



# Innst. S. nr. 47

(2007-2008)

## Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument nr. 3:7 (2006-2007)

### Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Til Stortinget

#### 1. SAMMENDRAG

##### 1.1 Innledning

Fra 1999 og fram til og med 2008 pågår det en satsing for å forbedre tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dette er en del av en generell satsing på psykiatrien, vedtatt av Stortinget 17. juni 1998 ved opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen gjaldt opprinnelig for perioden 1999-2006, men ble ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003-2004), jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2003-2004), vedtatt utvidet med to år til 2008. Årsaken var at det fortsatt var svak måloppnåelse på enkelte områder, slik at flere av målsettingene ikke ville nås i 2006. Samtidig har data fra Samdata vist svært lav produktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse i hvilken grad barn og unge med psykiske problemer får et tilfredsstillende tilbud fra kommunene og poliklinikkene. Undersøkelsen behandler følgende problemstillinger:

1. Hvor gyldige og pålitelige er indikatorene som brukes i produktivitetsanalyser for poliklinikkene innen psykisk helsevern for barn og unge?
2. Hvordan er kapasiteten i de kommunale tjenestetilbudene og i poliklinikkene?
3. I hvilken grad retter det kommunale tjenestetilbudet og poliklinikkene nok oppmerksomhet mot kvaliteten i tjenestene?
4. I hvilken grad er det et velfungerende samarbeid mellom de kommunale tjenesteyterne, og mellom disse og poliklinikkene?

##### 1.2 Oppsummering av undersøkelsen

Undersøkelsens problemstillinger er belyst ved hjelp av allment tilgjengelige data fra Samdata, Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå, og ved egne undersøkelser i en journalgjennomgang, en spørreundersøkelse og en dokumentanalyse. Dokumentet gjør nærmere rede for datainnhenting og problemstillinger mv. i de undersøkelsene og analysene som er gjennomført.

Departementet har kritisert det metodiske grunnlaget i rapporten og mener bl.a. at utvalgene i journalgjennomgangen ikke er representative og at noen av spørsmålene i spørreundersøkelsen virker vanskelige å besvare.

Riksrevisjonen mener at undersøkelsen gir et dekkende bilde av situasjonen for de områdene den omfatter og understreker at undersøkelsen bygger på mange datakilder - både på sentral helsestatistikk og dataregistre og på Riksrevisjonens egne undersøkelser. Det vises til at det ble gjennomført pilotundersøkelser i tre poliklinikker og i to kommuner, og at noen spørsmål ble utformet med bistand fra Sosial- og helsedirektoratet.

##### 1.2.1 *Kvaliteten på offentlig helsestatistikk innen psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig*

I produktivetsanalyser av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer benyttes vanligvis følgende tre forholdstall:

- Antall pasienter per fagårsverk
- Antall tiltak per fagårsverk
- Antall tiltak per pasient

Antall pasienter benyttes som mål for produksjonen i poliklinikkene. I hvilken grad en sammenligning av produktiviteten i poliklinikkene ut fra pasienttall kan forsvares, avhenger av hvor lik konsultasjonsfrekvensen er mellom poliklinikkene. For å vurdere dette ble

alle konsultasjoner registrert med dato i journalgjennomgangen.

Undersøkelsen viser at spredningen i konsultasjonsfrekvens er stor mellom poliklinikkene. I den poliklinikken som har høyest konsultasjonsfrekvens, går det i gjennomsnitt 12 dager mellom hver konsultasjon med pasienten. I poliklinikken med lavest frekvens går det 66 dager mellom konsultasjonene. Om en ser bort fra andre faktorer som påvirker pasienttallet, vil den førstnevnte klinikken kunne gi et tilbud til mer enn fem ganger flere pasienter ved å redusere frekvensen til samme nivå som den poliklinikken som har lavest konsultasjonsfrekvens. Når antall pasienter per fagårsværk benyttes som produktivitetsindikator, vil en slik endring i konsultasjonsfrekvens føre til at poliklinikken kan vise til en forbedring av produktiviteten med 450 prosent, selv om produktiviteten i realiteten er uendret.

Ifølge tall fra Norsk pasientregister økte antall pasienter med 11,2 prosent i 2005. Samtidig økte gjennomsnittlig behandlingstid for pasientene med 5,9 prosent. Denne økningen skal føre til en tilsvarende økning i pasienttallet, såfremt andre forhold er uendret, også produktiviteten. Den økte behandlingstiden står dermed for 52 prosent av økningen i antall pasienter.

Antall tiltak er en annen faktor som brukes som mål på produktivitet. Noen tiltak utløser refusjoner basert på takster fastsatt i forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp. De til enhver tid gjeldende takster vil påvirke registreringspraksisen i poliklinikkene. Forskriften og de tilhørende merknadene stiller ingen konkrete krav til varigheten av en aktivitet for at den skal kunne regnes som et tiltak og dermed utløse refusjon.

Undersøkelsen viser at tiltakene ofte er svært forskjellige, og at de i stor grad varierer i tid. Tiltakene teller imidlertid like mye når det rapporteres om antall tiltak ved den enkelte poliklinikk. Den gjennomsnittlige varigheten av et tiltak varierer mellom 26 og 63 minutter ved de 12 poliklinikkene som ble besøkt.

Undersøkelsen viser at den poliklinikken som har kortest gjennomsnittlig varighet av tiltakene, samtidig er den som har høyest konsultasjonsfrekvens. Det betyr at denne poliklinikken vil komme dårligst ut av alle i produktivitetsanalyser hvor antall pasienter inngår (pasienter per fagårsværk), men vil komme gunstigst ut i analyser hvor antall tiltak inngår (tiltak per fagårsværk). I forhold til produktivitet vil dermed samme poliklinikk kunne bli rangert både høyest og lavest avhengig av hvilken av de to indikatorene som velges.

Undersøkelsen viser videre at det synes lite systematisk hva som omfattes av refusjonsordningen. For eksempel gis det ingen økonomisk uttelling for bruk av flere behandlere, og reisetid i forbindelse med behandling gir ingen uttelling i det hele tatt. Sett på bakgrunn av at poliklinikkene oppfordres til i større grad å bruke ambulante team, kan dette få uheldige virkninger.

I offentlig statistikk rapporteres fagårsværkene i poliklinisk virksomhet for hvert år. Fagårsværkene omfatter i første rekke pasientbehandling, veiledning til første-linjen, øyeblikkelig hjelp, undervisning og til en viss grad også forskning. Den enkelte poliklinikkens andel av hver av disse oppgavene varierer. Fagårsværkene synes

derfor som en upresis måleenhet for ressursinnsatsen innen den delen av virksomheten som er direkte pasientrelatert, og som er det som måles på produksjonssiden i den enkelte poliklinikk.

Andre undersøkelser viser at bare omtrent 40 prosent av behandlernes tid brukes til behandling, journalføring og pasientrelatert samarbeid. I 1995 ble det utført 1,1 tiltak per behandler per dag, og departementet anså det som realistisk å øke produktiviteten med 50 prosent i løpet av opptrappingsplanens virkeperiode. Det kan imidlertid stilles spørsmål om måten produktiviteten måles på, kan ha tatt bort oppmerksomheten fra hva som kan gjøres for å øke andelen tid som brukes til direkte pasientrelatert arbeid.

Undersøkelsen gir grunn til å stille spørsmål ved om de målene som brukes til å måle produktivitet, er gyldige. Felles for alle måleenhetene er også at de er lite robuste, og at de enkelt kan påvirkes. Samtidig har departementet lagt avgjørende vekt på produktivitetsindikatorer og dekningsgrad som uttrykk for hvor godt en har lyktes med å nå de kvantitative målene i opptrappingsplanen. Det vil blant annet resultere i at det vil være usikkerhet knyttet til om sentrale mål i opptrappingsplanen faktisk nås.

Helse- og omsorgsdepartementet sier i sine kommentarer til rapporten at Riksrevisjonens kritikk av indikatorenes gyldighet synes å bygge på urealistiske forutsetninger om hva en indikator skal fortelle, og på at det er mulig å måle feltets aktivitet presist. Departementet viser til at én indikator alene kun er forventet å gi en avgrenset informasjon, mens et indikatorsett samlet vil gi et mer komplett bilde av situasjonen.

### ***1.2.2 Behandlingstilbudet er ikke likeverdig, og mange poliklinikker har langt igjen før måltallet for dekningsgrad nås***

Kapasitet er i undersøkelsen definert som antall fagårsværk per 10 000 barn og unge under 18 år i kommunene og i poliklinikkens opptaksområder. Undersøkelsen viser at det er store variasjoner i kapasitet mellom helseregionene. Variasjonen er naturlig nok enda større når enkeltklinikker sammenlignes. De store forskjellene gir en indikasjon på at tilbudet ikke er likeverdig.

En vurdering av om det polikliniske tilbudet er likeverdig, må også omfatte hvordan den samlede kompetansen er sammensatt. Det antas at en del av pasientene har behov for behandling av psykiater, lege eller psykolog. Andelen av slike spesialister varierer fra 10 til 78 prosent i poliklinikkene. I 5 av de 17 poliklinikkene i region nord som har oppgitt data for årsverkene fordeling, utgjør andelen spesialister mindre enn 30 prosent av fagårsværkene. Men også i alle de andre regionene er det én eller to poliklinikker hvor andelen er 30 prosent eller lavere. Det er derfor grunn til å reise spørsmål om flertallet av disse poliklinikkene har mange nok spesialister til å møte behovet hos de pasientene som har de mest alvorlige problemene. Departementets og de regionale helseforetakenes styring og oppfølging av kapasitetsutviklingen har ikke klart å

sikre et likeverdig tilbud med tilstrekkelig kapasitet alle steder.

Det er undersøkt om det er en sammenheng mellom kapasitet og ventetid. Selv om det kan forventes at lav kapasitet gir lang ventetid, viser undersøkelsen at forholdet er motsatt.

Når det gjelder poliklinikkens egen vurdering av forsvarlig ventetid, viser undersøkelsen at poliklinikkene har ulike oppfatninger av hva som bør være forsvarlig ventetid ved alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser. Som en følge av dette prioriteres pasienter ulikt, det bidrar også til at tilbudet ikke blir likeverdig.

Det framgår videre at det ikke finnes data for barn og unges totale behov for polikliniske tjenester. Ventelistedata gjelder bare de pasientene som får et tilbud, og ikke pasienter som avvises. Det er liten sammenheng i data for kapasitet (fagårsverk), produksjon (nye pasienter), etterspørsel (nyhenviste) og ventetider, og dette tyder på at det kan være feilkilder i tallmaterialet som gjør de nevnte data lite egnet som styringsdata.

Undersøkelsen viser at de 10 poliklinikkene som har lavest kapasitet, bare har 8 fagårsverk i snitt per 10 000 under 18 år. Basert på gjennomsnittsklinikken vil disse klinikkene hver for seg bare være i stand til å gi et tilbud til 2,5 prosent av målgruppen. De 20 poliklinikkene som har nådd målet om 5 prosent dekningsgrad, har i gjennomsnitt 14,4 fagårsverk per 10 000 under 18 år. Det kan derfor vise seg vanskelig for de poliklinikkene som ligger på den nedre delen av kapasitetsskalaen, å nå målet uten at ressursene og/eller produktiviteten økes.

Aktivitetsdata fra Norsk pasientregister for 2005 viser at dekningsgraden for polikliniske tjenester er kommet opp i 4 prosent for landet som helhet, men det er variasjoner mellom poliklinikkene og mellom helse-regionene. Det viser også at tilbudet fortsatt ikke er likeverdig. Hvis behandlingstiden øker med 8,3 prosent i gjennomsnitt for de resterende 3 årene av planperioden, vil dette i seg selv være tilstrekkelig til å nå dekningsgraden på 5 prosent. Men det kan spørres om det er opptrappingsplanens intensjon å nå dette målet ved at poliklinikkene øker antallet dager mellom hver konsultasjon, med den følge at behandlingstiden og dermed også pasienttallet økes, uten at det egentlig gis et tilbud til vesentlig flere pasienter. Da det ble vedtatt å utvide perioden for opptrappingsplanen, var de oppgitte årsakene nettopp lav dekningsgrad, i tillegg til fortsatt store geografiske forskjeller.

Kapasiteten i de kommunale tjenestene innenfor skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og barnevernet varierer i stor grad fra kommune til kommune. Høyeste kapasitet er fem til ni ganger høyere enn laveste kapasitet hos de tre deltjenestene. Hvis en tar utgangspunkt i at de tjenesteyterne som ligger i den øverste delen av kapasitetsskalaen, ikke har bygd opp en unødig høy kapasitet, synes det å være grunn til å stille spørsmål ved om de tjenestene som har lavest kapasitet, er i stand til å tilby barn og unge med psykiske problemer nødvendige tjenester i tilstrekkelig omfang.

For de kommunale tjenestene må det, for at departementet skal kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar, foreligge styringsinformasjon om utviklingen av disse tjenestene. Det forutsetter blant annet at det rapporteres om måloppnåelse og virkninger slik at departementet kan vurdere sammenhengen mellom virkemidler og resultater. Statistisk sentralbyrå har opplysninger om personellinnsats i kommunene, men de gir ingen holdepunkter for hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid. Det er derfor mangel på data som kan si noe om hvordan status var ved starten av opptrappingsplanen, hvordan utviklingen har vært, og hvordan situasjonen er i dag. De geografiske forskjellene i kapasitet er så store at det reiser spørsmål om kommunene i tilstrekkelig grad prioriterer utbyggingen av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

### ***1.2.3 Det er mangler ved tjenestenes kvalitet på både system- og individnivå***

Undersøkelsen går inn på viktige sider ved kvaliteten i de tjenestene som ytes, og gir en vurdering av i hvilken grad tjenestene har etablert et internkontrollsystem. Et internkontrollsystem skal blant annet sikre at tjenesteyterne overholder det regelverket som gjelder for tjenestene, og at eventuelle avvik fanges opp og gjøres til gjenstand for tiltak. Bare 9 prosent kartlegger risiko, og bare én tjenesteyter har et helhetlig internkontrollsystem. Flere av de manglene som er påpekt i undersøkelsen, kan skyldes at tjenesteyterne ikke i tilstrekkelig grad har iverksatt internkontrollforskriftens krav til tiltak, og at dette ikke er kompensert med andre systematiske tiltak for kvalitetssikring.

Det har tatt lang tid før arbeidet med kvalitet har fått den nødvendige oppmerksomheten. I foretaksmøtene i januar 2005 tok departementet opp behovet for å styrke internkontrollen. Dette er fulgt opp i bestillerdokumentene for 2006 hvor de regionale helseforetakene blir bedt om å påse at helseforetakenes internkontroll følges opp i tråd med forskriften og etablerte systemer. Undersøkelsen viser også at det gjenstår store utfordringer for kommunene for å få helhetlige systemer på plass.

En vesentlig side ved systematisk arbeid for å forbedre kvaliteten, er løpende å overvåke at den er som forutsatt, rapportere avvik og iverksette korrigerende tiltak. Undersøkelsen viser at et fåtall av kommunene og poliklinikkene har regelmessig kontakt med brukerorganisasjoner, og bare 30 prosent av de kommunale deltjenestene og 60 prosent av poliklinikkene har gjennomført brukerundersøkelser i løpet av de siste fem årene. Enda færre benytter resultatene av undersøkelsene i sitt interne utviklingsarbeid.

Til tross for at det har vært gjennomført en rekke tiltak og rettet betydelig oppmerksomhet mot økt bruk av individuelle planer, viser journalgjennomgangen liten utbredelse; mindre enn 3 prosent av pasientene hadde en individuell plan. En årsak kan være at det har vært forskjellig regelverk for første- og andrelinjen fram til 1. januar 2007. Det delte ansvaret mellom første- og

andrelinjen for å utarbeide individuell plan synes også å fungere dårlig. Undersøkelsen viser at det er uklart for både de kommunale deltjenestene og poliklinikkene hvem som er ansvarlig for at arbeidet kommer i gang, og for å koordinere det. Arbeidet med individuelle planer har ikke fått tilstrekkelig fotfeste, verken i poliklinikkene eller i kommunene.

Halvparten av poliklinikkene svarer at de i stor grad utarbeider utrednings- og behandlingsplaner for pasientene. Likevel er slike planer omtrent fraværende for de 220 pasientene som journalgjennomgangen omfatter. Det er grunn til å spørre hvor målrettet behandlingen kan bli så lenge det verken foreligger behandlingsplan eller diagnose.

Ledere/fagpersonell i poliklinikkene har som tidligere nevnt vurdert forsvarlig ventetid for 12 grupper av tilstander. Det er en klar oppfatning i fagmiljøet at mange pasienter venter lenger enn det som er faglig forsvarlig.

#### **1.2.4 Oppgavefordelingen mellom tjenestene er uklar, og samarbeidsavtaler og samarbeidsverktøy benyttes ikke som forutsatt**

Undersøkelsen har vist at individuelle planer er omtrent fraværende, og at slike planer dermed ikke blir den samarbeidsarenaen som de skulle være. Det synes også naturlig å se henvisninger og epikriser ut fra samme synsvinkel. Undersøkelsen har vist at henvisningene ofte mangler viktig informasjon fra henviser til poliklinikk, og epikrisene mangler ofte, eller er sendt ut altfor sent til å bli det verktøyet for oppfølging av pasienten i førstelinjen som hensikten har vært.

Også utøvelsen av poliklinikkens veiledningsplikt er et viktig samarbeidspunkt. I undersøkelsen oppgir bare fire av ti helsestasjonstjenester at de mottar veiledning fra poliklinikkene, og bare en tredel av de kommunale deltjenestene har en fast kontaktperson i poliklinikken. Samhandlingsutvalget uttalte at gjeldende lovbestemmelse om veiledningsplikten er uklar og lite hensiktsmessig og foreslo at lovbestemmelsen ble endret for å rette på dette. Departementet har ikke fulgt opp anbefalingen, og det kan synes som det har vært rettet for liten oppmerksomhet mot dette forholdet, til tross for at det også er viktig for kompetanseoverføring til førstelinjen.

Undersøkelsen viser at bare en tredel av de kommunale deltjenestene oppfatter ansvarsgrensene som klare både seg imellom, og i forhold til poliklinikkene. Dette tilsvarer den andelen av poliklinikkene som i 2006 hadde skriftlige samarbeidsavtaler med minst én kommune i sitt opptaksområde. Fra 2006 har departementet krevd at helseforetakene skal inngå samarbeidsavtaler med alle kommunene i sitt område. For å få til et vel fungerende samarbeid må det være forankret hos tjenestenes ledelse og nedfelles i avtaler på systemnivå. Det er dette som i vesentlig grad mangler. Enkeltstående tiltak har liten virkning så lenge ikke slike grunnleggende forutsetninger er på plass. Resultatet er at bare omtrent en tredel av de kommunale deltjenestene oppfatter samarbeidet som godt. Undersøkelsen viser også at poliklinikkene gjennomgående samarbeider

bedre med tjenestene i små kommuner, og dermed er også disse tjenestene mer fornøyd med samarbeidet enn tilfellet er i større kommuner.

Departementet har formulert krav om tiltak som skal fremme kvalitet og samarbeid. Men dette er i for liten grad fulgt opp ved å utforme mål og indikatorer som gjør det mulig å følge opp om slike tiltak iverksettes, og hvilke resultater de i så fall gir. Helsetilsynet har gjentatte ganger rapportert om mangler i forhold som gjelder kvalitet og samarbeid. Det er derfor en svakhet at arbeidet med å følge opp etableringen av internkontroll hos tjenestene ikke har kommet lenger; både når det gjelder departementet og de regionale helseforetakene i forhold til poliklinikkene, og kommunene i forhold til de kommunale tjenestene.

### **1.3 Riksrevisjonens bemerkninger**

Riksrevisjonens undersøkelse viser at barn og unge må vente lenge før de får psykiatrisk behandling, og videre at mange poliklinikker fortsatt har langt igjen før målet om at 5 prosent av målgruppen skal kunne gis et tilbud, er nådd. Måloppnåelsen på dette området er etter Riksrevisjonens vurdering generelt sett svak. Videre mener Riksrevisjonen at måloppnåelsen framstår som bedre enn den i realiteten er. Dette skyldes at ressursinnsatsen har økt betydelig i forhold til det som var forutsatt i opptrappingsplanen, samtidig som behandlingstiden er økende.

Undersøkelsen viser store forskjeller mellom helse-regionene både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Riksrevisjonen stiller spørsmål om brukernes behov dekkes godt nok i alle deler av landet, og konstaterer at det i dag ikke framstår som likeverdig.

Undersøkelsen viser at antall pasienter og antall tiltak brukes som mål for produksjonen i poliklinikkene, men at ingen av dem egner seg til dette formålet. Begge indikatorene kan påvirkes uten at det skyldes endringer i tjenesteproduksjonen. Indikatorene vil ikke i tilstrekkelig grad, verken enkeltvis eller samlet, kunne anses som pålitelige og gyldige, og etter Riksrevisjonens vurdering burde departementet i større grad rettet oppmerksomheten mot å utvikle andre og mer robuste måleenheter for produksjonen i poliklinikkene.

Det framgår av undersøkelsen at det er lang ventetid for å få hjelp innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, og videre at ventetiden er økende. Det er etter Riksrevisjonens vurdering uheldig at ventetiden er så vidt lang, og særlig er dette uheldig for denne spesielt sårbare gruppen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det grunn til å merke seg at region sør som har lavest kapasitet, samtidig også har betydelig kortere ventetid enn de øvrige regionene.

Riksrevisjonen mener situasjonen for pasientene påvirkes negativt av at samarbeidet mellom første- og andrelinjen i praksis fungerer dårlig. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering uheldig for dem det gjelder, siden resultatet blir at de får et dårligere og mindre koordinert tilbud.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at internkontrollsystemet i de ulike tjenestene fortsatt har betydelige svakheter og mangler i forhold til regelverket. Riksre-

visjonen stiller spørsmål ved om ikke dette er en medvirkende årsak til at i underkant av 3 prosent av pasientene i undersøkelsen har fått utarbeidet en individuell plan, og at mindre enn en tredel av tjenestene har beskrevet hva som inngår i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. Det samme gjelder den lave andelen av tjenestene som bruker resultatene fra brukerundersøkelser i sitt interne utviklingsarbeid, og at knapt 5 prosent av pasientene fikk utarbeidet en utrednings- eller behandlingsplan.

Undersøkelsen har vist at det rent generelt mangler styringsdata for de kommunale tjenestene til barn og unge med psykiske problemer, og at det er store svakheter ved sentrale styringsdata for den polikliniske virksomheten. Riksrevisjonen vil peke på at svake styringsdata både for første- og andrelinjen har ført til at departementet ikke har tilstrekkelig oversikt over hvordan utviklingen har vært fra opptrappingsplanen startet opp og fram til i dag.

#### 1.4 Helse- og omsorgsdepartementets svar

"(...)

Riksrevisjonens rapport om tilbudet til barn og unge med psykiske problemer inneholder en rekke funn som er viktige for endring og videre utvikling av tjenestene. Disse funnene bekrefter i stor grad situasjonen slik den i overordnet form er beskrevet i de årlige budsjettfremlegg for Stortinget. På flere punkter bidrar rapporten til å tydeliggjøre situasjonen.

Undersøkelsen er foretatt med utgangspunkt i data fra (2002) 2004-2005. Departementet viser til at det etter 2005 er iverksatt en rekke tiltak som har fokus på de svakheter Riksrevisjonen påpeker.

Departementet mener at rapporten på flere områder synes å trekke konklusjoner som det er vanskelig å se at det er dekning for i Riksrevisjonens materiale, med utgangspunkt i de metoder som er anvendt.

(...)

Helse- og omsorgsdepartementets merknader til Riksrevisjonens gjennomgang av tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

#### Metode og gjennomføring

Kommunal sektor er kartlagt gjennom tre deltjenester, hvorav bare en helsetjeneste (helsestasjon). Det innebærer at verken fastlege eller andre integrerte tjenester er fanget opp. Opptrappingsplanens grunndokumenter (St.meld. nr. 25 1996-1997) og (St. prp. nr. 63, 1997-1998) la opp til at tjenestene i kommunene bør integreres i de ordinære tjenestene, dvs. ikke særomsorg til psykisk syke. Riksrevisjonens materiale synes derfor i begrenset grad å kunne gi allmenngyldige konklusjoner for kommunene.

Riksrevisjonen har plukket ut seks av de dårligste og seks av de beste poliklinikkene. Hensikten må da være å belyse spredning, og utvalget blir ikke representativt. Metoden egner seg ikke til å beregne gjennomsnitt som grunnlag for regionale sammenligninger.

#### Internkontroll i barneverntjenesten

Det pekes på at internkontroll ble forskriftsfestet i barneverntjenesten fra 1. januar 2006. Undersøkelsen til Riksrevisjonen ble gjennomført i 2005. Det vil si at internkontroll ennå ikke var lovpålagt i barneverntjenesten da undersøkelsen ble gjennomført.

Manglende styringsinformasjonen om utviklingen i de kommunale tjenestene

Det er en klar forutsetning at den statlige styringen foregår innenfor rammen av det kommunale selvstyret. Opptrappingsplanen la til grunn at det ikke skulle bygges opp en ny særomsorg i kommunene, men at tjenestene skulle tilbys integrert i det ordinære tjenesteapparatet. (...)

Av opptrappingsplanens måltall på 260 årsverk til "Annet forebyggende psykososialt arbeid" er 392 nye årsverk rapportert pr. 31.12.2005, dvs. en måloppnåelse på 127 % hele 3 år før utgangen av opptrappingsplanen. Av tilsvarende måltall på 800 nye årsverk til styrking av helsestasjon/skolehelsetjenesten er 449, dvs. 56 % oppnådd. Dette gir indikasjon på at nye årsverk som skal spesifikt styrke tjeneste tilbudet til barn og unge med psykiske problemer, blir organisatorisk plassert andre steder enn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

#### Manglende samarbeidsavtaler nedfelt på systemnivå

Det er fra 2005 stilt som vilkår at den enkelte kommune har inngått samarbeidsavtale med det aktuelle helseforetaket. Tilsvarende føring er gitt overfor de regionale helseforetakene. (...) Videre har Sosial- og helsedirektoratet innledet et samarbeid med Legeforeningen med sikte på styrket samarbeid med fastlegene. Det er fra 2005 etablert takst for samarbeid for å motivere poliklinikkene til økt samarbeid.

Helhet og samhandling er en av bærebjelkene som ligger til grunn for Nasjonal helseplan. Departementet og Kommunenes sentralforbund inngikk høsten 2006 en overordnet avtale om samarbeid for å sikre bedre samhandling. Den nasjonale avtalen skal danne grunnlag for lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner.

Det er fastsatt som ett av vilkårene for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene at det foreligger etablerte skriftlige rutiner mellom kommunen og helseforetak for utarbeiding av individuell plan. Tilsvarende føringer er lagt på de regionale helseforetakene.

#### Manglende kvalitet på aktivitetsindikatorene

Riksrevisjonens kritikk av indikatorenes gyldighet synes å legge til grunn urealistiske premisser for hva en indikator kan fortelle, og at det er mulig å måle feltets aktivitet presist. Departementet er uenig i Riksrevisjonens betraktninger, og viser til at en indikator alene kun er forventet å gi en avgrenset informasjon, mens et indikatorsett sammen vil gi et mer samlet bilde som forteller noe om situasjonen.

Ideelt sett burde målet for aktiviteten i det psykiske helsevernet være behandlingseffekt for pasienten. Slike data har vi per i dag ikke, og ifølge Sintef Helse er det ikke realistisk å skulle fremskaffe slike data på rutinemessig, bred basis. Ifølge Sintef Helse og NPR er pasienter og tiltak "det nest beste", og er gyldige mål på aktivitet og resultat. (...)

Når det gjelder tiltak som mål på pasientnær aktivitet så vil departementet presisere at det verken er faglig ønskelig eller vitenskapelig mulig, å fastsette normer for hvor lenge et spesielt tiltak skal vare, for eksempel hvor hyppig konsultasjonene skal være eller hvor mange konsultasjoner det er behov for. Pasientens diagnose, tilstand, behandlingsbehov og sosiale nettverk må ligge til grunn for utformingen av tilbudet.

Arbeidet med å finne bedre indikatorer og prioriteringsforskrifter er en kontinuerlig prosess og er avhengig av innovasjon og samarbeid med både tjenestene og forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt. Departementet har igangsatt en rekke tiltak som tar sikte på å finne indikatorer som er bedre egnet til å fange opp aktiviteten i tjenestene (...)

Måloppnåelsen på opptrappingsplanen fremstår som bedre enn den i realiteten er

Riksrevisjonen peker videre på muligheten for tjenestene til å tilpasse seg aktivitetsindikatorer ved å øke tidsrommet mellom hver konsultasjon for å oppnå en høyere målt dekningsgrad enn det som ville vært reelt med en "normal" konsultasjonsfrekvens. At en slik mulighet er til stede er ikke det samme som å påvise at det faktisk skjer. Departementet er av den oppfatning at den positive utviklingen i forhold til dekningsgrad ikke tilbakevises av Riksrevisjonens rapport, men at rapporten konkretiserer viktigheten av å ha et fokus på at aktivitetsindikatorer kan fremkalle slike vridningsmekanismer.

Departementet har hatt og vil fortsatt ha fokus på eventuelle utilsiktede konsekvenser aktivitetsindikatorer kan frembringe i praksisfeltet. Dette gjelder både i forhold til poliklinikkens refusjonsordning gjennom Rikstrygdeverket og den generelle rapporteringen på bl.a. nasjonale indikatorer. Alle iverksatte tiltak i forbindelse med prioritering og måling av aktivitet vil søke å begrense slike konsekvenser i størst mulig grad."

### 1.5 Riksrevisjonens uttalelse

Riksrevisjonen har merket seg at rapporten etter departementets vurdering inneholder en rekke funn som er viktige for endring og videre utvikling av tjenestene. Rapporten tydeliggjør også situasjonen slik som den er beskrevet i overordnet form av departementet i de årlige budsjettframlegg for Stortinget.

Departementet omtaler i sitt brev en rekke utviklingsprosjekter som er igangsatt eller er under igangsetting. Riksrevisjonen er enig i at det er satt i verk en rekke prosjekter som i løpet av de nærmeste årene forventes å gi positiv effekt for tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Flere av disse prosjektene er også nevnt i Riksrevisjonens rapport.

Når det gjelder kommunene, omfatter Riksrevisjonens rapport helsestasjon/skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og barnevernet. Disse tjenestene ble vurdert til å være de som i størst grad har kontakt med barn og unge med psykiske problemer. Tjenestene er også av størst interesse for å vurdere kvaliteten i tilbudet og hvor godt samarbeidet fungerer mellom første- og andrelinjen. Undersøkelsen viser også at når det samarbeides mellom tjenestenivåene, er det disse tre tjenestene som er involvert i førstelinjen. Etter Riksrevisjonens oppfatning er det derfor grunnlag for å trekke allmenngyldige konklusjoner for kommunene.

Departementet framhever at opptrappingsplanen la til grunn at tjenestene skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet, og at den statlige styringen må foregå innenfor rammen av det kommunale selvstyret. Riksrevisjonen er enig i dette, men undersøkelsen har vist at det rent generelt mangler styringsdata for de kommunale tjenestene. Etter Riksrevisjonens mening må departementet sørge for å innhente nødvendig styringsinformasjon ved å etablere løpende tilbakemelding om blant annet utviklingen av tjenestene og hvilke resultater som oppnås.

Undersøkelsen viser at produktivitetsindikatorer som departementet bruker, kan påvirkes uten at dette skyldes endringer i tjenesteproduksjonen. Etter Riksrevisjonens oppfatning er de dermed verken gyldige eller pålitelige. Riksrevisjonen har merket seg at departe-

mentet har igangsatt en rekke tiltak som tar sikte på å finne indikatorer som er bedre egnet til å fange opp aktiviteten i tjenestene.

Uten gyldige og pålitelige indikatorer er det etter Riksrevisjonens vurdering uheldig å knytte finansieringen direkte til registreringen av behandlingsaktiviteten, slik det er gjort i dagens refusjonssystem. Som departementet selv påpeker i sitt brev kan fokus på aktivitetsindikatorer framkalle vridningsmekanismer og gi utilsiktede konsekvenser i praksisfeltet. En slik utilsiktet konsekvens er at systemet virker hemmende på bruken av ambulante team.

Departementet er uenig i at måloppnåelsen framstår som bedre enn den i realiteten er. Undersøkelsen viser imidlertid at antall nyhenviste de siste årene har vært omtrent uendret, og at ventetiden øker, men likevel rapporteres det om en økning i pasienttallene. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette bare forklares ved at det går lengre tid mellom hver konsultasjon med pasientene.

Riksrevisjonen mener situasjonen for pasientene påvirkes negativt av at samarbeidet mellom første- og andrelinjen i praksis fungerer dårlig. Undersøkelsen viser at svært få pasienter får utarbeidet individuell plan, og det gis uttrykk for at behandlere på de ulike nivåene har oppfattet det som uklart hvor ansvaret for utarbeidelsen av en slik plan ligger. For andre verktøy som henvisningsskjemaer og epikriser framkommer det også en del mangler og svakheter - for eksempel at epikrisene uteblir eller sendes for sent. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering uheldig for dem det gjelder, siden resultatet blir at de får et dårligere og mindre koordinert tilbud.

Undersøkelsen viser videre at behovene for tjenester til barn og unge med psykiske problemer ikke dekkes godt nok, og at dette blant annet gir seg utslag i lange ventetider. Årsakene er flere, i første rekke at ressursbehovet som departementet la til grunn i opptrappingsplanen, var for lavt, at økningen i personellressursene ikke i tilstrekkelig grad er styrt dit hvor behovet er størst, og at produktivitetsveksten ikke har vært så høy som forutsatt. Dette forsterkes av en skjev fordeling av spesialistkompetansen, og av at samarbeidet fungerer dårlig, både mellom første- og andrelinjen, og internt i førstelinjen. Et velfungerende samarbeid er en nødvendig forutsetning for pasientenes opplevelse av kvalitet i tjenestene. Undersøkelsen viser at tjenestene ikke har ivaretatt grunnleggende forutsetninger for samarbeid og kvalitet godt nok. Etter Riksrevisjonens vurdering er det en nær sammenheng mellom svikten på dette området og mangelfull internkontroll.

## 2. KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Berit Brørby, Svein Roald Hansen og Ivar Skulstad, fra Fremskrittspartiet, Carl I. Hagen og lederen Lodve Solholm, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Øystein Djupedal, fra Kristelig Folkeparti, Ola

T. Lånke, og fra Senterpartiet, Lars Peder Brekk, viser til Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Målet med undersøkelsen har vært å belyse i hvilken grad barn og unge under 18 år med psykiske problemer får et tilfredsstillende tilbud fra kommunene og poliklinikkene, om samarbeidet mellom tjenesteyterne fungerer godt, og om kvaliteten i resultatrapporteringen er tilfredsstillende.

Komiteen vil vise til at i perioden 1999 til 2008 pågår en satsing for å forbedre tilbudet til barn og unge med psykiske problemer, som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse.

Komiteen viser til at revisjonen avdekker flere krittikverdige forhold ved barne- og ungdomspsykiatrien, som det er grunn til å ta på alvor.

Det er undersøkt om det er sammenheng mellom kapasitet og ventetid, og komiteen registrerer at region nord som har den høyeste kapasiteten har en ventetid på 86 dager, mens region sør som har den laveste kapasiteten har den korteste ventetiden på 56 dager. Komiteen ser at ved 3 poliklinikker strekkes ventetiden til 180 dager, og ser derfor tydelig at slike ulike vurderinger fører til ulik behandling og kvalitet på tilbudet.

Komiteen vil også trekke frem at undersøkelsen viser at det ikke foreligger data for barn og unges totale behov for polikliniske tjenester i det ventelistedata bare registrerer dem som får et tilbud - ikke pasienter som avvises.

Komiteen leser at bare et fåtall av de kommunale tjenesteyterne (skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og barnevernet) selv har oversikt over hvor stor del av de bevilgede ressursene til Opptrappingsplanen for psykiatrien som brukes til barn og unge under 18 år, og hvor målrettet disse midlene er brukt. Også innenfor disse tjenestene ser komiteen at kapasiteten varierer sterkt fra kommune til kommune idet høyeste kapasitet er 5 til 9 ganger høyere enn laveste kapasitet hos de tre del-tjenestene.

Komiteen mener at det er mangler ved tjenestenes kvalitet på både system- og individnivå. Svært få virksomheter har utarbeidet kriterier for internkontroll, og blant de kommunale tjenestene er nettopp dette arbeidet svært dårlig. Komiteen mener at undersøkelsen viser at det gjenstår store utfordringer for kommunene for å få til helhetlige systemer.

Komiteen viser til at det kan også ta svært lang tid før pasienten får en diagnose, og at mange ikke får stilt noen diagnose i det hele tatt. Konklusjonen slik komiteen leser undersøkelsen, er at det må være vanskelig å gi målrettet behandling så lenge det verken foreligger diagnose eller individuell behandlingsplan. Komiteen registrerer at det er en klar oppfatning i fagmiljøet av at mange pasienter venter lenger enn for-svarlig.

Komiteen merker seg at oppgavefordelingen mellom tjenestene er uklar, og at samarbeidsavtaler og samarbeidsverktøy benyttes ikke som forutsatt. Med fraværet av individuelle planer ser komiteen at sam-

arbeidet mellom behandler og tilbud på forskjellige nivåer ikke fungerer tilfredsstillende.

Komiteen har merket seg at arbeidet med kvalitetssikring ikke er godt nok, og at planverktøy i for liten grad blir brukt.

Komiteen merker seg videre at Riksrevisjonen dokumenterer at det ikke finnes data for barn og unges totale behov for polikliniske tjenester, og at ventelistedata bare gjelder de pasientene som får et tilbud, og ikke pasienter som avvises.

Komiteen har merket seg at undersøkelsen viser at kvaliteten på offentlig helsestatistikk innen psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig. Det kan synes som at datagrunnlaget viser at psykiatrien er lite målbar og derfor vanskeligere å måle enn det deler av somatikken er, noe som gjør det vanskelig å finne kvalitetsindikatorer.

Komiteen har merket seg at det i 1995 ble utført 1,1 tiltak per behandler per dag og at undersøkelser viser at bare omtrent 40 prosent av behandlernes tid brukes til behandling, journalføring og pasientrelatert arbeid. Opptrappingsplanen hadde som mål å øke dette tallet med 50 prosent. Komiteen vil understreke betydningen av å sikre tilstrekkelig merkantil kapasitet. Slik bistand er nødvendig for å sikre at behandlere i størst mulig grad kan konsentrere seg om å yte medisinsk bistand.

Komiteen understreker at undersøkelsen viser at målene som er satt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien delvis er nådd, men at ventetiden er lang og økende. Årsakene er ifølge revisjonen flere. Selv om kapasiteten har økt, har ikke dette utjevnet de geografiske forskjellene, og økningen i produktivitet har ikke vært så stor som forutsatt. Dessuten er det en skjev fordeling av fagårsverkene, og samarbeidet mellom de kommunale tjenestene, og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, fungerer dårlig.

Komiteen viser til at Riksrevisjonen påpeker at spørsmål om måten produktiviteten kan måles på, kan ha tatt bort oppmerksomheten fra hva som kan gjøres for å øke andelen tid som brukes til direkte pasientrelatert arbeid, og at undersøkelsen derfor gir grunn til å stille spørsmål ved om de målene som brukes til å måle produktivitet er gyldige. Komiteen vil her vise til at undersøkelsen viser at produktivitetsindikatorerne for å registrere behandlingsaktivitetene kan påvirkes uten at dette skyldes endringer i tjenesteproduksjonen, for eksempel ved å endre konsultasjonsmønster. Uten gyldige og pålitelige indikatorer er det etter komiteens mening uheldig å knytte finansieringen av poliklinikkene direkte til registreringen av behandlingsaktiviteten, slik det er gjort i dagens refusjonssystem. Dette kan blant annet gi utilsiktede konsekvenser for organiseringen av tilbudet, f.eks. virker systemet hemmende på bruken av ambulante team, som sentrale myndigheter har ønsket å stimulere til. Komiteen forventer at Regjeringen forløpende vurderer tiltak for å sikre mest mulig treffsikre indikatorer.

Et velfungerende samarbeid er en nødvendig forutsetning for god kvalitet i tjenestene. Komiteen har også merket seg at det er mangler og svakheter ved

verktøy som henvisningsskjemaer og epikriser (samlede opplysninger om pasientens sykehistorie). Riksrevisjonen påpeker for eksempel at epikrisene kan utebli eller at de sendes ut for sent, noe komiteen er enig med Riksrevisjonen i at er uheldig, fordi tilbudet blir dårligere og mindre koordinert. Komiteen forutsetter at Regjeringen tar tak i forholdet.

Komiteen har merket seg at Riksrevisjonen mener måloppnåelsen framstår som bedre enn den i realiteten er, at det var en liten økning i antall nyhenviste pasienter fra 2004 til 2005, samtidig som ventetiden øker. Komiteen har også merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet omtaler en rekke utviklingsprosjekter som er igangsatt eller er under igangsetting, og som forventes å gi positiv effekt for tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

Komiteen vil likevel vise til hovedfunnet i undersøkelsen som viser at behovene for tjenester til barn og unge med psykiske problemer ikke dekkes godt nok, og at dette fører til lange ventetider. Videre viser funnene at bosted og kompetanse er avgjørende for når pasientene får et tilbud, og hvor godt tilbudet er, i tillegg til at samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig i praksis, noe som påvirker situasjonen for pasientene på en negativ måte.

Komiteen mener det er kritikkverdig at så få barn og unge med psykiske problemer har fått utarbeidet individuell plan, og at det for mange ikke er klart hvor ansvaret for dette ligger. Komiteen mener det dårlige samarbeidet mellom de ulike nivåene i tiltakskjeden fører til et dårligere tilbud for pasientene og forutsetter at dette vies særlig oppmerksomhet i det videre arbeidet. Komiteen finner det ikke tilfredsstillende at det på tross av føringer fra Stortinget og økonomiske prioriteringer, ikke er sikret et godt hjelpetilbud til barn og unge med psykiske problemer, og forutsetter at Regjeringen gir arbeidet med å skaffe et slikt tilbud høy prioritet.

Komiteen har merket seg at Regjeringen i St.prp. nr. 1 (2007-2008) har varslet at man i statsbudsjettet for 2009 vil komme tilbake til midler for å videreføre stimulerings tiltak for å styrke kompetanse og kvalitetsutvikling innen psykisk helse. Det er her presisert at særskilte tiltak rettet mot barn og unge og særlig ressurskrevende voksne med stort hjelpebehov vil bli vurdert. Videre har komiteen merket seg at det i St.prp. nr. 67 (2006-2007) Kommuneproposisjonen er varslet at det i tråd med forutsetningene for Opptrapingsplanen foreslås at det øremerkede tilskuddet til kommunene innlemmes i rammetilskuddet fra og med 2009. Komiteen har merket seg at det er behov for videreutvikling når det gjelder kvalitet, kompetanse, innhold og organisasjon, og at det psykiske helsearbeidet ikke er tilstrekkelig bygget opp i alle kommuner når det gjelder forebygging, tilbud om tidlig intervensjon, og effektiv behandling og oppfølging av psykiske plager og lidelser. Komiteen vil understreke betydningen av å raskt få på plass et bedre kvalitetsindikatorsystem for å kunne følge med utviklingen i sektoren. Spesielt er dette viktig for å kunne følge opp Stortin-

gets målsetting om å prioritere barn og unge med psykiske problemer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ser det som meget alvorlig når Riksrevisjonen i dokumentet konkluderer med følgende:

"Helse- og omsorgsdepartementet har ikke tilstrekkelig oversikt over utviklingen innenfor barne- og ungdomspsykiatrien."

Disse medlemmer viser i sakens anledning også til Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) som ligger til behandling i helse- og omsorgskomiteen. Proposisjonen har direkte relevans for de forhold som Riksrevisjonen tar opp i Dokument nr. 3:7 (2006-2007). Disse medlemmer mener Regjeringens fremlagte forslag ikke medfører de endringer det var skapt forventninger om, og som Riksrevisjonen nå har dokumentert behovet for. Forslaget medfører ingen økte ressurser til barne- og ungdomspsykiatrien, og disse medlemmer stiller seg tvilende til om tilbudet til barn og ungdom vil bli bedre. Disse medlemmer vil i den forbindelse vise til Riksrevisjonens rapport Dokument nr. 3:7 (2006-2007):

"Når det gjelder poliklinikkens egen vurdering av forsvarlig ventetid, viser undersøkelsen at ved 27 poliklinikker er oppfatningen at ved alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser bør forsvarlig ventetid være maksimalt 7 dager, mens en ved 12 klinikker mener at det er forsvarlig å vente 90 dager. Ved 3 poliklinikker strekker en det til 180 dager. Det viser at vurderingen av forsvarlig ventetid er svært ulik. Som en følge av dette prioriteres pasienter ulikt, det bidrar også til at tilbudet ikke blir likeverdig."

Disse medlemmer mener det er urovekkende at de faglige vurderinger er så vidt forskjellige fra landsdel til landsdel, og frykter at tilbudet til barn og ungdom fortsatt ikke vil være godt nok.

Disse medlemmer har merket seg Legeforeningens høring i helse- og omsorgskomiteen i forbindelse med statsbudsjettet for 2008:

"Det mangelfulle tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser eller rusproblemer er ikke en følge av at de systematisk blir nedprioritert som følge av dagens prioriteringsforskrift. Tilbudet er mangelfullt som følge av for lav kapasitet og for lav kvalitet i det samlede tilbudet (...). En egen garanti med kortere frist for behandling skaper ingen nye behandlingstilbud i seg selv."

Disse medlemmer mener at Regjeringen gjennom Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) ikke tar opp betydningen av riktig og tilstrekkelig kompetanse, nødvendigheten av forbyggende arbeid for å redusere antallet som trenger spesialisert behandling, hvordan samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten kan bli bedre og hvor viktig det er at behandlingen gjennomføres på lavest mulig nivå av kompetent personell. Disse medlemmer mener at disse forhold har stor innvirkning på antallet henvisninger til psykiatrien, ventetiden til behandling og tid brukt på behandling, og ville kunne



har bedret noen av de forhold som Riksrevisjonen påpeker i Dokument nr. 3:7 (2006-2007).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre har merket seg Ressurscenterets bekymring om at helseforetakenes monopolstilling hindrer reell konkurranse for private aktører også innenfor dette feltet. Disse medlemmer frykter at dette vil føre til færre og kvalitativt sett dårligere tilbud totalt sett for pasientene - i dette tilfellet barn og unge med psykiske problemer, og dårligere ressursutnyttelse for samfunnet som helhet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at konklusjonene i undersøkelsen må karakteriseres som nedslående. Riksrevisjonens rapport beskriver slik disse medlemmer ser det, et område hvor nesten ingen målsettinger er nådd. Stortingets forutsetninger om at barne- og ungdomspsykiatrien skulle prioriteres, ventetiden skulle ned, alle skulle ha rett til individuell plan og tilbudet skulle utvides, men dette ser ikke ut til å være fulgt opp. Heller ikke kvaliteten på tilbudet ser ut til å være i tråd med de mål som ble satt. Disse medlemmer mener at det med dagens finansieringssystem vil være helt nødvendig å videreføre øremerkede tilskudd også etter at Opptrappingsplanen er avsluttet, men ønsker primært en total omlegging av finansieringen.

Disse medlemmer er av den oppfatning angående finansieringsmåten at så lenge det er snakk om rammebevilgninger, vil ikke barne- og ungdomspsykiatrien bli prioritert tilstrekkelig. En mulig løsning slik disse medlemmer vurderer, kan være at også helsetjenestene til psykiatrien blir finansiert med innsatsstyrt finansiering (ISF) på samme måte som somatikken med betaling direkte til tjenesteyter.

Disse medlemmer ser videre at en del av pasientene vil ha behov for behandling av psykiater, lege eller psykolog, og andelen av slike spesialister varierer fra 10 til 78 prosent i poliklinikkene. Disse medlemmer leser at det derfor reises spørsmål om flertallet av poliklinikkene har mange nok spesialister til å møte behovet hos de pasientene som har de mest alvorlige problemene. Disse medlemmer fokuserer på at undersøkelsen konkluderer med at departementets og de regionale helseforetakenes oppfølging og styring ikke har klart å sikre et likeverdig tilbud med tilstrekkelig kapasitet alle steder.

Når disse medlemmer ser på Riksrevisjonens konklusjoner er det ikke mange av målsettingene i Opptrappingsplanen for psykisk helse eller Strategiplanen for barn og unge som er oppfylt. Planperioden avsluttes i 2008 og disse medlemmer ser at det vil være en stor utfordring å nå målene på den korte tiden som står igjen. Disse medlemmer mener derfor at planene må følges opp videre for å sikre måloppnåelsen.

Disse medlemmer mener det er viktig at psykiatrilbudet videreutvikles, og disse medlemmer mener derfor det fortsatt vil være behov for å opprettholde øremerkingen av opptrappingsmidlene også etter 2008.

### 3. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og råår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument nr. 3:7 (2006-2007) - Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer - vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 27. november 2007

**Lodve Solholm**  
leder

**Lars Peder Brekk**  
ordfører





