

Dokument nr. 3:5

(2002–2003)

**Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern –
opptrappingsplanen 1999–2006**

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:5 (2002–2003) Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006

Riksrevisjonen, 8. november 2002.

For Riksrevisorkollegiet

Bjarne Mørk-Eidem
riksrevisor

Innhold

	Side
1 Innledning	1
2 Oppsummering av undersøkelsen	1
3 Departementets kommentarer	2
4 Riksrevisjonens bemerkninger	3
5 Departementets svar	4
6 Riksrevisjonens uttalelse	4
Vedlegg: Rapport	5

Helsedepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006

1 INNLEDNING

St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet pekte på at det var for liten tilgjengelighet til tjenestene innenfor det psykiske helsevernet og for dårlig samordning av tjenestene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. 10. juni 1998, ved behandlingen av St.prp. nr. 63 (1997–98), vedtok Stortinget opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999–2006.

Gjennom opptrappingsplanen skal den psykiatriske spesialisthelsetjenesten styrkes med om lag 2,1 milliarder kroner i driftsmidler og 3,7 milliarder kroner i investeringsmidler i løpet av planperioden 1999–2006. Det meste av midlene skal gå til voksenpsykiatrien. Driftsmidlene tildeles hvert år etter inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten. Investeringsmidlene blir fordelt etter søknad om å realisere prosjekter som er angitt i de fylkeskommunale planene. I forbindelse med opptrappingsplanen skulle fylkeskommunene utarbeide fylkeskommunale planer. Ifølge St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helsevern 1999–2006 har planene tre siktemål:

- Være redskap for den enkelte fylkeskommune
- Være en forutsetning for tildeling av statlige midler
- Være et grunnlag for resultatoppfølgingen av den enkelte fylkeskommune

Departementet stilte krav til innholdet i de fylkeskommunale planene i Rundskriv I-24/99 og i Rundskriv I-54/98. De fylkeskommunale planene skulle blant annet inneholde en dokumentasjon av behovet for spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern i fylket, planlagt kapasitetsøkning og planlagt finansiering av tjenestetilbudene.

Ved gjennomføringen av opptrappingsplanen er utbyggingen av distriktpsikiatriske sentra (DPS) et viktig tiltak. DPS-utbyggingen sammen med økt bemanning i voksenpsykiatrien skal gi pasientene et kvantitativt og kvalitativt styrket tilbud. Ifølge Rundskriv I-24/99 er et DPS en faglig selvstendig enhet under en felles faglig ledelse. DPS-ene skal gi tilbud om en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innenfor et geografisk område. DPS-ene

skal være et lavterskeltilbud og bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling. For å sikre et mer sammenhengende behandlingsnettverk og en bedre struktur på tilbudene i forhold til pasientenes behov skal DPS-ene samarbeide nært med kommunene.

Riksrevisjonen har undersøkt om departementets tilrettelegging og oppfølging av det fylkeskommunale planarbeidet i tilstrekkelig grad har bidratt til en effektiv gjennomføring av opptrappingsplanen. Gjennomgangen er avgrenset til voksenpsykiatrien og går spesielt inn på den planlagte kapasitetsutbyggingen i DPS når det gjelder døgnbehandling, dagbehandling, poliklinikk og personell og økonomien i planene. Opptrappingsplanen innebærer også en utbygging av sikkerhetsplasser, tilbud til særskilte grupper og barne- og ungdomspsykiatrien, men det inngikk ikke i denne undersøkelsen.

Fra 1. januar 2002 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, men de fylkeskommunale planene skal fortsatt ligge til grunn for den videre gjennomføringen av psykiatrireformen, og de øremerkede tilskudsordningene på området vil løpe som før.

Riksrevisjonens rapport fra undersøkelsen følger som trykt vedlegg. Utkast til rapporten ble i brev av 21. mai 2002 lagt fram for Helsedepartementet. Departementet har avgitt uttalelser til de forholdene som er tatt opp. Departementet hadde ingen merknader til rapportens faktadel. Departementets merknader til Riksrevisjonens vurderinger er gjengitt i kapittel 3.

2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

I undersøkelsen er de fylkeskommunale planene for alle landets fylker og godkjenningene fra Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn gjennomgått. En plan var ferdig såpass sent at den ikke inngår i undersøkelsen. De fylkeskommunale planene ble vurdert opp mot plankravene fra departementet og i forhold til hverandre. Ved gjennomgangen av godkjenningene fra Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn ble det lagt

vekt på å avdekke hvilke kriterier departementet hadde lagt til grunn ved godkjenningen av de fylkeskommunale planene. Utviklingen og resultatoppfølgingen i spesialisthelsetjenesten for psykiatri ble undersøkt med utgangspunkt i data fra Samdata psykiatri.¹ I hvert av fylkene Oslo, Hedmark, Telemark og Hordaland er to kommuner/bydeler intervjuet høsten 2000. I de samme fylkene er til sammen ni DPS intervjuet. I tillegg er prosjektsøknadene om investeringsmidler for alle realiserte enkeltprosjekter ved utgangen av 2001 og departementets behandling av disse gjennomgått.

Undersøkelsen viser at de fylkeskommunale planene ikke er tilstrekkelig informative, ensartete og sammenlignbare til å kunne fungere som et godt styringsverktøy. Fylkeskommunene framstiller den planlagte kapasitetsutbyggingen og de økonomiske konsekvensene av utbyggingen av DPS-tilbudet svært forskjellig. Den planlagte utbyggingen av tjenestetilbudet er dessuten i liten grad sett i sammenheng med de økonomiske virkemidlene. Det kan skyldes at departementet i rundskrivene ikke hadde spesifisert tydelig nok hvordan behovskartleggingen, kapasitetsøkningen og kostnadsberegningen skulle gjennomføres, presenteres og begrunnes.

Sosial- og helsedepartementet skulle ifølge opptrappingsplanen behandle og godkjenne de fylkeskommunale planene. Godkjenningen av planene har tatt opp mot to år, og departementet har hatt mange merknader til disse.

Bare noen få av fylkeskommunene har kartlagt befolkningens behov for tjenester slik opptrappingsplanen forutsatte, og undersøkelsen viser at departementet ikke tok hensyn til disse behovskartleggingene ved godkjenningen av planene og tildelingen av midlene. I godkjenningen av den planlagte utbyggingen av døgnplasser har departementet først og fremst tatt utgangspunkt i fylkenes folketall når det skulle tildele midler til utbyggingen. I tillegg har strukturen på tjenestetilbudet og fylkets geografi hatt betydning.

Planene redegjør i varierende grad for den planlagte kapasitetsøkningen for døgn- og dagbehandling og for poliklinisk behandling. Planenes samlede forslag til utbygging av antall døgnplasser i DPS overstiger måltallet i opptrappingsplanen. Det planlagte antallet døgnplasser per 10 000 innbyggere varierer dessuten fra den ene fylkeskommunale planen til den andre. Åtte av de fylkeskommunale planene gjør ikke nærmere rede for den planlagte økningen i dagbehandling, og departementet har heller ikke fulgt opp dette plankravet i sin godkjenning. De fylkeskommunale planene framstiller den planlagte økningen av poliklinisk behandling svært ulikt, for eksempel som stillinger per 10 000 innbyggere eller

som planlagt antall konsultasjoner per uke per behandler. Økningen i personell er også beregnet svært forskjellig i de ulike planene. Ingen av planene gir en total oversikt over den planlagte personelløkningen fordelt på yrkesgrupper og behandlingstilbud.

Fylkeskommunene har planlagt å investere for nesten dobbelt så mye som opptrappingsplanens rammer gir rom for. Det er store variasjoner i hvor mye fylkeskommunene ønsket å investere for i psykisk helsevern, men de fleste ønsket å investere for mer enn departementet mener fylkenes folketall gir grunnlag for. Driftsmidlene blir tildelt etter objektive kriterier. Totalsummen hver fylkeskommune kunne beregne å få, var derfor kjent. Likevel har bare ca. halvparten av fylkeskommunene planlagt å øke driftsutgiftene i tråd med opptrappingsplanens rammer. Tre fylkeskommuner har planlagt med høyere driftsutgifter, og fire har planlagt med lavere driftsutgifter enn opptrappingsplanen gav grunnlag for. Tre fylkeskommuner har ikke oppgitt den planlagte økningen i driftsutgifter.

Samordningen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er både et av hovedmålene og en av hovedutfordringene ved den pågående DPS-utbyggingen. Undersøkelsen viser at forslag til konkrete tiltak for hvordan samordningen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal forbedres, mangler i mer enn halvparten av planene. I plankravet ble denne informasjonen heller ikke etterspurt. Departementet ønsket likevel at fylkeskommunene skulle gjøre rede for hvordan kommuner og brukerorganisasjoner var trukket inn i planprosessen. Departementet hadde sjelden noen innvendinger mot fylkeskommunenes håndtering av samarbeidet med primærhelsetjenesten i de fylkeskommunale planene.

Planene skulle være et grunnlag for statens resultatoppfølging. Det kan reises spørsmål om de er egnet for dette formålet, da det varierer i hvor stor grad planene framstiller og konkretiserer den framtidige utbyggingen med hensyn til planlagt kapasitetsøkning og finansiering. Resultatene fra opptrappingsplanen blir rapportert i Samdata psykiatri. Undersøkelsen viser at det ikke er satt klare kriterier for hva et DPS er. Når det gjelder utviklingen i bruk av dagbehandling, har Samdata psykiatri endret registreringspraksis i opptrappingsperioden. Det er derfor ikke mulig å beregne utviklingen i dagbehandling fra begynnelsen til slutten av opptrappingsplanen.

3 DEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Helsedepartementet har i brev av 13. august 2002 gitt uttalelse til rapporten. Departementet uttaler at rapporten innledningsvis gir en dekkende beskrivelse av opptrappingsplanens målsettinger, hvorefter problemstillinger innenfor psykisk helsevern for voksne og utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre (DPS) undersøkes spesielt. Departementet viser

¹ På oppdrag fra departementet utarbeider Samdata Sintef-NIS årlige rapporter med oversikt over utviklingen i det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten.

så til at rapporten reiser spørsmål om i hvilken grad de fylkeskommunale planene er et tilfredsstillende styringsverktøy for gjennomføringen av opptrappingsplanen, og om det er etablert tilstrekkelige rutiner for resultatoppfølging.

Helsedepartementet gjengir Riksrevisjonens konklusjon om at de fylkeskommunale planene ikke er tilstrekkelig informative, ensartete og sammenlignbare til å fungere som et godt styringsverktøy. Departementet gjengir også Riksrevisjonens syn om at svakhetene i planene skyldes at departementet ikke gav tilstrekkelige føringer for hvordan behovskartlegging, kapasitetsøkning og kostnadsberegninger skulle gjennomføres, presenteres og begrunnes.

Helsedepartementet deler Riksrevisjonens syn på de påpekte svakhetene i de fylkeskommunale planene. Departementet er enig i at mange av planene opprinnelig hadde en ufullstendig og lite dekkende framstilling av status og problemer i tjenestetilbudene, og behovsvurderingene og kostnadsberegningene var i mange tilfeller svært mangelfulle. Dette oppgir Helsedepartementet som årsaken til at behandlingen av de fylkeskommunale planene i Helsetilsynet og i departementet ble svært tidkrevende og ble godkjent langt senere enn opprinnelig forutsatt. Departementet uttaler at det i mange tilfeller måtte hentes inn tilleggsinformasjon, og at flere fylkeskommuner ble bedt om å omarbeide deler av planene.

Helsedepartementet er enig med Riksrevisjonen i at behovsvurderingene i de fylkeskommunale planene ikke var gode nok. Ifølge departementet gav de støtte til et fylkeskommunalt prosjekt som skulle gi et bedre verktøy for å vurdere behovet for tjenester i det psykiske helsevernet, men dette gav ikke tilfredsstillende resultater.

Etter departementets oppfatning er mange av de svakhetene som planene inneholdt da de først ble sendt inn, senere kompensert ved den dialogform de hadde med fylkeskommunene ved oppfølgingen av planarbeidet. Departementet og Helsetilsynet holdt en rekke møter med den enkelte fylkeskommune med ulik bredde og deltakelse, der det ble en økende konsensus om hvordan det psykiske helsevernet burde utvikles i det enkelte fylke. Dette resulterte i en rimelig samstemt oppfatning om utviklings- og utbyggingsbehovet i de fleste fylkene da helseforetakene overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002.

Når det gjelder de fylkeskommunale planenes funksjon som grunnlag for resultatoppfølging, viser departementet til at de aktuelle parametrene i planene er de samme som er benyttet i Samdata psykiatri. Dette innebærer at en både på nasjonalt nivå og for det enkelte fylke eller den enkelte region gjennom Samdata har et system for årlig kartlegging av resultatoppnåelsen sett i forhold til målene for hele opptrappingsplanen og for den enkelte fylkeskommunale plan.

4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

Riksrevisjonen konstaterer at Helsedepartementet i stor grad synes å være enig i Riksrevisjonens funn og vurderinger. Riksrevisjonen vil peke på at de fylkeskommunale planene er svært uensartete og lite sammenlignbare i sin framstilling av behovet for psykiatriske spesialisthelsetjenester. Planene skulle inneholde en behovskartlegging, men en slik finnes bare i noen få av planene. Planene er ufullstendige og mangler beskrivelser av den planlagte kapasitetsutbyggingen. Der beskrivelsene kommer fram, bruker fylkeskommunene forskjellige beregningsnøkler for å beskrive planlagt kapasitetsutbygging. Få av planene ser dessuten den planlagte kapasitetsøkningen i sammenheng med den økonomiske overføringen. Mange av planene overskrider opptrappingsplanens økonomiske rammer, særlig på investeringssiden. Undersøkelsen viser også at departementet har brukt lang tid på å godkjenne planene. Departementet medgir at behandlingen av planene i Helsetilsynet og departementet ble svært tidkrevende. I mange tilfeller måtte det innhentes tilleggsinformasjon, og flere fylkeskommuner ble bedt om å omarbeide deler av planene.

Riksrevisjonen ser det som viktig at departementet følger opp de regionale helseforetakene i den videre gjennomføringen av opptrappingsplanen. De fylkeskommunale planene skal fortsatt ligge til grunn for den videre gjennomføringen av opptrappingsplanen selv om staten ved de regionale helseforetakene overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002. Mer ensartete planer kunne gjort det enklere for de regionale helseforetakene når de skal samordne psykiatritilbudet i hver helseregion med utgangspunkt i planene og departementets godkjenning.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om departementet har gode nok rapporteringsdata når resultatene av opptrappingsplanen skal vurderes. Av undersøkelsen går det fram at oppfølgingskriteriene er mangelfulle. DPS framgår ikke som en egen kategori i rapporteringen, og det kan være vanskelig å beregne utviklingen i dagbehandling fra begynnelsen til slutten av opptrappingsplanen fordi registreringspraksisen er endret underveis.

De fylkeskommunale planene beskriver i liten grad hvordan en skal forbedre samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I Innst. S. nr. 258 (1996–97) pekte sosialkomiteen på at det trengs klare retningslinjer for samarbeid og koordinering mellom tjenestene slik at tilbudene til hver enkelt pasient blir best mulig. Da Stortinget behandlet opptrappingsplanen, bad det regjeringen blant annet om å fremme konkrete tiltak for å sikre forpliktende samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner. Riksrevisjonen har merket seg at departementet ikke kommenterer planenes svakheter på dette området.

5 HELSEDEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Helsedepartementet som i brev av 20. september 2002 har svart:

«Vi viser til Riksrevisjonens brev av 4. september 2002.

Helsedepartementet deler i all hovedsak Riksrevisjonens vurderinger med hensyn til svakheter i de fylkeskommunale planene.

Når det gjelder samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, gjør vi spesielt oppmerksom på at kravet om individuelle planer er et hovedvirkemiddel for å sette sammen hensiktsmessige tiltak rundt den enkelte. Kravet om individuelle planer ble iverksatt fra 1. juli 2002, og er en plikt for tjenesteapparatet og en rettighet for den enkelte pasient/bruker. Individuelle planer er innarbeidet i helselovene, herunder Pasientrettighetsloven.

Helsedepartementet har fulgt opp, og vil også i den videre dialog med de regionale helseforetakene og kommunene følge opp Riksrevisjonens anmerkninger.»

6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Riksrevisjonen konstaterer at Helsedepartementet i all hovedsak deler Riksrevisjonens vurderinger med hensyn til svakheter i de fylkeskommunale planene, og at Helsedepartementet vil følge opp Riksrevisjonens anmerkninger i den videre dialog med de regionale helseforetakene og kommunene.

Undersøkelsen viser at veksten i kapasitetsøkningen til nå har vært for svak, og at utbyggingen må øke for å nå opptrappingsplanens måltall innen 2006. Det går også fram av undersøkelsen at det varierer om de fylkeskommunale planene framstiller og konkretiserer den framtidige utbyggingen med hensyn til planlagt kapasitetsøkning og finansiering.

Når det gjelder samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, har Riksrevisjonen merket seg Helsedepartementets uttalelse om at individuelle planer vil være et hovedvirkemiddel for å sette sammen hensiktsmessige tiltak rundt den enkelte. Etter Riksrevisjonens vurdering forutsetter dette at tjenestetilbudene i spesialist- og primærhelsetjenesten har tilstrekkelig kapasitet og er tilpasset hverandre i en hensiktsmessig struktur. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det har vært lite samarbeid på planstadiet for å oppnå en god samordning av tjenestetilbudene. Riksrevisjonen forutsetter at Helsedepartementet følger opp den videre utviklingen av psykisk helsevern og eventuelt iverksetter ytterligere tiltak på området.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 29. oktober 2002

Bjarne Mørk-Eidem

Annelise Høegh

Jan L. Stub

Wenche Lyngholm

Helga Haugen

Therese Johnsen

Vedlegg

Rapport
Psykisk helsevern
Opptrappingsplanen 1999–2006

Innhold

		Side
1	Innledning	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Formål og problemstillinger	7
2	Metoder og gjennomføring	9
3	Revisjonskriterier	10
3.1	Målene i opptrappingsplanen	10
3.2	Forutsetninger for utbygging av psykiatritilbudet	10
3.3	Virkemidler	10
	Fylkeskommunale planer	10
	Finansiering og resultatrapportering	11
4	Faktabeskrivelse	12
4.1	Status i psykiatrisatsingen	12
	Kapasitetsutvikling	12
	Tjenestetilbud og kapasitet ved DPS-ene	13
	DPS-ene og relasjonen til primærhelsetjenesten og sykehusene	13
4.2	Planlegging og godkjenning av fylkeskommunale planer	14
	Departementets og fylkeskommunenes planprosess	14
	Godkjenning av planene	14
4.3	Innholdet i de fylkeskommunale planene og departementets vurderinger	15
	Behovskartlegging som grunnlag for anslag av tjenestebehov	15
	Samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene i planprosessen	15
	Planlagt kapasitetsøkning	16
	Planlagte investerings- og driftsutgifter	18
	Oppsummering av departementets vurdering og godkjenning av de fylkeskommunale planene .	21
4.4	Tildeling av investeringstilskudd	22
4.5	Resultatoppfølging og resultatindikatorer	22
5	Vurderinger	24

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN

15–20 % av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad, og psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uførepensjonering for personer under 45 år.¹ I 1991 begynte staten med stimulerings tiltak for å øke innsatsen innen psykiatrien, og 1995 var det første året med statlige øremerkede tilskudd til psykisk helsevern. I 1998, det siste året før opptrappingsplanen ble iverksatt, ble det utbetalt til sammen 1,23 milliarder kroner i statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern.²

St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet viste til at tilbudene i det psykiske helsevernet ikke var tilfredsstillende. Tjenestene er blant annet ikke tilstrekkelig tilgjengelige og det er mangel på samordning av tjenestene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det psykiske helsevernet i fylkene er også ulikt organisert og strukturert. I Innst. S. nr. 258 (1996–97) til St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet bad Stortinget regjeringen snarest fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykiatrien. Forslaget ble presentert i St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006, heretter kalt opptrappingsplanen. Planen ble vedtatt av Stortinget 17. juni 1998.

Et viktig tiltak i opptrappingsplanen er å bygge ut distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Ifølge Rundskriv I-24/99 er DPS «... en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse.» DPS-ene skal være et lavterskeltilbud og tilby behandling på lokalsykehusnivå. DPS-utbyggingen sammen med økt bemanning i voksenpsykiatrien skal gi pasientene et kvantitativt og kvalitativt styrket tilbud. En utfordring for det psykiske helsevernet er å omstrukturere tjenestetilbudet slik at mennesker med psykiske lidelser kan komme på rett omsorgs- og behandlingsnivå. For å sikre et mer sammenhengende behandlingsnettverk og en bedre struktur på tilbudene i forhold til pasientenes behov skal DPS-ene samarbeide nært med kommunene.

Helsedepartementets virkemidler for å få til denne utbyggingen er øremerkede tilskudd til investering og drift. For å få tilskudd måtte fylkeskommunene sende inn politisk godkjente fylkeskommunale

planer om å styrke det psykiske helsevernet. Driftsmidlene tildeles hvert år. Investeringsmidlene blir fordelt etter søknad om å realisere prosjekter som er angitt i de fylkeskommunale planene. Sosial- og helsedepartementet har sammen med Statens helsetilsyn opprettet et sekretariat som skulle bistå fylkeskommunene i planprosessen og godkjenne de fylkeskommunale planene. Fra og med 1. januar 2002 er forvaltningen omorganisert slik at det nå er Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet som har ansvaret for den videre framdriften med opptrappingsplanen.

Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten skal styrkes med om lag 2,1 milliarder kroner i driftsmidler i løpet av planperioden 1999–2006. Av midlene skal 1,46 milliarder kroner gå til tjenester for voksne og 636 millioner kroner til tjenester for barn og unge. Driftsmidlene blir i hovedsak utbetalt etter inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten. Opptrappingsplanen legger opp til en noe sterkere årlig opptrapping mot slutten enn i begynnelsen av perioden. Det er planlagt å investere for til sammen 3,7 milliarder kroner i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, herav 2,9 milliarder kroner i voksenpsykiatrien. Det gis et kontanttilskudd på 60 % av godkjente investeringskostnader ved ferdigstilling av byggeprosjektene. Resten blir dekket gjennom rammetilskuddet over Helsedepartementets budsjett.³

1.2 FORMÅL, MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet er å undersøke om departementets tilrettelegging og oppfølging av det fylkeskommunale planarbeidet i tilstrekkelig grad bidrar til en effektiv gjennomføring av opptrappingsplanen etter forutsetningene i St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Revisjonen retter søkelyset mot voksenpsykiatrien og utbyggingen av DPS.

Problemstillinger

- 1 I hvilken grad er de fylkeskommunale planene et tilfredsstillende styringsverktøy for gjennomføringen av den statlige opptrappingsplanen?
 - Er de fylkeskommunale behovsvurderingene slik at særskilte behov kommer tilstrekkelig

¹ Rikstrykdeverkets basisrapport 2000.

² St.prp. nr. 1 1999–2000 for Sosial- og helsedepartementet side 306.

³ KRD fram til 1. januar 2002.

fram, herunder innbyrdes forskjeller mellom fylkeskommunene?

- Er beskrivelsene av planlagt utbygging, ombygging og omstrukturering, med tilhørende kostnadsberegninger, knyttet opp imot behovsvurderingene, og gir disse beskrivelsene et tilstrekkelig grunnlag for prioriteringer innenfor handlingsplanens økonomiske rammer?
- 2 Er det etablert tilstrekkelige rutiner for resultatoppfølging?

Fram til utgangen av 2001 har det vært fylkeskommunenes oppgave å realisere DPS-utbyggingen.⁴ Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Problemstillingene som presenteres i denne rapporten vil likevel fortsatt være aktuelle fordi opptrappingsplanen for psykisk helse løper som planlagt fram til 2006, men ansvaret for å bygge ut DPS-ene er nå overført til de regionale helseforetakene. De fylkeskommunale planene skal fortsatt være et av grunnlagsdokumentene for den videre utbyggingen av det psykiske helsevernet og det er de regionale helseforetakene som vil være mottakerne av de øremerkede midlene.⁵

⁴ Da St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 ble vedtatt i 1999, var forutsetningen at fylkeskommunene skulle ha ansvaret for realiseringen av planen i hele opptrappingsperioden.

⁵ I tillegg til rammebevilgningen til helseforetakene, jf. St.prp. nr. 1 (2001–2002) for Sosial- og helsedepartementet.

2 Metode og gjennomføring

De fylkeskommunale planene for alle landets fylker og godkjenningbrevene fra Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn er gjennomgått. En plan var ferdig såpass sent at den ikke inngår i undersøkelsen. Hensikten med gjennomgangen av planene var å avdekke i hvilken grad de er i samsvar med plankravene fra departementet.⁶

Hensikten med å gå gjennom godkjenningbrevene fra Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn var å vurdere hvilke kriterier departementet har lagt til grunn ved godkjenningen av de fylkeskommunale planene, og i hvilken grad dette er i tråd med føringene i opptrappingsplanen og de opprinnelige plankravene til fylkeskommunene.

Gjennomgangen er avgrenset til voksenpsykiatrien, og går spesielt inn på den planlagte kapasitetsutbyggingen i DPS når det gjelder døgnbehandling, dagbehandling, poliklinikk og personell og økonomien i planene.⁷ Det var ønskelig å se hvor langt iverksettelsen av opptrappingsplanen er kommet, og om prosjektene holder seg innenfor de økonomiske rammene i opptrappingsplanen. Derfor ble alle realiserte enkeltprosjekter ved utgangen av 2001 og de tilhørende prosjektsøknadene og departementets behandling av disse gjennomgått.

Samdata Sintef-NIS utvikler årlig Samdatarapportene⁸ på oppdrag fra departementet. Utgangspunktet for rapportene er innsendte regnskapstall og rapportering fra sykehusregnskapene. Samdata psykiatri gir en oversikt over utviklingen i det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten⁹ og inneholder blant annet opplysninger om økonomi, bemanning og behandlingsaktivitet i hvert fylke helt ned på de enkelte institusjonene. Statistikken i Samdatarapportene er brukt for å beskrive og vurdere utviklingen

og resultatoppfølgingen i spesialisthelsetjenesten for psykiatri.

Revisjonen dekker alle landets fylker, men den har gått dypere inn i fire fylker der det også er gjennomført intervjuer. Disse fylkene er Oslo, Hedmark, Telemark og Hordaland. Fylkene dekker fire av fem helseregioner og har ulik demografi og geografi. Det psykiatriske tjenestetilbudet i de fire fylkene er ulikt organisert og utbygd. Det er gjennomført intervjuer i utvalgte DPS og to kommuner i hvert av disse fire fylkene høsten 2000. I Oslo og Hordaland inngikk tre DPS i undersøkelsen. I Oslo var dette Vinderen, Tøyen og Holmlia DPS. Fra Telemark inngikk DPS-Nord i utvalget. DPS-et var det eneste i Telemark fylke på undersøkelsestidspunktet og har vært virksomt siden 1987. I Hedmark var psykiatrisk senter på Kongsvinger og på Tynset¹⁰ med i utvalget selv om ingen av disse sentrene var formelle DPS på undersøkelsestidspunktet. I Hordaland var det viktig å få representert både Bergen og landkommunene, og utvalget bestod av Betanien, Stord og Åstveit DPS.

DPS-ene i de fire fylkene ble intervjuet for å belyse tjenestetilbudet deres, samarbeidet med primærhelsetjenesten og sykehusene og hvilke utfordringer DPS-ene stod overfor. DPS-ene stilte med personer i lederposisjoner. Ett DPS stilte med bare avdelingsoverlege. De øvrige stilte med minst to personer. Kommunene ble intervjuet for å uttale seg om samarbeidet med DPS-et og tjenestetilbudet der. Kommunene stilte som regel med øverste leder for helse- og sosialetaten og psykiatrisk sykepleier i kommunen. Det er avholdt ett intervju med representanter fra Helsedepartementet. Det er skrevet referat fra alle intervjuene som informantene har verifisert etter normale prosedyrer i Riksrevisjonen.

⁶ Jf. kapittel 3.3.

⁷ Opptrappingsplanen innebærer også en utbygging av sikkerhetsplasser, tilbud til særskilte grupper og barne- og ungdomspsykiatrien, men det inngår ikke i denne undersøkelsen.

⁸ Samdata utvikler data både for somatisk og psykiatrisk helse-tjeneste.

⁹ De siste dataene i Samdata psykiatri er fra 2000. Undersøkelsen dreier seg om en reform som strekker seg fra 1999 til 2006.

¹⁰ Tynset DPS ble formelt åpnet 2001.

3 Revisjonskriterier

3.1 MÅLENE I OPPTRAPPINGSPLANEN

I St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet ble det foreslått å stimulere fylkeskommunene til å bygge ut lett tilgjengelige distriktpsikiatriske tjenester (DPS). Målet er å styrke kapasiteten og stimulere til at strukturen i det fylkeskommunale psykiske helsevernet blir mer hensiktsmessig ut fra fylkenes eksisterende psykiatritilbud. Siktemålet med St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 er å legge grunnlaget for å utbedre bristene i alle leddene i behandlingsskjeden. Målet er å skape et sammenhengende behandlingsnettverk samtidig som brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. En viktig satsing i opptrappingsplanen er å bygge ut DPS. DPS-ene skal ha en viktig rolle i samordningen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Viktige mål for utbyggingen er:

- 1 025 flere døgnplasser for aktiv behandling i DPS enn dagens nivå
- 90 000 flere dagopphold ved DPS (50 % økning)
- Til sammen ca. 220 000 flere konsultasjoner i offentlig poliklinikk (50 % økning i forhold til 1998)
- En reduksjon i antall plasser i psykiatriske sykehjem, men dette skal skje i et lavere tempo enn tilveksten av fylkeskommunale plasser for aktiv behandling
- En betydelig økning av bemanningen i voksenpsykiatrien på ca. 2 300 årsverk
- Bemanningsøkning per plass i DPS-ene for å styrke behandlingen der.
- Økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (den samlede andelen denne gruppa utgjør, skal øke fra 52 % i 1996 til ca. 72 % i 2006)

3.2 FORUTSETNINGER FOR UTBYGGING AV PSYKIATRITILBUDET

Stortinget gav sin tilslutning til at det gjennomføres en opptrappingsplan for styrking av tilbudet til mennesker med psykisk lidelse i tråd med hovedlinjene i St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 i sin behandling av Innst. S. nr. 222 (1997–98).

I Innst. S. nr. 222 (1997–98) viser komiteen til merknadene i Innst. S. nr. 258 (1996–97) der det er understreket at «*det er pasientene og deres behov for helsetjenester som skal være avgjørende for hvilke*

tilbud som skal gis også innen psykiatrien». ¹¹ Komiteen understreker i Innst. S. nr. 258 (1996–97) til St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet de store variasjonene når det gjelder behov for tjenester. Tilbudene må også basere seg på bl.a. befolknings sammensetning og geografiske forhold. Den viser videre til at det er påvist at de som bor i byer, har større psykiatrisk sykkelighet enn de som bor i mindre tettbygde strøk. Komiteen mener det er nødvendig å vurdere spesielt byenes behov for økte bevilgninger til det psykiske helsevesenet. ¹²

I Innst. S. nr. 258 (1996–97) til St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet sier komiteen at det inntil videre er helt nødvendig å opprettholde eksisterende institusjonsplasser. Komiteen peker i den forbindelse på at erfaring og forskning viser at for mange pasienter er poliklinisk behandling ikke tilstrekkelig. Først når en får en samlet oversikt over behovet på de ulike områder for hele landet, kan det vurderes en helhetlig strategi for oppbygginger og eventuelle omlegginger. I denne forbindelse bør det også utarbeides normtall. ¹³ Stortinget gjorde i den forbindelse følgende vedtak: «*Stortinget ber Regjeringen på kort sikt prioritere og øke sengekapasiteten ved de intermediære psykiatriske avdelingene samt øke antall senger på regionsnivå innen barne- og ungdomspsykiatrien*». (Innst. S. nr. 258 (1996–97))

I Innst. S. nr. 258 (1996–97) peker komiteen på at kommuner og fylkeskommuner må samarbeide allerede på planstadiet slik at tjenestetilbudene kan tilpasses hverandre. I Innst. S. nr. 222 (1997–98) til St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 fremmet sosialkomiteen følgende forslag som også ble vedtatt i Stortinget: «*Stortinget ber Regjeringen fremme konkrete tiltak for å sikre forpliktende samarbeid ... mellom kommuner og fylkeskommuner*».

3.2 VIRKEMIDLER

3.2.1 Fylkeskommunale planer

Fylkeskommunene skulle utarbeide fylkeskommunale planer som skulle konkretisere gjennomføringen av de nasjonale målene for utbygging og om-

¹¹ Innst. S. nr. 222 (1997–98) til St.prp. nr. 63 (1997–98) side 2.

¹² Innst. S. nr. 258 (1996–97) til St.meld. nr. 25 (1996–97) side 19.

¹³ Innst. S. nr. 258 (1996–97) til St.meld. nr. 25 (1996–97) side 189.

strukturering som er omtalt i St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

Ifølge Rundskriv I-24/99 skal den fylkeskommunale planen ta utgangspunkt i de politiske og faglige føringene som er gitt i St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet og i Stortingets behandling av meldingen. Ifølge St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 har planene tre siktemål:

- For det første skal de være redskap for den enkelte fylkeskommune
- For det andre skal de være en forutsetning for tildeling av statlige midler
- For det tredje skal de være et grunnlag for resultatoppfølgingen av den enkelte fylkeskommune

Disse føringene ligger fast etter at staten tok over spesialisthelsetjenesten fra 2002. De regionale helseforetakene skal legge de fylkeskommunale planene til grunn for det videre arbeidet med opptrappingsplanen, og planene vil fortsatt være et grunnlag for resultatoppfølgingen.¹⁴

Ifølge Rundskriv I-54/98 skal planene inneholde:¹⁵

- *Dokumentasjon av behov for psykiatriske spesialisthelsetjenester*
- *Beskrivelse av status i forhold til oppsatte mål i opptrappingsplanen og stortingsmeldingen*
- *Vurdering av udekkede behov mht. omfang og innhold i tjenestetilbudet, herunder personellbehov*
- *Oversikt over forslag til omstrukturings-, utbyggings- og personelltiltak*
- *Økonomiske konsekvenser og finansieringsplan*

Ifølge Rundskriv I-24/99 må de fylkeskommunale planene inneholde en kostnadsberegning av planlagt utbygging, ombygging og omstrukturering av tjenester og plasser i det psykiske helsevernet. Planene må fastsette en tidsplan for når de ulike tiltakene skal bli realisert. Fylkesplanene må også inneholde en beskrivelse av dagens distriktspsykiatriske sentra og psykiatriske sykehjem. De må vise hvordan det psykiatriske tjenestetilbudet i fylket skal være dekket av DPS. De må beskrive hvordan DPS-ene skal være organisert, og om realiseringen av planen skal skje gjennom nybygging, rehabilitering av eksisterende bygninger eller omgjøring av psykiatriske sykehjem. De må også oppgi behovet for nybygging og ombygging av lokaler for poliklinikker og dagbehandling.

Arbeidsdelingen mellom sykehus og DPS, hvilke tjenester DPS-ene skal yte og omfanget av disse

vil kunne variere med en rekke forhold. Størrelsen på opptaksområdet og avstanden til (sentral)sykehuset vil kunne ha betydning. DPS-enes tjenestetilbud kan også være preget av hvilke andre gode eksisterende løsninger som finnes, og den erfaringen, kompetansen, arbeidsmåten og rekrutteringen som utvikler seg ved DPS-ene.

Rundskriv I-24/99 sier at de fylkeskommunale planene *bør* gjøre rede for samarbeidet med kommunene i planprosessen, og de *bør* gjengi synspunkter som kommunene har uttrykt. Fylkeskommunene skal tillempe prinsippene for brukermedvirkning, for organiseringen av tjenestetilbudene generelt og for særskilte grupper til planmaterialet, og det *bør* framkomme av planmaterialet hvordan brukerne har vært trukket inn i planprosessen.

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse ble det etablert et sekretariat med representanter fra Sosial- og helsedepartementet (SHD) og Statens helsetilsyn.¹⁶ Sekretariatet skulle bistå fylkeskommunene med å utforme planer og søknader om midler for omstrukturering av tjenestetilbudet. Sekretariatet skulle dessuten behandle og godkjenne prosjektsøknadene. Sekretariatet skulle stå i nær kontakt med fylkeskommunene for å bidra til hensiktsmessige planer for å gjennomføre opptrappingsplanen. Sekretariatet skulle være en pådriver i omstrukturingsarbeidet. Sosial- og helsedepartementet skal ifølge opptrappingsplanen behandle og godkjenne de fylkeskommunale planene.

3.2.2 Finansiering og resultatrapportering

Det følger av St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 at det må foreligge politisk vedtatte fylkeskommunale planer før de øremerkede tilskuddene kommer til utbetaling.¹⁷ Departementet vil bruke kostnadsberegningen og tidsplanen i de fylkeskommunale planene til å prioritere tildelingen av midler til de ulike tiltakene innenfor den budsjettammen som er til disposisjon det enkelte år.

Ifølge Økonomireglementet for staten¹⁸ skal ansvarlig departement utarbeide oppfølgingskriterier som svarer til Stortingets intensjon med bevilgningen, og utforme rapportmetoder om resultater i samsvar med fastsatte kriterier. Departementet skal i tillegg foreta evalueringer av om en oppnår de fastsatte målsettingene.

¹⁶ I samsvar med St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet og St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

¹⁷ Det følger av St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 at kravet kan lempes det første året av hensyn til at fylkeskommunene ikke har kommet like langt i planarbeidet. Det framgår av St.prp. nr. 1 (1999–2000) at plankravet vil bli håndhevet fullt ut for år 2000.

¹⁸ Jf. kapittel 12–1 i de funksjonelle kravene til økonomireglementet.

¹⁴ St.prp. nr. 1 (2001–2002) for Sosial- og helsedepartementet.

¹⁵ St.prp. nr. 1 (1999–2000) (side 315) og St.prp. nr. 1 (2000–2001) (side 239) for Sosial- og helsedepartementet.

4 Faktabeskrivelse

4.1 STATUS I PSYKIATRISATSINGEN

4.1.1 Kapasitetsutvikling

Ifølge Samdata 6/01 har det vært en jevn økning i

behandlingskapasiteten for psykisk helsevern gjennom hele 90-tallet, og det har ikke vært noen markant økning etter 1999 da opptrappingsplanen trådte i kraft.

Tabell 1 Utviklingen i antall døgnplasser i forhold til måltallene for 2006

Type institusjon	Plasser 1998	Plasser 2000	Utvikling	Plasser 2006
Sykehus	3070	2989	-81	2940
Bo- og behandlingssentre/DPS	1492	1634	+142	2065
Psykiatriske sykehjem	1418	1146	-272	1400
Sum døgnplasser	5980	5769	-211	6405

Kilde: Tallgrunnlaget er hentet fra Samdata psykiatri for årene 1999–2001.

Tabell 1 viser at det i 1998 var 5 980 døgnplasser totalt på nasjonalt nivå. I 2000 var dette plassantallet redusert til 5 769 plasser.¹⁹ Dette utgjør en reduksjon på 211 plasser. Det har vært en reduksjon på 81 plasser ved sykehus fra 1998 til 2000. Det har imidlertid vært en økning på 142 plasser ved det som Samdata

psykiatri kategoriserer som bo- og behandlingssentra²⁰ fra 1998 til 2000. Endring i antall oppholds dager for dagpasienter kan en ifølge Samdata 4/00 ikke beregne fordi det har vært en endring i registreringspraksis i løpet av perioden.

Tabell 2 Antall og utvikling av polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatrien 1998–2006 i forhold til måltallene for 2006

År	1998	2000	Årlig utvikling	2006	Nødvendig årlig økning 2001–2006
Antall polikliniske konsultasjoner	476 000	521 000	+22 500	696 000	29 000

Kilde: Tallgrunnlaget er hentet fra Samdata psykiatri for årene 1999–2001.

Tabell 2 viser at det har vært en økning på ca. 45 000 polikliniske konsultasjoner fra utgangen av 1998 til 2000. Dette utgjør en årlig økning på ca. 22 500 konsultasjoner. For å nå målet i opptrap-

pingsplanen om 50 % økning i antall polikliniske konsultasjoner i forhold til nivået i 1998, er det i årene 2001–2006 nødvendig med en årlig vekst på ca. 29 000 polikliniske konsultasjoner.²¹

Tabell 3 Antall og utvikling av årsverk i voksenpsykiatrien 1998–2006 i forhold til måltallene for 2006

År	1998	2000	Årlig utvikling	2006	Nødvendig årlig økning 2001–2006
Antall årsverk i voksenpsykiatrien	13 654	14 092	+219	15 954	310

Kilde: Tallgrunnlaget er hentet fra Samdata psykiatri for årene 1999–2001.

¹⁹ Samdata psykiatri 6/01.

²⁰ Samdata definerer DPS som en av flere typer bo- og behandlingssentra.

²¹ Riksrevisjonens beregninger.

Tabell 3 viser at det fra og med 2001 må til en årlig vekst i personell på 310 årsverk i voksenpsykiatrien for å nå opptrappingsplanens mål om en økning i personell på 50 %. Beregninger ut fra Samdata psykiatri for årene 1999–2001 viser at i 1999 og 2000 var økningen på til sammen 438 årsverk, som tilsier en årlig vekst på 219 årsverk per år. I årene 2001–2006 må den gjennomsnittlige økningen i antall årsverk innen voksenpsykiatrien være ca. 310.²² Veksten må følgelig øke for å nå opptrappingsplanens måltall.

4.1.2 Tjenestetilbud og kapasitet ved DPS-ene

Foreløpig har utviklingen og utbyggingen av DPS-tjenester ikke kommet like langt i alle fylkene. Noen fylker har bygd opp sine psykiatriske tjenester etter DPS-tankegangen over flere år, mens andre bare så vidt har begynt på denne prosessen. Alle DPS-ene²³ i undersøkelsen har tilbud om poliklinikk, dagbehandling og døgnbehandling i samsvar med opptrappingsplanens føringer.

Det går fram av intervjuene at det er mange forhold som påvirker innholdet i det tjenestetilbudet som DPS-ene gir. Med DPS blir tersklene for å mota hjelp fra det psykiatriske behandlingsapparatet lavere. DPS-ene kjenner dessuten pasientene sine, og dette gjør det mulig for behandlerne å gripe inn på et tidlig tidspunkt og slik unngå at pasienter legges inn unødige. DPS-ene gjør det i tillegg mulig for pasientene å bli boende i sitt nærmiljø. Mange av de intervjuede mener at utbygging av tjenestetilbudet genererer økt etterspørsel etter tilbudene.

Ikke desto mindre er det forskjeller på det tjenestetilbudet DPS-ene har, avhengig av deres tilgang på fagpersonell og fagpersonellens kompetanseområder. Demografien og behovene i opptaksområdet vil også kunne ha betydning for DPS-enes tjenestetilbud. Både kommunene/bydelene og DPS-ene peker på flere faktorer som har betydning for behovene i deres områder. Bydelene peker blant annet på fattigdomsproblematikk, innslag av mennesker med rusproblemer og fremmedkulturelle med krigstraumer. De mindre kommunene peker på forhold som reiseavstander til behandlingstilbudet, legesituasjonen eller skoletilbud som trekker til seg mye ungdom.

Både blant kommunene og DPS-ene er det fortsatt en viss frykt for at kapasiteten på DPS-ene vil bli for liten, og at noen pasientgrupper vil stå uten tilbud. De tyngste pasientene vil kunne kreve veldig mange ressurser og dermed være til hinder for tilgjengeligheten i DPS for de letteste pasientene. DPS-ene behandler pasientene først og fremst etter henvisning fra primærhelsetjenesten, men det kan synes som om det er vanskelig å komme til første-

gangsbehandling og utredning for nysyke. Av intervjuene med DPS-ene går det fram at Oslo har laget retningslinjer for hvilke pasienter DPS-ene skal prioritere, mens prioriteringen andre steder kan være basert på kompetansen, kapasiteten og ressurstilgangen ved DPS-et.

4.1.3 DPS-ene og relasjonen til primærhelsetjenesten og sykehusene

Det går fram av intervjuene at primærhelsetjenesten og DPS-ene er gjensidig avhengig av hverandre, og at resultatet av DPS-utbyggingen er avhengig av hvordan DPS-ene samarbeider med kommunene. Omfanget av det samlede tilbudet DPS-ene og kommunene kan tilby mennesker med psykiske lidelser, avhenger av den gjensidige oppbyggingen av tilbudene på begge nivåene. DPS-enes tjenestetilbud til kommunene varierer til en viss grad avhengig av kommunenes egne omsorgstilbud til mennesker med psykiske lidelser.

I intervjuene oppgir de fleste kommunene at de samarbeider med DPS-ene på et overordnet nivå. DPS-ene bidrar også med ulike former for kompetanseoppbygging i kommunene. Kompetanseoverføringen skjer blant annet i form av kurs, veiledningsmøter og gjennom den jevnlig kontakten med DPS-et. Det er løpende samarbeid om enkeltpasienter.²⁴ Samarbeid om enkeltpasienter knytter seg blant annet til bruk av ansvarsgrupper der tjenesteutøvere fra kommune og DPS og pasienten møtes. DPS-ene gjør det enklere for kommunene å ta vare på pasientene som befinner seg i kommunene.

De intervjuede hevder at oppgavefordelingen mellom kommunen eller DPS-et ikke alltid er avklart. Det finnes eksempler på at DPS-ene må ta på seg oppgaver som tilhører primærhelsetjenesten fordi tilbudet i kommunene ikke er tilstrekkelig utbygd, og det finnes eksempler på at primærhelsetjenesten påtar seg oppgaver for spesialisthelsetjenesten fordi kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er for dårlig. En bydel sier at det nytter lite for bydelen å legge mye arbeid i å tilrettelegge bolig eller aktiviteter for en pasient dersom denne pasienten ikke er prioritert av DPS-et. Motsatt går det ikke for DPS-et å behandle en pasient i det uendelige dersom vedkommende ikke har et tilbud i kommunen. At DPS-et og bydelen er enige om hvem som skal prioriteres, har derfor stor betydning.

Samarbeidet mellom DPS-ene og sykehusene varierer. Noen av DPS-ene mener det er uklart hvilken oppgavefordeling det skal være mellom DPS-et og sykehuset. DPS-ene hevder dessuten at kapasiteten ved sykehusene er for svak, og at de derfor må ta

²² Riksrevisjonens beregninger.

²³ Her inngår også de psykiatriske sentrene i Hedmark som ikke var formelle DPS på undersøkelsestidspunktet.

²⁴ Behovet for samarbeid om enkeltpasienter blir forsterket av kravet gjeldende fra 1. januar 2001 om at alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få utarbeidet individuelle planer.

inn pasienter som trenger sykehusbehandling. Det forekommer imidlertid også at manglende kapasitet ved DPS-ene eller i kommunene har ført til at utskrivingsklare pasienter forblir på sykehuset.

De intervjuede DPS-ene mener at DPS-utbyggingen vil forebygge akutt- og tvangsinnleggelser på sykehusene.²⁵ Ved ett DPS i undersøkelsen er praksis å vurdere hva DPS-et kan gjøre for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, før de eventuelt blir henvist videre til sykehuset. Dette DPS-et har også en avlastningsenhet dit faste pasienter kan komme frivillig dersom de er i ferd med å gå inn i en dårlig periode. Rundt halvparten av kommunene/bydelene etterlyser mer støtte og veiledning fra DPS-et i akutt-saker. I slike saker har primærhelsetjenesten behov for et tilgjengelig DPS som kan veilede omsorgstjenesten.

Departementet opplyser at det retter søkelyset mot samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Egne pasientundersøkelser hvert femte år belyser i hvilken grad pasienter burde ha blitt behandlet på et annet nivå enn det de faktisk ble. Resultatene fra pasientrapporten fra 1999 indikerte at poliklinikkene brukte for liten tid på samarbeidet med primærhelsetjenesten. Psykiatrirådgiverne hos fylkeslegene og fylkeslegenes oppfølging gir også informasjon om samordningen. I 2001 gjennomførte departementet møte med hver fylkeskommune for å forbedre samordningen. Departementet har satt i gang tiltak for å bedre samordningen, og ett viktig tiltak er lovbestemt rett til individuelle behandlingsplaner.

4.2 PLANLEGGING OG GODKJENNING AV FYLKESKOMMUNALE PLANER

For å få gitt psykiatrien et løft forutsetter den statlige opptrappingsplanen en omstrukturering av tjenestetilbudet på nasjonalt nivå. I den forbindelse stilte departementet krav om at alle fylkene skulle lage realistiske fylkeskommunale planer. Departementet utviklet i den forbindelse en del planforutsetninger som fylkeskommunene skulle følge opp. Planene skulle angi hvilket behov det er for psykiatriske tjenester i fylket, og deretter gjøre rede for den planlagte utbyggingen og hvilke kostnader den ville utløse. Departementet har særlig vektlagt utbyggingen av DPS.

4.2.1 Departementets og fylkeskommunenes planprosess

Departementet har gitt fylkeskommunene formelle styringssignaler for arbeidet med planene gjennom Rundskriv I-24/99 og korrespondanse. I tillegg har

sekretariatet og fylkeslegen avholdt møte med hver fylkeskommune i forkant av arbeidet med de fylkeskommunale planene. Departementet og fylkeskommunene har også hatt årlige arbeidsseminar der de har utvekslet erfaringer. Dessuten har departementet gitt uformell veiledning i form av løpende dialog med fylkeskommunene, og Helsetilsynet har utarbeidet veiledere og utredninger.²⁶ De fylkeskommunale planene har ikke blitt utformet etter noen mal. Departementet har ikke ønsket å detaljstyre fylkeskommunene. Dermed har fylkeskommunene stått relativt fritt i utformingen av planene, og det mener departementet har gitt dem et økt eierforhold til planene.

Fylkeskommunene har i de fleste tilfeller hatt én eller to konsulenter som har hatt ansvaret for å utarbeide den fylkeskommunale planen. Fylkeskommunene har brukt opp mot ett år på å utforme planene. Flere har ansatt egne prosjektledere for formålet. I tillegg har de gjerne nedsatt arbeidsgrupper eller referansegrupper som har hatt jevnlig møter. I denne referansegruppa har det blant annet sittet sykehusdirektører og fagpersonell fra psykiatrien. Representanter fra brukerorganisasjonene og kommunene har også ofte deltatt der, men det har variert noe.

4.2.2 Godkjenning av planene

Departementets godkjenning av de 19 fylkeskommunale planene har tatt opp mot to år. Den første planen ble godkjent februar 2000 og de siste planene i november 2001. Godkjenningen består av en høringsuttalelse fra Helsetilsynet som kommenterer innholdet i de fylkeskommunale planene i forhold til rammene og kravene i opptrappingsplanen.²⁷ Helsetilsynets høringsuttalelse er fulgt opp i den endelige godkjenningen fra departementet. Etter den faglige vurderingen i Helsetilsynet har det vært et møte mellom fylkeskommunen, fylkeslegen og Helsetilsynet. På bakgrunn av Helsetilsynets vurderinger og møtet med fylkeskommunen og fylkeslegen har departementet godkjent planene. Denne arbeidsdelingen har vært brukt i behandlingen av de fleste planene (ikke de første). Departementet har hatt flere merknader til planene, og planene er godkjent under forutsetning av at merknadene følges opp.

Departementet opplyste i intervju at godkjenningen av de fylkeskommunale planene har tatt tid fordi Helsetilsynets faglige vurderinger av planene har vært mer omfattende og tidkrevende enn først antatt. Det har også vært nødvendig å innhente supplerende materiale. Noen fylker har dessuten ønsket å levere inn nye planer, og en plan var derfor ikke departe-

²⁶ Sosial- og helsedirektoratets hjemmeside på Internett.

²⁷ Når rapporten i de senere kapitler viser til departementets godkjenning og tilbakemelding, tar den utgangspunkt i Helsetilsynets høringsuttalelse som gir de faglige vurderingene som departementets godkjenning bygger på.

²⁵ Ifølge IK-2738 Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder, Statens helsetilsyn veiledningsserie 1–2001 har ikke DPS-ene plikt til å gi øyeblikkelig hjelp.

mentet i hende før høsten 2001.²⁸ Fristen for å levere inn de fylkeskommunale planene var opprinnelig 1. januar 2000.²⁹ Forsinkelsen i godkjenningen av de fylkeskommunale planene vil ifølge departementet ikke forsinke gjennomføringen av opptrappingsplanen.

4.3 INNHOLDET I DE FYLKESKOMMUNALE PLANENE OG DEPARTEMENTETS VURDERINGER

4.3.1 Behovskartlegging som grunnlag for anslag av tjenestebehov

De fylkeskommunale planene skulle gjøre rede for behovet for psykiatritilbudet i fylket. Behovet skulle dokumenteres så godt som mulig, for eksempel ved hjelp av henvisningsstatistikk eller annet tallmateriale. Det var ikke tilstrekkelig å vise til normtall.³⁰ Gjennomgangen av planene viser at de færreste fylkene har foretatt en behovskartlegging i tråd med disse føringene. Langt de fleste brukte gjennomsnittstallene som opptrappingsplanen viste til.³¹ Bare tre fylkeskommuner har gjennomført egne behovskartlegginger av noe omfang. Departementet kommenterte mangelen på behovskartlegginger i rundt halvparten av tilbakemeldingene.

Akershus har beskrevet befolkningssammensetningen i fylket og gjort to brukerundersøkelser eller selvrapporteringsundersøkelser. I denne undersøkelsen er det brukt et internasjonalt utviklet spørsmålssett.³² De har også gjort en kartleggingsundersøkelse av befolkningens egenopplevde psykiske helse i regi av forskningsstiftelsen HELTEF. Oslo kommune gav SINTEF og FAFO i oppdrag å gjennomføre to prosjekter. Det ene var en analyse av ressursbruken i de fire psykiatrisektorene, og det andre var en gjennomgang av grunnlaget for utvikling av behovsindikatorer ut fra sosioøkonomiske og sosiodemografiske forskjeller mellom sektorene.³³ Slik har Oslo kommet fram til i hvilke sektorer behovet er størst. I Oslo har dessuten alle bydelene i samarbeid med DPS-ene kartlagt brukere av helse- og sosialtjenester som har et omfattende bistandsbehov på grunn av psykisk lidelse. Sør-Trøndelag har benyttet undersøkelser og registreringer i sykehusavdelinger, poliklinikker og bo- og behandlingssentra for å dokumentere bruken av eksisterende tilbud. Etterspørselen etter psykiatritjenester er også registrert for å undersø-

ke om behandlingstilbudet er i samsvar med hva pasienten ideelt sett har behov for, nærmere bestemt antall henviste pasienter som ikke får tilbud på grunn av manglende kapasitet, og antall personer som burde vært henvist fra primærhelsetjenesten.

4.3.2 Samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene i planprosessen

St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet peker på at samordningen av tjenestene mellom forvaltningsnivåene er for svak. DPS skal være et viktig virkemiddel for å bedre samordningen. Ifølge Rundskriv I-24/99 bør planen gjøre rede for hvordan brukerne og kommunene har vært trukket inn i planprosessen, og planene bør gjengi synspunkter som kommunene har uttrykt. Rundskrivet stiller ikke krav til hva slags samarbeid fylkeskommunene burde ha med kommunene eller brukerorganisasjonene i planprosessen, eller at planene skulle inneholde forpliktende tiltak for å bedre brukermedvirkningen eller samarbeidet med kommunene.³⁴

I fjorten av fylkeskommunene har kommunene deltatt i planprosessen på et eller annet vis, og i tretten av fylkeskommunene har brukerorganisasjonene deltatt. Med et par unntak er kommunene og brukerorganisasjonene behandlet ganske likt i planprosessen. For det meste har de vært med i planarbeidet i referanse-, planleggings- og faggrupper. I noen få tilfeller har samarbeidet med kommunene og brukerorganisasjonene vært mer overflattisk og bestått av enkeltstående møter, en dagskonferanse eller en høringsrunde om den fylkeskommunale planen.

Sju av planene gjengir kommunenes synspunkter. Disse har enten lagt ved høringsuttalelsene på planene, referert til de kommunale planene eller på annen måte gjengitt synspunkter kommunene har uttrykt. Åtte av planene har forslag til forpliktende tiltak for samarbeid. Resten av planene omtaler hva som må til for å få til et bedre samarbeid, men det framgår ikke om fylkeskommunene forplikter seg til å bedre samarbeidet og samordningen mellom tjenestenivåene.

Akershus' plan innledes med elleve sider om samarbeid med kommunene, mens Opplands plan inneholder tre linjer om det samme temaet. Noen få fylkeskommuner har gått gjennom de kommunale planene og skjematisk oppgitt kommunenes utbyggingsplaner, hvilke forventninger kommunene har til fylkeskommunene, og hvilke forventninger de selv har til kommunene. Flere av planene beskriver også eksisterende samarbeidsrutiner, men det er vanskelig å se om disse er fylkesdekkende, og om fylkeskommunene har ment at de eksisterende rutinene er tilstrekkelige eller må utvikles. Noen få av

²⁸ Denne planen inngår ikke i denne undersøkelsen.

²⁹ Rundskriv I-24/99.

³⁰ Rundskriv I-24/99

³¹ Normtall fra Rådet for psykisk helse (Velferdsstatens forsømte gruppe II), St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helseverk 1999–2006 (forholdstall etter folkemengde) og Norges Psykiatriske Forenings generalplan psykiatri 1995–2004.

³² HSCL 25 (Hopkins Symptom Check List).

³³ Oslo er delt inn i fire sykehussektorer.

³⁴ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2–5. Individuell plan, stiller krav til at helseforetaket utarbeider individuelle planer for mennesker med behov for langvarige koordinerte tjenestetilbud.

fylkeskommunene har bidratt til den kommunale planprosessen.

I alle tilbakemeldingene har departementet konstatert hvordan kommuner og brukerorganisasjoner har vært trukket inn i planprosessen. I tilbakemeldingene kommenterer departementet aldri om kommunenes synspunkter er gjengitt i planene. Departementet gjengir kort hva fylkeskommunene har sagt om samarbeid, og eventuelt hvilket samarbeid som er planlagt, men gjør i liten grad vurderinger av om de planlagte tiltakene er tilstrekkelige for å få til en god samordning mellom tjenestenivåene.³⁵

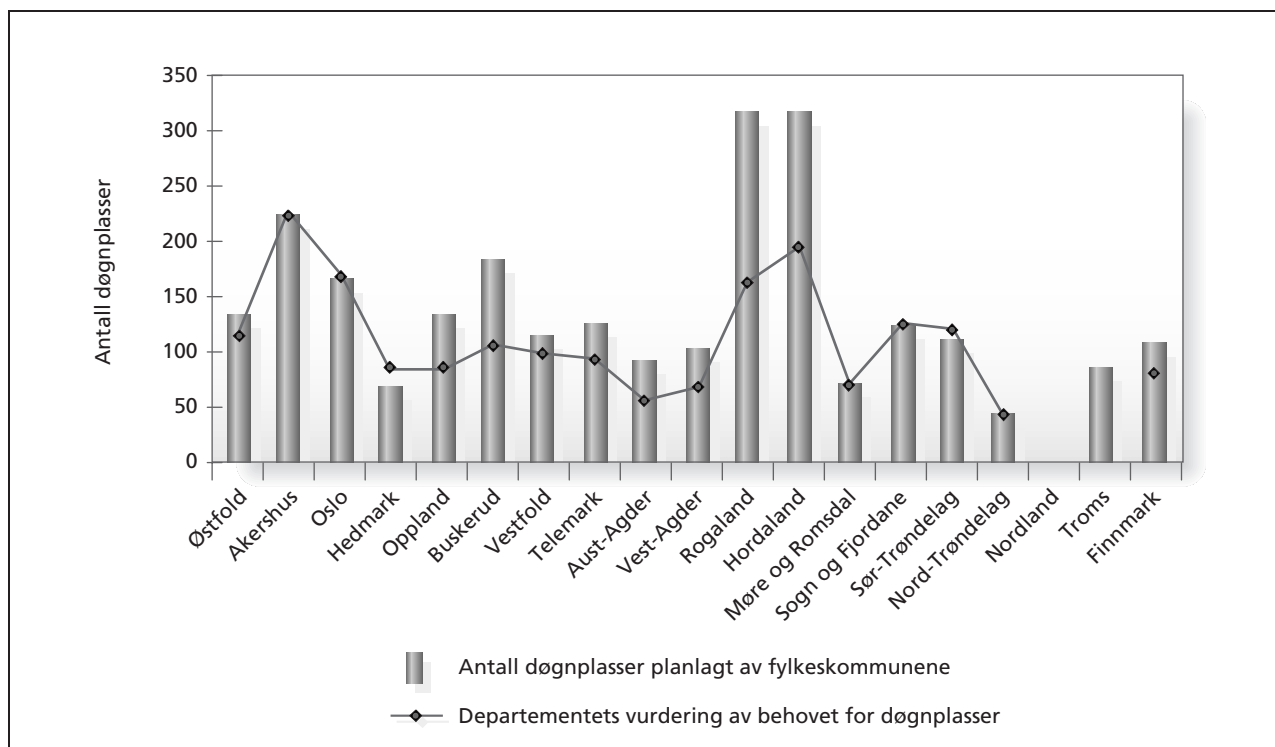
4.3.3 Planlagt kapasitetsøkning

De fylkeskommunale planene skulle inneholde en oversikt over forslag til omstrukturings-, utbyggings- og personelltiltak. Departementet har ikke satt krav til hvordan den planlagte kapasitetsøkningen skal være framstilt og begrunnet. De fylkeskommunale planene varierer da også i sin framstilling av kapasitetsøkningen. Dette gjelder både bruk av beregningsnøkler og i hvilken grad de gjør rede for behovet for tjenester og begrunner kapasitetsøkningen ut fra dette. De økonomiske størrelsene og den plan-

lagte kapasitetsøkningen er i liten grad sett i sammenheng. Dette gjelder både de fylkeskommunale planene og departementets godkjenning.

Døgnbehandling

Ifølge opptrappingsplanen skal det på nasjonalt nivå bygges totalt 2 065 døgnplasser i DPS. I dette tallet inngår 761 plasser i sykehjem og bo- og behandlingssentre som skal gjøres om til DPS-plasser. Undersøkelsen viser at departementet har tatt utgangspunkt i fylkenes folketall når de skulle fordele de 2 065 plassene i DPS, men strukturen på tjenestetilbudet og fylkets geografi har også hatt betydning.³⁶ Totalt har fylkeskommunene planlagt å bygge i overkant av 2 500 plasser i planperioden. Figur 1 viser det antall døgnplasser fylkeskommunene planlegger å ha i DPS, og det antallet døgnplasser departementet mener det er behov for i den enkelte fylkeskommune. I godkjenningsbrevene bad departementet fylkeskommunene som har planlagt med for mange plasser, om å grunngi sine behov for plasser bedre. Åtte av fylkeskommunene har planlagt med flere plasser enn det opptrappingsplanen gir grunnlag for.



Figur 1 Planlagt antall døgnplasser i DPS i hver fylkeskommune og departementets tilbakemelding. (Data mangler for noen av fylkeskommunene)

³⁵ IK-2738 Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder omtaler på et overordnet nivå hvilket samarbeid DPS-ene skal ha med kommunale tjenester.

³⁶ Se eksempel lenger nede.

Opptrappingsplanen viser til en døgnplassdekning på 5–10 plasser per 10 000 innbyggere.³⁷ Det kan være naturlig at døgnplassdekningen varierer fra fylke til fylke fordi behovet for døgnplasser vil kunne henge sammen med behovet for tjenestetilbud i befolkningen og med strukturen på det øvrige tjenestetilbudet i fylket, men slike forhold gjør planene i liten grad rede for. Den planlagte døgnplassdekningen for DPS i de ulike fylkeskommunene varierer mellom 5,45 og 11,72 plasser per 10 000 innbyggere. Fem av planene oppgav ingen døgnplassdekning. Østfold hadde den laveste beregningsnøkkelen på 5,45 plasser per 10 000 innbyggere. Departementet mente likevel at Østfold beregnet en for høy døgnplassdekning. Dette skyldtes at departementet mente det ville være lettere å tilby poliklinikk eller dagbehandling der på grunn av korte avstander. Sogn og Fjordane ønsket en døgnplassdekning på 8,8 plasser per 10 000 innbyggere. Dette godtok departementet blant annet fordi Sogn og Fjordane har valgt å legge en del tjenester på sykehusnivå til DPS-ene.

Dagbehandling

For dagbehandling legger opptrappingsplanen opp til en økning i antall dagopphold på 50 % eller 90 000 flere dagopphold. Departementet har gitt få kommentarer til fylkeskommunenes planlagte dagbehandling, og i åtte av planene kommenterer ikke departementet planene på dette punktet. Åtte av fylkeskommunene unnlater å nevne den planlagte økningen i dagbehandling. Bare to av disse planene har fått noen tilbakemelding om planlagt dagbehandling fra departementet. I de planene der planlagt dagbehandling gikk fram, godtok departementet fylkeskommunenes plantall med ett unntak.

Poliklinisk behandling

Antall polikliniske konsultasjoner skal øke med 50 % eller 220 000 konsultasjoner i offentlige poliklinikker. Denne økningen skal i hovedsak skje ved DPS-ene, men også hos privatpraktiserende psykologer med driftsavtale. Departementet har slik tabell 4 under viser, godtatt plantallet for vekst i polikliniske konsultasjoner for åtte av fylkeskommunene. De øvrige fylkeskommunene har enten planlagt med for stor vekst, for liten vekst eller har ikke oppgitt noe plantall.³⁸

Tabell 4 Planlagt poliklinisk kapasitetsøkning. Oversikt over departementets vurdering av de fylkeskommunale plantallene

Antall fylkeskommuner der departementet har godtatt den planlagte polikliniske kapasitetsøkningen	8
Antall fylkeskommuner med for høyt plantall for poliklinisk kapasitetsøkning	4
Antall fylkeskommuner med for lavt plantall for poliklinisk kapasitetsøkning	3
Antall fylkeskommuner uten plantall for poliklinisk kapasitetsøkning	3

De fylkeskommunale planene er svært forskjellige i sin framstilling av veksten i poliklinisk behandling. Det vanligste har vært å oppgi økningen i antall fagstillinger enten som totalantall i stillingsvekst eller stillinger per innbyggere. Innenfor denne grovinndelingen er det brukt en rekke måter å framstille stillingsveksten på. Noen har skilt mellom ulike faggrupper, mens andre ikke har gjort det. Noen har operert med stillinger per 10 000 innbyggere, andre med behandlere per 3000 innbyggere etc. Et par av planene oppgav veksten i poliklinisk behandling som en økning i antall polikliniske konsultasjoner. Andre oppgav hvor mange konsultasjoner de skal ha ukentlig per behandler. Ingen av planene har imidlertid begrunnet valget av beregningsnøkkel ut fra behovet for tjenestetilbud i fylket.

Departementet påpekte i sine svar til fylkeskommunene at de måtte ta hensyn til både antall ansatte i poliklinikkene og hvor høy produktiviteten i polikli-

nikkene i fylket var sammenlignet med landsgjennomsnittet. Et fylke som har høy produktivitet, trenger ikke å øke antall stillinger i poliklinikk med 50 % for å få til en 50 % økning i aktiviteten på landsbasis. Det synes som en del fylkeskommuner gikk ut fra at de skulle ha en økning på 50 % uavhengig av hvor omfattende deres polikliniske tilbud var i utgangspunktet. Departementet har gitt noen fylkeskommuner beskjed om at de planla med for lite personell i poliklinikkene, men at dette kan aksepteres dersom de øker produktiviteten. Fylkeskommunene er imidlertid ikke bedt om å gjøre rede for produktiviteten ved poliklinikkene i sine planer. I andre tilfeller har departementet gitt aksept for at fylkeskommunene planla med en større stillingsvekst i poliklinikkene enn deres plass i forhold til landsgjennomsnittet skulle tilsi. Da er departementets begrunnelse at det passer inn i den øvrige strukturen på tjenestetilbudet.

³⁷ Opptrappingsplanen bruker en plassfaktor per 1 000 innbyggere, mens de fylkeskommunale planene oppgir plasser både per 1 000 og per 10 000 innbyggere.

³⁸ Dette gjelder blant annet Oslo, som har en poliklinisk dekning over landsgjennomsnittet.

Vestfold og Møre og Romsdal kan tjene som eksempler på hvor forskjellig fylkeskommunene har oppgitt hvordan de vil øke den polikliniske kapasiteten. Eksempelene viser også hvordan departementet brukte antall årsverk og produktivitet i forhold til landsgjennomsnittet i sin godkjenning. Vestfold har en målsetting om 2,25 konsultasjoner per behandler per virkedag eller en økning på 54 % i polikliniske stillinger. I godkjenningen viste departementet til Samdata, der det går fram at antall polikliniske årsverk i Vestfold lå 9,2 % over landsgjennomsnittet og antall polikliniske konsultasjoner lå 31 % over landsgjennomsnittet. Dette innebar at stillingene i fylket hadde en høy produktivitet, og at det ikke var nødvendig med den planlagte økningen i polikliniske stillinger dersom produktiviteten ble opprettholdt. Møre og Romsdal ønsket å utvide den polikliniske kapasiteten med 36 stillinger.³⁹

Departementet svarte at ifølge Samdata psykiatri lå antall polikliniske årsverk i Møre og Romsdal 23 % under landsgjennomsnittet og antall polikliniske konsultasjoner lå 4 % under landsgjennomsnittet. For at Møre og Romsdal skal komme opp på et nivå

50 % over dagens landsgjennomsnitt, trengs det derfor en høyere vekst der enn i resten av landet. Alternativet er å øke produktiviteten, men planen har ikke redegjort for tiltak for å oppnå en produktivitetsøkning.

Personellbehov

Opptrappingsplanen legger opp til en økning på 2 300 årsverk i planperioden, og andelen leger, psykologer og høgskoleutdannet personell skal opp fra 52 % til 72 %. Det går fram av tabell 5 at departementet godtok den planlagte personelløkningen i antall årsverk i bare seks av fylkeskommunene. Fem fylkeskommuner har planlagt med for mye personell, og de øvrige har planlagt med for lite personell eller ikke oppgitt noe plantall. Departementet har bedt nesten alle fylkeskommunene om å beregne, beskrive og spesifisere personellbehovet på nytt. Det manglet en beskrivelse av hvilke yrkesgrupper det er behov for, og det manglet en samlet oppstilling av personellbehovet.

Tabell 5 Planlagt personellbehov. Oversikt over departementets vurdering av de fylkeskommunale plantallene

Antall fylkeskommuner der departementet har godtatt plantallene for personelløkning	6
Antall fylkeskommuner med for høyt plantall for personell	5
Antall fylkeskommuner med for lavt plantall for personell	2
Antall fylkeskommuner uten plantall for personell	5

Det er store forskjeller i de fylkeskommunale planene på hvordan personellbehovet er oppgitt. Det opereres med forskjellige bemanningsfaktorer og planene skiller i ulik grad mellom behovet i poliklinikkene og døgnavdelingene. Noen planer oppgav bare hvilken stillingsvekst totalt det skal være i fylket. Andre oppgav bare økningen i personell til døgnplassene og atter andre oppgav bare økningen til poliklinikkene. Noen fylkeskommuner har utarbeidet en samlet oversikt over personellbehov til døgnavdeling, dagavdeling og poliklinikk, men ingen har gitt en fullstendig oversikt over hvilke personellgrupper det er behov for.

Buskerud og Sogn og Fjordane er to eksempler på ulike måter å beregne personellbehovet på. Buskerud sammenlignet personelldekningen i fylket med landsgjennomsnittet slik det framgår av Samdata psykiatri, og fant at fylket lå noe under dette. Ut fra dette mente fylkeskommunen det var behov for 240 nye stillingshjemler i fylket. Departementet bemerket i godkjenningen at personellbehovet kun er

beregnet ved å sammenligne personelldekningen i Buskerud med landsgjennomsnittet og ved å beregne personelldekningen ut fra opptrappingsplanens rammer. Planen til Sogn og Fjordane gir en oversikt over hvor mange nye stillinger det er behov for i poliklinikkene, psykoseteamene og dagavdelingene i fylket. Planen inneholder også en tidsplan for når stillingene skal besettes, men den skiller ikke mellom personellgrupper og begrunner ikke personellbehovet. Departementet sa i godkjenningen at fylkeskommunen planla med en for høy stillingsvekst i forhold til folketall, men påpekte samtidig at planen inneholdt en oversikt over det samlede personellbehovet i fylket.

4.3.4 Planlagte investerings- og driftsutgifter

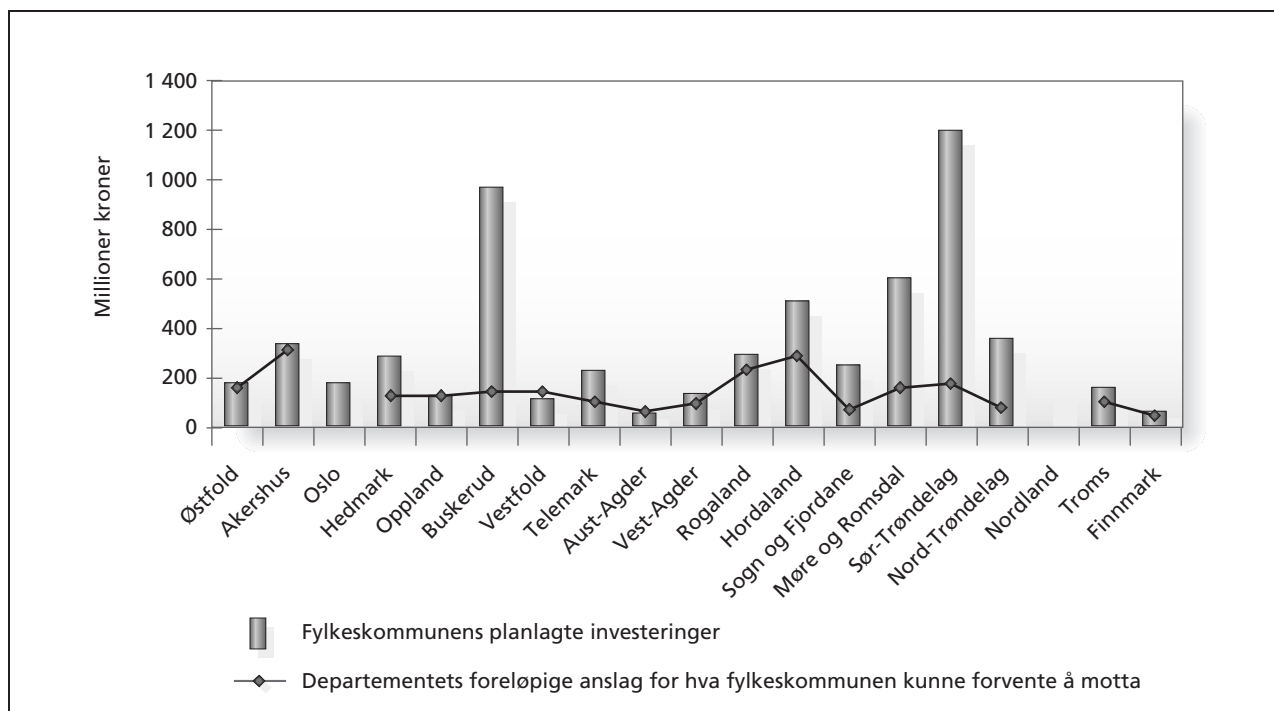
De fylkeskommunale planene skulle inneholde en kostnadsberegning av planlagt utbygging, ombygging og omstrukturering av tjenester og plasser i det psykiske helsevernet. Planene skulle også gi en tidsplan for realiseringen av de ulike tiltakene. Departementet har ikke satt noen krav til hvordan kostnadsberegningen skal spesifiseres, og i de fylkeskommunale planene er utgiftene til investering og drift i liten grad spesifisert.

³⁹ Både Møre og Romsdals plantall og departementets tilbakemelding gjelder den opprinnelige planen. Møre og Romsdals plan ble først ikke godkjent, og fylket har utarbeidet en ny plan. I den nye planen er imidlertid stillingsveksten til poliklinikkene redusert og ikke økt slik departementet ønsket.

Investeringsutgifter

Ifølge opptrappingsplanen skal det investeres for 2,9 milliarder kroner i voksenalderpsykiatrien. Størsteparten av disse midlene eller 2,3 milliarder skal gå til utbygging av DPS. Resten skal gå til plasser i sykehus. I godkjenningene tok departementet utgangspunkt i fylkenes folketall da det anslo omtrentlig hvor mye hver fylkeskommune kan forvente å motta i investeringsmidler. Samtidig gjorde det oppmerksom på at det er fylkeskommunenes behov og den enkelte prosjektsøknad som er utgangspunktet for tildelingen av midler.⁴⁰ Departementet presiserte i godkjenningen at opptrappingsplanens midler er tenkt brukt til omstrukturering av tjenestetilbudet og utbygging av DPS. Departementet innså likevel behovet for å investere i sykehus.

Fylkeskommunene planla totalt å investere for rundt 6 milliarder kroner som er omtrent dobbelt så mye som opptrappingsplanen legger til grunn. Figur 2 viser hvor mye hver fylkeskommune ønsket å investere i psykisk helsevern, og hva departementet anslo den enkelte fylkeskommune kunne forvente å motta i investeringsmidler ut fra folketall. Figuren viser at det er store variasjoner i hvor mye fylkeskommunene ønsket å investere i psykisk helsevern. De fleste ønsker å investere for mer enn departementet mener det er rom for i forhold til fylkenes folketall. Departementet bad de fylkeskommunene som avviker for mye fra rammene, om å vurdere kostnadsberegningene sine nærmere. Et flertall av fylkeskommunene har oppgitt at de ønsket å investere i sykehus med opptrappingsplanens midler, og et par av dem ønsket å investere for større beløp i sykehus enn i DPS.



Figur 2 Fylkeskommunenes planlagte investeringer og departementets foreløpige rammer. Millioner kroner. (Data mangler for noen av fylkeskommunene)

Telemark planla investeringer i størrelsesorden 225 millioner kroner som var ca. dobbelt så store investeringer som opptrappingsplanen gav grunnlag for (107 millioner kroner). Departementet svarte at dersom Telemark ønsket å realisere planen fullt ut, måtte fylkeskommunen gå inn med en vesentlig egenfinansiering. Departementet foreslo at Telemark skulle redusere antall plasser ved DPS, stryke

eller utsette de lavest prioriterte tiltakene eller redusere omfanget av det enkelte prosjekt. Sør-Trøndelag planla med nærmere sju ganger så store investeringer som opptrappingsplanen gav rom for. Sør-Trøndelag ønsket å investere for ca. 950 millioner kroner i sykehus og 274 millioner kroner i DPS. Departementet svarte at fylket kan forvente å motta ca. 177 millioner kroner av opptrappingsplanens midler. Fylkeskommunen beregnet ifølge departementet dessuten med for høyt arealbehov og for høy kvadratmeterpris.

Departementet hadde satt prisen per ny plass til to millioner kroner eller kroner 16 000 per kvadrat-

⁴⁰ Riksrevisjonens undersøkelse begrenser seg til de fylkeskommunale planene og til ferdig gjennomførte prosjekter. Det kan derfor foreligge slike beregninger i annen korrespondanse med departementet som Riksrevisjonen ikke har sett.

meter, og en plass tilsvarer 125 kvadratmeter.⁴¹ Ifølge departementet baserer denne beregningen seg på et standard DPS med 20 døgnplasser, poliklinikk og dagbehandling. Departementet hadde ikke oppgitt noen pris per kvadratmeter på poliklinikker der dette ikke var samlokalisert med døgnavdelingen. De fylkeskommunale planene har sjelden gjort rede for hvilken pris per plass eller kvadratmeter som er brukt, eller andre forhold som påvirker prisen til de ulike investeringsprosjektene. Det er heller ikke gjort anslag for hvor mange kvadratmeter totalt hvert bygg vil komme på. Bare sju av fylkeskommunene har berørt kostnadene per plass i planene, og dette gjelder med ett unntak fylkeskommuner som har planlagt med for høye investeringsutgifter. Bare et fåtall av disse har konkretisert sine beregninger i en pris per plass eller pris per kvadratmeter.

For eksempel mente Hedmark at plassene der vil bli dyrere enn to millioner kroner per plass fordi DPS-ene må bygges opp fra grunnen, men oppgav ingen pris. Oslo ønsket å utvide ett DPS for opptrappingsplanens midler og har angitt totalkostnaden for DPS-et basert på det totale plassantallet og hvor mange kvadratmeter dette vil utgjøre totalt. Oslo har ikke oppgitt beregningsgrunnlaget for disse summene eller hva dette utgjør i pris per plass eller kvadratmeter. De som har oppgitt en pris per plass, ligger høyere enn to millioner kroner. For eksempel antok Oppland at prisen per døgnplass ville være ca. 2,5 millioner kroner eller 20 000 kroner per kvadratmeter, og de har oppgitt at en plass utgjør 125 kvadratmeter. Prisen har de kommet fram til i samarbeid med fylkeskommunens plan- og bygningsseksjon. Sogn og Fjordane oppgav en kvadratmeterpris på kr

18 000 per kvadratmeter i bruttoareal basert på erfaringer fra byggingen av ett DPS i fylket. Dersom en plass er beregnet til 130 kvadratmeter, utgjør dette en pris per plass på 2,34 millioner kroner.⁴²

Driftsutgifter

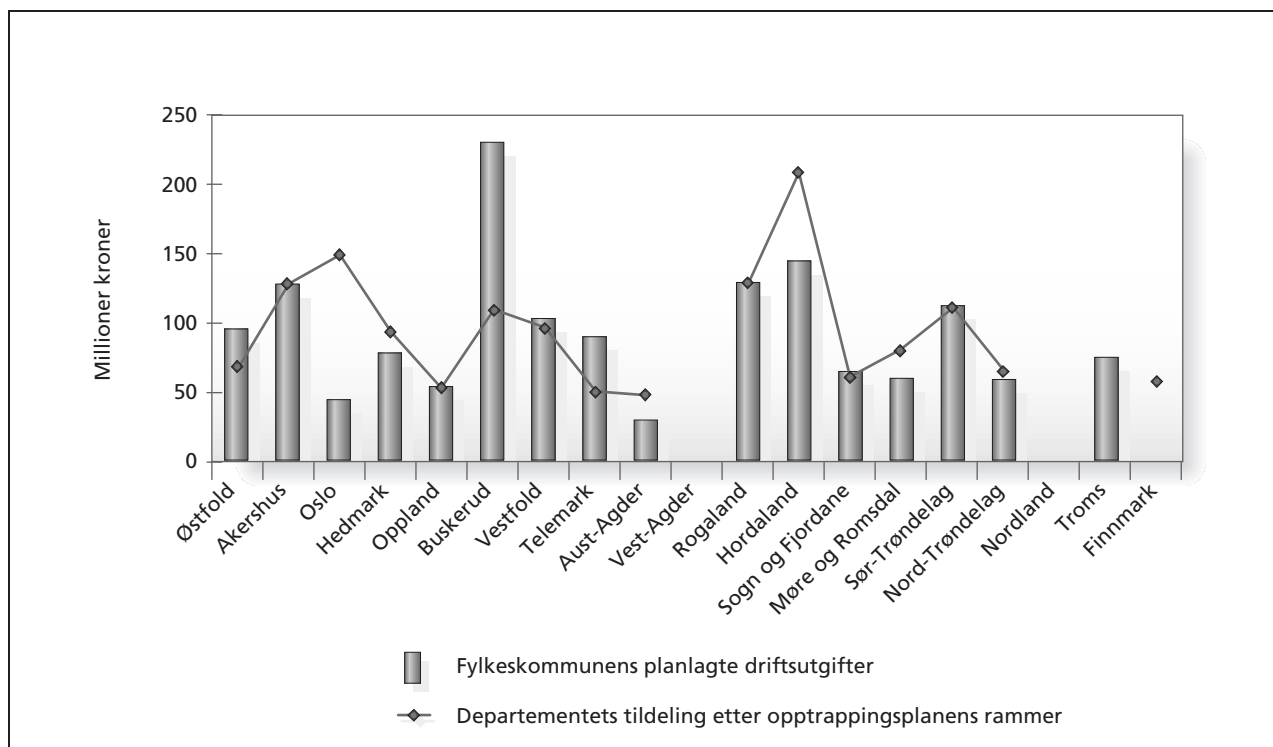
I opptrappingsplanens periode vil fylkeskommunene få dekket økte driftsutgifter gjennom et generelt øremerket driftstilskudd.⁴³ Ifølge opptrappingsplanen skal tilskuddet i det vesentlige gå til å dekke økte driftsutgifter som følge av ny eller økt aktivitet. Størstedelen av tilskuddet er fordelt etter objektive kriterier til voksne og til barn/ungdom. De årlige beløpene fylkeskommunene vil motta, er ikke kjent fordi størrelsen på driftstilskuddet blir bekjentgjort for ett år om gangen etter budsjettbehandlingen i Stortinget. Totalsummen hver fylkeskommune får tildelt i opptrappingsperioden, burde likevel være kjent siden driftsmidlene blir tildelt etter objektive kriterier.

Figur 3 viser den enkelte fylkeskommunes planlagte økning i driftsmidler, og hva departementet vil tildele fylkeskommunene etter opptrappingsplanens rammer. Figuren viser at rundt halvparten av fylkeskommunene har planlagt å øke driftsutgiftene i tråd med opptrappingsplanenes rammer. Tre fylkeskommuner har planlagt med høyere driftsutgifter og fire med lavere driftsutgifter enn opptrappingsplanen gav grunnlag for. Dette gjaldt blant annet Oslo som allerede har en god personelldekning. Tre fylkeskommuner har dessuten ikke oppgitt den planlagte økningen i driftsutgifter.

⁴¹ STF 78 F97520 Beregning av behov for, dimensjonering av og kostnader for kommunale og fylkeskommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser (inkludert barn og unge).

⁴² Riksrevisjonens beregninger.

⁴³ Økte driftsutgifter vil også bli dekket gjennom økt refusjon for poliklinisk behandling og økt brukerbetaling, men dette går ikke undersøkelsen inn på.



Figur 3 Planlagte driftsutgifter og departementets tilbakemeldinger. Millioner kroner. (Data mangler for noen av fylkeskommunene)

Det går ikke fram av de fylkeskommunale planene hva driftsmidlene skal brukes til. Driftsmidlene er i liten grad knyttet opp mot personellbehovet, men i noen tilfeller har fylkeskommunene fordelt beløpet på DPS-ene og antall stillinger. Ingen av planene gjør rede for hvor mye av driftsmidlene som skal gå til personell, og hvor mye som skal gå til øvrig drift som husleie, oppvarming, generelt vedlikehold etc. Fylkeskommunene skulle bli i stand til å dekke sine økte utgifter til drift gjennom styrking av det merkerkede tilskuddet, økte polikliniske-/spesialistrefusjoner og økte inntekter fra brukerbetaling. Ingen av planene spesifiserer hvordan driftsutgiftene skal dekkes ut fra denne fordelingsnøkkelen. Departementet opplyste i intervju at driftsmidlene også kan brukes til investeringer så lenge disse er i tråd med målene for opptrappingsplanen.

4.3.5 Oppsummering av departementets vurdering og godkjenning av de fylkeskommunale planene

Gjennomgangen av departementets tilbakemeldinger viser at departementet har påpekt flere svakheter og mangler i sine merknader til de fylkeskommunale planene.⁴⁴ Slik vil det i mange tilfeller være et gap mellom de tjenesteanslagene som framkommer i de fylkeskommunale planene, og tjenesteanslagene i

departementets tilbakemeldinger. Samtidig forekom det også mangler i de fylkeskommunale planene som departementet ikke har kommentert. Departementet har godkjent planene under forutsetning av at merknadene følges opp.

Det varierer hvor godt planene har gjort rede for den planlagte kapasitetsøkningen i hvert fylke. Uansett hvor grundige planene er, knytter de i liten grad den planlagte kapasitetsøkningen til fylkets behov. Ofte har ikke departementet gått inn for det omfanget av tjenester som de fylkeskommunale planene la opp til. Departementet har stort sett begrunnet dette med fylkets folketall og plassering i forhold til landsgjennomsnittet, men har i liten grad gjort betraktninger rundt behovet i det enkelte fylke.

De fylkeskommunale planene forholdt seg i varierende grad til økonomien i opptrappingsplanen. I mange tilfeller var det store sprik mellom det investeringsbeløpet fylkeskommunene mente det var behov for, og det beløpet departementet oppgav at fylkeskommunene kunne forvente å motta. Investeringsmidlene skal i prinsippet tildeles etter behov, men i departementets svar går det fram at det er folketallet som er veiledende for tildeling av midler. Ifølge departementet har de vist til hvor mye fylkeskommunene kunne regne med å motta ut fra folketall under veiledningen av fylkeskommunene i planprosessen og i godkjenningen av de fylkeskommunale planene. Henvisningen til folketall ble brukt for å få fylkeskommunene til å planlegge med realistis-

⁴⁴ De regionale helseforetakene fra 1. januar 2002.

ke størrelser. De fylkeskommunene med mest realistiske beregninger kom raskest i gang med gjennomføringen av sine planer.

Det går fram av undersøkelsen at departementet gjennomgående har hatt merknader til de fylkeskommunale planene. Planene varierer mye i sin framstilling av tjenestebehovet, og de forholder seg i ulik grad til plankravene som følger av Rundskriv I 24/99. Fylkeskommunene har på ett eller flere punkter ikke gjort tilstrekkelig rede for den planlagte utbyggingen. Den store variasjonen i framstillingen av tjenestetilbudet i de fylkeskommunale planene fører til at det er heftet en del usikkerhet ved tallstørrelsene i planene og hva departementet faktisk godkjenner. Departementet gjør dessuten en del skjønnsvurderinger rundt hver fylkeskommune i forhold til folketall, landsgjennomsnitt og strukturen på tjenestetilbudet i hvert fylke.

4.4 TILDELING AV INVESTERINGSTILSKUDD

Ifølge opptrappingsplanen må fylkeskommunene⁴⁵ sende inn prosjektsøknader som departementet skal godkjenne for å få midler til investering. Prosjekt-søknadene skal være i samsvar med investeringene fylkeskommunene legger opp til i den fylkeskommunale planen. Opptrappingsplanen legger opp til en 100 % finansiering av investeringsprosjektene der 60 % vil bli tildelt som statlige refusjoner. Disse midlene vil fylkeskommunene få utbetalt etter at de har levert inn prosjektrekskap. De resterende 40 % vil fylkeskommunene få tildelt årlig gjennom en økning i rammebevilgningen over Helsedepartementets budsjett.⁴⁶

Departementet ønsket ikke å gi endelige tilsagn om investeringsmidler før alle de fylkeskommunale planene var godkjent. Samtidig går det fram av siste budsjettproposisjon⁴⁷ at det er viktig at fylker som er kommet langt i planleggingen, raskt kan få tilsagn slik at prosjekterings- og utbyggingsarbeidet ikke stopper opp. Fylkeskommunene har mottatt til sammen ca. 62 millioner kroner til investeringer i 1999 og 2000. De samme to årene ble det bevilget 87 millioner kroner til formålet. Rundt halvparten av de tildelte midlene i 2000 gikk til sykehusutbygginger selv om opptrappingsplanens midler i hovedsak skal gå til utbygging av DPS.⁴⁸

Per 31. desember 2001 var tolv DPS-prosjekter realisert med opptrappingsplanens midler. Ti av disse prosjektene er gjennomgått. Dette er prosjekter som ble igangsatt før departementet hadde utarbeidet en foreløpig fordeling av midlene til fylkene, og

økonomisk utgjør de en liten del av investeringsrammen i opptrappingsplanen. Disse prosjektene er ulike i innhold og omfang, men de fleste av dem ble dyrere per kvadratmeter enn det beregningsgrunnlaget for opptrappingsplanen gir rom for. Når det gjelder investeringene som bare omfatter lokaler til poliklinikk, er disse høyere enn 16 000 kroner per kvadratmeter, men det var ingen føringer for hvor stor en poliklinikk skal være.

I brev av 22. januar 2002 til de statlige regionale foretak oppdaterte departementet den foreløpige tildelingen av investeringsmidler på grunnlag av de fylkeskommunale planene og departementets godkjenning. I brevet har departementet foreslått å prioritere 81 prosjekter innen voksenpsykiatrien innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse med en kostnadsramme på ca. 2,34 milliarder kroner. I tillegg er det satt opp en liste med 65 øvrige investeringsprosjekter innen voksenpsykiatrien til en kostnad på ca. 1,39 milliarder kroner som vurderes realisert på linje med øvrige investeringsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Mens noen fylkeskommuner ikke har noen prosjekter på denne lista, har andre flere prosjekter her enn det er foreslått å avsette midler til over opptrappingsplanen.

De fleste fylkene får mindre midler enn ved den første foreløpige tildelingen. Dette gjelder særlig Rogaland og Hordaland, der den foreløpige tildelingen av midler er blitt redusert med henholdsvis 92 og ca. 100 millioner kroner. De regionale helseforetakene skulle i løpet av mars 2002 gi tilbakemelding på investeringene som er foreslått, og i tillegg kvalitetssikre kostnadsoverslagene.

Da departementet prioriterte mellom de foreslåtte investeringsprosjektene, tok det utgangspunktet i den eksisterende strukturen på tjenestetilbudet i fylket og kapasiteten på tjenestetilbudet i forhold til landsgjennomsnittet. Eventuelle spesielle behov blant befolkningen ble ikke berørt. Beregningsnøkler for investeringer er oppdatert, og nye er kommet til. Pris per kvadratmeter er prjustert til 20 000 kroner, og en standard døgnplass er 130 kvadratmeter som inkluderer lokaler til poliklinikk og dagavdeling der hvor dette skal samlokaliseres. Nye nøkler som inngår i beregningen, er at en voksepsykiatrisk poliklinikk skal være 45 kvadratmeter per fagstilling, og en plass i en døgnavdeling alene skal være 85 kvadratmeter.

4.5 RESULTATOPPFØLGING OG RESULTATINDIKATORER

Ifølge departementet blir resultatene av opptrappingsplanen målt gjennom den løpende rapporteringen av alle aktivitetsområdene som er gjengitt i Samdata psykiatri. En gjennomgang av denne statistikken viser imidlertid at det ikke er satt klare kriterier for hva som defineres som et DPS i rapporte-

⁴⁵ De regionale helseforetakene fra 1. januar 2002.

⁴⁶ Kommunal og regionaldepartementet budsjett fram til 1. januar 2002.

⁴⁷ St.prp. nr. 1 (2001–2002) for Sosial- og helsedepartementet.

⁴⁸ Summene er hentet fra St.prp. nr. 1 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2001–2002) for Sosial- og helsedepartementet.

ringen. Samdata psykiatri bruker begrepet bo- og behandlingssenter som en kategori som omfatter DPS og andre behandlingssentra for mennesker med psykiske lidelser. Departementet har opplyst at DPS hittil ikke har vært en egen kategori, fordi institusjonene ikke hadde et enhetlig innhold da opptrappingsplanen startet. Når DPS-ene har utviklet seg til å bli etablerte institusjoner, vil de inngå i statistikken.

Når det gjelder utviklingen i bruk av dagbehandling, har Samdata psykiatri endret registreringspraksis i opptrappingsperioden. Det er derfor ikke mulig å beregne utviklingen i dagbehandling fra begynnelsen til slutten av opptrappingsplanen. Departementet opplyser i tillegg at det er vanskelig å måle dagbehandlingsaktiviteter fordi det varierer mellom institusjonene hva som inngår i dette begrepet.

Et av hovedmålene med DPS-ene er å oppnå en bedre samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel ingen systematisk rapportering om samarbeidet mellom disse nivåene. Samdata psykiatri måler ikke dette samarbeidet, og det er ikke utarbeidet egne resultatindikatorer for å måle samarbeidet.

Opptrappingsplanen skal evalueres fortløpende. Departementet har bestilt en uavhengig evaluering av opptrappingsplanen. Evalueringen startet i 2001 i regi av Norges forskningsråd. Evalueringen skal løpe i resten av opptrappingsperioden og skal belyse alle sidene ved opptrappingsplanen. Evalueringen er mer omfattende enn den årlige rapporteringen.

5 Vurderinger

1. januar 2002 overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenesten innbefattet det psykiatriske tjenestetilbudet. En konsekvens var at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for videreføringen av de fylkeskommunale planene som er en del av opptrappingsplanen for psykisk helse. Overgangen til statlig eierskap endret ikke planenes status som virkemiddel for opptrappingsplanen. De fylkeskommunale planene skal fortsatt ligge til grunn for den videre gjennomføringen av psykiatrireformen, og de øremerkede tilskuddsordningene på området vil løpe som før.

Undersøkelsen viser at de fylkeskommunale planene ikke er tilstrekkelig informative, ensartete og sammenlignbare til å kunne fungere som et godt styringsverktøy. Det kan for en stor del skyldes at departementet ikke gav tilstrekkelig føringer for hvordan behovskartleggingen, kapasitetsøkningen og kostnadsberegningen skulle gjennomføres, presenteres og begrunnes.

Sosial- og helsedepartementet har opplyst at det ikke ønsket å sette krav til planmaler og beregningsnøkler til fylkeskommunene på forhånd. Ifølge departementet kunne dette bli oppfattet som forsøk på å detaljstyre fylkeskommunene. I den grad de fylkeskommunale planene skulle være et redskap for statlig tildeling av midler og for statens resultatoppfølging, måtte de imidlertid være enhetlige og sammenlignbare. Felles planmaler og felles beregningsnøkler for den planlagte kapasitetsøkningen ville ha vært et hjelpemiddel i den sammenheng. Departementet burde også satt krav til felles metodikk for kartlegging og framstilling av behov. Behovskartleggingen skulle være grunnlaget for forslagene til kapasitetsøkning i planene. Mer ensartete planer kunne gjort det enklere for de regionale helseforetakene når de med utgangspunkt i planene og departementets godkjenning skal samordne psykiatritilbudet i hver helseregion.

Undersøkelsen viser at departementet ikke tok hensyn til fylkeskommunenes behovskartlegginger ved godkjenningen av planene og tildelingen av midlene. Departementet gav ingen føringer for hvordan behovskartleggingene skulle gjennomføres, og svært få av fylkeskommunene utførte behovskartleggingene på en tilfredsstillende måte. Bare tre av fylkeskommunene gjorde egne behovskartlegginger i samsvar med departementets plankrav. De øvrige viste bare til nasjonale og internasjonale normtall. Departementet la i overveiende grad fylkenes folketall og fylkenes kapasitet på tjenestetilbudet i for-

hold til landsgjennomsnittet til grunn da de planlagte investeringene og den planlagte kapasitetsutbyggingen ble godkjent. Strukturen på det eksisterende tjenestetilbudet i hvert fylke har også hatt betydning. En kan stille spørsmål om det var hensiktsmessig av departementet å stille et krav om behovskartlegginger som det ikke fulgte opp i den endelige godkjenningen av planene.

Den planlagte kapasitetsøkningen er i liten grad knyttet opp mot varierte behov i fylkene, og planene inneholder relativt få begrunnelser for forslagene om utbygging av tjenestetilbudet. Ved beregning av antall døgnplasser oppgav de fleste fylkeskommunene antall plasser per innbyggere over 18 år, men uten å begrunne dette nærmere. Planlagt økning i dagbehandling er det gjort lite rede for i de fylkeskommunale planene. Ved beregningen av økningen i polikliniske konsultasjoner ble dette av noen oppgitt i antall stillinger, av andre i antall konsultasjoner per behandler og av atter andre i antall konsultasjoner totalt. Vurderingen av personellbehov er gjort på forskjellig vis, men ingen av planene har detaljerte oversikter over planlagt personelløkning.

Fylkeskommunenes planlagte kostnader for psykiatriutbyggingen forholder seg i varierende grad til økonomien i opptrappingsplanen. De fylkeskommunale planene inneholder ofte bare sluttsummen for en investering uten at det blir gjort rede for beregningsgrunnlaget. Der beregningsgrunnlaget kommer fram, er dette gjort på forskjellig vis. Det viser seg dessuten at fylkeskommunene totalt planlegger med langt større investeringer enn opptrappingsplanen gir grunnlag for. Departementet hadde oppgitt en pris per plass for døgnplasser, men hadde ikke utviklet kostnadsnøkler for poliklinikker der dette ikke var samløkalisert med døgnavdelingen.

Før planene ble utarbeidet, var det gitt at driftsmidlene skulle bli tildelt etter inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten. Ikke alle fylkeskommunene ser ut til å ha oppgitt de planlagte driftsutgiftene i forhold til denne nøkkelen. Driftsutgiftene er heller ikke koblet opp mot aktivitet, personelløkning eller løpende drift for øvrig. I tillegg oppgir ikke planene hvordan de fylkeskommunale driftsutgiftene skal finansieres fordelt på økte øremerkede tilskudd, egenbetalinger og polikliniske refusjoner.

De fleste planene gir ikke forslag til konkrete tiltak for hvordan samordningen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal forbedres. I plankravet ble denne informasjonen heller ikke etterspurt. Sam-

ordningen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er både et av hovedmålene og en av hovedutfordringene ved den pågående DPS-utbyggingen. En kan derfor stille spørsmål om departementet i plankravet burde bedt fylkeskommunene om å foreslå konkrete tiltak for hvordan samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skulle legges opp.

Ifølge Samdata har veksten i kapasitetsøkningen fram til nå vært for svak, og kapasitetsutviklingen på ulike områder må øke for å nå opptrappingsplanens måltall i 2006. Undersøkelsen viser at fylkeskommunene ikke kom ordentlig i gang med gjennomføringen av sine planer før den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. En grunn til det er at departementet har brukt lang tid, opp mot to år, på å godkjenne planene, og at departementet ønsket å se alle investeringsprosjektene i sammenheng før midlene ble fordelt. I årene 1999–2001 er tolv utbyggingsprosjekter fullført. I årene 2002–2006 er det forelø-

pig foreslått å sette i gang 81 utbyggingsprosjekter. Selv om ikke alle prosjektene er like store, må utbyggingstempoet øke dersom prosjektene skal bli gjennomført innen utgangen av 2006.

Planene skulle være et grunnlag for statens resultatoppfølging. Det kan reises spørsmål om de er egnet for dette formålet, da det varierer i hvor stor grad planene framstiller og konkretiserer den framtidige utbyggingen med hensyn til planlagt kapasitetsøkning og finansiering. For å kunne vurdere resultatutviklingen innen psykisk helsevern må hensiktsmessige rutiner for resultatoppfølging og gode resultatindikatorer utvikles. Dagens rapportering mangler kriterier for hva som skal defineres som DPS. Det er heller ingen systematisk rapportering om samordningen av det psykiatriske tjenestetilbudet mellom forvaltningsnivåene. Videre har ikke departementet utviklet resultatindikatorer for å måle utviklingen i dagbehandling.