

Psykisk helsereformen - midler og mål

Psykiske lidelser koster anslagsvis Norge 100 milliarder kroner per år, inkludert tapt arbeidsfortjeneste, trygdeutgifter og behandling. Det tilsvarer drift av fire norske forsvarsbudsjetter i året.

TEKST

Arne Holte

PSY
KOL
OGI

PUBLISERT 1. januar 2006

Psykisk helsevern i Norge har fått ny terminologi. Offisielt heter det nå: Psykisk helse, psykisk forstyrrelse, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, «Psykisk helsereformen», «Psykisk helsevernloven» og «Opptrappingsplanen for psykisk helse». Språkbruken er i tråd med internasjonal utvikling («mental health», «mental disorder», «mental health services») og erkjenner at psykisk helsevern favner videre enn psykiatri. «Psykiatri» er primært en profesjonsbetegnelse på en mindre del av det psykiske helsevern. Det betegner i tillegg en relativt liten profesjon blant alle ansatte i psykisk helsevern. Den sentrale helseforvaltning, Norsk Psykologforening og mektige brukerorganisasjoner som Rådet for psykisk helse har fort lært det nye språket. NRK, statsministeren, helseministeren og leder av Stortingets sosialkomité øver seg enda.

Politisk reform

Stortinget vedtok sent på 1990-tallet at det psykiske helsevern skulle reformeres. Den nye språkbruken ble lagt til grunn. Reformen er en politisk reform. I en tid da politikere skjelles ut for dårlige motiver, bør det merkes at psykisk helsereformen er vedtatt på tvers av partier og regjeringer, i stafett mellom helseministere fra Arbeiderpartiet via Kristelig Folkeparti til Høyre. Politikerne erkjente mangler ved alle ledd i behandlingstilbudet: svakt forebyggende arbeid, dårlig utbygde tjenester i kommunene, få sikkerhets- og sykehusplasser, liten tilgjengelighet, lang tid fra sykdomstegn til behandling, dårlig oppfølging etter utskrivning, mange pasienter utskrevet for tidlig og dårlig kvalitetssikring av tjenestene. Reformen står på fire ben: økonomi, lovverk, organisasjon og kompetanse.

Økonomi

I oppfølging av Stortingsmelding Nr 25 (1996–97) «Åpenhet og helhet», bestemte Stortinget å bevilge ekstra 24 milliarder kroner til «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006». Planen måtte forlenges til 2008 fordi bevilgningene ikke holdt tritt med planene og fordi målene ikke lot seg nå på åtte år. Beløpet kan virke overveldende.

Få vet at 24 milliarder kroner over ti år kun representerer 15 % økning av ordinær ramme til psykisk helsevern. Til sammenligning er det nylig bevilget 56 milliarder til utbedring av veier for å spare 170 liv og 4 000 trafikkskader.

Lovverk

Fire nye lovverk er sentrale i reformen. Kun ett omhandler psykisk helsevern. «Lov om psykisk helsevern» regulerer tvangsvedtak og åpner for tvangstiltak også utenfor institusjon, pårørende skal ikke lenger behøve å være tutor. Faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten må være spesialist i enten psykiatri eller klinisk psykologi. Andre leger kan ikke lenger ha det faglige ansvaret. Psykologspesialist og psykiater er likestilt, bortsett fra rene medisinskfaglige tiltak som medisiner og elektrosjokkbehandling. Lovforslaget førte til strid mellom psykologer og leger fordi den som kunne fatte vedtak om tvang, reelt hadde det faglige ledelsesansvar. Tidligere kunne sykehus der fødeavdeling, barneavdeling og psykisk helsevern for barn og unge var samorganisert, ha en gynekolog som faglig leder av psykisk helsevern for barn og unge. I Nord-Norge kunne faglig ansvarlig i Kirkenes være en psykiater i Tromsø, nær 100 mil unna. I praksis utførte stedlig psykologspesialist alle funksjoner, mens lege uten fagkompetanse eller psykiater annet sted hadde ansvaret. Den nye loven brakte lov og praksis i samsvar. Legene er ikke lenger hindring for god psykologutnytting. Et forslag om at psykologer i primærhelsetjenesten skal få henvisningsrett og sykemeldingsrett, ligger til behandling i departementet.

Lov om pasientrettigheter lovfester pasienters og pårørendes rettigheter. Lov om helsepersonell innfører profesjonsnøytralitet. Det er nå uinteressant hvem som utfører helsetjenestene, så lenge de utføres forsvarlig («forsvarlighetsprinsippet»). Lov om spesialisthelsetjenester lovfester prinsipper for organisering av tjenestene.

Organisering

Spesialisthelsetjenestene er reorganisert. Dette gjelder ikke særskilt psykisk helsevern, men har store konsekvenser for dette. Spesialisthelsetjenesten som før var eiet av fylkeskommunene, er nå organisert i fem statlige regionale helseforetak (RHF) som drives bedriftsøkonomisk. Målene er økt produktivitet, spesialisering, fritt sykehusvalg og reduserte køer. Negativt er det at bedriftsøkonomi styrer faglig prioritering. Tre prinsipper styrer utbyggingen av spesialisthelsetjenestene i psykisk helsevern: De skal ligge lokalt der folk bor. Spesialiserte sykehusavdelinger erstatter psykiatriske sykehjem. Alle pasienter skal ha individuell behandlingsplan; psykisk helsevern som oppbevaringsanstalt er slutt.

Kompetanse

Kompetansebyggingen har fire pilarer: Økt informasjon (skolen), sterkere brukerorganisasjoner (Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Mental helse Norge), flere studieplasser (psykologi), stimulert videreutdanning (psykiatri), styrket forskning (Norges forskningsråd) med oppbygging av egen avdeling for psykisk helse i

Nasjonalt folkehelseinstitutt. Viktig er en ny ettårig videreutdanning i psykisk helsevern for dem med treårig helsefaglig utdanning (sykepleiere, sosionomer). Under utdanning betales 75 % lønn, 50 % fra staten. Ved ansettelse i kommunen dekker staten fortsatt halvparten av lønnen.

Mål, prioritering og midler

Planens mål er en kvalitativt og kvantitativt bedre helsetjeneste, forebygging av alvorlighetsgrad og konsekvenser av psykiske lidelser, og etablering av behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Overordnede verdier er: «Pasienten først!». Brukerens behov og medvirkning skal avgjøre hvilket tilbud som gis. Et helhetlig menneskesyn skal ligge til grunn, med mest mulig frivillighet. Pasienter skal leve et mest normalt liv med velferd, livskvalitet, deltakelse, uavhengighet, selvstendighet og mestring av eget liv. Høyest prioritert er forebygging og tidlig intervensjon, barn og unge, og voksne med de alvorligste psykiske lidelsene. Midlene er desentralisering, brukerstyring, informasjon, øremerkede midler med krav om godkjente utbyggingsplaner og kvantifiserte målsettinger. I kommunene er viktige tiltak boliger med bistand, meningsfulle aktiviteter, sosialt fellesskap og nødvendige helse- og sosialtjenester.

Kvantifiserte mål er begrenset til telling av aktiviteter. Noen eksempler fra kommunene: 3 400 nye omsorgsboliger, 3 400 nye årsverk i hjemmetjenesten, 10 000 nye støttekontaktilbud, 15 000 nye tilbud om kultur- og fritidstiltak, 800 (+50 %) nye årsverk i psykososiale tjenester for barn i skoler og helsestasjoner. I spesialisthelsetjenesten skal voksenpolikliniske konsultasjoner økes med 50 % (220 000). Det skal bygges 78 nye distriktssentre for psykisk helsevern (DPS) – et desentralisert poliklinisk lavterskeltilbud med noen sengeplasser for kriser. Der skal 1 025 nye døgnplasser – 90 000 (+50) dagopphold – erstatte tilsvarende antall sykehjemsplasser. Planen gir økt helsepersonellbehov på 9 275 årsverk, hvorav 940 nye psykologer, 375 nye leger, 4 360 med høgskoleutdanning (sykepleier, sosionom) og 3 600 uten høyere utdanning. I voksenbehandling skal produktiviteten (tiltak/behandler/virkedag) økes med 0,75 prosentpoeng. Andel barn og unge i behandling skal økes fra 2 til 5 % (30 000), og produktiviteten i BUP skal opp med 0,55 prosentpoeng, fra 1,12 til 1,57 konsultasjoner per behandler per dag. Psykologer og psykiatere i privat praksis skal opp 50 %.

Status

Ved utløpet av 2003 var en rekke mål nådd (SINTEF-rapport). Uventet er mål for antall nye psykologer og psykiatere nådd. I psykisk helsevern for voksne er andelen fagfolk med utdanning fra universitet/høgskole, antall DPS-er, polikliniske konsultasjoner og bemanning per døgnplass i DPS nådd. Antall døgnplasser i DPS og antall fagpersoner totalt vil nås. I psykisk helsevern for barn og unge er antall polikliniske årsverk nådd. Likevel mangler mye resurser, og variasjonen i resurser og tilbud er stor. Produktiviteten er ikke økt og ventetiden ikke redusert. Det skyldes nok at informasjon og åpenhet om psykiske lidelser har økt betydelig. Flere søker hjelp, og den enkelte får

antakelig langt grundigere hjelp. Samtidig er behovet for å konkretisere kvalitetskrav åpenbart. Vi trenger kunnskap om effekt av ulike tilbud. Og det er mulig at konkrete krav om kvalitet på utredning og behandling vil vise at beregnede behov for ressurser er for lave.

Reformen står også overfor strukturelle utfordringer. Bevilgninger til somatisk behandling har i opptrappingsperioden økt mer enn bevilgningene til psykisk helsevern. Fattigdom i kommunene sammen med opphoping av penger i de bedriftsøkonomisk ledede spesialisthelsetjenestene gir svekket interesse for forebygging og førstelinjetjeneste. RHF-ene misbruker øremerkede psykisk helsevernpenger til å dekke fellesutgifter til alminnelig sykehusdrift.

Nye mål

Reformens hensikt er en kvalitativt bedre helsetjeneste og forebygging av alvorlighetsgrad og konsekvenser av psykiske lidelser. Men i kvantifiseringen av målene blandes mål og middel. Produktivitet, antall konsultasjoner, døgnplasser og årsverk er ikke mål i seg selv, de er *midler* til bedre helsevern og helse. Planen er uten kvantifiserte kvalitetsindikatorer (f.eks. antall utredninger, kunnskapsbaserte behandlinger, toårsoppfølginger) og kvantifiserte kliniske resultatmål (f.eks. symptomsmål, funksjonsmål, diagnoser, tilbakefall). Vi vil aldri få vite om *mer* psykisk helsevern også gir *bedre* psykisk helsevern og *psykisk helse* for brukerne. Får vi det vi betaler for?

Planen har heller ikke kvantifiserte økonomiske mål. Eksempelvis koster psykiske lidelser Storbritannia BP 77 milliarder per år (Roche & Smith, 2004). Overført til Norge og justert for kostnadsnivå betyr det i underkant av 100 milliarder kroner per år, inkludert tapt arbeidsfortjeneste, trygdeutgifter og behandling. Det tilsvarer drift av fire norske forsvarsbudsjetter i året. I Norge skyldes 32 % av sykefraværet (Nystuen, 2001) og 44 % (Mykletun, 2004) av uføretrygdene psykiske lidelser, mest depresjon (se også www.fhi.no). Bare 2 % reduksjon i disse tallene ville representere formidable innsparinger. Vi får aldri vite: Lønner det seg?

Selv om det fremste mål er forebygging, har planen ingen kvantifiserte mål for befolkningshelsen. Mål kunne vært: Nivået av subjektivt velvære skal økes fem prosentpoeng. Nivået av psykiske symptomer skal reduseres fem prosentpoeng. Markant depresjon («major depression») skal ned 2 %. Vi får aldri vite: Ble befolkningen friskere?

Kanskje verst: Prioriteringen av forebygging og tidlig intervensjon bygger ikke på lønnsomhetsanalyser. Hvorfor satser man på de alvorligste lidelsene? Fordi disse lidelsene debuterer tidlig, er langvarige, gir høy uførhet og derfor er de dyreste for samfunnet?

I så fall: Feil! Psykiske lidelser står for 15 % av sykdomsbyrden på økonomien. Det er mer enn byrden av alle kreftsykdommer til sammen. Men det er ikke de alvorligste psykiske lidelsene som koster mest. Det er unipolar depresjon – mest markant depresjon (Tabell 1). Om få år vil dette, etter hjerte- og karlidelser, være den ledende

årsak til tapte uførhetsjusterte leveår (DALY) i økonomien og alene stå for nær halvparten av sykdomsbyrden fra alle psykiske lidelser til sammen (Murray & Lopez, 1996). Det skyldes kombinasjon av høy utbredelse og uførhet, og hyppig tilbakefall.

Tabell 1. Sykdomsbyrde målt i Disability Adjusted Life Years (DALY) av psykiske lidelser i etablerte markedsøkonomier (National Institute of Mental Health Publication No. 01-4586) (Murray & Lopez, 1996).

SYKDOMSGRUPPE	% AV TOTAL DALY
Alle psykiske lidelser	15,4
Unipolar depresjon	6,8
Schizofreni	2,3
Bipolar forstyrrelse	1,7
Obsessiv-kompulsiv forstyrrelse	1,5
Panikk lidelse	0,7
PTSD	0,3
Villet egenskade (selvmord)	2,2

Forebygging

All behandling og forebygging må, for ikke å gjøre vondt verre, skille realistisk mellom mål for kur og livskvalitet. De alvorligste psykiske lidelsene er relativt sjeldne, deres årsaker er ofte ukjente, prognosen ikke god og behandlingssuksessen beskjeden. Idealet om forebygging virker da urealistisk, og mål om livskvalitet bør overordnes kur. Ved depresjon er forholdet ikke så opplagt. Depresjon er debutsymptom ved mange lidelser, viser en viss behandlingssuksess og kan i noen grad forebygges. Men den norske reformen gjør ikke noe slikt skille.

Effektiv befolkningsrettet forebygging av psykiske lidelser er lite studert. Men kanskje kan vi lære av somatikken. Vil vi forebygge hjerteinfarkt i befolkningen, satser vi ikke på de alvorligst syke; vi forsøker ikke å hindre det tredje infarkt hos røykeren som alt har hatt to. I stedet får vi til en liten endring i risikofaktorer (kosthold, mosjon, røyking) i allmennbefolkningen. Det er mest effektivt. Vil vi forebygge alkoholrelaterte skader, satser vi ikke på de alvorligst syke, de alkoholavhengige. I stedet forsøker vi å oppnå en liten reduksjon i totalkonsumet i befolkningen. Det er mest effektivt. For psykiske lidelser vet vi ikke. Enklest er å anta at samme lov gjelder for psyke som for soma. Da satser vi ikke, som i Sverige og Norge, på de alvorligst syke. Vi prøver å få til en liten bedring av psykisk helse i allmennbefolkningen. Mens målet i somatikken kunne være

å redusere blodtrykk i befolkningen med 2 %, ville vårt mål kanskje være å øke nivået av subjektivt velvære og redusere nivået av depresjon med 2 %. Kanskje ville det ikke gi færre tilfeller av schizofreni og ADHD, men trolig færre psykiske lidelser – og kanskje også bedre psykisk helse blant dem med schizofreni og ADHD.

Vil vi teste slike hypoteser, må vi ikke bare utføre regelmessig måling av nivåene av subjektivt velvære og depresjon i befolkningen, men også få til regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser. Uten slike kan vi verken følge utviklingen av psykiske lidelser eller dokumentere effektivitet av forebyggende tiltak i befolkningen.

Hvem skal gjøre jobben?

Reformen stiller store krav til høy akademisk utdanning av personell innen psykisk helse. Det er disse som vil legge premissene for utviklingen videre.

Psykologspesialistene har landets klart lengste utdanning innen psykisk helse – minimum 11 år og nær dobbelt så lang som en psykiater. Likevel har til nå lovverket, men også ulik holdning til ledelse i profesjonene, ført til at legene har dominert psykisk helsevern. I Norge er dette i sterk endring. Viktig er endringene i psykisk helsevernloven som likestiller kliniske spesialister i psykiatri og psykologi.

Vel så viktig er dette: Psykologi er en akademisk grunnutdanning, mens psykiatri er en medisinsk spesialitet. Opprettelse av flere studieplasser i psykologutdanningen gir derfor flere psykologer, mens opprettelse av flere studieplasser i legeutdanningen ikke gir flere psykiatere. Det klare hinder at man først må studere medisin for å bli psykiater, og den klare fordel at psykologutdanningen gir større bredde og dybde, har ført til at stadig flere unge foretrekker psykologutdanning. Denne utviklingen er så dramatisk at psykologene snart vil være flere enn psykiaterne.

Hør bare her: Norge med 4,6 mill. innbyggere har i dag kun 1 030 psykiatere, hvorav bare 130 innen barn og ungdom. De fleste av psykiaterne har knapt grunnutdanning innen psykologi og psykisk helse før de påbegynner sin utdanning i psykiatri. Til sammenligning har landet fire ganger så mange (4 500) psykologer, hvorav halvparten (ca. 2 000) er kliniske spesialister, herav 330 innen barn, ungdom og familie. Norge utdanner årlig til sammen nær dobbelt så mange nye psykologer (250) og nye kliniske spesialister (100) som psykiatere (190), innen barn og ungdom tre ganger så mange psykologspesialister (33) som psykiatere (12). De faktiske forskjeller er enda større enn gjennomsnittstallene fra 2001–2003 viser, fordi psykiaterproduksjonen i treårsperioden ligger langt høyere enn både tidligere og det en kan forvente i fremtiden.

Over tid betyr disse tendensene at psykologene med langt grundigere utdanning klart vil bli flere enn psykiaterne. Hvis myndighetene på noen måte skal kunne dekke behovet for akademisk arbeidskraft innen psykisk helsevern, har de ikke noe valg: Vi må satse på psykologene. Men det kan myndighetene gjøre bare hvis psykologene vet å tilpasse sin utdanning til behovene innen psykisk helsevern. Tiden for at psykolog er lik psykoterapeut er da forbi, og tiden for å rydde mellom grunnutdanning og spesialistutdanning er overmoden.

Arne Holte

Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Pb 4404 Nydalen, 0403 Oslo

Tlf 23408244

E-post arne.holte@fhi.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 1, 2006, side 34-37

TEKST

Arne Holte, professor emeritus i psykologi

+ Vis referanser

Referanser

Hagen, H., & Ruud, T. (2004).
A045026.

Rapport. STF78

07-02-62.

. LOV-1999-

. LOV 1999-07-02 nr 64.

. LOV-1999-07-02-63.

LOV-1999-07-02-61.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Eds.). (1996).

Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf
of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press.

Mykletun, A. (2004).

Nystuen, P., Hagen, K. B., & Herrin, J. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick
leave in the Norwegian workforce. 175-182.

Roche, B., & Smith, J. (2004). Mental health and social exclusion. Office of the Deputy Prime
Minister.

St. melding nr. 25 (1996-97).

Stortingsprp. nr 63 (1997-98).