder som er for dårlig dekket idag. Eksempler på problemområder som krever økt kompetanse er spiseforstyrrelser, tidlig behandling av schizofrene lidelser, rusmiddelmisbruk kombinert med alvorlige psykiske lidelser, og flyktninger med alvorlige traumer etter krigshandlinger og flukt.

Disse utfordringene må det tas hensyn til, både når det gjelder det faglige innholdet i de ulike utdanningene, og deres organisering. Det er behov for:

- At hver enkelt utdanning er tilpasset endringer i arbeidsoppgaver og brukernes behov.
- At det er tilstrekkelig felles faglige kunnskaper og holdninger i de ulike utdanningene, slik at kommunikasjon og samarbeid lettes.
- At hver utdanning er tilstrekkelig spesialisert til at hver yrkesgruppe kan ivareta spesialiserte arbeidsoppgaver som er nødvendige for at brukerne skal få de tjenester som trengs.

Paradoksalt nok medfører dette *både* behov for samordning mellom utdanningene, og behov for økt spesialisering. Det blir viktig å finne fram til de områdene av utdanningene der samordning med fordel kan gjennomføres for å fremme samarbeid og felles faglig forståelse. På den annen side er det også nødvendig å finne fram til de områdene som krever økt spesialisering eller fordypning for at brukerne skal få de tjenestene som det er behov for.

Departementet vil gå inn for at det undersøkes om det er deler av universitetenes undervisning i medisin og psykologi som med fordel kan samordnes. Medisi-

nerstudiet bør dessuten gjennomgås for å få vurdert om undervisningen om psykiske lidelser er omfattende og god nok, på bakgrunn av at de fleste leger, og særlig allmennlegene, i økende grad må gi tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Utformingen av *spesialistutdanningene* har hittil i stor grad vært overlatt profesjonsforeningene. Selv om endringer i spesialistutdanningen for leger formelt må forelegges Statens helsetilsyn til godkjenning, har det vært Legeforeningen som har hatt initiativet når det gjelder å utforme spesialitetenes form og innhold, mens staten har hatt en lite aktiv rolle i dette. I *St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* går departementet inn for en sterkere statlig styring av legespesialistutdanningen, og foreslår å opprette et nasjonalt råd for spesialistutdanning. Departementet går dessuten inn for å innføre krav om etterutdanning for spesialister for at spesialistgodkjenningen skal opprettholdes, slik som det er innført for spesialister i allmennmedisin. Det foreslås at dette gjøres gjeldende for alle legespesialiteter.

Når det gjelder spesialistordninger for psykologer, foreligger det foreløpig ikke lovhjemmel for direkte statlig styring av disse. I forslaget til ny helsepersonellov vil departementet foreslå at det innføres en hjemmel som gir staten adgang til å styre videreutdanning og eventuell spesialistgodkjenning for alle helsepersonellgrupper.

Departementet mener at det er grunn til å se *samlet* på de ulike spesialistutdanningene og de profesjonsdrevne eller bedriftsinterne videreutdanningene innen psykisk helsearbeid. Disse utdanningen er svært forskjellige. En del av forskjellene er begrunnet i at yrkesgruppene har ulike arbeidsoppgaver, og i behovet for spesialisering og fordypning. Andre forskjeller har vokst fram mer tilfeldig, på bakgrunn av mangelfull kommunikasjon mellom gruppene, eller som uttrykk for særinteresser som ikke alltid er godt faglig begrunnet.

Videreutdanningene og spesialistutdanningene bør dessuten gjennomgås for å få vurdert hvordan kompetansebehovene kan dekkes når det gjelder brukergrupper som får for svake tilbud i helsevesenet idag. Det må vurderes om opplæringen når det gjelder spiseforstyrrelser, psykosebehandling, rusmisbruk, og en rekke andre områder hvor det er behov for mer spesialisert kompetanse bør styrkes i videreutdanningene generelt, eller om det trengs mer spesialiserte utdanningstilbud i tillegg til de generelle videreutdanningene. Sannsynligvis vil det for mange kunnskapsområder hvor kompetansen er for svak være aktuelt med begge tilnærminger.

Kunnskapsgrunnlaget for behandling og andre tiltak for mennesker med psykiske lidelser utvides stadig, og det er behov for kontinuerlig etterutdanning. Den planlagte etter- og videreutdanningsreformen vil kunne få stor betydning for å bedre etterutdanningsmulighetene for personell som arbeider med mennesker med psykiske lidelser.

7.2.4 Personellsituasjonen - behovet for arbeidskraft

Det er svært vanskelig å komme med anslag for hva som er den ideelle dekningen av ulike personellgrupper for at mennesker med psykiske lidelser skal få optimale tilbud. Anslag for behov for personell må nødvendigvis ta utgangspunkt i *etterspørselen.*

I *kommunene* føres det ikke statistikk for stillinger og personell som arbeider med mennesker med psykiske lidelser særskilt. Kommunale tjenester til disse gruppene dekkes vanligvis av personell som har generelle oppgaver og betjener alle typer brukere, og det finnes derfor ikke vakanstall eller andre typer tall for udekket etterspørsel som gir et uttrykk for behovene.

For det fylkeskommunale psykiske helsevernet finnes det statistikk både for antall stillinger og for antall utførte årsverk for de forskjellige yrkesgruppene. Differansen mellom disse to størrelsene utgjør antall ubesatte stillinger, eller *vakanstallene.*

Statistikken er imidlertid mangelfull og av lav kvalitet. SINTEF NIS utgir i *Samdata psykiatri* kvalitetskontrollert statistikk for antall utførte årsverk av forskjellige typer helsepersonell i ulike psykiatriske institusjoner. Men det utgis ikke tilsvarende statistikk for antall opprettede stillinger, og vakanstallene blir dermed usikre. Statistikk for antall opprettede stillinger samles inn av SSB, men har i de siste årene ikke vært utgitt. Departementet har fått tall fra SINTEF NIS som bare delvis er kvalitetskontrollert.

I tillegg utgir ULS (Utvalg for leger og stillingstruktur) tall for ubesatte legestillinger i sine årsmeldinger. Vakanstallet fra ULS for 1995 for voksenpsykiatere stemmer godt overens med tallet fra SINTEF NIS. For barne- og ungdomspsykiatere derimot er NIS-tallet nesten dobbelt så høyt som ULS-tallet. I det følgende gjengis tallene fra NIS.

Tabell 7.1 viser antall opprettede stillinger for ulike grupper i psykisk helsevern i 1995, og vakanstallene.

Tabell 7.1 Antall opprettede stillinger i psykisk helsevern for ulike personellgrupper i 1995, antall vakante stillinger* og % vakante stillinger av totalt antall opprettede stillinger*.*

		Psykiatere	Andre leger	Psykologer	Spes-sykepl	Andre sykepleiere	Hjelpepleiere	Sosionomer	Annet terapipersonell
Voksenpsykiatri	Stillinger	525	328	579	3291	1421	4088	425	856
	Vakanser	109	3	58	1193	-307	18	40	98
	% vakans	21	1	10	36	-22	0	9	11
Barne- og ungd psykiatri	Stillinger	118	78	302				232	742
	Vakanser	47	14	-1				26	48
	% vakans	40	18	0				11	6

* omregnet til hele stillinger.
«Annet terapipersonell» omfatter innen voksenpsykiatrien alt personell utenom sosionomer og sykepleiere med 3-årig høgskoleutdanning. Innen barne- og ungdomspsykiatri omfatter «Annet terapipersonell» i tillegg også sykepleierene.

Kilde: Upublisert materiale fra SINTEF NIS.
Tallene inneholder en del unøyaktigheter.

Vakanstallene er høyest for barne- og ungdomspsykiatere, hvor hele 47% av stillingene er ubesatt, og hvor også 14% av øvrige legestillinger er ubesatt. Det er også et høyt vakanstall for psykiaterne i voksenpsykiatrien (21%), men her er nesten alle øvrige legestillinger besatt.

Ellers er det også høye vakanstall for spesialsykepleiere i voksenpsykiatrien (36%), men en del av disse stillingene er besatt av andre sykepleiere. For sykepleiergruppen samlet i voksenpsykiatrien er vakansprosenten 19.

Vakansprosenten er moderat for psykologer, sosionomer og annet terapipersonell i voksenpsykiatrien, og for sosionomer i barne- og ungdomspsykiatrien. For alle disse gruppene ligger vakansene rundt 10%. Det er ingen vakans for psykologer i barne- og ungdomspsykiatrien, og heller ikke for hjelpepleierne i voksenpsykiatrien.

Vakansprosenten har vært økende de siste årene for flere grupper, på tross av en sterk vekst i antall besatte stillinger eller utførte årsverk. Når vakanstallene allikevel har øket, skyldes det at antall *opprettede* stillinger har økt mer enn antall *besatte* stillinger.

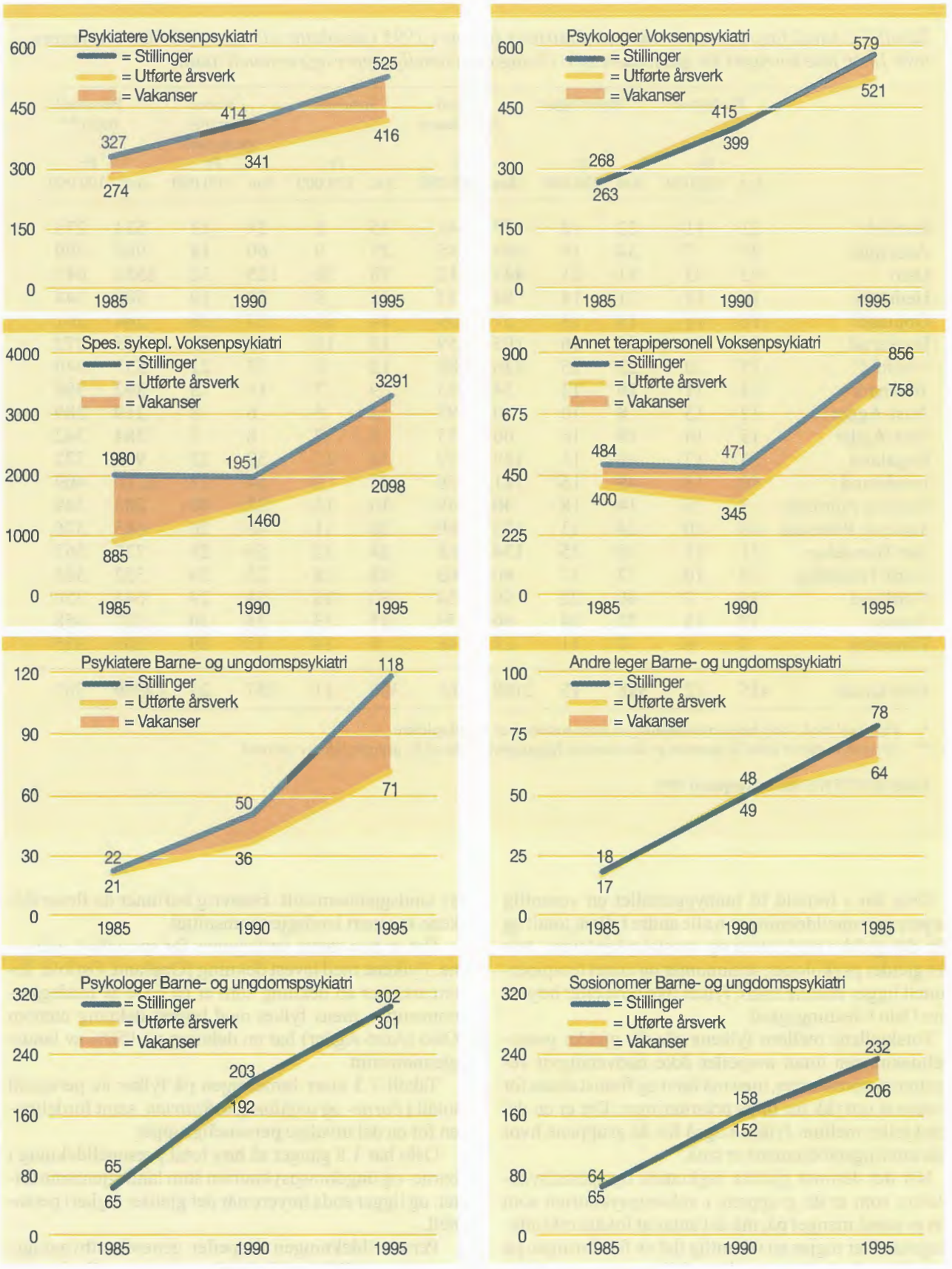
Figur 7.1 viser utviklingen i antall opprettede stillinger, antall utførte årsverk og vakansprosenten fra 1985 til 1995 for en del yrkesgrupper.

For alle de gruppene som utviklingen gjengis for i figuren har det vært en betydelig vekst i antall utførte årsverk fra 1985 til 1995, men vakansprosentene er steget som følge av en enda kraftigere vekst i antall opprettede stillinger. Den gruppen som er gått tilbake innen psykisk helsevern er de ufaglærte, som tidligere fylte opp stillinger som ikke ble besatt av fagpersonell. Denne utviklingen er beskrevet i avsnitt 3.4.3.7.

Innen *psykisk helsevern for voksne* har antall utførte årsverk for psykiatere steget med 52% fra 1985 til 1995, mens antall opprettede stillinger har økt med 61%, slik at vakansen er økt fra 16% til 21%. For spesialsykepleierne gikk antall stillinger ned fra 1985 til 1990, antakelig som følge av omgjøring av stillinger som følge av rekrutteringsproblemene. Fra 1990 til 1995 har det igjen vært en sterk vekst i antall stillinger, og en vekst i vakansprosenten på tross av en betydelige økning av antall utførte årsverk. Psykologene har hatt en meget kraftig vekst i antall stillinger med hele 120% i perioden, og rekrutteringen har nesten holdt følge med denne slik at vakansprosenten er forholdsvis lav.

Det var svært få barne- og ungdomspsykiatere i *psykisk helsevern for barn og ungdom* i 1985, og veksten av utførte årsverk har vært på hele 238% fram til 1995. Men veksten i antall stillinger var i samme periode hele 436%, slik at vakansen økte fra 5% til 40%. En tilsvarende utvikling er det for andre leger. Også for psykologene har det vært en sterk vekst i antall stillinger (365%), men rekrutteringen har holdt følge med denne slik at vakansprosenten er null. For sosionomene har det også vært sterk vekst både i antall stillinger og i rekrutteringen, med lavt vakanstall som resultat.

Det er betydelige *geografiske variasjoner* når det gjelder personelldekning og vakanser. Tabell 7.2 viser hvordan en del personellgrupper i *voksenpsykiatrien* er fordelt på fylker i forhold til folketallet.



Figur 7.1 Antall opprettede stillinger, antall utførte årsverk og utviklingen av vakanser for en del yrkesgrupper i psykisk helsevern fra 1985 til 1995.

Kilder: Tall for 1985 og 1990: SSB Helseinstitusjoner. Årsverk 1995: SINTEF NIS Samdata psykiatri 1995. Stillinger 1995: Upubliserte tall, SINTEF NIS

Tabell 7.2 Antall fagpersoner i voksenpsykiatrien i fylkene i 1995 i absolutte tall og pr 100.000 innbyggere over 18 år, ikke korrigert for gjestepasienter. Utvalgte personellgrupper og personell totalt.

	Psykiatere		Psykologer		Spesial-sykepleiere		Sosionomer		Annet terapi-personale*		Personell totalt **	
	Ant.	Pr 100.000	Ant.	Pr 100.000	Ant.	Pr 100.000	Ant.	Pr 100.000	Ant.	Pr 100.000	Ant.	Pr 100.000
Østfold	21	11	22	12	77	41	15	8	24	13	524	278
Akershus	25	7	34	10	149	45	29	9	60	18	968	290
Oslo	92	23	81	21	445	112	78	20	125	32	2532	641
Hedmark	16	11	21	14	84	57	13	9	28	19	506	344
Oppland	16	11	19	13	57	39	14	10	37	26	564	391
Buskerud	26	14	28	16	105	59	18	10	42	23	665	372
Vestfold	15	10	23	15	136	86	12	8	33	21	537	340
Telemark	14	11	16	13	54	43	9	7	16	13	392	308
Aust-Agder	12	15	8	10	70	93	4	5	6	8	219	289
Vest-Agder	15	14	18	16	60	53	8	7	8	7	384	342
Rogaland	33	12	40	15	129	49	33	13	59	23	974	372
Hordaland	40	13	49	15	181	56	28	9	54	17	1310	409
Sogn og Fjordane	7	9	14	18	40	49	10	13	32	40	283	349
Møre og Romsdal	18	10	24	13	125	69	20	11	48	26	685	376
Sør-Trøndelag	21	11	30	15	134	68	24	12	56	28	727	367
Nord-Trøndelag	10	10	17	17	60	63	18	18	23	24	352	365
Nordland	14	7	40	22	99	54	30	16	54	29	644	350
Troms	17	15	27	24	66	59	15	13	35	30	527	458
Finnmark	3	6	7	11	27	46	8	14	17	29	206	355
Hele landet	415	12	518	15	2100	63	386	11	757	23	12999	387

* Personell med 3-årig høgskoleutdanning utenom sosionomer og sykepleiere.
** Personell totalt er ikke lik summen av forannevnte faggrupper, da en rekke grupper ikke er tatt med.

Kilde: SINTEF NIS Samdata psykiatri 1995

Oslo har i forhold til innbyggertallet en vesentlig høyere personelldekning enn alle andre fylker, totalt og når det gjelder psykiatere og spesialsykepleiere. Når det gjelder psykologer, sosionomer og annet terapipersonell ligger enkelte andre fylker like høyt eller høyere enn Oslo i dekningsgrad.

Forskjellene mellom fylkene når det gjelder personelldekningen totalt avspeiler ikke nødvendigvis rekrutteringsproblemer, men må først og fremst anses for å være et uttrykk for ulike prioriteringer. Det er en del forskjeller mellom fylkene også for de gruppene hvor rekrutteringsproblemene er små.

Når det derimot gjelder psykiatere og spesialsykepleiere som er de gruppene i voksenpsykiatrien som det er størst mangel på, må det antas at lokale rekrutteringsvansker utgjør en vesentlig del av forklaringen på den skjeve fordelingen mellom fylkene.

Når det gjelder psykiatere har fylkene med lavest dekning (Akershus og Nordland) en dekning på 60% av landsgjennomsnitt, mens det fylket utenom Oslo som har høyest dekning (Aust-Agder) ligger på 122% av landsgjennomsnitt. Forøvrig befinner de fleste fylkene seg nært landsgjennomsnittet.

Det er noe større variasjoner for spesialsykepleierne. Fylkene med lavest dekning (Oppland, Østfold, Telemark) har en dekning som er ca 65% av landsgjennomsnittet, mens fylket med høyest dekning utenom Oslo (Aust-Agder) har en dekning på 150% av landsgjennomsnitt.

Tabell 7.3 viser fordelingen på fylker av personell totalt i *barne- og ungdomspsykiatrien,* samt fordelingen for en del utvalgte personellgrupper.

Oslo har 1,8 ganger så høy total personelldekning i barne- og ungdomspsykiatrien som landsgjennomsnittet, og ligger enda høyere når det gjelder faglært personell.

Personelldekningen avspeiler generelt utbyggingsgraden og politiske prioriteringer. Men særlig for barne- og ungdomspsykiatere er dekningsgraden i stor grad påvirket av rekrutteringsproblemet. Klarest kommer dette til uttrykk for Aust-Agder og Sogn og Fjordane som på grunn av rekrutteringsproblemet ikke

Tabell 7.3 Antall fagpersoner i barne- og ungdomspsykiatrien i fylkene i 1995 i absolutte tall og pr 100.000 innbyggere 0-18 år, ikke korrigert for gjestepasienter. Utvalgte personellgrupper og personell totalt.

	Barne- og ungdoms-psykiatere		Psykologer		Sosionomer		Annet terapi personell*		Personell totalt**	
	Ant.	Pr. 100.000	Ant.	Pr. 100.000	Ant.	Pr. 100.000	Ant.	Pr. 100.000	Ant.	Pr. 100.000
Østfold	5	9	12	24	14	28	35	67	91	176
Akershus	3	3	24	23	17	16	69	64	173	163
Oslo	15	16	52	56	44	51	116	124	302	323
Hedmark	2	6	10	26	8	20	31	78	76	196
Oppland	3	8	8	20	4	9	21	55	46	118
Buskerud	3	6	11	21	9	18	28	55	77	152
Vestfold	2	4	8	17	5	11	23	48	49	104
Telemark	1	3	11	30	5	14	8	22	30	83
Aust-Agder	0	0	7	29	3	12	12	50	32	132
Vest-Agder	2	5	11	29	6	14	13	33	39	102
Rogaland	5	5	15	16	9	9	44	46	108	113
Hordaland	7	7	20	19	9	8	42	40	127	123
Sogn og Fjordane	0	0	11	42	8	30	15	54	42	156
Møre og Romsdal	2	3	19	32	11	19	17	29	59	100
Sør-Trøndelag	5	8	9	15	7	12	38	64	87	146
Nord-Trøndelag	1	3	8	24	4	13	6	19	24	77
Nordland	3	5	21	37	20	34	31	54	88	154
Troms	1	3	23	64	6	17	24	67	83	230
Finnmark	2	11	4	24	7	35	20	105	47	254
Hele landet	62	6	284	28	196	19	593	59	1580	156

SSBU er ikke medregnet.
* Personell med 3-årig høgskoleutdanning, utenom sosionomer, inkludert sykepleiere.
** Personell totalt er ikke lik summen av forannevnte faggrupper, da en rekke grupper ikke er tatt med.

Kilde: SINTEF NIS Samdata psykiatri 1995.

hadde en eneste barnepsykiater ved årets slutt i 1995. Også andre fylker har svært lav dekning av barnepsykiatere, slik at de store forskjellene mellom fylkene for denne gruppen i vesentlig grad må anses å skyldes rekrutteringsproblemet.

7.2.5 Departementets vurdering

Statistikken for antall opprettede og vakante stillinger i psykisk helsevern må bedres, slik at det blir mulig å følge utviklingen nøye over tid. I tillegg bør det innføres et rapporteringssystem som kan gi tall for utviklingen i kommunene, f eks som del av *Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene* («Hjulet») som utgis av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn.

Ut fra vakanstallene i psykisk helsevern er det stort behov for å øke tilgangen på både voksenpsykiatere og barne- og ungdomspsykiatere. Det er også behov for å øke tilgangen på sykepleiere med spesialutdanning. For de andre gruppene er dagens personelldekning innen psykisk helsevern isolert sett rimelig god. Arbeids- og organisasjonsformene er imidlertid under omlegging. En del av tjenestetilbudene innen det fylkeskommunale psykiske helsevernet må få en klarere spesialistprofil, og det må utvikles nye, mer spesialiserte og differensierte behandlingstilbud til en del grupper. Dette vil ytterligere øke etterspørselen etter psykiatere og psykologer med spesialisert kompetanse. Kommunene skal i økende grad yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Dette vil øke behovet for sykepleiere og andre høgskoleutdannede helse- og sosialfaggrupper med videreutdanninger som er relevante for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Dessuten er det behov for etterutdanningstilbud for personell med kortere utdanning; som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, hjemmehjelpere, mv. Helsetilsynets etterutdanningspakke «Støtte og lære» er særlig utviklet for denne målgruppen (Boks 7.2).

Departementet er i gang med å utarbeide forenklede regler for godkjenning av utenlandsk utdannet helse-

Tabell 7.4 Opptak av studenter innen helse - og sosialfaglige utdanninger i Norge 1990 - 1995.

Utdanning	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Økning i %, 1990-95	Anslått full-føringsgrad i %
Leger	310	345	346	417	421	**416	34	100
Psykologer	112	134	144	148	164	**208	86	80
Sosionomer	353	367	513	620	622	727	106	85
Sykepleiere	2519	2768	3125	3194	3346	3565	42	90
Hjelpepleiere	*	*	*	*	3520	3520	-	90
Barnevern ped	220	306	620	547	542	648	195	76
Ergoterapeuter	80	144	146	178	178	178	65	81
Fysioterapeuter	184	220	254	262	271	303	65	90
Vernepleiere	300	535	587	512	523	584	95	81
Totalt	4078	4819	5735	5878	9587	10149	149	-

* Tall foreligger ikke
** I tillegg kommer ca 100 leger og ca 10 psykologer som utdannes hvert år i utlandet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

personell. Dette vil både kunne bidra til å øke tilgangen på helsepersonell, og rekruttere helsepersonell med tverrkulturell kompetanse. I områder med stor andel innvandrerbefolkning bør det legges vekt på kjennskap til innvandrergruppers språk og kultur ved ansettelser.

7.2.6 Tilgangen på personell

Tilgangen av kvalifisert personell til psykisk helsevern og til de delene av den kommunale helse- og sosialtjenesten som skal yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser er avhengig av tre forhold:

- Kapasiteten i de ulike grunnutdanningene.
- Hvor stor andel av dem som kommer fra grunnutdanningene som velger psykisk helsevern som arbeidsområde, eller andre arbeidsområder der de skal yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser.
- Kapasiteten i videreutdanningene.

7.2.6.1 Tilgang på personell fra grunnutdanningene

Tabell 7.4 viser utviklingen i utdanningskapasiteten for de viktigste grunnutdanningene, i form av opptak ved de ulike studiene i Norge.

Tabell 7.5 Nye godkjente spesialister i voksenpsykiatri og barne - og ungdomspsykiatri pr år 1990 - 1995 i forhold til totalt antall godkjente spesialister pr år.

	1990		1991		1992		1993		1994		1995			
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	% gj.sn	Totalt antall
Spesialister totalt	590	100	687	100	573	100	530	100	565	100	678	100	100	
Voksen-psykiatere	31	5.3	39	5.7	36	6.3	27	5.1	34	6.0	35	5.2	5.6	872
Barne- og ungd psyk	10	1.7	3	0.4	2	0.3	6	1.1	9	1.6	1	0.1	0.8	117
Toalt, psykiatri	41	6.7	42	6.1	38	6.6	33	6.2	43	7.6	36	5.3	6.4	989

Kilde: Den Norske Lægeforening, 1996.

Tabell 7.6 Nye psykologspesialister 1990-95 etter spesialitet

Spesialitet	1990 - 1991	1992 - 1993	1994 - 1995	Spesialister i 1996 antall	%
Klinisk psykologi	183	101	188	1053	94,3
Samfunnspsykologi	-	10	3	12	1,1
Arbeids - og organisasjonspsykologi	3	6	7	52	4.7
Totalt	186	117	198	1117	100,1

Kilde: Norsk psykologforening

Det har i perioden 1990-95 vært en sterk økning i kapasiteten i grunnutdanningene for alle grupper helse- og sosialpersonell, med unntak av hjelpepleiere. Totalt vil det hvert år framover utdannes mer enn 6000 flere helse- og sosialarbeidere enn i 1990. Antall studieplasser for medisinerstudenter har økt noe lavere enn for de andre gruppene, men fra 1996 er antall studieplasser i medisin ytterligere økt til 491. Antall studieplasser for psykologstudenter er økt til 220.

7.2.6.2 Tilgang på spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri

Tabell 7.5 viser antall voksenpsykiatere og barne- og ungdomspsykiatere som er utdannet de senere år, i absolutte tall og i prosent av utdanningen av legespesialister totalt.

Antallet nye voksenpsykiatere som er utdannet har variert en del fra år til år, men har holdt seg omtrent konstant rundt ca 30 pr år. Andelen av det totale antall legespesialister som utdannes hvert år har også vært omtrent konstant.

Antallet nye barne- og ungdomspsykiatere pr år har vært lavt med store svingninger fra år til år, slik at det er vanskelig å angi noen tendens over tid. Antallet er imidlertid svært lavt i forhold til behovet (antall vakanser).

Det er ingen flaskehalser av betydning i spesialistutdanningen for psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere som begrenser antall leger som går igjennom disse spesialistutdanningene. Antall nye spesialister som utdannes er derfor bare avhengig av to forhold: 1) Antall nye leger som utdannes (kapasiteten i grunnutdanningen), og 2) hvor stor andel av legekullene som velger å spesialisere seg i psykiatri.

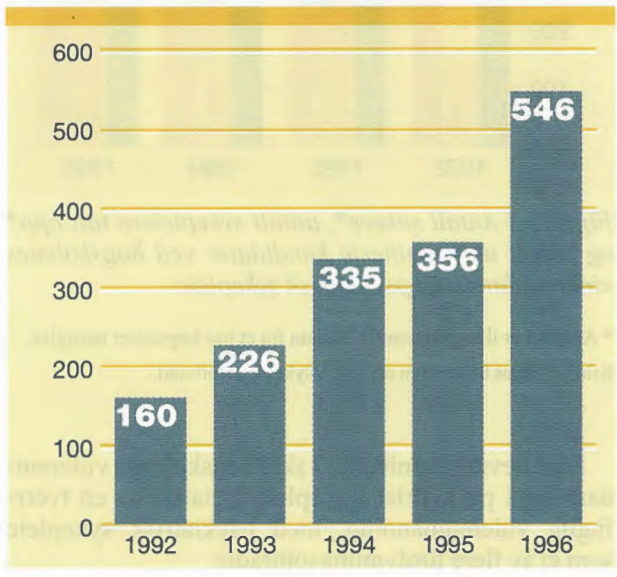
7.2.6.3 Tilgang på psykologspesialister

Tabell 7.6 viser antall psykologer som er godkjent som spesialister i toårsperioder fra 1990 til 1995.

Flertallet av psykologer som spesialiserer seg gjør dette innen klinisk psykologi. Antall godkjente spesialister i klinisk psykologi pr år har imidlertid ikke vært økende de senere årene. Det er ikke begrensende kapasitetsfaktorer av betydning i selve spesialistutdanningen for kliniske psykologer, utover arbeidsplasser som gir relevant praksis. Med en forventet økning i antall stillinger for psykologer innen psykisk helsevern vil ikke det utgjøre noe problem.

7.2.6.4 Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie

Det har vært en betydelig økning i antall studieplasser ved høgskolene som gir videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Figur 7.2 viser utviklingen fra 1992 til 1996:



Figur 7.2 Antall studieplasser ved høgskolene for videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.

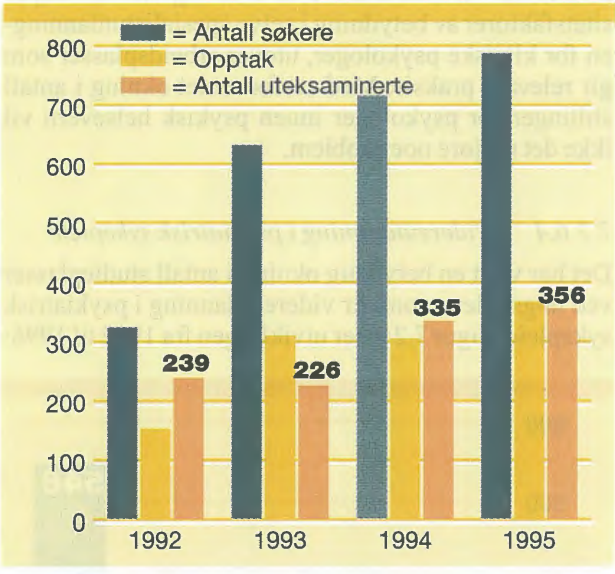
Kilde: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Den samlede økningen i utdanningskapasiteten i perioden har vært på hele 240%. Dette skyldes ikke minst at midler fra Statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse (statsbudsjettets kap 743) har vært brukt til å opprette nye studieplasser. En vesentlig del av studieplassene er plasser i deltidsstudier, for at

videreutdanningen lettere skal kunne kombineres med arbeid.

Tilskuddsmidlene har også vært brukt til å støtte kommunene, for at kommunalt personell skulle kunne ta videreutdanning. Målet har vært å øke antall sykepleiere og andre med psykiatrisk videreutdanning i kommunene. Dette har også skjedd. Antall ansatte psykiatriske sykepleiere i kommunene er økt fra 478 i 1994 til 612 i 1995, en økning på 28% på ett år. Interessen blant sykepleiere for å søke til denne videreutdanningen er stor, og det har vært en markant økning i antall sykepleiere som har søkt.

Figur 7.3 viser utviklingen i antall søkere og antall sykepleiere som er tatt opp i videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie, og i antall uteksaminerte kandidater:



Figur 7.3 Antall søkere, antall sykepleiere tatt opp* og antall uteksaminerte kandidater ved høgskolenes videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.*

* Antallet er ikke fullstendig da data fra et par høgskoler mangler.

Kilde: Statens helsetilsyn og Norsk sykepleierforbund.

Som nevnt i avsnitt 7.2.2 skal høgskolenes videreutdanning i psykiatrisk sykepleie erstattes av en tverrfaglig videreutdanning, med psykiatrisk sykepleie som et av flere fordypningsområder.

7.2.7 Departementets vurdering

Som nevnt vil departementet komme tilbake med mer omfattende vurderinger av personellsituasjonen i helsevesenet i *Handlingsplan for utdanning av helsepersonell*, som vil inneholde mer omfattende analyser av behovene for endringer i utdanningskapasiteten for de enkelte grupper.

Det er også viktig å bruke de personellressursene som finnes på en hensiktsmessig og effektiv måte. Departementet vil i oppfølgingen av *NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus* legge vekt på at dette også skjer i psykisk helsevern.

Det er imidlertid allerede nå klart at tilgangen på en del viktige personellgrupper som arbeider med mennesker med psykiske lidelser må økes.

Psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere

Vakanstallene for disse gruppene har økt de siste årene, samtidig som antall nyutdannede har vært svingende, men omtrent konstant. Utdanningen av nye spesialister innen disse to gruppene må økes. Da det ikke er kapasitetsbegrensninger av betydning i selve utdanningene, må økningen av antall kandidater skje ved at utdanningen av antall leger øker, ved at flere av legene velger å spesialisere seg innen psykiatri, eller begge deler. Spørsmålet om å øke kapasiteten i medisinerutdanningen vil bli tatt opp i handlingsplanen. Det er imidlertid viktig å øke legenes generelle interesse for psykiatri, av flere grunner. For det første fordi alle leger trenger kunnskaper innen dette fagfeltet, og i særlig grad allmennlegene. Dernest fordi en høy generell interesse blant leger for psykiatri vil bidra til å øke andelen av leger som velger å spesialisere seg innen en av de to spesialitetene.

For å bidra til dette foreslår departementet at psykiatriundervisningen i medisinerstudiet gjennomgås, for å få vurdert om den er omfattende nok og egnet til å stimulere studentenes interesse. Innslaget av psykiatri i spesialistutdanningen i allmennmedisin bør også vurderes, både for å styrke allmennlegenes kompetanse i psykiatri, og for å bidra til å rekruttere interesserte allmennleger til spesialistutdanning i psykiatri.

For å øke legenes interesse og forståelse for psykiatri, bør det også stimuleres til at leger tar en del av turnustjenesten i psykisk helsevern.

En mulig begrensende faktor i utdanning av psykiatere lokalt, og særlig barne- og ungdomspsykiatere, er tilgangen på veiledere. Midler fra *Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse* (statsbudsjettets kapittel 743) har vært brukt for å finansiere tilreisende veiledere innen barne- og ungdomspsykiatrien. Denne ordningen bør trappes opp, og utvides til også å gjelde voksenpsykiatrien der det er behov for det. I den grad det er behov for støtte til lokal kursvirksomhet kan stimuleringsmidler også nyttes til dette. Regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri skal bidra med kurs og veiledning til alt personell i barne- og ungdomspsykiatrien i regionen som trenger dette til sin spesialist- eller videreutdanning.

Psykologer

Vakanstallene for psykologer innen psykisk helsevern isolert er ikke urovekkende. Med nye og mer spesialiserte oppgaver for psykisk helsevern, og med økende behov for psykologer i desentrale tjenestetilbud, vil imidlertid etterspørselen etter psykologer kunne øke. Departementet vil i *Handlingsplan for utdanning av helsepersonell* komme tilbake til spørsmålet om utdanningskapasiteten for psykologer.

Høgskoleutdannet personell
Det er stor mangel på sykepleiere og andre høgskoleutdannede med spesialutdanning i psykiatri, og videreutdanningstilbudene for disse gruppene må trappes opp. Arbeidsoppgavene for psykiatriske sykepleiere er under omforming, og det er viktig å vurdere forholdet til andre grupper med 3-årig høgskoleutdanning. Generelt bør det bli mindre rigide grenser mellom disse gruppene, og en del stillinger i psykisk helsevern bør kunne lyses ut for høgskoleutdannet personell generelt og besettes av flere grupper. Dette har i mange år vært vanlig praksis i barne- og ungdomspsykiatrien der stillinger for miljøterapeuter har vært lyst ut for både sykepleiere, vernepleiere og barnevernspedagoger, og tilsvarende fleksible stillingsutlysninger bør også utvikles i voksenpsykiatrien. Den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid er et ledd i å bygge ned profesjonsgrensene mellom de høgskoleutdannede gruppene, og vil gi relevant videreutdanning til flere grupper som har manglet slike tilbud til nå. Psykiatriske sykepleiere må i større grad arbeide i desentraliserte fylkeskommunale tilbud og i kommunene, samtidig som flere grupper rekrutteres til sykehusene. Sykepleierne må imidlertid fortsatt ha en viktig rolle i sykehus, og særlig i akuttpsykiatriske avdelinger, med sin medisinske kompetanse. Spesialsykepleiernes kompetanse innen akuttpsykiatri og medikamenthåndtering må videreføres i videreutdanningen.

Departementet vil

- *Bedre statistikken for vakante stillinger for yrkesgruppene i psykisk helsevern.*
- *Utvikle statistikk som kan vise omfanget av personellressurser i kommunene som brukes til å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser.*
- *Sammen med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet gjennomgå medisinerutdanningen for å få vurdert om undervisningen i psykiatri er omfattende og god nok, med sikte på å øke studentenes interesse for dette fagfeltet.*
- *Stimulere til at flere leger tar deler av turnustjenesten innen psykisk helsevern.*
- *Foreta en samlet utredning om spesialistutdanningene og andre videreutdanninger innen psykisk helsearbeid, for å få vurdert om krav og utdanningstilbud for ulike grupper bør samordnes.*
- *Innføre krav om resertifisering for spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.*
- *Videreutvikle regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri, slik at de kan gi mest mulige dekkende etter- og videreutdanningstilbud til ansatte i psykisk helsevern for barn og unge i regionen, og til ansatte i samarbeidende etater som barnevernet.*
- *Styrke undervisnings- og opplæringstilbudene innen spesifikke behandlingsformer og behandlingsprogrammer der kompetansegrunnalget er for svakt idag.*
- *Foreslå å trappe opp bruken av statlige stimueringsmidler til lokale utdanningstiltak (kurs, veiledning mv).*
- *Foreslå å videreføre og øke den økonomiske støtten til kommunene for at sykepleiere og andre høgskoleutdannede grupper i kommunene skal kunne ta videreutdanning innen psykisk helsearbeid.*
- *Stimulere til økt etterutdanning på områder der kunnskapsgrunnlaget innen psykisk helsevern og i kommunene idag er for svakt.*
- *Evaluere erfaringene med undervisningsmaterialet "Støtte og lære" som er utgitt av Helsetilsynet og Norsk Fjernundervisning for kommunalt personell, og utvikle materialet videre.*

7.3 KVALITET OG KVALITETSUTVIKLING

7.3.1 Innledning: Hva er kvalitet?

Å sikre tilfredsstillende kvalitet på tjenestene må være en helt sentral målsetning for alle som yter offentlige tjenester. Ifølge Norsk Standard er kvalitet definert som *«helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydet»* (NS-ISO 8402).

Tjenestetilbudene skal altså tilfredsstille krav og behov. Disse kommer fra flere hold:

* Fra brukere (pasienter, pårørende) og deres organisasjoner, befolkningen.
* Helsearbeidere
* Ledere eller eiere av virksomheten
* Statlige myndigheter.

Statlige myndigheter formulerer sine krav i lover, forskrifter og veiledende retningslinjer. Lederne og eierne av de ulike virksomhetene kan også gi retningslinjer for driften. Virksomheter har plikt til å etablere internkontroll (se senere). Profesjonsforeningene har utarbeidet ulike typer av faglige og etiske standarder for medlemmene. Brukerorganisasjonene og andre organisasjoner formulerer også ulike typer av krav og forventninger til helsevesenet og til tjenesteytere.

De *enkelte brukere* av tjenestene vil i svært varierende grad være i stand til å formulere krav til tjenestene, og det er derfor viktig at brukerinteressene fremmes av organisasjoner, jfr kap 2 om brukermedvirkning.

Ressurssterke brukere er ofte i stand til å etterspørre tjenester aktivt, og har også ofte bestemte meninger om hva som er tilfredsstillende kvalitet på tjenestene. Andre grupper, som mennesker med kroniske eller alvorlige psykiske lidelser, er i større grad prisgitt de tjenestene som gis. For alle, uansett om de selv aktivt oppsøker helsevesenet eller tas under behandling mot sin vilje, er det viktig å bli møtt med respekt, vennlighet, åpenhet og lydhørhet. Alle punktene i plakaten «Pasienten først!» er i høyeste grad viktige også for pasienter med psykiske lidelser. For alle pasienter er det viktig med god kommunikasjon mellom helsearbeider og pasient, slik at det så langt som mulig skjer en gjensidig avklaring av behandlingsmål og forventninger.

At helsevesenet rår over kompliserte undersøkelses- og behandlingsmetoder der konsekvensene for pasientene er store, er en viktig grunn til at *myndighetene* må fastsette krav og føre tilsyn med at disse blir fulgt. En viktig oppgave for helsemyndighetene er å ivareta brukernes interesser ved å bidra til å sikre tilfredsstillende kvalitet på tjenestene.

Innen psykisk helsevern har behandlerne tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder. Fagfeltet har dessuten vært preget av rivalisering mellom ulike faglige retninger, med forskjellige oppfatninger av årsakene til psykiske lidelser og hva som er riktig behandling. En del av disse oppfatningene har dessuten vært svakt fundert empirisk eller vitenskapelig, og til dels hatt karakter av tro og spekulasjoner. Myndighetene har vært tilbakeholdene med å ta stilling i striden mellom ulike faglige retninger. Som følge av dette har den behandling som har vært gitt variert mye mellom forskjellige sykehus, og i stor grad vært avhengig av ansvarlig overlege og dennes faglige orientering.

Det manglende empiriske grunnlaget for en del behandlingstiltak har i perioder ført til eksperimentering med pasienter, med tragiske resultater. Det mest omfattende eksemplet på dette er utbredelsen av praksisen med hjernekirurgiske inngrep («lobotomi»), utført i Norge i perioden 1941-74, og basert på antakelser om hjerneorganiske årsaker til sinnslidelser. Erkjennelsen av at dette var et tragisk feilgrep som rammet pasientene i helt urimelig grad, førte til at Stortinget i 1996 bevilget erstatning til alle som var utsatt for lobotomi, jfr *St prp nr 65 (1995-96), jfr. Innst S nr 276 (1995-96).*

På 1970-tallet var det i enkelte psykiatriske miljøer motstand mot psykiatrisk diagnostikk, og motstand mot å nytte psykofarmaka. Resultatet var inadekvat og tilfeldig behandling med stor grad av eksperimentering, og i mange tilfeller undermedisinering med sviktende behandlingsresultater. I andre tilfeller har overmedisinering vært et problem.

De siste ti årene har det både i Norge og internasjonalt skjedd en utvikling i retning av større faglig konsensus. Psykiatrisk diagnostikk har blitt vesentlig forbedret med nye internasjonale diagnosesystemer, og det har vært en sterkt økende oppslutning om nødvendigheten av presise diagnoser. Forskning som dokumenterer virkningene av ulike typer av behandling har økt sterkt, og slike forskningsresultater blir i økende grad brukt til å begrunne valg av behandling. Frontene mellom de ulike faglige retningene er også tonet ned, og det har skjedd en utvikling i retning av «eklektisisme». Det betyr at fagfolk i mindre grad bekjenner seg til globale teorier eller ideologier som skal forklare alle sider ved menneskelig adferd, men istedet er opptatt av å finne fram til spesifikke metoder som kan brukes overfor avgrensede problemer for å løse disse. Dette innebærer ikke minst mer individuelt tilpassede behandlingsmetoder, hvor indikasjonen for å tilby en bestemt behandlingsmetode til en bestemt pasient skal være empirisk basert.

7.3.2 Statlige myndigheters arbeid med kvalitetsutvikling

Helsevesenet og andre som leverer offentlige tjenester har alltid vært opptatt av kvaliteten på tjenestene - at de tjenester som ytes skal være forsvarlige og av tilstrekkelig god kvalitet. Men det er først i de senere år at arbeidet med kvalitetssikring eller kvalitetsutvikling har fått en systematisk form. I land som USA, Storbritannia, Nederland, Canada, Australia og andre ble det utviklet kvalitetssikringsmetoder for helsevesenet på 1980-tallet, og etterhvert ble det en del av den offisiel-

Boks 7.5
Internkontroll, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling

En viktig side av kvalitetssikring er å sikre og dokumentere at virksomheten utøves i samsvar med krav i lover og forskrifter. Dette kalles *internkontroll,* og er tatt inn i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten med virkning fra 1. januar 1994. Paragraf 3 i denne loven lyder nå:
«Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.»

Med virkning fra samme tidspunkt er det tatt inn en ny bestemmelse i sykehusloven (§ 18b) som sier at helseinstitusjoner som omfattes av sykehusloven og lov om psykisk helsevern skal opprette *kvalitetsutvalg* som ledd i internkontrollen.

Internkontroll er en viktig del av kvalitetssikring, og retter seg særlig mot å sikre at virksomheten skjer i overensstemmelse med myndighetenes krav slik de er uttrykt i lover og forskrifter.

Kvalitetssikring er imidlertid videre enn internkontroll. Myndighetskravene utgjør kjernen i kvalitetskravene. Sikring av kvalitet vil også innebære at krav stilt av brukere, eiere og ansatte blir ivaretatt. Kvalitetssikring omfatter m a o alle planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å få tiltro til at en tjeneste tilfredsstiller kvalitetskrav. *Kvalitetsutvikling* er en kontinuerlig prosess med selvevaluering av den daglige virksomheten for å heve kvaliteten.

Viktige kvalitetskrav i helsevesenet er knyttet til:
- *Tilgjengelighet.* Tjenestene skal være like tilgjengelige for alle uansett bosted, alder, kjønn eller økonomisk evne.
- *Likhet.* Tilbudene skal være likeverdige, med samme kvalitet for alle, uavhengig av bosted, alder, kjønn eller økonomisk evne.
- *Individuelt tilpassede tjenester.* Tjenestene skal være tilpasset den enkeltes individuelle behov.
- *Effektivitet.* Tilbudene skal ha tilfredsstillende resultater i tråd med hva som med rimelighet kan ventes i form av bedring eller lindring av sykdom og lidelse, eller bedret funksjonsevne og livskvalitet. Komplikasjoner og bivirkninger skal holdes på et minimum.
- *Etisk forsvarlig.* Tjenestene skal ivareta brukernes personlige integritet. Brukernes skal ha reell medbestemmelse, og ikke utsettes for behandling som ikke er velprøvet eller som det ikke finnes faglig grunnlag for.

For å kunne si noe om slike krav oppfylles må en finne fram til *indikatorer* for kvalitet. Slike indikatorer kan f eks være:
- færre klager
- bedre helsemessige resultater
- fornøyde brukere
- bedre utnyttelse av ressursene

For å bidra til kvalitetsutvikling i helsevesenet har Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn utarbeidet *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.* Strategien er beskrevet i et eget hefte utgitt i februar 1995, og inneholder en rekke ulike tiltak fra statlige helsemyndigheter:
- informasjon om internkontrollplikten og relevant regelverk,
- tilsyn fra fylkeslegene med at internkontroll og kvalitetsutvikling innføres,
- overvåking av fremdrift og status i arbeidet med internkontroll og kvalitetsutvikling,
- starte arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer på prioriterte områder,
- få inn kvalitetstenkning i grunn-, videre- og etterutdanning,
- utvikle og spre evalueringsmetoder og spre forskningsresultater.

Som del av den nasjonale strategien har Statens helsetilsyn fordelt midler til informasjon, prosjekter for oppbygging av kvalitetssystemer, og utdanning av kvalitetsrådgivere.

le politikken til Verdens helseorganisasjon (WHO) å stimulere til at slike systemer blir tatt i bruk i medlemslandene. Norge har sluttet seg til WHO's strategi Helse for alle år 2000, inkludert delmålet som sier at det skal utvikles effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet.

Den nasjonale strategien gjelder i prinsippet både primærhelsetjenesten og somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester. Hittil har det imidlertid vært få kvalitetsutviklingsprosjekter innen psykisk helsevern som har fått støtte.

7.3.3 Kvalitetsutvikling av tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser - utfordringer framover

Kvaliteten på tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er avhengig av en rekke forhold. Følgende forhold er særlig viktige:

- Strukturen på tjenestetilbudene
- Organiseringen av virksomheten i den enkelte enhet
- Personellets kvalifikasjoner.

Tjenestetilbudenes mulighet til å tilfredsstille brukernes behov er helt avhengig av hvordan de er organisert. En «gammeldags» struktur på tjenestetilbudene med fjerne og utilgjengelige institusjoner som har få muligheter til å gi individuelt tilpassede tilbud yter ikke tjenester av god kvalitet. En av forutsetningene for å kunne yte tjenester av god kvalitet er at hele tiltaksnettverket fungerer sammenhengende, med differensierte tilbud tilpasset de ulike pasientgruppenes forskjellige behov. De kommunale tjenestene må i samarbeid med desentrale spesialisttilbud kunne yte tjenester lokalt. Innleggelse i institusjon som vedvarer over tid fordi det ikke er mulig å skaffe tilfredsstillende tilbud lokalt representerer kvalitetssvikt. Det er også kvalitetssvikt når pasienter skrives ut for tidlig fordi institusjonen ikke har tilstrekkelig kapasitet, og når pasienter avvises fordi de behandlingstilbudene de trenger ikke finnes.

Tilfredsstillende struktur og kapasitet på tjenestetilbudene i fylkene utgjør viktige forutsetninger for psykiatrisk behandling av god kvalitet. De tiltakene som er beskrevet i kap 3 for å stimulere til differensierte og sammenhengende tjenestetilbud i pakt med behovene, kan betraktes som tilrettelegging av forutsetningene for tilbud av god kvalitet. Forslaget om øremerkede statlig tilskudd til omstrukturering og utbygging som skal tildeles etter planer for forbedrede tjenestetilbud er et slikt tiltak.

Hensiktsmessig organisering av virksomheten i den enkelte kommune, psykiatriske avdeling og poliklinikk utgjør også en viktig forutsetning for å kunne produsere tjenester av god kvalitet. Kvalitetsutvalgene ved kliniske avdelinger og poliklinikker må gjennomgå enhetens rutiner når det gjelder inntak av pasienter, evaluering og diagnostisering, og planlegging av behandling og tiltak. Det er faglig ansvarlig leder for enheten som har ansvar for at rutiner for slike arbeidsoppgaver er fastsatt og at de følges. En viktig del av dette ansvaret består i å sørge for at arbeidsoppgaver fordeles til ansatte etter kompetanse, slik at disse har faglige forutsetninger for å yte tjenester av tilfredsstillende kvalitet. En del avdelinger og poliklinikker har utarbeidet prosedyrebøker for de ansatte som viser ansvarsfordeling og hvilke rutiner som skal følges. Mange steder er ansvarsforhold og rutiner ikke klare nok, de er ikke nedskrevet, og det er for mye opp til den enkelte ansatte å finne ut av gjeldende regler selv.

Kvalitetssikring innebærer at systematiske tiltak og dokumentasjon sikrer at tjenestene ytes i tråd med beskrevne krav.

Kvalitetsutvikling innebærer at kliniske enheter driver kontinuerlig selvevaluering av egen virksomhet. Slik evaluering kan gjøres mer eller mindre systematisk. Helsetilsynet har drevet et 5-årig prosjekt for å utvikle metoder for å evaluere psykiatriske helsetjenester, jfr boks 7.6.

Boks 7.6
Helsetilsynets prosjekt «Evaluering av psykiatriske helsetjenester» 1991-96

Prosjektet har samlet inn og gjennomgått metoder for evaluering av psykiatriske helsetjenester som har vært anvendt internasjonalt. Det er gjort et utvalg av slike metoder, og disse har vært prøvd ut i sju opptaksområder i sju forskjellige fylker. Metodene har vært anvendt til å evaluere samspillet mellom alle enheter som har hatt ansvar for opptaksområdet, fra kommunehelsetjenesten til psykiatrisk poliklinikk og ulike typer av psykiatriske avdelinger. Metodene har evaluert ressursforbruk, personellinnsats, personalets kompetanse, innholdet i behandlingsvirksomheten, hvor tilfredse brukere og samarbeidspartnere har vært med tilbudene, og bedring i funksjonsevne og symptomer hos pasientene.

Det er gitt ut ni forskjellige delutredninger som beskriver forskjellige sider ved prosjektet, blant annet en «oppskriftsbok» for anvendelse av de ulike evalueringsinstrumentene.

En helt avgjørende forutsetning for at ansatte skal kunne yte tjenester av god kvalitet er at de har tilfredsstillende kunnskaper og ferdigheter i forhold til oppgavene. Det er behov for økt forskning for å øke kunnskapene om psykiske lidelser, jfr avsnittet om forskning. I tillegg er det viktig at forskningsresultatene tas i bruk. Utdanningene må kontinuerlig ta opp i seg ny forskningsbasert kunnskap.

En del av de faglige motsetningene som har preget psykisk helsevern er blitt mindre de senere år, ikke minst som følge av forskningsmessig dokumentasjon av hva som er virksom behandling. Men erfaringene viser at slik kunnskap ofte kommer sent og usystematisk til de kliniske miljøene. Det er behov for tiltak for å sikre at dette skjer mer systematisk.

En metode er såkalte *konsensuskonferanser.* Dette innebærer at eksperter på et problemområde kommer sammen og gjennomgår relevant forskning og forsøker å oppsummere denne, slik at det kan gis tilrådinger som ledende fagfolk er enige om. Både nasjonalt og in-

ternasjonalt har det vært holdt en rekke konsensuskonferanser om hva som er optimal behandling for en rekke forskjellige psykiske lidelser.

I mange land er det egne organer eller institusjoner som har fått ansvar for systematisk vurdering av medisinske metoder (såkalt «medisinsk teknologivurdering»). I Sverige har *Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik* (SBU) eksistert siden 1987. I de senere år har denne institusjonen igangsatt en rekke større evalueringsprosjekter av psykiatrisk praksis. Hensikten er bl a å dokumentere hva som er virksom behandling, og spre kunnskap om dette i helsevesenet.

I 1995-96 utredet en arbeidsgruppe under Sosial- og helsedepartementet et forslag om organisering av medisinsk teknologivurdering i Norge. Det er besluttet å etablere et senter for medisinsk teknologivurdering i 1997 tilknyttet Sintef-Unimed, Oslo. Departementet vil oppnevne et styre med faglig ansvar for virksomheten. Senteret vil utbygges gradvis til et helhetlig system for vurdering av både nye og etablerte metoder i helsevesenet. Aktivitetene skal skje i nært samarbeid med eksisterende fagmiljøer. Departementet vil gi senteret som en av oppgavene å gå igjennom og vurdere psykiatriske behandlingsmetoder.

I enkelte andre land, og særlig i Sverige, har statlige myndigheter utgitt veiledende materiale som anbefaler *standardiserte behandlingsprogrammer* for en del sykdomsgrupper. Norske helsemyndigheter har foreløpig vært tilbakeholdende med dette.

Flere av profesjonsforeningene har engasjert seg i systematisk kvalitetsutviklingsarbeid. Legeforeningen har opprettet et eget fond for kvalitetsutvikling, som har gitt støtte til flere kvalitetsutviklingsprosjekter innen psykisk helsevern. Fondet har blant annet støttet utgivelsen av en *Veileder i barne- og ungdomspsykiatri,* som gir anbefalinger om standardiserte prosedyrer for både diagnostikk og behandling ved ulike typer av psykiske lidelser hos barn og ungdom. Norsk sykepleierforbund har også satt igang arbeid med kvalitetsutvikling innen psykisk helsevern.

7.3.4 Departementets vurdering

Det er behov for mer systematisk kvalitetsutvikling når det gjelder tjenester til mennesker med psykiske lidelser, både i kommunene og i psykisk helsevern. Støtten til lokale kvalitetsutviklingsprosjekter fra *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten* må i større grad kanaliseres til prosjekter innen psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten.

Statlige tilsynsmyndigheter må etablere rutiner for å påse at det lovpålagte kravet om kvalitetsutvalg ved institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern følges opp.

Statlige tilsynsmyndigheter må engasjere seg sterkere når det gjelder råd og veiledning for hvordan kvalitetsutviklingsrutiner og selvevaluering bør legges opp. De metoder som er utprøvd i prosjektet *Evaluering av psykiatriske helsetjenester* bør spres, og metodene utvikles videre på grunnlag av erfaringene.

Statlige myndigheter bør utgi en veileder for hvordan kvalitetsutvikling og selvevaluering bør drives ved psykiatriske enheter.

Bruken av konsensuskonferanser bør trappes opp. Resultater fra konsensuskonferanser og annen systematisk gjennomgang av forskningslitteratur bør spres til helsevesenets kliniske enheter, i form av veiledningshefter som gir anbefalinger om diagnostikk og behandlingsmetoder. Utviklingen av slike anbefalinger bør skje i samarbeid med profesjonsforeningene.

Departementet vil:

- *Sørge for at det opprettes kvalitetsutvalg ved alle psykiatriske institusjoner og poliklinikker.*
- *Støtte lokale kvalitetsutviklingsprosjekter i psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten.*
- *Utarbeide en veileder for hvordan kvalitetsutvikling og selvevaluering bør drives ved psykiatriske enheter.*
- *Arrangere konsensuskonferanser for å oppnå størst mulig enighet om hva som er god behandling for ulike typer psykiske lidelser.*
- *Spre resultatene fra slike konferanser og annen systematisk gjennomgang av forskningslitteratur til helsevesenet, og utgi veiledningsmateriell som gir anbefalinger om hva som anses som god behandling.*
- *Bygge opp kompetanse i medisinsk teknologivurdering som skal omfatte evaluering av psykiatriske behandlingsmetoder.*

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

8.1 INNLEDNING

I denne meldingen fremmes en rekke forslag til tiltak som innebærer en betydelig satsning på tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser i årene framover. Noen tiltak innebærer økte offentlige utgifter av en viss størrelse, som er nødvendig for å bedre tjenestetilbudene. Andre tiltak medfører utgifter av mindre omfang, men er allikevel av stor betydning.

Regjeringen vil komme tilbake til de ulike tiltakene i forbindelse med statsbudsjettet for 1998 og påfølgende budsjettår.

Meldingen foreslår ikke administrative reformer eller endringer i ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene. Alle forslag er basert på någjeldende ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene for ulike typer av tjenester.

Det er i meldingen redegjort for flere lovforslag som er under utarbeiding. De økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslagene vil bli behandlet i de enkelte proposisjonene.

8.2 ØKONOMISKE KONSEKVENSER

8.2.1 Styrking av tilbudene til mennesker med psykiske lidelser i kommunene

Staten yter i dag et øremerket tilskudd til kommunene til dette formålet, fordelt etter befolkningsstørrelse. Departementet legger stor vekt på oppfølging og resultatrapportering når det gjelder bruken av midlene. Midlene ytes med den klare forutsetningen at de skal komme i tillegg til og ikke i stedet for kommunenes egen innsats. De statlige tilskuddene skal bidra til å sette kommunene bedre i stand til å bygge opp og styrke de generelle tilbudene til mennesker med psykiske lidelser i kommunene. Det samme gjelder nødvendig tilrettelegging av tilbud for den samiske befolkningen i de kommunene der dette er aktuelt.

Utskrivingen av pasienter fra de fylkeskommunale langtidsinstitusjonene (psykiatriske sykehjem mv) vil fortsette etter hvert som tilbudene bygges ut i kommunene. Det er nødvendig å øke de øremerkede tilskuddene til kommunene både for å styrke tilbudene til hjemmeboende, og for å legge forholdene til rette for pasienter som bør utskrives fra fylkeskommunale institusjoner.

Det foreslås at tilskuddet til kommunene økes, og at tilskuddet på noen års sikt videreføres ved at det legges inn i inntektsystemets rammetilskudd.

Tilskuddet ble innført i 1995 og representerer dermed en igangværende ordning. En eventuell økning av tilskuddet vil ikke medføre nevneverdig administrativt merarbeid. At flere formål skal dekkes av tilskuddet, endrer ikke dette.

Utskriving av pasienter fra fylkeskommunale institusjoner vil medføre økte utgifter for Folketrygden, siden avkorting av trygdeytelser for den enkelte dermed ikke lenger vil være aktuelt. I noen grad vil utskriving av pasienter også medføre en viss økning i etterspørselen etter kommunale omsorgsboliger og sykehjemsplasser, og dermed økt etterspørsel etter lån og tilskudd fra Husbanken. Dette forutsettes dekket innenfor de ordinære rammene.

8.2.2 Omstrukturering og styrking av behandlingstilbudene i psykisk helsevern for voksne

Det er foreslått at det gis et øremerket tilskudd til omstrukturering og styrking av psykisk helsevern for voksne, særlig for å få bygget ut distriktspsykiatriske tjenester i fylkeskommunene. Tilskuddet kan etter forslaget nyttes både til investeringer og drift.

Det er foreslått å trappe opp innsatsen for den samiske befolkningen, å tilpasse tilbudene til ulike grupper med særlige behov, og opprette nye tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Slike tiltak forutsettes støttet innenfor rammen av omstruktureringstilskuddet. Videre legges det opp til at fylkeskommunene stimuleres til å etablere avtalehjemler for privatpraktiserende psykologer og psykiatere, evt i form av deltidsavtaler for spesialister ansatt i offentlige stillinger. Det vises til Ot prp nr 47 (1996-97).

Omstruktureringstilskuddet kommer i tillegg til det øremerkede statlige tilskuddet til psykisk helsevern i fylkene som har vært bevilget siden 1995.

Det er foreslått å opprette et sekretariat for en tidsavgrenset periode som skal bistå fylkeskommunene i å utarbeide planer og søknader om midler, og behandle disse. Hensikten med å tildele midler på denne måten er å sikre at midlene styres til formål i overensstemmelse med statens overordnede politikk, og bidra til en hensiktsmessig struktur på tjenestene i det enkelte fylket. Sekretariatet skal ha en pådriverrolle i omstruktureringsarbeidet, og skal inneha nødvendig kompetanse for kvalifisert rådgivning til fylkeskommunene og de regionale helseutvalg når det gjelder planlegging og utvikling av tjenestetilbudene. Sekretariatet foreslås å skulle ha totalt fem fire-års engasjementer. Lønns- og driftsutgifter til sekretariatet forutsettes dekket innenfor totalrammen for tilskuddet. Disse utgiftene vil be-

løpe seg til ca 2 mill kr pr år. De administrative konsekvensene av forslaget utover etablering av sekretariatet vil være knyttet til fylkeskommunal og regional helseplanlegging.

Det ordinære øremerkede tilskuddet til fylkeskommunene foreslås på noen års sikt videreført ved at det legges inn i inntektsystemets rammetilskudd. Det særskilte omstruktureringstilskuddet til psykisk helsevern for voksne foreslås bevilget i en 5-års periode, uten videreføring etter dette.

Det er foreslått at det skal pekes ut avdelinger i hver helseregion som får oppgave som kompetansesenter på bestemte faglige områder for det øvrige psykiske helsevern i regionen. Omfanget av slike funksjoner og kostnadene vil bli vurdert når det foreligger forslag fra helseregionene om hvilke avdelinger det er aktuelt å tildele slike funksjoner.

8.2.3 Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom

I tillegg til det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene som også brukes til psykisk helsevern for barn og ungdom, foreslås det å innføre et særskilt øremerket tilskudd som skal fordeles etter søknad for å få realisert planer og få videreført utbyggingen av tjenestetilbud. Tilskuddet skal kunne bidra til å dekke både investeringer og økte driftsutgifter forbundet med å trappe opp tilbudene.

Det vil være administrative konsekvenser forbundet med tildeling av tilskudd. Søknadene forutsettes behandlet av det samme sekretariatet som nevnt under foregående punkt.

Det er foreslått at tilskuddene på noen års sikt videreføres ved at det legges inn i inntektsystemets rammetilskudd.

8.2.4 Overføring av Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) til Oslo kommune

Det er foreslått at det tas opp forhandlinger med Oslo kommune om overdragelse av SSBU til kommunen. Det vises til nærmere redegjørelse ovenfor. Dersom Stortinget gir sin tilslutning til dette, vil departementet starte forhandlinger med kommunen og deretter legge saken fram for Stortinget der de nærmere vilkår samt økonomiske og administrative konsekvenser vil framgå.

8.2.5 Arbeidsmarkedstiltak

Mennesker med psykiske lidelser stiller ofte svakt på arbeidsmarkedet, og det er krevende å tilbakeføre mennesker som har hatt lengre tids fravær på grunn av psykiske lidelser til arbeidslivet. Disse vil bli registrert som yrkeshemmede dersom de psykiske lidelsene har betydning for deres mulighet til å få arbeid. De vil da kunne tilbys yrkesrettede attføringstiltak.

8.2.6 Utdanning, forskning, utredninger og spredning av veiledningsmateriell

Det er foreslått å styrke enkelte utdanningstiltak som vil medføre visse økninger over budsjettet til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Økt støtte til etter- og videreutdanning, en del foreslåtte utredninger og spredning av faglig veiledningsmateriell medfører økte bevilgninger over Sosial- og helsedepartementets budsjettkapittel for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse.

8.2.7 Støtte til organisasjoner for brukere og pårørende

Det er foreslått å øke støtten til frivillige organisasjoner for brukere og pårørende, for å gi disse anledning til å ta på seg nye og viktige oppgaver for brukerne og de pårørende.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 18. april 1997 om Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Psykiske lidelser: Diagnoser, forekomst og behandling

1 BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG PROBLEMER

Ulike epidemiologiske undersøkelser både fra utlandet og her i Norge viser en utbredelse av psykiske lidelser hos barn og unge på ca 20 %. Men forekomsten av symptomer og tilstander varierer med alder, utviklingsnivå, kulturelle og sosiale forhold, og med kjønn. Samlet regner en at det i barnealderen er ca tre ganger så mange gutter som jenter som har psykiske problemer. Dette har sammenheng med at gutter har en overvekt av utviklingsforstyrrelser, både spesifikke forstyrrelser som lese- og skrivevansker, motoriske forstyrrelser og alvorlige gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme og autismeliknende tilstander). Denne forskjellen jevner seg imidlertid noe ut i ungdomsalderen.

Når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser av en slik alvorlighetsgrad at de har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten, er det stor grad av enighet mellom forskere og klinikere at omfanget ligger på rundt 5% av barnebefolkningen.

Barne- og ungdomspsykiatriske tilstander har typisk en multifaktoriell årsakssammenheng. Det vil si at forklaringene oftest utgjør en kombinasjon av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

For å forstå barn og unges problemer må en ha kunnskap om hva som er normalt på ulike trinn i barns utvikling. Et barns utvikling skjer i et nært samspill med de personer barnet mottar omsorg fra. Barns problemer kan derfor i stor grad henge sammen med hele familiens situasjon.

Biologiske faktorer eller «sårbarhetsfaktorer» kan være arvelige egenskaper som ikke behøver å manifestere seg hvis ikke psykologiske og/eller sosiale faktorer kommer i tillegg. Andre arveanlegg kan slå ut som sykdom uavhengig av tilleggsfaktorer. Psykiske lidelser kan også være reaksjoner på somatisk sykdom eller skade. Videre kan det være skader som er oppstått i fosterlivet, i forbindelse med fødselen eller tiden like etter.

Alvorlig gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
er en samlebetegnelse for alvorlige utviklingsforstyrrelser som resulterer i manglende tilknytning til andre mennesker og avvikende kommunikasjonsmønstre med stereotyp og repeterende atferd. Barna har en medfødt eller tidlig ervervet hjerneskade som vanskeliggjør begrepsutviklingen. Barneautisme er den viktigste tilstanden innen denne gruppen.

Psykoser hos barn og unge.
I sen barndom og tidlig pubertet kan det oppstå alvorlige psykiske lidelser av psykoseliknende type. Tilstandene kan debutere etter en fase med aggressivitet, tilbaketrekking eller følelsesmessig labilitet. Jo eldre debutalderen er, jo mer vil tilstandsbildet ligne de voksne psykosene. Forskere regner i dag med at tilstandene har bakgrunn både i medfødt sårbarhet, utviklingspsykologisk stress og familie- og mestringsproblemer. Behandlingen av disse tilstandene er svært krevende, og et godt samarbeid med familien er en forutsetning for å tilrettelegge behandlingstilbudet.

Atferdsforstyrrede barn og unge
utgjør den største gruppen som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien, ofte på grunn av uregjerlige atferd. Gruppen karakteriseres ved at følelsesmessige problemer uttrykkes gjennom atferd som virker forstyrrende på sosiale relasjoner og som bryter med normer og regler som er normale for alderen. Disse barna og ungdommene er ofte kontaktsvake og selvsentrerte, med lav selvfølelse og en avvisende holdning til voksne. De kommer lett i konflikt med omgivelsene, og blir ofte syndebukker i barnegruppene. Tilstanden er alvorlig både for barnet selv og for samfunnet, bl a fordi den disponerer for kriminalitet og rusbruk i ungdomsalderen og kan vedvare som en asosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder. Tilstanden er hyppigere hos gutter enn hos jenter.

Alvorlige emosjonelle forstyrrelser hos barn og unge
er ikke så klart utformet i spesifikke tilstandsbilder som hos voksne, men kan være en blanding av angst og depresjon, enkelte ganger sammen med aggressiv atferd eller tilbaketrekking. Typisk for disse barna er overfølsomhet, engstelse og panikkreaksjoner, lav selvfølelse, hemmende sjenanse, eller tvangspreget pertentlighet, passivitet og gledesløshet.

Oppmerksomhetsforstyrrelser
med eller uten *hyperaktivitet (ADHD)* oppstår i tidlig barnealder og karakteriseres av overaktivitet, svak kontroll og koordinering av atferden, uoppmerksomhet og redusert utholdenhet. Barna vil få vansker med å lære seg basale ferdigheter som krever oppmerksomhet over tid, som f eks språkferdigheter og evne til oppgaveløsning. Dette vil igjen kunne føre til alvorlige generelle lærevansker. Medikamenter er blant virkemidlene i behandlingen. Disse barna er overrepresentert blant de som utvikler antisosial atferd senere i livet.

Tourettes syndrom
er en lidelse preget av atferdssymptomer, tics, tvangssymptomer, fysisk uro og for enkelte barns vedkommende, personlighetsforstyrrelser. Tilstanden har årsak i en nevrofysiologisk funksjonssvikt. Symptomene skaper ofte store samspillsproblemer i familien og på skolen. Behandlingen utgjøres både av medisiner, tilrettelagt skoleopplegg og psykoteraputisk hjelp både til barnet og familien.

Spiseforstyrrelser
kan ha form av anoreksi eller bulimi, og inntrer vanligvis i ungdomsalderen. *Anoreksi* er en psykisk lidelse som ytrer seg som spisevegring. Anoreksi vil ofte gi alvorlige medisinsk komplikasjoner på grunn av undernæring og feilernæring. *Bulimi* er sykelig atferd preget av *overspising og renselse.* Overspising betyr ukontrollert inntak av uvanlig store mengder næring. Renselse betyr svært ofte oppkast, men også faste, intens fysisk aktivitet eller bruk av avføringsmidler. Ungdommen forsøker å slanke seg og å fremme selvfølelsen gjennom dette, men lykkes ikke og mister kontrollen over spiseatferden. Noe av det alvorligste ved bulimi er den skamfølelse og selvforakt som vanligvis følger med et slikt kontrolltap. Dette er igjen knyttet til risiko for selvmord.

Psykosomatiske tilstander.
Kroppslige symptomer hos barn som uttrykk for følelsesmessige belastninger og stress kommer ofte frem hos allmennlegen eller barnelegen. En undergruppe er tilstander hvor psykiske forhold utløser kroppslige symptomer uten påviselig organisk årsak (for eksempel «hysteriske» lammelser). En annen undergruppe utgjøres av fysiske sykdomstilstander (astma, eksem, Crohns sykdom) der mentale faktorer kan være sentrale i utviklingen av sykdommen.

Følgetilstander etter alvorlig somatisk sykdom.
En stor andel av barn med alvorlige akutte eller kroniske somatiske lidelser får psykiske tilleggssymptomer. Disse barna utgjør en risikogruppe når det gjelder å utvikle psykiske plager, og det regnes med at minst 35-40% av dem får fra lettere til alvorlige sekundære psykiske symptomer, først og fremst følelsesmessige forstyrrelser som angst og depresjon.

Spesifikke utviklingsforstyrrelser og læreproblemer
er en blandet gruppe funksjonsforstyrrelser som har til felles at de kommer til syne i barndommen, og skyldes mangelfull eller forsinket biologisk modning av sentralnervesystemet. Språk, romoppfatningen, evnen til å lese og skrive og motorisk koordinasjon kan være påvirket. Identifisering av problemområdene er en forutsetning for å kompensere for barnets svakhet og hindre skjevutvikling og sekundære vansker som ellers kan gi betydelige funksjonshemninger senere i livet.

Krisereaksjoner etter traumer.
Traumatiske hendelser som krigsopplevelser, vold eller naturkatastrofer er opplevelser som vil gi store følelsesmessige virkninger hos alle som utsettes for det. Traumatiske opplevelser fører til rastløshet, irritabilitet, søvnforstyrrelser, vaktsomhet og lettskremthet hos barnet. Behandlingsmessig er det svært viktig å komme raskt til, før reaksjonen har «satt seg». Det innebærer at det er viktig å få kontakt så tidlig som mulig med barn som har vært utsatt for traumer, som flyktningebarn, seksuelt misbrukte barn, mv. Det er også viktig å være oppmerksom på at psykiske reaksjoner hos barn og ungdom kan være uttrykk for senreaksjoner etter tidligere traumer. Spesiell fokus må rettes mot senfølger etter seksuelle overgrep, da de psykiske reaksjonene kan være å benekte hendelsene samtidig som krisereaksjonene fremkommer.

Barn utsatt for seksuelle overgrep
I studier av seksuelle overgrep mot barn varierer forekomsten mellom 1% og 20% av alle barn. Variasjonen skyldes at "seksuelle overgrep" defineres på ulike måter. I en norsk oversikt fra 1992 (Normann m fl) anslås forekomsten av alvorlige overgrep til 5%. Varige fysiske senskader av seksuelle overgrep forekommer sjelden. Psykologiske senskader er avhengig av hvor alvorlig overgrepet har vært, innslag av vold og trusler, varighet, forholdet til overgriperen, alder på barnet, og omgivelsenes reaksjon. Hos voksne er det konstatert overhyppighet av visse psykiske lidelser hos dem som har vært utsatt for overgrep som barn. Skadevirkningene kan også få form av stigmatisering, endret opplevelse av egen verdi, mistillit til andre, seksualisert atferd, selvdestruktivitet og suicidalitet. Ikke alle som har vært utsatt for seksuelle overgrep trenger spesialistbehandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Ofte trengs både krisehjelp og langtids oppfølging, men dette kan i mange tilfeller skje i form av hjelp fra PP-tjenesten, barnevernet eller andre kommunale instanser. Det er imidlertid viktig at barne- og ungdomspsykiatriske tjenester er tilgjengelig ved behov. I Norge har det i en ti-års periode vært utviklet erfaringer med tverretatlig samarbeid i saker med seksuelle overgrep mot barn, som også har inkludert politi og påtalemyndighet. Selv om etatene samarbeider er det viktig at hjelpetiltakene fra helse- og sosialtjenesten kan iverksettes etter barnets behov uavhengig av eventuell straffeforfølgelse mot overgriperen.

Sosialdepartementet utga i 1992 et veiledningshefte om seksuelle overgrep mot barn, rettet mot alle som arbeider med barn.

Suicidalproblemer.
Det er sjelden at barn under 15 år begår selvmord, men selvmordsatferd hos ungdom har vist økende tendens i de senere år, særlig hos gutter. Det er vanskelig å forutsi selvmord hos ungdom, men depresjon, håpløshet, alvorlige personlighetsforstyrrelser og dårlig sosialt nettverk synes å ha betydning, spesielt sammen med

stoffmisbruk. Undersøkelser har vist at forekomst av suicidal atferd er høyere blant barn og unge med klare psykiatriske lidelser enn i en alminnelig ungdomsbefolkning. Gutter gjennomfører selvmord oftere enn jenter, men selvmordsforsøk finnes hyppigere hos jenter.

Barn av psykiatriske pasienter
Det er ikke alle barn som har en mor eller far med psykisk lidelse som selv trenger hjelp fra den psykiatriske helsetjenesten. Likevel er barn av foreldre som har alvorlige og/eller langvarige psykiske lidelser en utsatt gruppe. Et «barneperspektiv» i voksenpsykiatrien er derfor nødvendig, fordi voksenpsykiatrien kan være den første instans som får kjennskap til hele familiens vanskeligheter og behov. Forskning viser at barn der mor har personlighetsforstyrrelse eller er alkoholmisbruker er spesielt sårbare. Små barn kan få konsentrasjonsvansker, redusert initiativ og tilbaketrekning, mens større barn viser atferdsproblemer. Videre ser det ut til at barn av foreldre med langvarig psykotisk lidelse har større risiko for senere psykotisk utvikling. En målsetting for omstruktureringen i psykiatrien er at flest mulig mennesker med psykiske lidelser skal kunne bo og fungere utenfor institusjon. For barna representerer dette en større grad av delaktighet i mors eller fars sykdomsforløp og behandling. Den voksenpsykiatriske helsetjenesten må derfor bidra til å identifisere også barnas behov, og ta ansvar for å etablere godt samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien, barnevernet og primærhelsetjenesten. En annen viktig oppgave for voksenpsykiatrien er å hjelpe pasienten til å samarbeide med andre instanser om barnas beste, og å ivareta barnas behov for informasjon under mors eller fars sykehusopphold. Voksenpsykiatriske institusjoner bør etablere rutiner som gjør at det tas stilling til barnas behov.

Behandling
av barn og unge med psykiske problemer handler svært ofte om å sette i gang riktige utviklingsprosesser. Ulike tiltak er nødvendig for å få dette til. En viktig forutsetning for at en skal lykkes med behandling, er at barnet har tilfredsstillende omsorg. Dessverre har ikke alle familier evne eller mulighet til å skape nødvendig trygghet. I slike tilfeller er det nødvendig med et nært samarbeid med barnevernet.

Behandlingen kan være individuell psykoterapi, familiebehandling, gruppeterapi eller ulike former for samspillsbehandling i spe- og småbarnsalder. Medikamenter kan også gis, men brukes sjelden i behandling av barn og unge. Ofte har uheldige samspillsmønstre utviklet seg i familien og i forhold til andre barn og voksne. Foreldre eller andre som har omsorg for barnet vil alltid trekkes med i behandlingen, og samarbeid med barnehage og skole i form av rådgivning eller tilrettelegging av pedagogiske tiltak kan være aktuelt. I dag- og døgninstitusjoner vil miljøterapi utgjøre en vesentlig del av behandlingen. Vanligvis brukes flere behandlingsmetoder samtidig.

I barne- og ungdomspsykiatrien er det behov for bedre *diagnostisering* for å fange opp de barn og unge som har størst behov for behandling. Erfaringsmessig kan en del av de lettere psykiske problemene hos barn og unge gå over av seg selv uten hjelp. Barn og unge med moderate til alvorlige psykiske problemer vil i første omgang bli oppfanget av førstelinjetjenesten (primærhelsetjenesten, skolens rådgivningstjeneste og det kommunale barnevernet). I størst mulig grad bør de få hjelp der. Dette vil dreie seg om anslagsvis 15% av barnebefolkningen. Ca 5% av barn og unge har imidlertid problemer av en slik karakter og kompleksitet at de er en naturlig oppgave for spesialisthelsetjenesten, og de bør raskt henvises. Noen tilstander opptrer også så sjelden at ulike deler av spesialisthelsetjenesten må samarbeide både når det gjelder diagnostikk og tilrettelegging av tiltak. Dette vil for eksempel gjelde gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykoser hos barn og unge, alvorlige konversjonstilstander og alvorlige spiseforstyrrelser.

2 VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER

Behovene for behandling, rehabilitering, støtte og omsorg for voksne med psykiske lidelser utgjør den største utfordringen for helse- og sosialtjenestene tallmessig, og når det gjelder ressursbehov. Det skyldes ikke minst at en del av lidelsene er langvarige, og krever omfattende omsorg over lang tid. Men det er store forskjeller mellom de ulike lidelsene når det gjelder hva slags tjenester som trengs, og omfang og varighet av behandlingsbehovene.

2.1 Schizofrene psykoser

Schizofreni er en alvorlig sinnslidelse kjennetegnet ved tidlig sykdomsdebut (oftest fra tenårene til 30-årsalderen). Forløpet er ofte langvarig med flere sykehusinnleggelser, og faren for en kronisk utvikling med uførhet er stor.

Fordi lidelsen debuterer tidlig og kan medføre varig funksjonsnedsettelse, blir antall pasienter med denne lidelsen forholdsvis stort. Det er idag ca 12 000 mennesker med denne diagnosen i Norge. Sykdomsrisikoen for å få diagnosen schizofreni før fylte 55 år er ca en prosent. Ca 40 % av alle pasienter innlagt i psykisk helsevern har denne lidelsen, og de utgjør den største gruppen av yngre som uførepensjoneres. Schizofreni rammer like mange menn som kvinner, men sykdommen debuterer ofte tidligere hos menn, og sykdomsutviklingen hos kvinner er oftere mer godartet enn hos menn.

Det er store individuelle forskjeller i hvordan sykdommen arter seg, men pasienter med denne lidelsen har i sine sykdomsfaser forstyrrelse av tenkning og oppfattelsesevne. Dette resulterer i omfattende proble-

mer knyttet til oppmerksomhet, informasjonsbearbeiding og kommunikasjon. Sykdomsbildet kan være preget av vrangforestillinger, hallusinasjoner, tilbaketrekning og forstyrrelser av følelsesutrykket. Når en pasient har brist i sin realitetsevne betegnes tilstanden som en psykose. Det er en rekke tilstander i tillegg til schizofreni hvor pasienten kan være psykotisk, og det er ikke et enkelt symptom som gir diagnosen schizofreni, men hele sykdomsbildet må vurderes.

I aktive sykdomsfaser har alle pasientene en reduksjon av funksjonsnivået, og de fleste opplever en langvarig svekkelse av sosial og yrkesmessig funksjonsevne også utenom de psykotiske episodene. En mindre andel av pasienter med schizofreni kan bli friske, mens flesteparten vil være i behov av hjelp fra helsevesenet i en årrekke.

Pasienter med schizofreni har en betydelig forhøyet risiko for selvmord, også sammenlignet med andre psykiatriske pasienter. Ca 10 % av pasienter med diagnosen schizofreni begår selvmord.

Det har skjedd endringer i synet på årsakene til schizofreni. Tidligere ble psykososiale forhold tillagt betydning som årsak, mens en idag vektlegger dette som forhold som kan påvirke forløpet av sykdommen. Internasjonalt blir schizofreni i økende grad betraktet som en lidelse som har sin årsak i forstyrrelser i utviklingen av hjernen. Arvelighetsstudier peker i retning av at arv har betydning for utvikling av schizofreni, men også en rekke andre faktorer kan være medvirkende til utviklingen av sykdomsprosessen. Det dreier seg sannsynligvis om en gruppe lidelser, som ligner hverandre i symptomer og utforming, men som kan ha forskjellig årsak.

I Norge vil det være ca 450-650 nye tilfeller av schizofreni årlig. Majoriteten av disse er unge, og behandlingen er avgjørende for å unngå kronifisering. Men selv sterkt kronifiserte pasienter kan oppleve bedring hvis adekvat hjelp blir gitt.

Behandlingen

av pasienter med diagnosen schizofreni må være omfattende, differensiert og av lang varighet. Dette innebærer et vidt spenn av behandlingstiltak, og hjelp til å mestre livssituasjonen. De fleste pasienter i denne gruppen vil trenge både poliklinisk kontakt og innleggelse i sengeavdeling i perioder. I tillegg er det viktig med kontinuitet i behandlingstilbudene, da majoriteten av pasientene vil ha behov for oppfølging over flere år.

Mennesker med schizofrene psykoser vil være i behov av innleggelse i sykehus i varierende grad. En stor andel av pasientene ved akutt, -intermediær og langtidsavdelinger er pasienter av denne kategorien. Sykehusavdelinger innen psykisk helsevern er sentrale i forhold til diagnostikk, evaluering og igangsetting av nødvendige behandlingstiltak. For pasienter som blir henvist til det psykisk helsevern med spørsmål om det foreligger en begynnende schizofreni er det avgjørende at de får en grundig utredning. Sykehusinnleggelse vil være nødvendig særlig ved psykotiske utbrudd, fordi avdelingen da kan gi nødvendig struktur og skjerming for pasientene.

Riktig medikamentell behandling er nødvendig for å oppnå positive resultater i behandling av pasienter med schizofreni. Effektiv og kontinuerlig bruk av neuroleptika kan i betydelig grad redusere risikoen for tilbakefall, og det er ingen annen behandlingsform som kan vise til tilsvarende resultater. Det antas at risiko for kronifisering og varig tap av eksisterende funksjonsnivå øker for hver nye psykotiske episode som pasienten gjennomgår. For pasienter som har fått diagnosen schizofreni er derfor den overordnede målsettingen å forebygge nye psykotiske episoder. Igangsetting og oppfølging av medikamentell behandling vil være avgjørende for å redusere tilbakefall. I tillegg trengs psykososiale støttetiltak.

Det har vært drevet en rekke ulike former for familiebehandling i samarbeid med pårørende til mennesker med schizofrene psykoser. *Psyko-edukativ familiebehandling* er en behandlingsform som i kombinasjon med medikamenter har dokumentert effekt i å forebygge nye psykotiske episoder. Metoden går ut på å undervise familiemedlemmene til pasienten om schizofreni, og om hvordan de på best mulig måte kan takle problemer som oppstår i ulike faser i sykdomsprosessen. Dette øker familiens forståelse og mestring, og demper dermed belastningen både for pasienten og de pårørende.

Når en person med schizofren psykose er utskrevet fra institusjon, vil behandlingen bli ivaretatt av primærhelsetjenesten i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. For pasienter i denne gruppen er det flere som har nytte av individualbehandling hos lege eller psykolog over flere år. Fagpersoner som følger opp pasienten utenfor institusjon har ansvar for at behandlingen videre følges aktivt opp, og må kunne iverksette tiltak ved tegn til tilbakefall.

Tidligere ble en stor andel pasienter med schizofrene psykoser behandlet i psykiatriske sykehus og sykehjem med innleggelse i årevis. Internasjonalt og i Norge har det i de senere år skjedd en forskyvning over mot poliklinisk behandling også for denne pasientgruppen. Fortsatt vil det for noen få pasienter være nødvendig med langvarige institusjonsopphold, men flere pasienter kunne vært skrevet ut fra psykiatriske avdelinger med tilpassede botilbud. For enkelte vil det være nødvendig med opphold i fylkeskommunale langtidsavdelinger eller bo- og rehabiliteringsenheter, mens det for andre vil være tilstrekkelig med kommunale botilbud. De kommunale botilbudene bør differensieres ytterligere. Noen pasienter kan fungere godt i egen leilighet med poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og eventuelt med kommunale hjemmetjenester. For andre pasienter vil et kommunalt botilbud med personale på dagtid eller med døgnbemanning være aktuelt. Slike enheter kan organiseres som bokollektiver eller gruppeboliger. Det er i tillegg et stort behov for dagaktiviteter og tilrettelagt arbeid for gruppen.

Personer som er i ferd med å utvikle en schizofren psykose bør få adekvat behandling så raskt som mulig. Bedre resultater kan oppnås hvis tiltak settes inn tidlig ved sykdomsutbruddet. Det er derfor viktig med økt kompetanse i primærhelsetjenesten om debutsymptomene ved schizofreni.

Sosial- og helsedepartementet støtter et stort forskningsprosjekt i Rogaland om effekt av tidlig intervensjon hos unge med begynnende symptomer på schizofrene psykoser. Prosjekt er beskrevet i boks 7.1 i kapittel 7.

2.2 Stemningslidelser

Stemningslidelser ble tidligere ble kalt affektive lidelser, og deles inn i alvorlige og mildere former. Felles for disse lidelsene er betydelige stemningsforandringer, i tillegg til aktivitets- og tankeforandringer. Alvorlige stemningslidelser omfatter alvorlig depresjon og manisk-depressiv sykdom. Pasienter i denne gruppen kan i sine sykdomsfaser utvikle psykotiske symptomer med vrangforestillinger og hallusinasjoner. De mildere former for stemningslidelser er milde og moderate depresjoner; og kronisk, symptomfattig depresjon.

Depresjon kjennetegnes ved at pasienten har nedsatt stemningsleie og svekket energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg eller føle interesse for noe er redusert, konsentrasjonsevnen er svekket, og pasienten opplever økt tretthet. Selvfølelse og selvtillit er nedsatt, og pasienten plages av skyldfølelse. Hyppig ledsages tilstanden av forstyrrelser av søvn og apetitt.

Manisk-depressiv sykdom kjennetegnes ved episoder hvor pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig endret. I visse sykdomsfaser er tilstanden preget av oppstemthet og økt energi og aktivitet (hypomani eller mani), og i andre faser kan personen være deprimert med vrangforestillinger og sterkt nedsatt funksjon.

Både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer regnes for å være av betydning for årsakene til stemningslidelser. For de alvorligste lidelsene er arv en vesentlig faktor, særlig gjelder dette for manisk-depressiv sykdom.

Manisk-depressiv sykdom rammer ca en prosent av befolkningen. Tallene for de rene depressive tilstandene er langt høyere. En antar at omlag 25 prosent av kvinner og 15 prosent av menn en gang i livet vil bli rammet av en behandlingstrengende depresjon. Livstidsrisikoen for å begå selvmord for pasienter med alvorlig stemningslidelse er høy. Depresjoner er blant de vanligste sykdommer hos pasienter som behandles innen primærhelsetjenesten, og lidelsene har store konsekvenser for samfunnsøkonomi og folkehelse.

Behandling.

Det er stor variasjon i prognose og grad av uførhet blant pasienter med stemningslidelser, og behandlingstilbudene må være differensierte.

Pasienter med alvorlige stemningslidelser vil ofte i perioder trenge innleggelse i psykiatrisk avdeling, eller behandling ved psykiatrisk poliklinikk. Ved dype depresjoner brukes antidepressive medikamenter og/eller elektrokonvulsiv behandling (ECT - ofte feilaktig kalt «elektrosjokk»), i kombinasjon med samtaleterapi. ECT-behandling vil i mange tilfelle virke raskere og gi færre bivirkninger sammenlignet med medikamentell behandling. Orientering om sykdommens symptomer, behandling og prognose til pasient og pårørende er viktig, da dette dreier seg om lidelser med høy risiko for tilbakefall og nye sykdomsepisoder.

For å forebygge nye sykdomsutbrudd bør pasienter med bipolare lidelser behandles med stemningsstabiliserende medikamenter, og i akutte faser vil det ofte være nødvendig med tilleggsmedikasjon. Langvarig medikamentell behandling med tilstrekkelig dose er vesentlig for å unngå tilbakefall av alvorlige depresjoner. Ved depresjoner av mindre alvorlig art må det vurderes i hvert enkelt tilfelle om det er indikasjon for medikamentell behandling i tillegg til samtaleterapi.

Kunnskap om riktig behandling av stemningslidelser har økt betydelig i de senere år, og det er viktig at dette får konsekvenser for pasientene. Dette er lidelser som omfatter et stort antall mennesker, og hvor det hos enkelte undergrupper er risiko for uførhet og død. Korrekt diagnostikk og behandling vil kunne gi betydelige menneskelige og samfunnsøkonomiske gevinster.

Primærhelsetjenesten er viktig i behandlingen av pasienter med stemningslidelser, og kompetansen bør økes ytterligere. Det er nødvendig med opplæring i bruk av diagnostiske metoder for å kunne henvise pasienter med de alvorligste typene av stemningslidelser til spesialisthelsetjenesten og for å anvende medikamenter og samtaleterapi riktig. I tillegg bør samarbeidet med pasientens pårørende vektlegges ytterligere.

Pasientgruppen med disse lidelsene er stor, og det nødvendiggjør et nært samarbeid mellom primær - og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør gi formalisert og regelmessig veiledning til primærhelsetjenesten.

Samtidig bør kompetansen heves ytterligere i spesialisthelsetjenesten, særlig med sikte på å gi bedre behandling til pasienter med alvorlige stemningslidelser. Det er behov for hyppig faglig oppdatering for å få bedre samsvar mellom ny viten om hvordan disse lidelsene skal behandles og klinisk praksis. Særlig bør behandlingstilbudene til pasienter med risiko for varig uførhet og pasienter med selvmordsrisiko bedres.

2.3 Angst- og tvangslidelser

Angst og frykt er normale reaksjoner i spesielle situasjoner. Først når slike reaksjoner ikke står i forhold til situasjonen og fører til at en person får problemer med å fungere i arbeid, familie- og fritidsliv, blir det en sykdom. Angsten kan oppleves som et plutselig, uventet angstanfall med frykt for å miste kontroll, opprivende kroppslige symptomer, eller vedvarende engstelse, rastløshet og bekymring.

Fobi kalles angsten når den blir langt sterkere enn den objektive faren skulle tilsi, og forbundet med et sterkt ønske om å unngå eller flykte fra det som oppleves som farlig. Det kan være ekstrem frykt for spesielle dyr, ting eller hendelser, angst for å gå utenfor hjemmet eller for å være alene, eller angst for samvær med andre.

Ca 10 % av befolkningen er så plaget av angst at det fører til stor grad av sykdomsfølelse. Mange har flere ulike angstlidelser samtidig og kan i tillegg ha depresjon. Generelt er det flere kvinner enn menn som rammes, men en stor andel av alkoholmisbrukende menn lider av angst.

Tvangstanker er gjentatte ubehagelige og inntrengende ideer, impulser eller fantasier som personen får uten å ville det. *Tvangshandlinger* er rituelle eller gjentatte handlinger som utføres for å redusere angst eller ubehag. Handlingene oppleves ikke som formålsrettede og personen føler seg nødt til å utføre dem, men opplever det selv som sykt. Ritualene kan være usynlige som tankeritualer, eller observerbare som sjekking av dører, vinduer og overdreven vasking.

Ca 2 % av befolkningen er så plaget av tvangslidelser at det hemmer livskvalitet og livsutfoldelse. Det er ingen klar kjønnsforskjell.

Det er ingen entydig årsak til disse lidelsene. Sannsynligvis dreier det seg om et komplisert samspill mellom psykologiske og biologiske faktorer. Det antas også at det foreligger en forhøyet sårbarhet for psykisk stress, og at familiebakgrunn, oppdragelse og livsbelastninger har betydning.

Behandling.
Fordi årsaksforholdene er sammensatt, må behandlingsalternativene være varierte. Ulike former for samtaleterapi har god effekt for mange. Medikamenter kan ha effekt, men bør ofte kombineres med annen behandling. Noen medikamenter kan ha stor tilvenningsfare, og bør ungås.

De siste årene er det utvikle nye terapiformer som er effektive som symptombehandling. Et eksempel er eksponeringsterapi. Slik behandling innebærer at pasienten oppsøker de fryktede situasjonene gradvis og planmessig og lærer seg å mestre sine reaksjoner. Nyere forskning tyder på at en kombinasjon av medikamenter og eksponeringsterapi og oppfølging gjennom samtaleterapi over tid har den beste effekten.

Det har i mange år vært drevet selvhjelpsgrupper for mennesker med angst. Mennesker med angst møtes og hjelper hverandre ut fra den erfaring de selv har. «Angstringen» er en frivillig organisasjon som i samarbeid med frivillighetssentralene organiserer en rekke selvhjelpsgrupper over hele landet. «Angstringen» har fått statlig tilskudd til informasjonsarbeid og evaluering.

Det er et stort antall mennesker som har angst- og tvangslidelser og som i varierende grad har redusert arbeidsfunksjon og livskvalitet. De fleste vil oppsøke legen på hjemstedet, og det er ofte nødvendig å gi et raskt behandlingstilbud for å hindre at symptomene blir for fastlåste. Det blir derfor viktig å tilby effektive behandlingsopplegg nær pasientens hjemsted, basert på samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Innleggelse i psykiatrisk avdeling synes lite indisert for disse pasientene, annet enn evt i diagnostisk øyemed. Det er viktig å igangsette strukturerte behandlingsprogrammer, og det bør i hvert fylke og i hver region finnes tilstrekkelig ekspertise på spesialistnivå til å utrede, behandle og gi råd og veiledning om slik behandling.

2.4 Personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelse er et relativt nytt begrep i psykiatrien. Det rommer det som tidligere ble kalt karakternevroser, psykopati og grensepsykoser. Det dreier seg om varige mønstre av indre opplevelser og atferd som rammer følelsesliv, tenkemåte, mellommenneskelig fungering og impulskontroll. Personlighetsforstyrrelsene er et resultat av samvirke mellom arv- og miljøfaktorer. De fleste trekk som inngår i diagnosen personlighetsforstyrrelse finnes i større eller mindre grad hos de fleste mennesker. For å definere slike symptomer som sykdom må de gi funksjonsforstyrrelser, og personens uhensiktsmessige handlingsmønstre og tenkemåter må vedvarer over år. Symptomene viser seg gjerne i ung alder, men blir noe avbleket med økende alder. Det er en overhyppighet særlig av seksuell, men også voldelig og psykologisk mishandling i pasientenes bakgrunn.

Personlighetsforstyrrelsene inndeles vanligvis i milde og alvorlige tilstander. For de milde personlighetsforstyrrelsene er tilstanden spesielt preget av hemninger når det gjelder følelsesutfoldelse og relasjoner til andre nære personer. Symptomutformingen kan være tvangspreget, eller preget av unnvikende eller avhengig atferd.

Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser preges av følelsesmessig ustabilitet, identitetsproblemer, dårlig impulskontroll, urealistiske oppfatninger om seg selv og andre, tendens til selvskading og grensepsykotisk fungering ved alvorlige livshendelser. De kommer ofte i konflikter med andre mennesker både privat og i yrkeslivet, og har lett for å legge ansvaret for sine problemer på andre mennesker eller på samfunnet. Personene opplever sterk grad av lidelse og vil ofte misbruke rusmidler. Deres ofte dramatiske følelsesmessige svingninger fører til sterke reaksjoner og konflikter i familien, i nærmiljøet og på arbeidsstedet, og kan igjen føre til sosial isolasjon, ensomhet, problemer i parforhold og problemer med utdanning og arbeid. Flere blir uføretrygdet i ung alder, havner i misbruksmiljøer eller begår kriminelle handlinger.

Mange av pasientene har stor grad av selvødeleggende atferd, og gruppen har økt risiko for å begå selvmord.

Pasienter med personlighetsforstyrrelser har ofte

mange andre plager, og har hyppig kontakt med helsevesenet. Endel får behandling i rusomsorgen. Blant innsatte i fengslene finner vi et stort antall personer med antisosial personlighetsforstyrrelse.

Foreløpige undersøkelser fra Norge tyder på en forekomst av personlighetsforstyrrelser på ca 12-14 % av den voksne befolkningen.

Behandling.
Uansett om det gjelder personlighetsforstyrrelser av mildere eller alvorlig grad må behandlingen være langvarig, og må gis av velkvalifiserte behandlere.

I de senere år er det utviklet modeller som tar i bruk forskjellige behandlingstilnærminger som individualbehandling, familieterapi og gruppebehandling. Langt de fleste behandles uten innleggelse.

I hovedsak kan denne behandlingen gis ved poliklinikker eller spesielt tilrettelagte dagavdelinger, eller av privatpraktiserende psykiatere eller psykologer. Behandlingen vil ofte innebære råd og veiledning med livsproblemene, og hjelp til å mestre skole, utdanning og arbeid.

For de med mildere personlighetsforstyrrelsene kan behandling føre til betydelig bedring i symptomer og livskvalitet.

For de med alvorlige personlighetsforstyrrelser vil behandlingen være svært krevende, og stille store krav til behandlernes kompetanse, fleksibilitet og samarbeidsevne. Pasientenes tendens til å sette ulike deler av behandlingsapparatet opp mot hverandre, deres manglende samarbeidsevne og dårlige impulskontroll fører ofte til åpen konflikt og i verste fall til voldsbruk.

I krisesituasjoner som for eksempel ved psykotiske gjennombrudd eller alvorlig selvskading kan det være nødvendig med akuttinnleggelse. I roligere perioder vil dagbehandling på spesielle avdelinger eller i tilknytning til distriktspsykiatriske senter være riktig. For dem med mildere personlighetsforstyrrelsene vil ofte behandling på poliklinikk eller hos privatpraktiserende spesialist over tid gi gode resultater. Medikamentell behandling vil for flertallet i denne gruppen ikke ha noen stor plass i behandlingen.

Mange pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelse er pga sine mange symptomer storforbrukere av helsevesen, sosialomsorg og trygdesystem. Det er derfor påkrevet å intensivere tiltakene til denne gruppen, og det kreves utstrakt samarbeid mellom de ulike deler av spesialisthelsetjenesten, helse- og sosialtjenesten i kommunene, og arbeids- og trygdekontor.

2.5 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser deles inn i alvorlige og lettere former. De alvorligste variantene av spiseforstyrrelser er anoreksi og bulimi. Anoreksi er kjennetegnet av spisevegring, sterk frykt for vektøkning og ekstrem undervekt. I sjeldne tilfeller kan vekttapet være så stort og vedvarende at det fører til somatiske komplikasjoner og død. Ved bulimi har pasienten hyppige spiseorgier som følges av oppkast. De lettere formene av spiseforstyrrelser har de samme symptomene som ved anoreksi og bulimi, men ikke i samme omfang og alvorlighetsgrad.

Det finnes ikke norske undersøkelser som viser den reelle forekomst av anoreksi og bulimi, eller endring i forekomst de senere år. Med bakgrunn i mindre norske undersøkelser og en gjennomgang av den internasjonale litteraturen, kan det anslås at mellom 25.000 og 35.000 unge mellom 15 og 25 år har anoreksi og/eller bulimi. Undersøkelser viser også at problemene er langt mer utbredt blant jenter enn gutter, og at spiseforstyrrelser er mer vanlig i eliteidretten enn blant ungdom generelt.

Sykdomsforløpet ved anoreksi og bulimi medfører betydelig fare for alvorlige komplikasjoner. Dette gjør at tilfredsstillende behandlingstilbud er særdeles viktig. Alvorlige og mildere former for spiseforstyrrelser utgjør tilsammen et alvorlig helseproblem. Årsaks- og risikofaktorene for spiseforstyrrelser er mangeartede og virker sammen. Det nødvendiggjør tverrfaglig og tverrteoretisk tilnærming i forebygging og behandling. Systematiske erfaringer tilsier at primærforebygging bør rettes mot barn og ungdoms generelle oppvekstvilkår.

Forebygging og behandling.
Forebygging har vært prioritert i Norge. Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet og Statens helsetilsyn har hatt et samarbeidsprosjekt rettet mot skoleverket. Det er i den forbindelse blitt utgitt veilednings- og undervisningsmateriell til bruk i skolen. Sosial- og helsedepartementet er i gang med å revidere og omarbeide dette materialet. Statens helsetilsyn og Norges Idrettshøyskole har arbeidet med forebygging rettet spesifikt mot idrettsungdom, og utgitt opplysningsmateriell for unge idrettsutøvere.

Sekundærforebygging er knyttet til tidlig diagnostikk og intervensjon. Spesifikk kompetanse når det gjelder symptomer og diagnostiske metoder i forhold til spiseforstyrrelser er nødvendig. I tillegg må behandlerne kunne vurdere hvilken type intervensjon som er hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle. Statens helsetilsyn har for å heve kompetansen blant helsepersonell utgitt et veiledningshefte for helsetjenesten generelt, og eget materiell spesielt for skolehelsetjenesten.

De fleste pasientene behandles uten innleggelse. Ved alvorlige tilfeller av anoreksi kan innleggelse i sykehus være nødvendig, og i de mest alvorlige tilfellene må det etableres et samarbeid mellom somatiske og psykiatriske avdelinger. Enkelte pasienter har personlighetsforstyrrelser i tillegg til sin spiseproblematikk, som gjør behandlingen mer komplisert.

Ulike former for psykoterapi benyttes i behandling av personer med spiseforstyrrelser. I Norge har familiebehandling vært sentral, særlig i behandling av ungdom med anoreksi. I de senere år er et økende antall pasienter blitt behandlet medikamentelt i tillegg til annen terapi.

2.6 Selvmordsatferd

Selvmord og selvmordsforsøk kan ikke beskrives som sykdom i tradisjonell forstand. Denne form for selvødeleggende atferd kan bedre forstås som avslutningsfasen i ulike typer menneskelige og sosiale prosesser. I de fleste tilfeller er likevel psykiske lidelser mer eller mindre fremtredende. Særlig gjelder dette depresjoner, schizofrenier og personlighetsforstyrrelser. Hvert år registreres det nå mellom 500 og 600 selvmord i Norge. I tillegg er det vanlig å regne med et mørketall, anslått til 10 - 25% av det offisielle selvmordstallet. Det er for alle aldersgrupper en overvekt av menn i selvmordsstatistikken. Det er omlag tre ganger så mange menn som kvinner som hvert år tar livet av seg i Norge. I aldersgruppene omkring 20 år og over 80 år er overvekten av mannlige selvmord særlig sterk (seks ganger så mange menn som kvinner). Forskerne antar videre at det er omlag 7000 nordmenn som gjør forsøk på å ta sitt eget liv hvert år. Her er det kvinnene som dominerer (dobbelt så mange kvinner som menn).

Både i historisk og internasjonalt perspektiv ses svingninger i selvmordsraten (antall selvmord pr 100.000 innbyggere pr år). Sammenliknet med andre land var den norske selvmordsraten meget lav helt fram til slutten av 1960-årene. Raten lå på 7-8 selvmord pr år pr 100.000 innbyggere, eller ca 250 selvmord pr år. I de siste 20 årene har det vært en urovekkende økning i antall selvmord i Norge. I årene 1986-1990 fordoblet selvmordsraten seg til 16, tilsvarende 650 selvmord pr år. I toppåret 1988 ble det registrert 708 selvmord. Denne fordoblingen gjaldt både kvinner og menn. Blant de yngste og de aller eldste mennene har økningen i selvmordstallene vært sterkere enn i befolkningen generelt. Etter 1990 har de totale selvmordstallene gått ned igjen. For yngre og eldre menn ser tallene ut til å ha stabilisert seg på et nytt høyt nivå, og har de siste årene ikke vist noen stigning. Tendensen de siste årene er at det er en nedgang blant middelaldrende menn, mens det er en liten økning for helt unge og middelaldrende kvinner. Samlet sett ligger den norske selvmordsraten nå omtrent på samme nivå som den svenske. Både Finland og Danmark har langt høyere selvmordsrater. Forøvrig ses nå en utjevning av tidligere forskjeller mellom by og land, mellom unge og eldre, og mellom kjønnene, når det gjelder frekvens og skademetode. I takt med nedgangen i selvmordstallene er også antall selvmordsforsøk redusert fra slutten av 1980 tallet. Fortsatt regnes det med en frekvens for selvmordsforsøk i den norske befolkning på mellom 200 og 350 (/100 000 pr år), avhengig av kjønn og alder. Blant de yngste selvmordsforsøkerne (opp til 20 år), er det nesten bare jenter.

Det er mange og sammensatte årsaker til selvmordsatferd. Som regel er det en sammenheng mellom uheldige ytre omstendigheter, vanskelige mellommenneskelige forhold og utilstrekkelige personlige ressurser, eller sykdom, som fører til selvmordshandlingen. Årsakene til en såkalt selvmordsprosess, veien fram mot selvmordet, kan også ha røtter tidlig i livet. Ofte er det en kombinasjon av psykiske belastninger i form av skuffelser, tapsopplevelser eller konflikter som bringer personen over den terskelen som gjør at selvmord blir aktuelt som problemløsning. Hos de fleste selvmordstruede mennesker er depresjon fremtredende. Fravær av beskyttende faktorer som støtte fra familie, stabile nettverk eller meningsfylt arbeid er også av betydning.

Forebygging og behandling.
På grunn av de sammensatte årsakene kan forebygging av selvmordsatferd ikke være en oppgave for helsetjenesten alene. Et overordnet mål må være at det settes inn forebyggende tiltak både av generell og spesiell art. Generelle forebyggende tiltak krever samarbeid med mange samfunnssektorer. Det vil kreve økt forskning, undervisning og informasjon innenfor ulike fagfelt. Spesielle tiltak vil dreie seg om behandling og oppfølging av pasienter som tilhører risikogrupper eller er i risikosituasjoner.

Spesielle forebyggende tiltak har vært prøvd ut flere steder, blant annet ved Bærum sykehus (Bærumsmodellen), Ullevål sykehus og ved Regionsykehuset i Trondheim. Bærumsmodellen innebærer et gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om behandling og oppfølging av selvmordsforsøkere. Flere sykehus og kommuner, både i Norge og Sverige, har brukt modellen som utgangspunkt for organisering av lokalt selvmordsforebyggende arbeid.

Handlingsplan mot selvmord
(Statens helsetilsyns skriftserie 4-95) prioriterer sekundærforebyggende tiltak innen helsetjenesten. Ved hjelp av midler fra handlingsplanen er det satt i verk modellforsøk i alle fylker som legger opp systemer for behandling og oppfølging av mennesker etter selvmordsforsøk. I tillegg legger handlingsplanen opp til økt systematisk forskning og kompetanseheving for aktuelle faggrupper. Dette er skjedd ved at *Seksjon for selvmordsforskning og forebygging* ved Universitetet i Oslo er opprettet, og ved stillinger ved de øvrige universitetene.

Helsetjenestens oppgaver i det selvmordsforebyggende arbeidet bør først og fremst rette seg mot to områder. For det første må det være en målrettet innsats mot *risikogrupper* som mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Andre risikogrupper er rusmiddelmisbrukere, tidligere selvmordsforsøkere, homofile, etterlatte og pårørende til selvmordstruede. Unge og eldre menn utgjør også en risikogruppe. En annen risikogruppe er mennesker som har fått alvorlige somatiske lidelser som kreft eller invalidiserende smertetilstander. Viktige tiltak vil bl a være bedre diagnostikk og behandling av depresjoner. Tilstrekkelig antall behandlingsplasser innen psykisk helsevern med tilfredsstillende kvalitet og utbygging av desentraliserte psykiatriske tilbud vil også komme selvmordstruede mennesker til gode.

Helsetjenestens andre satsningsområde bør være rettet mot risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd. Det dreier seg først og fremst om situasjoner som fører til tapsopplevelser og krenkelser for den enkelte. Det å bli utsatt for vold, tortur, seksuelle overgrep eller miste noen i en ulykke kan føre til selvmordsatferd hos enkelte. Aktuelt tiltak kan være styrking av oppfølgingstilbud til etterlatte og pårørende etter dødsfall og ulykker. Videre trengs en styrking av behandlingstilbud og behandlingskompetanse i forhold til overgrepsproblematikk.

Selvmordsforebyggende tiltak bør være en integrert del av helsevesenets generelle krise- og behandlingsberedskap, med et nært samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

2.7 Psykosomatiske lidelser

Psykosomatisk medisin er basert på kunnskap om hvordan psykiske og kroppslige (somatiske) faktorer gjensidig påvirker hverandre. Årsaken til psykosomatisk sykdom er alltid multifaktoriell. En grunnleggende forutsetning er erkjennelsen av at alle psykiske reaksjoner og sykdommer også har somatiske elementer.

Psykosomatisk medisin kan deles inn i tre hovedområder: Somatoform sykdom, psykiske faktorers betydning for forløpet av somatisk sykdom, og konsultasjonspsykiatri.

Somatoform sykdom
dreier seg om tilstander hvor psykisk belastning uttrykkes i form av kroppslige symptomer. En stor gruppe utgjøres av ulike smertetilstander uten somatiske funn. Typisk for slike tilstander er at omfattende somatiske undersøkelser ikke kan påvise årsaker som kan forklare sykdomsbildet. Det finnes ikke presise tall for forekomsten av somatoforme lidelser i befolkningen, men lidelsene er vanlige og rammer kvinner hyppigere enn menn. Flere undersøkelser viser at pasienter med somatoforme lidelser utgjør en stor andel av pasientpopulasjonen i allmennpraksis, og at pasienter med denne type lidelser også er vanlig ved somatiske sykehusavdelinger.

Psykiske faktorer
kan ha betydning ved enhver *somatisk sykdom.* Forskning har særlig vært konsentrert om behandling av kreft - og hjerte/kar sykdommer. Viktige praktiske tiltak består bl a i å utvikle gunstige mestringsstrategier ved somatisk sykdom.

Konsultasjonspsykiatri
dreier seg om psykiatrisk diagnostikk og behandling av pasienter som er innlagt ved somatiske avdelinger. Psykiatrisk sykdom er ikke sjeldent forekommende blant pasienter med somatiske lidelser, og særlig hyppig er angsttilstander og depresjoner. Ved en rekke somatiske sykehus er det i dag opprettet konsultasjonspsykiatriske tjenester. Det varierer hvor omfattende tilbudet er, og akuttpsykiatrisk arbeid blir prioritert. Det dreier seg da om vurdering av pasienter som er innlagt etter selvmordsforsøk, eller pasienter med andre alvorlige psykiatriske tilstander, f eks psykoser. Konsultasjonspsykiatri innebærer også service til pasienter med alvorlige somatiske sykdommer. Behovet for slike tjenester antas å øke.

2.8 Oppmerksomhetssvikt (ADHD)

Oppmerksomhetssvikt med eller uten hyperaktivitet (ADHD) er også blitt kalt MBD. Den har vært kjent som en tilstand hos barn, men er lite kjent hos voksne. Nyere forskning spesielt fra USA kan tyde på at så mye som 25% av dem som får denne diagnosen som barn, kan ha ulike grader av symptomer som fører til funksjonssvikt på en rekke områder også som voksne. Symptomene hos voksne vil blant annet være vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomhet, manglende utholdenhet, humørsvingninger, impulsivitet og lærevansker. Mange vil også ha tilleggsbelastninger med rusmisbruk, voldelighet og kriminalitet.

Behandling.
I første rekke er det nødvendig med grundig diagnostikk, både når det gjelder grunnlidelsen og av de psykiatriske lidelsene som kan være en del av tilstandsbildet. Behandlingstiltakene må rette seg mot hele spekteret av symptomer, og vil innebære ulike former for samtaleterapi, medikamentell behandling og atferdskorrigerende behandling.

Det har i den senere tid vært betydelig fokusert på bruk av sentralstimulerende legemidler for denne gruppen. Imidlertid vil dette ikke under noen omstendighet bli sett på som eneste behandlingsalternativ. Det finnes i dag på markedet en rekke andre medikamenter som kan være effektive, og bruk av disse vil vanligvis være å foretrekke.

2.9 Posttraumatiske stressforstyrrelser

En forutsetning for at posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSF) skal oppstå er at personer opplever en meget alvorlig stressbelastning av kort eller lang varighet av usedvanlig truende eller katastrofal art. Belastningen er så stor at nesten enhver ville fått betydelige stressreaksjoner. Den ytre belastningen er den primære årsaken, og lidelsen ville ikke ha utviklet seg uten denne belastningen. Sårbare trekk hos personen som rammes øker risikoen for at posttraumatisk stressforstyrrelse utvikles.

Risikoen for kronifisering er høy når sykdommen først har utviklet seg. Forstadiet til sykdommen er den akutte stressforstyrrelsen, og en del av pasientene med kronisk posttraumatisk stressforstyrrelse utvikler en vedvarende personlighetsendring. Sistnevnte tilstand kan debutere flere år etter en langvarig, ekstrem stresspåkjenning.

Hvor mange i en befolkning som lider av post-trau-

matisk stressforstyrrelse vil være avhengig av risikoen for å bli utsatt for alvorlige, livstruende hendelser. I høyrisikogrupper som krigsveteraner eller krigsflyktninger er denne lidelsen den hyppigste registrerte psykiatriske lidelsen. Over en tredel av de norske krigsseilerne ble arbeidsuføre pga krigsseilersyndromet som var datidens betegnelse på tilstanden. I tillegg til flyktninger vil f eks personell som har tjenestegjort i norske styrker i utlandet være en risikogruppe.

I fredstid er sykdommen registrert hyppigere hos kvinner, bl a fordi kvinner rammes oftere av alvorlige traumer, bl a seksuell vold. For den sistnevnte gruppen er det sannsynligvis store mørketall.

Sykdommen viser ingen spesiell aldersfordeling, og rammer også barn. Omtrent halvparten av pasientene oppfyller kriteriene for ytterligere en psykiatrisk tilstand. Særlig hyppig er rusmisbruk, angstforstyrrelser og depresjon.

Forebygging og behandling.
Forebygging kan skje ved 1) å hindre primærårsaken, dvs. stressbelastningen, 2) øke motstandskraften overfor stressbelastning, og 3) rask intervensjon etter at stressbelastningen har inntrådt.

Omfattende forebyggende programmer har blitt utviklet av organisasjoner hvor profesjonelle innsatsgrupper er involvert. God kriseberedskap som sørger for tidlig intervensjon ved kriser kan forebygge posttraumatisk stressforstyrrelse. Tidlig intervensjon vil bl a bestå av samtale med den som har vært utsatt for traume, med de pårørende, og med dem som har deltatt som hjelpere. Dette bør være et tilbud ved store katastrofer, og ved ulykker som rammer enkeltindivider og familier. I slikt arbeid er assistanse fra andre yrkesgrupper enn helsepersonell nødvendig. Flere fagmiljøer i Norge har bygget opp kompetanse gjennom direkte erfaring fra krisearbeid.

Når sykdommen har oppstått er tidlig igangsetting av behandling viktig. Samtalebehandling med enkeltpasient eller i grupper er vanlig behandling, og det optimale er at slik behandling gjøres av personale med spesialkompetanse.

Seksualisert vold
har vært omfattende debattert i mediene de senere år. Ofre finnes blant begge kjønn, i alle aldersgrupper og i alle samfunnslag. Noen er ofre for enkeltstående overgrep, mens andre har vært utsatt for mangeårige lidelser. Seksuelle overgrep og annen vold oppleves dypt krenkende av offeret, og fører ofte til langvarige fysiske og psykiske helseplager. Justisdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet har samarbeidet om tiltak for styrke omsorgen for voldsofre.

Som en del av Regjeringens handlingsplan for trygghet og nærhet i hverdagen, er det startet et «Kompetansesenter for voldsofferarbeid» ved Høgskolen i Oslo. Prosjektet samfinansieres av Justisdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet.

Behandlingstiltak overfor de som utøver vold er viktig som forebygging. Prosjektet «Alternativ til vold» i Oslo har vært delfinansiert av Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Etter en evaluering av prosjektet skal den videre organiseringen av dette tilbudet avklares i samarbeid med Oslo kommune i løpet av 1997.

3 PSYKISKE LIDELSER HOS ELDRE

Mange psykiske lidelser kan opptre for første gang i høy alder. Symptomene er de samme som for andre aldersgrupper. Men enkelte tilstander forekommer *oftere* i høy alder, og det finnes lidelser som *bare* forekommer i høy alder.

Det er flere risikofaktorer hos eldre for utvikling av *depresjon;* som tap av nære pårørende, tap av helse, funksjonsevne og selvstendighet. Alvorlige depresjoner forekommer hos 2-4% av de eldre og lettere depresjoner hos 12-14%. Depresjoner hos eldre har tendens til å kronifiseres, og fører til tap av livskvalitet og økt dødelighet.

Aldersdemens
er økende med stigende alder. Blant personer over 75 år rammes 15 % av aldersdemens. De hyppigste årsakene er Alzheimers sykdom (50-60%) og demens etter hjerneslag (25%).

Ved Alzheimers sykdom spiller arvemessige forhold en viktige rolle. For demens generelt er risikofaktorene høyt blodtrykk, sukkersyke, røyking og hjertesykdom. Det er ingen spesifikke behandlingsmetoder for demenssykdommer i dag, men det finnes en rekke anerkjente metoder for å gi god omsorg til de aldersdemente og for å behandle de psykiatriske tilleggssymptomene.

Forvirring
kan forstås som en akutt overbelastning av hjernen, og er kjennetegnet ved en plutselig endring både av intellektuelle og emosjonelle funksjoner. Pasienten mistolker informasjon som gis, eller blander informasjon med egne tanker og oppfatninger. Dette kan resultere i psykotiske symptomer som vrangforestillinger og sansebedrag. Tankevirksomheten er usammenhengende, og søvnrytmen kan være endret. Tilstanden kan vare i høyst forskjellig tid, fra noen timer til flere måneder. Både organisk sykdom som medfører reduksjon av surstofftilførsel til hjernen og kroppslige stresstilstander kan utløse forvirringstilstander. Mest utsatt er demente eldre, og personer over 80-85 år.

Behandling.
Mange eldre med psykiatriske lidelser får samme behandling som gis til andre aldersgrupper med tilsvarende lidelser. I tillegg kommer spesielle behandlings-

tiltak som kreves pga høy alder. Det vil ofte være behov for særskilte støttetiltak i pasientens hjemmemiljø. Det vil også være behov for et utstrakt samarbeid mellom psykiatriske og somatiske spesialisthelsetjenester.

Mange eldre med alvorlig grad av demens og forvirring må behandles i institusjon. Største delen av behandlingstilbudet vil bli gitt i primærhelsetjensten i form av vanlige sykepleietjenester i kommunale aldersinstitusjoner og i hjemmesykepleien. I tillegg må det fra kommunens side legges tilrette for psykiatrisk sykepleietjeneste.

Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten for eldre bør være organisert i egne avdelingsavsnitt i alle landets fylker. Disse må bestå av sengeenheter hvor hovedoppgaven er utredning av uklare tilstander og kortvarig behandling av funksjonelle lidelser. Langtidsbehandling av eldre med vanskelig atferd bør skje i skjermede avsnitt ved kommunale sykehjem med veiledning fra spesialisthelsetjenesten etter behov, eller i alvorligere tilfeller i psykiatrisk institusjon. Det er nødvendig å tilby poliklinisk behandling og dagbehandling på spesialistnivå så nær pasientens hjemsted som mulig.

Sosial- og helsedepartementet har fra 1990 til 1996 gitt støtte til et eget forsknings- og utviklingsprogram om aldersdemens. Det arbeides nå med å etablere et kompetansesenter for aldersdemens som skal ha som hovedoppgave å formidle kunnskap om aldersdemens til fylkeskommuner, kommuner og helsepersonell.

Sosial- og helsedepartementet har også støttet *Utviklingsprogrammet om alderspsykiatri,* som har hatt som mål å utvikle fagfeltet alderspsykiatri i Norge. Programmet gikk fra 1992 til 1995, og sekretariatet var lagt til Klinikk for geriatri og rehabilitering ved Ullevål sykehus. Programmet har drevet kursvirksomhet, gitt ut undervisningsmateriell og etablert et kompetansenettverk.

Vedlegg 2

Psykiatrien i Norden – en sammenligning

Utarbeidet av Trond Hatling og Helge Hagen ved Norsk institutt for sykehusforskning, SINTEF, på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet

1 DEN NORDISKE PSYKIATRIEN I TALL

1.1 Om tallgrunnlaget

Av de nordiske land er det kun Norge som har en sentral instans som koordinerer innsamling og publisering av nasjonal statistikk innen psykiatrifeltet (SINTEF NIS og SSB). I de øvrige nordiske land er det i stor grad opp til det enkelte amt eller län å samle inn data for eget bruk. Dette er statistikk som ikke rutinemessig bearbeides videre til nasjonal statistikk.

Data som presenteres i denne oversikten er derfor dels innhentet fra enkeltpersoner og -instanser i de ulike land, og dels fra enkeltstående statistikkpublikasjoner og politiske dokument (se referanselisten). Opplysninger fra Danmark og Finland gjelder for driftsåret 1994, mens data fra Sverige, Island og Norge gjelder driftsåret 1995. Fordi vi ikke har hatt kontakt med de enkelte data-leverandører (institusjon, amt/län), har det ikke vært mulig å foreta noen egen datakontroll mht avgrensninger og hva som inngår i de ulike opplysninger.

Tallmaterialet omhandler den voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenesten. Fordi det nå foregår en gradvis nedbygging av den spesialiserte psykiatrien i de nordiske land, samtidig som det skjer en betydelig vekst i tilbudene i førstelinjetjenesten (primærhelsetjenesten og/eller sosialtjenesten), vil en slik kartlegging ikke gi et direkte sammenlignbart bilde av det *totale psykiatritilbudet* i hvert enkelt land. Tallene uttrykker omfanget av den delen av totaltilbudet som i de ulike land er definert under spesialisthelsetjenesten. Som vist senere er grensedragningen mellom første- og andrelinjetjenesten ulik i hvert enkelt land.

1.2 Døgnplassdekning

Som uttrykk for volum av døgnbehandling anvendes her antall døgnplasser. Sykehusavdelinger er skilt ut som egen kategori, og inkluderer både psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus. «Andre døgninstitusjoner» inkluderer alle døgninstitusjoner i spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus.

Norges døgnplassdekning *på sykehusnivå* er lavere enn i de øvrige nordiske land. Dette er trolig historisk betinget, idet de øvrige nordiske land hadde langt flere sykehusplasser pr innbygger enn Norge før den generelle nedbyggingen av sykehusene startet for 15–20 år siden (Island er et unntak). Døgnplassdekningen på sykehusnivå har med andre ord jevnet seg betydelig ut som en følge av de senere års utvikling. Norge har idag henholdsvis 12 og 7 prosent lavere døgnplassdekning i sykehus enn Danmark og Sverige; noe som må betraktes som svært små forskjeller i lys av de omfattende

Tabell 1 Voksenpsykiatriske døgnplasser pr 100.000 innbyggere

Driftsår	Danmark 1994	Sverige 1995	Finland 1994	Island 1995	Norge 1995
Sykehusavd	76	72	129[1]	82[2]	67
Andre døgninst	28[3]	34[4]	0[5]	72[6]	80
Totalt	104	106	129	154	147
Antall døgnplasser	5 417	9 377	6 580	411	6 370

[1] Inkluderer den andelen av døgnplassene i barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner som aldersmessig er anslått å tilhøre voksenpsykiatrien.

[2] Inkluderer Landspitalin, Borgarspitalin, avd i Akureyri og «nasjonal» sikkerhetsavdeling. Virksomheten er fordelt mellom sykehus og «andre døgninstitusjoner» i overenstemmelse med overlegeThomas Helgason, Landspitalin.

[3] Inkluderer ikke kommunale botilbud eller skadestuer.

[4] Hovedsakelig sykehjem. Inkluderer ikke private pleiehjem (omlag 2 600 plasser). I 1994 ble omlag 3000 døgnplasser i sykehjem/langtidsinstitusjoner overført til kommunene. Inndeling i henholdsvis sykehus og «andre døgninstitusjoner» er foretatt av NIS i henhold til kriterier avklart med Landstingsforbundet.

[5] Det drives ingen offentlige voksenpsykiatriske døgninstitusjoner utenfor sykehusene. De omlag 1 600 døgnplasser for psykiatriske pasienter ved private sykehjem er ikke inkludert

[6] Eksklusive dagvirksomhet og alkoholistomsorg.

strukturendingene som har funnet sted i de tre land på kort tid. Finland, der all offentlig voksenpsykiatrisk behandling er knyttet til sykehusene, representerer her et unntak fra hovedtrenden.

Norge har desidert høyest døgnplassdekning i *institusjoner utenfor sykehus*. Dette har hovedsakelig sammenheng med det høye sengetallet i psykiatriske sykehjem (50 pr 100.000 innbyggere). Også Danmark og Sverige har sykehjem, men ikke i samme omfang. Disse er bygd ned, og delvis erstattet med mindre døgnenheter. Tilsammen utgjør dette henholdsvis 28 og 34 døgnplasser pr 100.000 innbyggere i de to land. Det er imidlertid bare i Norge at det er satset på modellen med bo- og behandlingssentra innen spesialisthelsetjenesten; dvs differensierte sentra på lokalsykehusnivå med døgn, -dag og poliklinisk virksomhet.

De distrikspsykiatriske sentra som er bygd ut i Danmark gir ikke heldøgnstilbud, bare poliklinisk behandling og dagtilbud. I Danmark drives det ellers i utstrakt grad ulike typer dagvirksomhet som ikke inngår i denne oversikten over døgnsplasser. Ved utgangen av 1994 fantes det 5.527 plasser i daginstitusjoner («være-steder») som ikke inngår i denne oversikten over heldøgnsplasser; dvs 106 psykiatriske dagplasser pr 100.000 innbyggere. Antall dagplasser i Danmark er med andre ord høyere enn antall døgnplasser.

1.3 Volum og art av psykiatriske tjenester

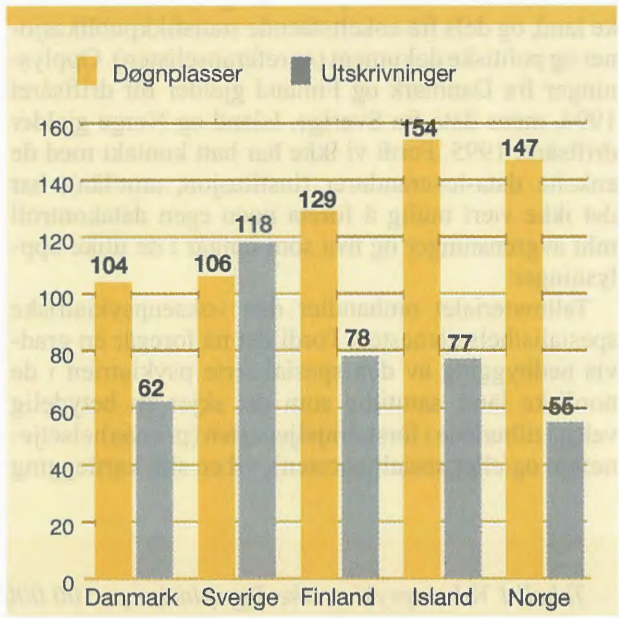
1.3.1 Åpen omsorg

Omfanget av poliklinisk virksomhet er omtrent like stort i Norge og Danmark, mens Finland og Sverige ligger henholdsvis høyere og lavere, *se tabell 2.* I Finland og Island er det enten bygd ut poliklinisk virksomhet (Finland) *eller* dagbehandling/omsorg (Island). I Norge er omfanget av de to virksomheter omtrent like stort.

Polikliniske konsultasjoner og dagopphold kan begge betraktes som uttrykk for åpne behandlingsformer i motsetning til heldøgnsinnleggelser. Når de befolkningsbaserte ratene for poliklinisk- og dagbasert behandling summeres, fremgår det at Norge, Island og Finland ligger på ganske nøyaktig samme nivå (omlag 1.900 konsultasjoner/ dagbesøk pr 10.000 innbyggere), mens omfanget av slike «åpne» behandlingsformer relativt sett er mer enn dobbelt så stort i Danmark (4.500 pr 10.000 innbyggere).

1.3.2 Døgnbasert omsorg

Sverige har flest utskrivinger pr innbygger i Norden, og (sammen med Danmark) færrest døgnplasser. Norge på sin side har færrest utskrivinger, og (sammen med Island) flest døgnplasser. Behandlingsprofilen innen den døgnbaserte spesialisthelsetjenesten i Norge og Sverige er altså svært ulik, og representerer ytterpunkter i Norden. Sverige har få døgnplasser og rask pasientsirkulasjon, mens Norge har mange døgnplasser og lav sirkulasjon. *Figur 1* viser sammenhengen mellom antall døgnplasser og utskrivinger pr innbygger i hvert av landene.



Figur 1 Døgnplasser pr 100.000 innbygger og utskrivinger pr 10.000 innbygger

Tabell 2 Antall utskrivninger, polikliniske konsultasjoner og dagopphold pr 10.000 innbyggere

	Danmark	Sverige	Finland	Island	Norge
Utskrivninger	62	118	78	77	55
Polikliniske konsultasjoner	1 035 [7]	770	1 547	150 [8]	1 020
Dagopphold	3 481	–[9]	327	1 795	941

[7]) Faktiske tall for 1994 ved sykehusene, og estimerte tall for 1996 ved distriktspsykiatriske sentra. (Skjønn basert på regjeringens statusrapport: Socialministeriet og Sundhetsministeriet (1995). Faktiske totaltall i 1994 var 958 konsultasjoner pr 10 000 innbyggere).

[8]) Det finnes ingen frittstående poliklinikk på Island.

[9]) Mangler data.

Tabell 3 Gjennomsnittlig oppholdstid (antall døgn) i psykiatriske sykehusavdelinger og i voksenpsykiatriske institusjoner totalt

	Danmark	Sverige	Finland	Island	Norge
Sykehusavd	42	22	58	39	53
Totalt voksenpsykiatri	–[10]	30	58	46[11]	85

[10]) Vi mangler opplysninger om oppholdsdøgn ved mindre psykiatriske enheter, da disse sorterer under sosialtjenesten.
[11]) Inkluderer ikke sykehjemsavdelingen tilknyttet Borgarspitalin.

1.4 Pasientsirkulasjon

Tabell 3 viser hvordan den ulike bruken av døgnplassene gir seg utslag i forskjeller i oppholdstider.

Det fremgår av tabellen at det er korte oppholdstider i sykehusavdelinger i Sverige. Også andre institusjonstyper i Sverige har relativt korte oppholdstider, hvilket viser at langtidspasientene i Sverige i større grad enn i de øvrige nordiske land er overført til førstelinjetjenesten. Med unntak av Finland er oppholdstidene i sykehusavdelingene høyest i Norge. I nordisk sammenheng har Norge relativt mange langtidspasienter i sykehusene, i tillegg til den høye dekningen av langtidsplasser i sykehjem. Sett under ett er oppholdstiden i norske psykiatriske institusjoner desidert høyest blant de nordiske land. De øvrige nordiske land har i større grad overført ansvaret for langtidspasienter til kommunene.

1.5 Noen hovedtrekk ved situasjonen i Norden

De andre nordiske land har i grove trekk gjennomgått den samme utvikling innen psykisk helsevern for voksne som Norge i løpet av de siste 20–30 år:

- Det har vært en kraftig nedbygging av de psykiatriske sykehusene.
- Det psykiatriske sykehustilbudet er delvis bygd opp samlokalisert med det somatiske.
- Det har vært en kraftig økning i dag- og poliklinisk aktivitet.
- Det har funnet sted en betydelig ressursøkning i form av bemanning og kompetanse.
- Det har foregått en kraftig oppbygging av mindre, differensierte enheter. I Danmark og Sverige inngår disse bare delvis i tallmaterialet for andrelinjetjenesten, da de delvis er overført til sosialvesenet og/eller kommunene.
- Institusjonsnedbyggingen har ikke i tilsvarende grad vært fulgt opp av en planlagt oppbygging av førstelinjetilbudet.
- Med unntak av Island har det vært iverksatt store reformer i de siste 5 år. Det har altså vært, og er, et betydelig offentlig fokus på psykiatriens organisasjon og innhold i så godt som hele Norden.
- Norge skiller seg ut fra de øvrige nordiske land ved å ha flere langtidsplasser både i og utenfor sykehus.

2 PSYKIATRIEN I DANMARK

2.1 Voksenpsykiatrien

2.1.1 Historikk

De første psykiatriske sykehus ble etablert i Danmark i begynnelsen av forrige århundre, mens den viktigste utbyggingen foregikk rundt århundreskiftet. I den samme perioden ble ansvaret overført til staten. Amtskommunene, tilsvarende de norske fylkeskommuner, ble etablert i 1970 (totalt 16 amt: 14 + København og Frederiksberg kommuner). I 1976 ble ansvaret for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten overført fra staten til amtskommunene, og som et ledd i overføringen bevilget staten 700 mill kroner til psykiatrien i amtskommunene. Det ble samtidig satset på lokalsamfunnsbasert psykiatri. Det har i en lang periode vært en kontinuerlig nedbygging av sengeplasser i institusjonspsykiatrien i Danmark. Fra 1976 til 1991 skjedde det en reduksjon i normerte senger fra 10.977 til 4.808 (Socialministeriet og Sundhedsministeriet 1995). Inkludert i denne reduksjonen er de såkalte Hospitals-sykehjemmene (sykehjem som tidligere tilhørte de psykiatriske sykehusene). Disse ble i 1987 overført til amtskommunenes sosialtjeneste. Dette representerte rundt 2.600 senger, og det har skjedd en gradvis nedbygging siden da. I 1987 sa Dansk psykiatrisk forening at institusjonsnedbyggingen var kommet langt nok, og i årene etter var det en stor debatt om dette i Danmark. I mars 1991 påla derfor Folketinget regjeringen å oppfordre amtskommunene og kommunene om å stanse den videre nedbyggingen av sengeplasser fram til 1994, blant annet fordi en mente at for mange akuttilfeller falt utenfor. Amtskommunene ble samtidig bedt om å bygge opp alternativer til sykehus framover. Disse initiativene samlet ga en gjennomsnittlig sengereduksjon på ca 57 i året mellom 1992–96 (Socialministeriet og Sundhedsministeriet 1995), mot ca 240 pr år i perioden 1976–91 (sykehjemssenger unntatt).

Den betydelige reduksjonen i sykehusbaserte sengeplasser har ikke medført en tilsvarende reduksjon i antall innleggelser. Mens det i midten av 70-tallet var ca 40.000 innleggelser årlig var det i 1993 ca 33.000 (Munk-Jørgensen et al 1994). Det har derimot gitt langt kortere liggetid, og har dermed særlig hatt be-

tydning for gruppen langtidsliggende pasienter. Utviklingen ligner i stor grad den vi ser i Norge.

2.1.2 *Lovgivning*

All helsetjeneste i Danmark reguleres av en felles helselov fra 1974. Den eneste særlov er fra 1989, om psykiatrisk tvangsbehandling. Folketinget og regjeringen har det overordnede ansvar for lovgivning og politikkutvikling for alt helsearbeid. Sundhedstyrelsen, tilsvarende det norske Helsetilsynet, har ansvaret for oppfølging og kontroll av helsetjenesten i landet. Dette ligger under Sundhedsministeriet (tilsvarende det norske Helsedepartementet). Som vi vil se nedenfor er det også en betydelig del av den danske psykiatrien på amtskommunenivå som ligger under sosialtjenesten, og denne reguleres av en tilsvarende sosiallov fra 1976. Denne sier at kommunene har ansvaret for å gi innbyggerne alminnelig hjelp og bistand (hjemmehjelp, sykehjemstilbud etc), mens amtskommunene har ansvaret for den spesialiserte tjenesten.

2.1.3 *Planlegging*

Som en følge av overføringen av psykiatrien til amtskommunene i 1976 er planleggingen av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten amtskommunes ansvar. Det er ingen direkte statlig styring på området, men det har kommet en god del regjeringsdokumenter om psykiatrien i de senere år som har forsøkt å angi retning for det lokale planarbeidet (Sundhedsministeriet 1988, Socialministeriet og Sundhedsministeriet 1995). I 1993 ble det satt ned et eget utvalg (Fremrykningsudvalget), med representanter fra departement, amtskommunene og kommunene, som la fram konkrete planer for hvordan opprustningen av psykiatrien burde skje. Som et ledd i dette arbeidet blir også finansieringen vurdert. Utvalgets konklusjoner har i stor grad vært retningsgivende for det senere arbeidet.

2.1.4 *Finansiering*

Amtskommunene har egen beskatningsrett, og ansvaret for finansiering av det danske helse- og sosialvesenet. Dette gjelder særlig sykehusvesenet, men også den polikliniske virksomheten som drives innen rammen av den skattefinansierte allmenne trygden. Som et ledd i den statlige oppmerksomheten rundt psykiatri er det de senere årene bevilget øremerkede midler til psykiatrien (ca 300 mill kr pr år). Disse bevilgningene har særlig gått til amtskommunene, noe også til kommuner. Når det gjelder de sosialpsykiatriske sykehjemmene (samt institusjoner for rehabilitering) er oppholdet der 100% kommunefinansiert hvis klientene er over 65 år. Hvis klientene er under 65 år betaler kommunene og amtskommunene 50% hver. De amtsdrevne, spesialiserte sykehjem legges nå ned på grunn av denne finansieringsordningen. Som en konsekvens av denne finansieringen legges et stigende antall demente og deprimerte eldre inn ved de kommunale sykehjemmene.

Kommunene har det finansielle ansvaret for de psykiatriske pasientene som bor i sitt eget hjem.

2.1.5 *Ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene*

Det statlige ansvaret gjelder særlig overordnet oppfølging. Et eksempel på dette er at Folketinget i 1991 påla regjeringen å levere en årlig statusrapport om tilstanden i dansk psykiatri. Det er noen få lands- og regionsfunksjoner (blant annet en sikkerhetsavdeling).

Amtskommunene har ansvaret for den sykehusbaserte psykiatrien og den distriktspsykiatriske tjenesten. Gjennom sosialtjenesten har de også ansvaret for de psykiatriske sykehjemmene (sosialpsykiatriske institusjoner). Disse siste bygges nå kapasitetsmessig ned, delvis som en følge av finansieringsordningene (se tidligere om oppgjørsformer for sykehjemmene). Det foregår nå en reduksjon av amtskommunenes sosialvesen, hvor stadig mer av oppgavene legges over til kommunene. Dette var også den viktigste begrunnelsen for at kommunene i de senere år har fått totalansvaret for psykiatrien i 3 amtskommuner.

Kommunene har ansvaret for det alminnelige helsetilbudet. Primærhelsetjenesten baseres på allmennleger som selvstendige næringsdrivende (husleger), med kontrakt til den generelle trygdeordningen. Dette er delvis finansiert av et tilskudd pr pasient, delvis av et tilskudd pr behandling, og delvis av en egenandel fra pasientene. Etableringstilskudd gis av amtskommunene. Sykepleierne i primærhelsetjenesten er ansatt av de kommunale myndighetene, som også har ansvaret for alminnelige sykehjem (som i stadig større grad tar i mot psykiatriske pasienter). Sosialtjenesten har ansvaret for ulike former for botilbud (bofellesskap, forsorgshjem og andre boformer mer eller mindre tilrettelagt for psykiatriske pasienter), dagsenter (væresteder – det er planlagt en tredobling av disse fra 1993–96 til ca 7.400 plasser), arbeidstilbud m m (Socialministeriet og Sundhedsministeriet 1995).

Det finnes også en utstrakt privat poliklinisk virksomhet. Mellom 15 og 20% av landets psykiatere har privat praksis (Munk-Jørgensen et al 1994), i tillegg til andre yrkesgrupper. Disse må ha avtale med amtskommunene for å få refusjon fra trygden.

Det er klare skiller mellom de administrative nivåene, og det skjer bl a lite datautveksling mellom nivåene. Siden 1994 har en egen lov søkt å påvirke kommuner og amtskommuner til felles planlegging på områder hvor dette er nødvendig, herunder innen psykiatri.

2.1.6 *Sektorisering*

Det er en gjennomført sektorisering i Danmark.

2.1.7 Institusjonsstruktur

Noe under halvparten av sengene i den psykiatriske sykehustjenesten er i psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus, resten er i psykiatriske sykehus. Dette har skjedd gjennom en gradvis nedbygging av de sistnevnte, og en tilsvarende (mindre) oppbygging av de førstnevnte.

Det foregår nå en systematisk utbygging av distriktspsykiatriske sentra i Danmark, og i løpet av 1996 regnes det med at ca 96% av befolkningen vil være dekket av slike tilbud. Disse sentra har et poliklinisk tilbud samt ambulerende tjenester. De har som regel ingen dagaktivitet tilknyttet, og heller intet døgntilbud. De har derfor en annen profil enn de norske distriktspsykiatriske sentra. Det har også skjedd en betydelig, planmessig personellutvidelse ved slike sentra. For å øke den psykiatriske døgnberedskapen etableres det nå såkalte psykiatriske skadestuer i en del amt, særlig i hovedstadsområdet.

Sykehjemmene har avtale om psykiatertjenester fra sykehus/DPS, men ikke fast ansatte psykiatere. Den polikliniske tjenesten foregår enten i sykehusene eller i distriktspsykiatrien (ikke i sykehjemmene). Dagavdelinger er nesten utelukkende tilknyttet sykehusavdelingene. Som et resultat av den desentraliserte oppbyggingen er det etablert såkalte «væresteder» i regi av sosialtjenesten.

2.1.8 Personale

Danmark har alle former for utdanning innen psykiatri, med unntak av psykiatrisk spesialutdanning for sykepleiere. Det har tidligere vært god tilgang på utdannet personale innen psykiatrien, men i de siste 3–4 årene har det vært knapphet på psykiatere og sykepleiere. Blant annet har den storstilte utbyggingen av distriktspsykiatriske sentra vært en grunn til denne knappheten (Socialministeriet og Sundhedsministeriet 1995).

2.1.9 Aktuelle diskusjoner

Den mest framtredende diskusjonen i Danmark nå gjelder nedbyggingen av institusjonsplasser, en diskusjon som på mange områder er identisk med den vi har i Norge. Som et resultat av den politisk-administrative ansvarsfordelingen mellom stat og amtskommuner er det summen av (den delvis planlagte) utviklingen i hvert enkelt amtskommune som genererer den nasjonale utviklingen (se under Planlegging). Utviklingen preges av en viss frustrasjon innen fagfeltet. Nedbyggingen har medført en økt selvmordsrate blant psykiatriske pasienter, økning av hjemløse og personer i herberger med mentale lidelser, og mentalt syke i fengslene (Munk-Jørgensen et al 1994, Gerris 1994). Fra regjeringens side satses det nå på en opprustning av det akutte tilbudet, i tillegg til å forsterke utbyggingen av distriktspsykiatriske enheter (Socialministeriet og Sundhedsministeriet 1995).

Et annet problematisk område er tverrsektorielt samarbeid. Fordi det psykiatriske tilbudet delvis er lagt under helsevesenet (bl a sykehusene) og delvis under sosialvesenet (bl a sykehjemmene), er behovet for koordinering og samarbeid stort. Overføringen av ansvar fra helsevesenet til sosialvesenet i en del amt møtes med betydelig skepsis fra tradisjonelt psykiatrisk hold.

En konsekvens av institusjonsnedbyggingen, og overføringen av mye av ansvaret for de psykiatriske pasientene til kommunene, er at befolkningens syn på mennesker med psykiske lidelser er blitt fokusert. Regjeringen har derfor målsetting om å iverksette en nasjonal informasjonskampanje innrettet mot nettopp dette i løpet av 1996/97.

2.2 Barne- og ungdomspsykiatrien

2.2.1 Historikk

Barne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har 3 «utspring»: Den medisinsk orienterte psykiatrien, den pedagogiske knyttet til skolevesenet og en sosialpsykiatrisk knyttet til sosialvesenet.

Den første barnepsykiatriske avdeling ble åpnet som poliklinikk ved Rikshospitalet i København i 1935. Det skjedde en viss utbygging på 40-tallet, og i løpet av 70–80-tallet fikk de fleste amt avdelinger og poliklinikker. På 60-tallet ble tilbudet for barn med psykiske problemer bygd ut både innen undervisnings- og sosialsektoren. Det pedagogiske rådgivingstilbudet ble rustet opp med kliniske barnepsykologer og barnesakkyndige sosialrådgivere. Slik ble både kvaliteten på undersøkelsene og tilbudene om spesialundervisning forbedret.

I regi av sosialvesenet ble det bygget behandlingshjem over hele landet for barn med forskjellige former for psykiske problemer, og de fleste amt har opprettet psykologledede rådgivingssentra for barn og unge etter modell fra amerikanske Child Guidance Clinics (Smedegaard 1993).

Barnepsykiatri er et spesialområde som dekker aldersgruppen 0–15 år (18). Ungdomspsykiatri har vært et såkalt spesialområde innen både barne- og voksenpsykiatrien.

2.2.2 Finansiering

Den enkelte amtskommune finansierer sykehusene, og dermed også de barnepsykiatriske avdelingene. Det har over en relativt lang periode vært økonomiske innstramninger i offentlig sektor i Danmark, og utbyggingen av det distriktspsykiatriske tilbudet de siste 20 årene har derfor vært ledsaget av en tilsvarende nedbygging av andre tilbud, især sengeplasser.

2.2.3 Sektorisering

Den danske barnepsykiatrien er geografisk sektorisert på amtskommunenivå, tilsvarende voksenpsykiatrien. Som en konsekvens av at tilbudet er ulikt utbygd mel-

lom amtene, er det et betydelig kjøp av tjenester mellom amtene.

2.2.4 Institusjonsstruktur

Innen dansk barnepsykiatri er det tre former for «institusjoner»: Sengeavdelinger som sju amt hadde i 1993 (Smedegaard 1993), dagavdelinger som i 1992 fantes i ni amt, og polikliniske avdelinger, som alle amt har. Det er særlig det polikliniske tilbudet som har vært bygd ut siden 70-tallet.

2.2.5 Faglig innhold

På samme måte som i de øvrige nordiske land er også dansk barnepsykiatri faglig heterogen. Det har vært en genetisk-biologisk preferanse, til fordel for mer psykodynamisk orienterte perspektiver. Familie- og systemteoretiske tilnærminger spiller nå en mer framtredende rolle. Ifølge Smedegaard (1993) har denne faglige heterogeniteten dels ført til polarisering, preget av gjensidig mistillit og mangel på samarbeid. Voksenpsykiatriens svake familieterapeutiske tilnærming er tilsvarende til hinder for et samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Dansk barnepsykiatri har vært relativt autonom i forhold til voksenpsykiatrien. Samarbeidet har vært lite, og hovedsakelig konsentrert rundt barn av voksne med psykiske lidelser.

2.2.6 Personale

Det er en betydelig grad av tverrfaglig sammensetning i den danske barnepsykiatrien, med et sterkt innslag av pedagoger og fysio- og ergoterapeuter, i tillegg til psykiatere, sykepleiere og psykologer. Denne tverrfaglige tilnærmingen møtes med en viss skepsis på tradisjonelt psykiatrisk hold, og enkelte ønsker en sterkere tilknytning til andre legespesialiteter (Smedegaard et al 1992). Det er lav utdanningskapasitet av barnepsykiatere i Danmark (4 pr år), og bare ett professorat i barnepsykiatri.

2.2.7 Aktuelle diskusjoner

Dansk barne- og ungdomspsykiatri er delvis organisert som to deler, en for barn, og en for ungdom. Danmark, sammen med Finland, har dermed en annen inndeling enn Sverige og Norge. Gitt de faglige og organisatoriske røtter barnepsykiatrien har, pågår det nå en diskusjon om ungdomspsykiatrien bør inngå i den barnepsykiatriske spesialiteten.

Også barne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har betydelige problemer med å dekke etterspørselen, og det rapporteres om økende ventelister.

3 PSYKIATRIEN I FINLAND

3.1 Voksenpsykiatri

3.1.1 Historikk

Finland har ikke fylker som politisk enhet. Det finnes länsstyrelser, men disse har i forhold til helsetjenesten en tilsynsfunksjon, samt deltar når investeringer bestemmes. Finsk psykiatri gjennomførte en storstilt institusjonsoppbygging fra ca 1950 til 1970. Denne utbyggingen kom som et resultat av sinnssykehusloven av 1952. Gjennom denne loven ble landet inndelt i mentalvårdsdistrikt, og kommunene fikk ansvaret for psykiatrien. Mellom 1955 og 1970 ble det etablert 9.475 nye psykiatriske heldøgnsplasser for langtidssyke. Mot slutten av 1970-tallet hadde Finland 4,2 heldøgnsplasser pr 1.000 innbyggere. Det var bygd ut to former for sykehus. I de såkalte A-sykehusene foregikk den akutte behandlingen, mens B-sykehusene hadde såkalte «rolige» sinnssyke, med lav og svakt utdannet bemanning. B-sykehusene ble gradvis avviklet, særlig i 80-årene. De siste ble stengt i 1991. Pasientene ble enten overført til poliklinikkene eller til pleiehjem. Det har i de siste 20 årene skjedd en betydelig endring, og det er nå ca 6.500 døgnsplasser.

Selv om den alt overveiende delen av psykiatrien i Finland er et kommunalt ansvar, og det i stor grad er gjennomført en geografisk sektorisering, driver staten fortsatt to institusjoner for kriminelle og vanskelige (ca 400 døgnsplasser). Dette er institusjoner for pasienter som ikke kan dømmes, og som ikke kan behandles andre steder. Det er fremmet forslag om å legge ned disse institusjonene, men dette har møtt en del motstand, særlig innen sykehusene. En del sjukvårdsdistrikt har bygd ut et eget tilbud til denne pasientgruppen, også som et resultat av kostnadene forbundet med å ha pasienter i statlige spesialinstitusjoner.

3.1.2 Lovgivning

Loven om spesialisert helse- og sjukvård, som integrerer psykiatrien i den øvrige spesialiserte helsetjenesten, trådde i kraft i 1991, sammen med en ny psykiatrilov. Den viktigste konsekvensen av disse nye lovene er at psykiatrien gjennom dette organisatorisk er lagt inn under den øvrige spesialisthelsetjenesten, og at det er blitt geografisk samfall i sektorinndelingen. De tidligere mentalvårdsdistriktene er nedlagt. Både sektorisering og arbeidsoppgaver ble bestemt gjennom dette lovreformarbeidet.

3.1.3 Planlegging

Tidligere foregikk styringen av helsetjenesten i Finland gjennom femårsplaner som skulle godkjennes av staten, koplet til statlig detaljregulering av statsbidragene. Det finnes fortsatt overordnede, nasjonale planer for utviklingen av helsetjenesten i Finland. Samtidig har de siste endringer i finansieringsordninger (se un-

der Finansiering) medført et langt sterkere kommunalt selvstyre.

3.1.4 Finansiering

Fram til 1993 gikk det statlige bidraget til produsentene av de psykiatriske spesialisttjenestene. Dette bidraget utgjorde ca 50% av kostnadene, og kommunene finansierte resten. Dette ga kommunene liten kontroll over hvordan ressursene ble brukt, og var lite effektivitetsbefordrende. I 1993 ble dette gjort om til kommunal rammefinansiering (befolkningsrelatert), hvor det ikke lenger var øremerkede midler til psykiatrien (eller til helsetjenesten overhodet). Denne finansieringsreformen kom samtidig med økonomiske nedgangstider i Finland, og det har derfor skjedd en reduksjon innen de offentlige utgifter på kommunenivå. Hvilket utslag dette har gitt for psykiatrien spesifikt finnes det ikke tall for, men det antydes at psykiatrien har tapt forholdsmessig mer enn somatisk sektor. Innen psykiatrien har institiusjonsbehandlingen tapt mest, og det har i mindre grad gått ut over poliklinisk virksomhet.

En konsekvens av finansieringsreformen er at kommunene nå kan kjøpe tjenester fra private. Disse har ofte vist seg å være billigere enn sykehus og offentlige institusjoner. Dette har medført at en rekke private boenheter har vokst fram i de senere år, med psykiatriske langtidspasienter (kronikere). Vanligvis betales disse plassene pr døgn.

3.1.5 Ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene

Som et resultat av sinnssykehusloven av 1952 fikk kommunene ansvaret for psykiatrien. Ettersom de fleste kommuner i Finland er små, medførte dette at flere kommuner gikk sammen i såkalte mentalvårdsdistrikt. Her eide og drev flere kommuner et mentalsykehus. Et problem med denne organisatoriske inndelingen var at den ikke falt sammen med inndelingen av den somatiske helsesektoren i Finland (sjukvårdsdistrikt). Disse mentalvårdsdistriktene ble lagt ned i 1991. En ny sektorisering er nå i stor grad gjennomført, med 30–70.000 innbyggere i hver sektor (tilsammen 21 sjukvårdsdistrikter). I hvert distrikt er det et sentralsykehus for spesialiserte helsetjenester. Kommunene er pålagt å være med i et sjukvårdsdistrikt, men de kan kjøpe tjenester fra andre sjukvårdsdistrikt eller fra private. Innen det enkelte sjukvårdsdistrikt er det ikke nødvendigvis en egen ledelse for psykiatrien. Som et resultat av den desentraliserte styringen er det store forskjeller sjukvårdsdistriktene imellom mht sentralisering.

Finansieringsreformen har medført at ansvar og fordeling av arbeidsoppgaver mellom sjukvårdsdistriktsnivået og kommunenivået er blitt mer differensiert og diffust. Kommunene har nå kontroll over finansene, og drar delvis aktiviteten inn i sin egen organisasjon. Dette skjer særlig via opprustning av det polikliniske arbeidet i de kommunale helsesentrene. Disse tilhører nå administrativt folkehelsearbeidet i kommunene (selv om det er tilsatt psykiater). Det er også uklart hvorvidt helsesentrene er tilknyttet helsetjenesten. En del steder er de organisert som deler av sosialtjenesten, og fokuserer på misbruksproblematikk og familiearbeid.

Som et resultat av endringene i finansieringssystemet har private tilbud innen sektoren vokst i de senere år. Dette er et resultat av den generelle desentraliseringstendensen innen psykiatrien, men også av kommunenes mulighet til å styre hvor ressursene skal gå. Dette gir kommunene mulighet til å etablere konkurranse mellom ulike tjenestetilbydere. De private institusjonene er særlig boenheter for kronikere, og det regnes med at ca 80% av pasientene er psykiatriske pasienter. Det finnes ingen oversikt over omfanget av denne typen institusjoner, og heller ingen klar formening om kvaliteten på tilbudene.

Rundt 20 prosent av Finlands psykiatere har fulltids privatpraksis (Munk-Jørgensen et al 1994).

3.1.6 Institusjonsstruktur

De aller fleste heldøgnsplasser i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten er fortsatt ved psykiatriske sykehus (ca 90 prosent). Rundt 10 prosent er tilknyttet psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.

De tidligere B-sykehusene (med et klientell tilsvarende norske sykehjem), er nå lagt ned. Denne pasientgruppen er nå i private botilbud (se tidligere) eller i generelle kommunale institusjoner.

Det skilles i Finland mellom *dagsentra*, hvor pasientene kan komme innom og hvor det primært drives gjenopptrening, og *dagavdelinger* hvor pasientene er hver dag, og hvor det primært er pleie. Bemanningen ved de to avdelingstypene er også ulik, hvor den ved sentrene primært består av arbeidsterapeuter o l, mens den ved dagavdelingene består av behandlings- og pleiepersonell.

3.1.7 Utdanning

Finland har spesialistutdanning innen alle yrkesgrupper i psykiatrien, barne- og ungdomspsykiatri inkludert. Det er også en egen utdanning i psykiatrisk sykepleie (2 1/2 år), og andelen av pleiepersonale i voksenpsykiatrien med denne utdanningen anslås til over 50%.

3.1.8 Aktuelle diskusjoner

Det har vært en betydelig omstrukturering av ansvar innen finsk psykiatri, hvor mer er overført til det kommunale nivået. Denne overføringen av ansvar er ikke fulgt opp med tilsvarende kontroll av konsekvensene mht kvalitet av tjenestene.

Det har også vokst fram et privat botilbud for psykiatriske langtidspasienter (kronikere). Det finnes ingen statistikk over omfanget av dette, hverken antall insti-

tusjoner eller pasienter. Det er derfor en viss bekymring innen fagmiljøene for kvaliteten på dette tilbudet.

Endringene i finsk psykiatri har delvis skjedd som følge av faglige vurderinger. Drivkreftene har likevel særlig vært av administrativ og økonomisk karakter. Det diskuteres nå enkelte steder om sykehustjenestene bør sentraliseres, slik at en større grad av spesialisering oppnås. Fra økonomisk hold håper en at en slik organisering kan bli billigere.

3.2 Barne- og ungdomspsykiatri

3.2.1 Historikk

Barne- og ungdomspsykiatrien i Finland kan spores tilbake til ca 1920, da den første Child guidance clinic ble etablert og den første barnepsykiatriske sengeavdelingen ble åpnet. De fleste sengeavdelinger ble opprettet i begynnelsen av 80-tallet, som et resultat av sentrale pålegg. Fortsatt mangler 4 sentralsykehus sengeavdelinger. Poliklinisk behandling knyttet til sykehusene startet sent i 50-årene, og ble gradvis bygd ut gjennom 60- og 70-tallet. Sentrale helsemyndigheter påla alle helsedistrikt å etablere et slikt tilbud innen 1982. Disse enhetene har relativt begrensede ressurser, ca 4,2 ansatt i gjennomsnitt i 1990 (Piha 1994).

Utbyggingen av barnerådgivingsklinikker startet for alvor etter krigen, men var særlig sterk i 70-og 80-årene. Utbyggingen av disse har foregått i regi av sosialsektoren, mens utbyggingen av de øvrige har foregått i regi av ulike deler av helsesektoren.

At det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet har så ulike røtter oppsummeres som uheldig. Det har gitt mange, små enheter, og har vanskeliggjort planlegging.

Selv om ungdomspsykiatrien i Finland har sine røtter fra barnepsykiatrien, er den innen sykehussektoren nå i stor grad forbundet med voksenpsykiatrien. Dette skyldes i stor grad ulik administrativ tilknytning, hvor ungdomspsykiatrien er knyttet opp mot voksenpsykiatrien. Aldersgrensen for barnepsykiatrien er 0–15 år, mens den for ungdomspsykiatrien er fra 15–22 år.

3.2.2 Lovgivning

I 1991 kom det en lov som krevde at ungdom måtte behandles i egne avdelinger hvis tvang skulle brukes.

3.2.3 Ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene

Det er intet formelt administrativt samarbeid mellom de sykehusbaserte enhetene og barnerådgivingsklinikkene, men det er et samarbeid på enhetsnivå om klienter og familier. Grunnet de finansielle reformene ønsker også kommunene å drive mer av arbeidet innen barne- og ungdomspsykiatrien selv.

3.2.4 Institusjonsstruktur

Det er tre instanser som har barne- og ungdomspsykiatriske (og psykososiale) tjenester i Finland: De generelle somatiske sykehusene, de psykiatriske sykehusene og nettverket av barnerådgivingsklinikker. I hvert av Finlands 21 sjukvårdsdistrikt er det et sentralsykehus for spesialiserte helsetjenester. Hvert av disse sykehusene har en barnepsykiatrisk poliklinikk, og de fleste har også en sengeavdeling. I noen distrikt er det barne- og ungdomspsykiatriske helsesentra som tidligere var en del av mentalvårdsdistriktene (ca 30 i alt). Disse er tilknyttet sykehusene, selv om de som regel ikke er samlokalisert. Begge disse institusjonstyper er bemannet med helsepersonell (inkludert psykiatere), og anvender diagnoser. I alle distrikt er det barnerådgivingsklinikker. Disse tilhører sosialsektoren, og er i hovedsak bemannet med psykologer og sosialarbeidere. De anvender ikke diagnoser. I dag er det et nettverk av rundt 110 slike klinikker, og dette nettverket danner basisen av den polikliniske barne- og ungdomspsykiatrien.

Det er ikke mange dagavdelinger eller særlig dagkapasitet for barn og unge i Finland. Det eksisterte i 1994 bare en familieavdeling (Piha 1994).

Den begrensede kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien reflekteres i at av de ca 2.500 barn og ungdom som lever i barnehjem (drevet av sosialsektoren) antas ca halvparten å ha behov for psykiatrisk hjelp (Piha 1994).

3.2.5 Personale

Det er fem universiteter i Finland med medisinske falkulteter. Alle disse har spesialiteter innen barne- og ungdomspsykiatri (selv om det er først i de senere år at alle stillinger er besatt). Det utdannes ca 8–10 barnepsykiatere i året.

3.2.6 Aktuelle diskusjoner

Barne- og ungdomspsykiatrien i Finland har hatt lav status innen medisinen, og innen psykiatrien. Samarbeidsrelasjonene i Finland har særlig gått mot pediatrien, særlig grunnet i deres interesse for å bygge ut feltet, og voksenpsykiatriens tilsvarende mangel på interesse. Voksenpsykiatrien har i stedet vært tilfreds med barnerådgivingsklinikkene tilknyttet sosialsektoren. Det foregår nå en større diskusjon i Finland om dette, hvor barnepsykiatrien ønsker en harmonisering med EU-systemet (en felles barne- og ungdomspsykiatri), men møter motstand fra voksenpsykiatrien.

En konsekvens av kommunenes ønske om å drive mer av dette tilbudet selv, har vært en mer restriktiv praksis med å henvise til sykehus. Det blir fra psykiatrisk hold hevdet at dette har medført at klientene blir holdt tilbake for lenge, og at de trenger mer øyeblikkelig hjelp.

4 PSYKIATRIEN PÅ ISLAND

4.1 Voksenpsykiatrien

4.1.1 Historikk

Islands første psykiatriske sykehus, Kleppspitalin, ble bygd i 1907 like utenfor Reykjavik. Før det, og også i noen tid etter, ble psykiatriske pasienter fraktet til Danmark. Kleppspitalin ble fram til 1960 bygget ut til rundt 300 plasser.

Kleppspitalin er i de senere år gradvis blitt bygget ned, parallelt med oppbyggingen av et psykiatrisk tilbud knyttet til to av sykehusene i Reykjavik, og ble i 1980 administrativt en del av den psykiatriske avdelingen ved Landspitallin.

Det finnes i dag 4 psykiatriske enheter på Island. Den ene er knyttet til Landspitallin, det nasjonale sykehuset på Island. Den andre er den psykiatriske avdelingen ved det kommunale Reykjavik sykehus, som har eksistert siden sykehuset åpnet i 1968. Denne avdelingen har også ansvaret for en enhet på 60 senger som tidligere var drevet av Reykjavik kommune (etablert på 70-tallet). Den tredje er den psykiatriske avdelingen ved det kommunale sykehuset i Akureyri, som har et regionalt ansvar for nordområdet. Den fjerde er en sikkerhetsavdeling, som administrativt ligger direkte under Sosial- og helsedepartementet. Avdelingen ble startet for 3–4 år siden. Dette er en egen enhet med 7 plasser, som ligger ca 5 mil fra Reykjavik.

4.1.2 Lovgivning

Utviklingen og organiseringen av psykiatrien styres av de samme lover som den øvrige helse- og sosialtjenesten. Det finnes ingen egen lovgivning for det psykiske helsevernet. Tvangsinnleggelser og utskrivinger etter tvangsopphold må følgelig skje etter rettslig dom.

4.1.3 Finansiering

Staten betaler alle driftsutgifter for sykehusene. Selv om to av sykehusene med psykiatriske avdelinger er kommunale i navnet, finansierer staten all drift og alle anleggskostnader. Den polikliniske virksomheten er primært betalt av staten. Egenbetalingen er avhengig av betalingsevne. Det er bare privatpraktiserende psykiatere som får refusjon fra trygden. Psykologer og andre yrkesgrupper som vil drive privat praksis er derfor avhengig av høye pasientsatser.

4.1.4 Ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene

Psykiatrien på Island er i stor grad institusjonsbasert. Kapasiteten er god, Landspitallin har ikke lange venteliser. Det er liten oppfølging overfor kommunene, oppfølgingen gis heller direkte til pasientene fra sykehuset. Det er planer om at kommunehelsetjenesten skal bygges opp, hvor ambisjonen er at de psykiatriske pasientene skal få et tilbud her. Slik situasjonen er i dag, kunne mange polikliniske pasienter og dagpasienter godt vært i kommunal omsorg, men det er ikke tilbud til dem der. Hjemmesykepleien er i dag somatisk orientert.

4.1.5 Sektorisering

Psykiatrien på Island er ikke sektorisert. De to viktigste institusjonene ligger begge i Reykjavik, og har delt ansvaret seg imellom gjennom en avtale av 1982 om deling av mottaksansvar. Dette er et rullerende system, hvor ansvaret for mottak av nye pasienter byttes en gang i uken.

Det er liten grad av spesialisering institusjonene imellom, og tilbudene er parallelle. Unntakene er at klinikken ved Landspitallin har en barne- og ungdomspsykiatrisk enhet, og en enhet for alkohol- og narkotikamisbrukere. Det kommunale sykehuset i Reykjavik har i de senere år bygget opp en egen, mindre, barne- og ungdomspsykiatrisk enhet. Denne tilbyr korttidsopphold (2–3 dager), og observasjon. Sykehusavdelingene fungerer som mottak og akuttavdelinger.

4.1.6 Institusjonsstruktur

Det er ingen egne psykiatriske sykehjem på Island. Ved enkelte av de større kommunalt drevne sykehjemmene er det egne enheter for psykogeriatri, men dette er ikke et arbeidsfelt for den psykiatriske helsetjenesten. Det er heller ikke etablert distriktspsykiatriske sentra. Begge Reykjavik-sykehusene har dagtilbud og rehabiliteringshjem. Rehabiliteringshjemmene administreres fra sykehusene, men drives i et samarbeid med sosialvesenet. Disse har lav bemanning, stor andel av kronisk syke og liten grad av aktiv behandling.

Det finnes ikke frittstående poliklinikker på Island. Det som drives av poliklinisk virksomhet foregår enten ved sykehusene, eller i regi av privatpraktiserende psykiatere.

Sikkerhetsavdelingen har ansvaret for hele landet, og også for poliklinisk oppfølging overfor tidligere pasienter.

4.1.7 Personale

Island har egen utdanning for psykiatere. Det foreligger også et sporadisk etterutdanningstilbud for sykepleiere. Tidligere var dette gitt av sykepleiere fra Norge (totalt 5 kull). I 1994 ble det i regi av universitetet på Island gitt et ettårig spesialutdanningstilbud innen psykiatri for sykepleiere.

4.1.8 Aktuelle diskusjoner

Hele sykehusvesenet på Island har ressursproblemer. Gjennom den utstrakte samlokaliseringen med somatikken rammer dette også psykiatrien hardt, ettersom dette er en sektor med lav status i det medisinske miljøet. Island har i mindre grad bygd ut kommunalt ba-

serte tilbud til mennesker med psykiske lidelser, og det debatteres nå hvordan og i hvilken grad dette bør skje. Et viktig diskusjonstema i de senere år har vært psykiatriens forhold til fengselsvesenet, og kriminelle med psykiatrisk problematikk.

4.2 Barne- og ungdomspsykiatrien

Klinikken ved Landspitallin har Islands eneste barne- og ungdomspsykiatrisk enhet. Det kommunale sykehuset i Reykjavik har i de senere år bygget opp et eget, mindre, barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud. Dette tilbyr korttidsopphold (2–3 dager), og observasjon. Det er lite poliklinisk tilbud innen barne- og ungdomspsykiatrien på Island, i hvert fall sett i forhold til Norge. Det er også et svakt utbygd tilbud utenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det finnes noen barnevernsinstitusjoner i Reykjavik (denne sektoren er kommunalt drevet på Island), og et visst privat tilbud. Reykjavik og en nabokommune starter i 1996 et tilbud om forebygging og behandling. Det ungdomspsykiatriske tilbudet er fylt hele tiden, så også med de kommunale tilbudene.

Barne- og ungdomspsykiatri er en egen spesialitet innen psykiatrien (nå 5,5 stillinger besatt av personer med utdanning), og har ansvar for ungdom opp til 18 år.

5 PSYKIATRIEN I SVERIGE

5.1 Voksenpsykiatri

5.1.1 Historikk

Fram til 1967 var utbygging og drift av de psykiatriske sykehusene et statlig ansvar. Siden århundreskiftet var en sykehusstruktur med et mentalsykehus i hvert landstingsområde med noen få unntak bygget ut. I 1967 overtok landstingene totalt 23 mentalsykehus med drøyt 20.000 plasser, i tillegg til noen spesialsykehus. De større byene drev allerede sykehus med ca 5.000 plasser (totalt ca 26.500 plasser). En konsekvens av at utbyggingen fram til da hadde vært et statlig ansvar var at opptaksområdene for de store mentalsykehusene ikke falt sammen med landstingsområdene. Sverige satt med en tung institusjonsbasert psykiatri delvis avsondret fra øvrige tjenestetilbud.

Oppbyggingen av psykiatriske tilbud tilknyttet de somatiske sykehusene skjedde delvis uavhengig av det eksisterende tilbudet i de psykiatriske sykehusene. Disse to institusjonsformene hadde delvis ulik profil, og overlappende opptaksområder. Dette medførte en del komplikasjoner under innføringen av sektoriseringen.

I lengre tid er det satset på psykiatriske klinikker ved Länssykehusene, samtidig som de psykiatriske sykehusene systematisk er bygd ned. Delvis er den gamle «asylbygningsmassen» solgt til blant andre private, delvis er den tatt i bruk til andre formål innen landstingenes virksomhet.

5.1.2 Lovgivning

En rammelov fra 1982 omfattet hele helse- og sosialtjenesten, og ga landstingene og kommunene stor frihet til å organisere og drive tjenestene etter lokale behov og forutsetninger.

Psykisk helsevern i Sverige reguleres av *Hälso- och sjukvårdslagen* fra 1982, med unntak av tvangsinnleggelser som reguleres i egen lovgivning. *Lag om psykiatrisk tvångsvård* (LPT) regulerer vanlige tvangsinnleggelser, mens *Lag om rättspsykiatrisk vård* (LRV) regulerer dom til tvunget psykisk helsevern for utilregnelige som har begått alvorlige kriminelle handlinger og som samfunnet trenger beskyttelse mot. Begge lovene er fra 1991, og er nå under vurdering i en utredning som skal legges fram i desember 1997.

1. januar 1995 ble det gjennomført en større desentraliseringsreform innen psykiatrien i Sverige. Essensen i reformen var å overføre mer av ansvaret for de psykiatriske pasientene fra landstingsnivå til kommunene. Som en del av dette reformarbeidet ble også en rekke lover som regulerte det offentliges ansvar endret, og det kommunale ansvaret ble i realiteten utvidet og presisert. Personer med psykiske lidelser fikk gjennom dette styrket sine rettigheter overfor kommunene. Socialtjenesteloven, som er en rettighetsgivende rammelov, ble presisert, slik at den sidestilte fysiske og psykiske funksjonshemninger. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser ble inkludert i lov om støtte og service til funksjonshindrede, slik at det også her ble presisert rettigheter mht bolig, hjelpetiltak og rådgiving. Lov om kommunenes betalingsansvar for helse- og sjukvård ble også revidert, slik at kommunene fikk et betalingsansvar for medisinsk ferdigbehandlede psykiatriske pasienter. I forbindelse med reformen i 1995 regnes det med med at ca 3.000 av 11.000 pasienter ble overført fra landstingene til kommunene.

5.1.3 Planlegging

Som en følge av at ansvaret for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i 1967 ble overført til landstingene, har dette forvaltningsnivået nå også ansvaret for planleggingen av tjenester. Socialstyrelsen (vårt Helsetilsyn) har som oppgave å følge utviklingen gjennom oppfølging, evaluering og tilsynsoppgaver. Samtidig har Sverige en lang tradisjon med nasjonalt initierte og styrte reformer, og endringene av ansvarsfordeling mellom kommuner og landsting er et eksempel på dette.

5.1.4 Finansiering

Landstingene har gjennom egen skatteinngang ansvaret for ca 50% av utgiftene til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det øvrige finansieres via statsbidrag, tilbakeføringer fra sosialforsikringssystemet og en mindre del som egenandeler. Tilbakeføringer via sosialforsikringssystemet beregnes ut fra innbyggerantall og befolkningssammensetning. Pasienter betaler

en egenandel både når de er innlagt, og for polikliniske tjenester. Det er et kostnadstak for «storkonsumenter». Privatpraktiserende leger og psykologer får sine inntekter gjennom sosialforsikringssystemet og egenandeler.

En sentral del av den siste reformen var kommunalt betalingsansvar for medisinsk ferdigbehandlede pasienter, som hadde fått et behandlingstilbud i mer enn 3 måneder i den spesialiserte landstingdrevne psykiatrien. Dette var i tråd med en tidligere reform for eldreomsorgen.

Det ble i forbindelse med reformen gitt 1,1 milliarder svenske kroner i stimuleringsbidrag til kommuner og landsting. Disse midlene skulle fordeles over 3 år, og innrettes blant annet mot utdanning, bostedsstøtte og rehabilitering.

5.1.5 Ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene

Psykiatrien er i Sverige en spesialisthelsetjeneste på 2.linjenivå, som i Norge. Den spesialiserte psykiatrien i Sverige er i all hovedsak et fylkeskommunalt (landstings) ansvar, og har vært det siden staten i 1967 overførte mentalsykehusene. De 23 landstingene i Sverige er inndelt i 127 sektorer, sektorer som ikke følger kommunegrensene. Hver slik sektor har et samlet ansvar for den psykiatriske helsetjenesten innen sin sektor. Det finnes dog en del sektorovergripende tilbud, blant andre alkoholteam eller klinikker, spesielle avdelinger for gerontopsykiatri og tilbud til andre grupper som trenger spesiell oppfølging eller kompetanse.

Den kommunale primærhelsetjenesten er også i Sverige basisen i helsetjenesten, og denne har ansvaret også for mennesker med psykiske lidelser. Kommunene har gruppeboliger, hvor de har alt personellansvar, med unntak av legetjenester som leies inn fra Landstinget.

Det er et visst innslag av privat virksomhet innen psykiatrien i Sverige. Det viktigste innslaget er privatpraktiserende leger og psykologer (enten heltids- eller deltids), som tilbyr tilsvarende tjenester som i Norge. Disse er i all hovedsak konsentrert til de store byregionene. I tillegg finnes det en god del private pleiehjem, i 1990 anslått til ca 330 og med ca 2.600 pasienter (Ljungberg 1992). Det finnes også noen interesseorganisasjoner som har et meget begrenset tilbud av behandlingshjem.

5.1.6 Sektorisering

Siden begynnelsen av 1970-tallet har målsettingen for den svenske psykiatriske spesialisthelsetjenesten vært sektorisering, og den generelle psykiatrien i Sverige er nå sektorisert i 127 sektorer.

5.1.7 Institusjonsstruktur

Også i Sverige har utviklingen gått i retning av nedbygging av de store mentalsykehusene, integrering i det somatiske sykehusvesenet og en nedbygging av de tradisjonelle sykehjemmene. På landstingsnivå er det bygd opp et begrenset tilbud av alternative boformer som bokollektiver og behandlingshjem. Samtidig har det skjedd en betydelig etablering av dag- og polikliniske tilbud. Det er i dag ca 400 poliklinikker, drevet av landstingene. Her har det vært en kraftig utbygging, muliggjort gjennom et stort innslag av tverrfaglighet, i likhet med det vi ser i Norge.

Det finnes i Sverige ikke det vi i Norge kaller distriktspsykiatriske sentra (DPS), dvs desentraliserte institusjoner hvor det både er et døgn-, dag- og poliklinisk tilbud.

Det er 8 spesialklinikker med ca 300 plasser for pasientgrupper som dømmes til tvunget psykisk helsevern etter LRV. Disse klinikkene drives av Landstingene, men er godkjent av regjeringen. Det enkelte landsting betaler for bruken av slike plasser. Psykiatrien har ansvaret også for de innen fengselsvesenet som har psykiske problemer. Dette ansvaret følges opp gjennom konsulentinnsats fra den polikliniske tjenesten. Det er bare de aller sykeste som er i lukket omsorg. Liggetiden øker nå for denne pasientgruppen, som et resultat av at legene må skrive under på en vurdering av faren for gjentakelse.

5.1.8 Personale

Sverige har tilbud om utdanning innen alle personellkategorier i psykiatrien. Innen alle deler av psykiatrien (voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rettspsykiatri) er det særlig problemer mht rekruttering av psykiatere og sykepleiere. Det har derimot vært en stor vekst av psykologer og psykiatriske sosialarbeidere, særlig i det polikliniske tilbudet.

5.1.9 Aktuelle diskusjoner

Sverige har gjennomført en omfattende reform, hvor mye ansvar er overført til kommunene. De viktigste diskusjonene om psykiatrien i Sverige er derfor knyttet til dette: I hvilken grad har kommunene maktet å gi de psykiatriske pasientene et tilfredsstillende tilbud? Her er de regionale variasjonene store.

Det andre spørsmålet er nært knyttet til det første: Har pasientene fått det bedre gjennom reformen? Det gjennomføres nå en større evaluering av tilbakeføringen, i regi av Socialstyrelsen. Diskusjonen er stilt i bero inntil resultatet av evalueringen foreligger.

Som en del av det omfattende arbeidet Socialstyrelsen nå utfører for å kartlegge konsekvensene av reformen, legges det også opp til å se nærmere på den psykiatriske spesialisthelsetjenesten mer generelt.

Konsekvensene av ansvarsoverføringen er blitt mye disutert. Hvor mange ville det dreie seg om, hvilke økonomiske konsekvenser ville det innebære for kommunene, og hvem skulle finansiere reformen? Landstingsförbundet framhevet at det ikke ville være mulig å

bygge ned tilbudet innen den spesialiserte omsorgen i takt med oppbyggingen av et kommunalt tilbud, og at det dermed ikke var mulig å finansiere en slik reform ved kun å omdisponere midler. Svar på disse spørsmål vil bli forsøkt gitt i en evalueringsrapport som ventes ferdig i 1997.

Et tiltak foreslått i psykiatriutredningen var innføringen av et personlig ombud (en svensk versjon av «Case Manager») for den enkelte psykiatriske pasient. Riksdagen vedtok dette som en 3-årig forsøksordning. Ombudet skal bistå den enkelte overfor ulike hjelpeinstanser, særlig når det gjelder samordning, og kartlegge hjelpebehovet hos dem som ikke søker hjelp.

5.2 Barne- og ungdomspsykiatrien

5.2.1 Historikk

Svensk barne- og ungdomspsykiatri har røtter både fra pediatri, pedagodikk, sosialt arbeid og psykiatri, røtter som institusjonelt delvis kan spores tilbake til århundreskiftet. De første barnepsykiatriske klinikker ble etablert i sykehusene fra ca 1950 og utover (Rydelius 1993). I 1991 var antall senger 6–700 (Munk-Jørgensen et al 1994). Utbyggingen av et landstingsbasert bredt tilbud av døgn-, dag- og polikliniske tilbud pågikk hovedsakelig i 1960-årene. Det ble også bygget opp 3 statsdrevne sykehus i løpet av 60-tallet, men disse ble overført til landstingene som en konsekvens av den store forvaltningsreformen i 1967.

5.2.2 Ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene

Staten driver en del såkalte § 12-hjem hvor ungdom kan tvangsplasseres etter *Lag om vård av unga* fra 1990. Psykiatrisk problematikk alene gir ikke grunnlag for slik innleggelse, da innleggelse i såfall skal skje i vanlig psykiatrisk eller barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, evt etter LPT. Klientene i § 12-hjem er ofte kriminelle og misbrukere, og disse institusjonene har felles opptak for hele Sverige.

Barne- og ungdomspsykiatrien er organisert som en separat tjeneste under landstinget, med både behandlingsavdelinger og behandlingshjem. Kommunene kjøper plasser.

Kommunene har en rekke institusjonsformer for denne pasientgruppen som likner de landstingene driver (behandlingshjem, ungdomshjem, avdelinger for korttidsutredninger, mor/barn-avdelinger mennesker med psykiske lidelser m m). Forskjellen er at disse institusjonene på kommunalt nivå ikke er psykiatriske institusjoner.

Det har også vært en framvekst av private institusjoner, særlig behandlingshjem, ofte utgått fra landstingsdrevne hjem. Disse var ment å skulle konkurrere med de kommunale behandlingshjemmene, men det er usikkert om dette skjer.

Barne- og ungdomspsykiatrien har ansvaret for klientene fram til de er ca 17 år. Tidligere var grensen mer fleksibel.

Det er få privatpraktiserende barne- og ungdomspsykiatere som behandler barn.

5.2.3 Institusjonsstruktur

Tilbudene innen barne- og ungdomspsykiatrien i Sverige er i stor grad lik de vi har i Norge. Hoveddelen av tilbudene består av polikliniske tjenester. Behandlingshjemmene driver en blanding av miljøterapi, psykoterapi og samtaleterapi (individuelt og i familier).

Akuttavdelinger og klinikkavdelinger har ansvaret for tvangsbehandling. Disse avdelingene har høyere bemanningsfaktor enn behandlingshjemmene.

5.2.4 Faglig utvikling

Faglig sett har barne- og ungdomspsykiatrien i Sverige gått gjennom flere faser. Slutten av 70-tallet og begynnelsen av 80-tallet var sterkt preget av familieterapi. Fra midten av 80-tallet ble det en sterkere fokusering på neuropsykiatri (MBD, infantil autisme). Parallelt ble det også økt oppmerksomhet rundt omsorgssvikt. I en periode var fokus særlig på seksuelle overgrep. Det gjorde at andre former for omsorgssvikt kom mer i bakgrunnen (sosial mishandling). Her er man nå inne i en «reflektert» periode, særlig som et resultat av en del av de falske anklagene om seksuelle overgrep. I løpet av 80-tallet ble fokus satt på pasientens sosiale nettverkstilknytning.

5.2.5 Personale

Bemanningsprofilen er forskjellig mellom de landstingsdrevne institusjonene og de kommunale og private. Det er et større innslag av pleiepersonell med psykiatrisk bakgrunn i landstingets behandlingshjem, mens innslaget av psykologer og sosionomer er større i de kommunale og private. Det er en generell mangel på psykiatere innen feltet.

5.2.6 Aktuelle diskusjoner

Barne- og ungdomspsykiatrien ble av ressurshensyn utelatt fra den store psykiatriutredningen. Det ble derfor vedtatt å gjennomføre en tilsvarende utredning også for dette feltet i løpet av 1996. Denne foreligger nå som *SOU 1997:8 Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa.* I en egen utredning gjort av Landstingsförbundet (1994) påpeker en rekke landsting at de har for få ressurser (både personell og økonomi) i forhold til det dokumenterte behovet, med tildels lange ventetider som resultat.

En gruppe som særlig volder problemer er ungdom, og særlig ungdom med både misbruksproblematikk og psykiatriske problem. Her er grenseoppgangen mellom sosialtjenesten, voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri problematisk.

Referanser

Gerris, Anette (1993): Psychiatry in Denmark in the 1990's. Nord Psykiatr Tidsskr, 47:81-83.

Kastrup, Marianne; Beck, Per og Rosenbaum, Bent (1989): Voksenpsykiatrisk forskning i Danmark. Nord Psykiatr Tidsskr, 43:107-114.

Landstingsförbundet (1994): Barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Enkätsammanställning.

Lehtinen, Ville (1992): Psykiatrins ansvarsområde, vårdideologi och avgrensning i Finland. I Delbetänkande av psykiatriutredningen, SOU 1992:4.

Ljungberg, Lars-Olof (1992): Nordisk psykiatri, en systematisk kartläggning. I Delbetänkande av psykiatriutredningen, SOU 1992:4.

Munch-Jørgensen, P; Lehtinen, V; Helgasson T; Dalgaard, OS; Westrin, CG (1995): Psychiatry in the five Nordic countries. Eur Psychiatry 10:197-206.

Piha, Jorma and Almquist, Fredrik (1994): Child psychiatry as an academic and clinical discipline in Finland. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, vol. 48, no 1:3-8.

Rydelius, Per-Anders (1993): Child and adolescent psychiatry in Sweden - from yesterday until today. Nord J Psychiatry, vol 47:395-404.

Sestoft, Dorte (1996): Trends in Danish research on crime and mental health (1970-94): A review. Nord J Psychiatry, 50:161-168.

Socialministeriet og Sundhedsministeriet (1995): Regeringens statusrapport om tilbudene for sindslidende 1995.

SOU 1994:115 Sjukvårdsreformer i andra länder.

Sundhedsministeriet (1988): 90'ernes psykiatri. Oplæg til temaplanrunde 1989-90.

Westrin, Claes-Göran (1990): Psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning i Norden. Nord Psykiatr Tidsskrift.

Aarkrog, Tove; Aarup, Mariann; Lauritsen, Svend; Mortensen, Karen Vibeke; Pedersen, Jesper (1994): Adolescent psychiatric units and the medical training in adolescent psychiatry. Nord J Psychiatry, 48:103-106.

Kilder tabell 1-3:

Danmark: Sundhetsministeriet v/ Birgit Tinggaard, og Povl Munk-Jørgensen, overlege ved Afdeling for psykiatrisk demografi, Århus.

Sverige: Landstingsforbundet (foreløpig upubliserte data) innhentet på diskett fra Helena Silverhjelm, samt «Statistisk årsbok for landsting 1996».

Finland: Ville Lehtinen og Jyrki Korkeila, Åbo Universitet.

Island: Thomas Helgason, Landspitalin og Hannes Peturson, Borgarspitalin.

Norge: SAMDATA PSYKIATRI (1995).

Forsidebilder:
Melankoli (ca 1899) – Edvard Munch (1863–1944)
Doktoren kommer til gårds (1891) – Erik Werenskiold (1855–1938)
Lungespesialisten (1936) – Finn Faaborg (1902–1994)