Innst. S. nr. 224

(2007-2008)

Innstilling til Stortinget fra arbeids- og sosialkomiteen

Dokument nr. 8:66 (2007-2008)

Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dåvøy og Åse Gunhild Woie Duesund om tiltak for å redusere antallet som blir uføre i ung alder på grunn av psykiske lidelser

Til Stortinget

SAMMENDRAG

I dokumentet fremmes følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen iverksette følgende tiltak for å få ned antallet personer som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser:

1. Gjennomgå regelverket for kvalifiseringsprogram, slik at alle som mottar et medisinsk behandlingstilbud for psykiske lidelser, kommer inn under programmet.
2. Innføre egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, som deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde.
3. Iverksette et generelt kompetanseprogram i arbeids- og velferdsforvaltningen om psykiske lidelser, særlig rettet mot førstelinjetjenesten i NAV.
4. Øke forskningsbevilgningene til psykisk helse, og vurdere å opprette et eget kompetansesenter for psykisk helse ved en allmennmedisinsk avdeling på et av landets større universiteter."

Det vises til dokumentet for nærmere redegjørelse for forslaget.

KOMITEENS BEHANDLING

Komiteen ba i brev av 6. mars 2008 om departementets vurdering av forslaget. Statsrådens svarbrev av 27. mars 2008 følger vedlagt.

KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Lise Christoffersen, Eva Kristin Hansen, Per Rune Henriksen og Sverre Myrli, fra Fremskrittspartiet, Robert Eriksson, Kari Kjønaas Kjos og Kenneth Svendsen, fra Høyre, Martin Engeset, fra Sosialistisk Venstreparti, lederen Karin Andersen, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund, fra Senterpartiet, Dagfinn Sundsbø, og fra Venstre, André N. Skjelstad, viser til Representantforslag nr. 66 (2007-2008) fra stortingsrepresentantene Laila Dåvøy og Åse Gunhild Woie Duesund om tiltak for å redusere antallet som blir uføre i ung alder på grunn av psykiske lidelser. I begrunnelsen for forslaget refereres det blant annet til undersøkelser fra OECD som viser at selv om Norge bruker mer penger på rehabilitering og attføring enn andre OECD-land, er andelen som kommer tilbake til arbeid etter sykefravær lavt. Hovedutfordringen for Norge er ifølge OECD å forstå hvorfor eksisterende virkemidler, som i utgangspunktet fremstår som gode, ikke gir de ønskede resultater. Blant de yngre aldersgruppene er ulike psykiske lidelser den dominerende årsaken til at personer får innvilget uførepensjon. Representantforslaget presenterer ut fra dette fire tiltak som Regjeringen bes iverksette for å redusere antall unge uføre.

Forskere melder fra om at psykiske lidelser fortsatt er skambelagt og at mange lar være å oppsøke

hjelp. I representantforslaget vises det til, med referanse til forsker Arnstein Mykletun ved Universitetet i Bergen, at bare en av tre som mottar uføretrygd på grunn av psykiske problemer, oppgir at de har søkt hjelp for sine lidelser.

Komiteen mener det behov for styrket kompetanse både i velferdsforvaltningen og i det medisinske hjelpeapparatet når det gjelder psykiske helse. Det er i denne sammenheng viktig at sektorskillene i forvaltningen ikke begrenser samhandlingen.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, viser til at den nasjonale strategiplanen for arbeid og psykisk helse 2007–2012 som ble fremlagt av Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet høsten 2007, er et viktig skritt i riktig retning. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunene blitt en mer sentral aktør i hjelpearbeidet for ungdom med psykiske lidelser. Regjeringen har dessuten i St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, varslet at skolehelsetjenesten skal styrkes videre. Dette er et sentralt forebyggende tiltak for å nå barn og unge med psykiske lidelser.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Dokument nr. 3:3 (2001-2002) Riksrevisjonens undersøkelse om uførepensjon og yrkesrettet attføring, hvor det fremkom at det i 1999 var 15,4 pst. av de nye uførepensjonistene som hadde prøvd yrkesrettet attføring de siste tre årene før uførepensjonering.

Disse medlemmer viser videre til kontroll- og konstitusjonskomiteens behandling av Dokument nr. 3:3 (2001-2002) hvor komiteen understreket betydningen av at arbeidet ble fulgt opp med et sterkt fokus på organisasjonsforbedringer og kompetanseheving når det gjelder unge med psykiske problemer og rusmisbrukere. Komiteen pekte på at det var et særlig behov for tiltak i forhold til yngre personer, personer med psykiske lidelser og rusmisbrukere, jf. Innst. S. nr. 104 (2001-2002).

Disse medlemmer vil videre vise til at Sosial- og helsedepartementet ga uttrykk for at attføringstilbudet ikke var godt nok for personer med psykiske lidelser, som i 1999 utgjorde nær halvparten av de nye uførepensjonistene under 40 år.

Disse medlemmer er videre kjent med at Arbeids- og sosialdepartementet svarte i brev av 15. juni 2005, følgende:

"Etter at Dokument nr. 3:3 (2001-2002) ble lagt fram, har en rekke tiltak og endringer innenfor de helserelaterte folketrygdytelsene vært utformet med sikte på å fremme aktivitet framfor passivitet. Det er i følge departementet satt fokus på tiltak som kan bidra til å forebygge uførepensjonering, og det har vært aktivitet i forhold til reaktivisering av uførepensjonister."

Disse medlemmer viser videre til Dokument nr. 3:1 (2005-2006) Forvaltningsrevisjoner behandlet av Stortinget i 2002, hvor Riksrevisjonen uttaler følgende:

"Riksrevisjonen konstaterer at de tiltakene som hittil er iverskatt, ikke har vært tilstrekkelig for å redusere antallet mottakere av uførepensjon, men at antallet har fortsatt å stige etter at undersøkelsen ble gjennomført. Mens det var 279 573 uførepensjonister ved utløpet av 2000, var det 310 884 som enten mottok uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad mot slutten av 2004."

Disse medlemmer vil peke på at utviklingen i antall uføretrygdede har fortsatt å stige også etter 2004.

Disse medlemmer mener det er viktig at det etableres en forvaltningspraksis som sikrer at lovens krav om attføring ivaretas på en god måte før uførepensjon tilstås.

Komiteen har vurdert de fire forslagene som fremmes i representantforslaget og statsrådens vurdering av dem i sitt svarbrev av 27. mars 2008 til komiteen.

Forslagsstillerne ber om at regelverket for kvalifiseringsprogrammet gjennomgås slik at alle som mottar et medisinsk behandlingstilbud for psykiske lidelser, kommer inn under programmet. Komiteen understreker at kvalifiseringsprogrammet også vil dekke denne gruppen, forutsatt at deltakerne har gjennomgått arbeidsevnevurdering og at tett og koordinert bistand i programmet vurderes som hensiktsmessig for å styrke vedkommendes muligheter i arbeidslivet. Det generelle inngangskriteriet for kvalifiseringsprogrammet er at deltakerne har sosialhjelp som inntektssikringsordning, eller står i fare for å komme i en situasjon der man må leve av økonomisk sosialhjelp. Personer med ytelser fra folketrygden som eventuelt ekskluderer dem fra kvalifiseringsprogrammet vil få annen oppfølging av NAV. Komiteen viser til at oppstart av kvalifiseringsprogrammet skjedde så sent som 1. november 2007 og vil være innført i alle kommuner i 2010, og at omfanget av bruken av dette tiltaket for de som har psykiske lidelser derfor vanskelig kan fastslås ennå. Komiteen mener det er svært viktig å sikre informasjon om at gruppen som faller inn under ordningen med kvalifiseringsprogram og rett til kvalifiseringsstønad, omfatter flere enn personer som har sin inntekt gjennom sosialhjelp.

Forslagsstillerne foreslår at det innføres et egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar

medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde. Statsråden uttaler i sitt svarbrev at fritak for egenandeler på helsetjenester bør baseres på enkle, lett dokumenterbare og kontrollerbare kriterier. Eksisterende fritaksregler er i hovedsak basert på alder eller diagnose som framgår direkte av refusjonsregning fra leger, apotek mv.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Kristelig Folkeparti, deler denne vurderingen, og viser også til at egenandelsfritak etter forslagsstillernes kriterier kan slå uheldig ut i forhold til andre grupper med svak økonomi.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Fremskrittspartiet har programfestet ønsket om en vesentlig reduksjon av egenandelene og fremmet i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008) forslag om en reduksjon av egenandelstak 1 for helseområdet fra kr 1 740 til kr 1 500. Dessverre fikk dette forslaget ikke støtte fra andre partier i Stortinget. Disse medlemmer kan ikke støtte en reduksjon av egenandelene for denne ene pasientgruppen, slik det foreslås i Dokument nr. 8:66 (2007-2008), men tar sikte på, i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2009, å legge frem forslag om en generell reduksjon av egenandelene i helsevesenet, slik Fremskrittspartiets medlemmer har gjort en rekke ganger tidligere. Disse medlemmer vil peke på at også andre grupper, blant andre landets minstepensjonister, ofte har en økonomisk hverdag som gjør de høye egenandelene for medisiner og helsetjenester i Norge til en sterk belastning.

Komiteen viser til at forslagsstillerne foreslår at det iverksettes et generelt kompetanseprogram i arbeids- og velferdsforvaltningen om psykiske lidelser, særlig rettet mot førstelinjetjenesten i NAV. Statsråden viser i sitt svarbrev til at slike tiltak allerede er godt i gang blant annet gjennom "Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012", og en handlingsplan hvor ett av tiltakene er "Kompetanseheving og nettverksbygging i arbeids- og velferdsforvaltningen, sosialtjenesten og helsetjenesten m.fl.". Statsråden viser til at disse tiltakene er iverksatt ut fra erkjennelse av at medarbeidere i arbeids- og velferdsforvaltningen og kommunalt ansatte i førstelinjetjenesten har behov for mer kompetanse på feltet arbeid og psykisk helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke betydningen av at arbeids- og velferdsforvaltningen utvikler bedre kompetanse på psykiske lidelser, men mener de iverksatte tiltakene må få virke før nye vurderes.

Et annet flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Venstre, ber departementet videreføre sitt fokus på en bedre samhandling mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen og holde Stortinget orientert om framdriften i arbeidet.

Komiteen viser til den urovekkende veksten i antallet unge uføre med psykiske lidelser. I den forbindelse er det verdt å legge vekt på hvilket apparat som unge mennesker med psykiske lidelser møter når de først oppsøker helsehjelp. Komiteen vil påpeke at det psykiske helsetilbudet i førstelinjetjenesten er for dårlig, noe som kommer til uttrykk blant annet gjennom at kun én av ti som sykmeldes på grunn av psykiske lidelser har vært i kontakt med eller til behandling hos psykolog. Dette fører til mye feilbehandling og videre også til store legemiddelkostnader, både for den enkelte og for samfunnet. Førstelinjetjenestens mulighet til å fange opp unge mennesker på tidlig tidspunkt, og derigjennom sette i gang et adekvat behandlingsopplegg, vil gi bedre helseeffekt og spare samfunnet for store utgifter til legemidler og til passive uføreytelser. En bedring av førstelinjetjenesten vil bidra til at unge mennesker med psykiske lidelser vil gis en bedre mulighet til å delta i arbeids- og samfunnsliv.

Komiteen registrerer at statsråden gjennom sitt svarbrev til komiteen viser til at det er behov for mer kompetanse i Arbeids- og velferdsetaten på feltet arbeid og psykisk helse. En styrking av kompetansen på dette feltet kan foregå på flere måter, for eksempel gjennom å sørge for at det finnes et psykisk helsetilbud i tilknytning til fastlegekontorene. Styrking av den generelle kompetansen i arbeids- og velferdsforvaltningen vil også være et viktig skritt på veien.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, viser til at forslagsstillerne ber om at bevilgningene til forskning omkring psykisk helse økes, og at det vurderes å opprette et eget kompetansesenter for psykisk helse ved en allmennmedisinsk avdeling på et av landets større universiteter. Statsråden viser i sitt svarbrev til at det i 2008 ble bevilget om lag 34 mill. kroner til "Program for psykisk helse 2006–2010" i Norges forskningsråd. Dette er det største tilskuddet som gis til noe forskningsprogram innenfor medisin og helse. Videre har alle de regionale helseforetakene prioritert oppbygging av forskningsaktivitet innenfor psykisk helse, samlet sett 200 forskningsårsverk med en kostnad på 186 mill. kroner. Statsråden viser også til at

det de siste årene er opprettet flere regionale kompetansesentre, herunder for barn og unges psykiske helse, for rettssikkerhets- og fengselspsykiatri, for brukermedvirkning, for psykisk helsearbeid i forhold til samer, ressurssentre for vold og traumer, og at et kompetansesenter i lokalt psykisk helsearbeid er under etablering. I årets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at foretakene i samarbeid utarbeider et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for og hvor disse bør lokaliseres.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at det arbeid som er igangsatt imøtekommer de behov forslagsstillerne reiser i representantforslaget.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine merknader i Budsjettinnst. S. nr. 11 (2007-2008) og sitt alternative budsjettforslag der det ble fremmet forslag om en økt bevilgning til psykiatrien på 100 mill. kroner. Også under kap. 701 Forskning fremmet Fremskrittspartiets medlemmer forslag om å øke bevilgningen med 100 mill. kroner.

Disse medlemmer anser psykiatrien som et område der forskningsinnsatsen må trappes opp og støtter forslagsstillernes intensjoner om økt forskning som kan bidra til å bedre situasjonen både på arbeidsmarkedet og helsemessig for flere pasienter med psykiske problemer.

Disse medlemmer er enige i at innsatsen når det gjelder forskning i psykiatri bør økes betydelig. Når det gjelder opprettelse av et eget kompetansesenter er disse medlemmer usikker på hvordan et slikt senter kan legges til en allmennmedisinsk avdeling ved et universitet. Disse medlemmer mener at en, dersom det skal opprettes et kompetansesenter for psykiatri, må beskrive nærmere hvilken del av psykiatrien det skal dreie seg om og hvilke oppgaver et slikt senter skal ha. Slik disse medlemmer ser det må et kompetansesenter eventuelt legges til et universitetssykehus. Disse medlemmer støtter imidlertid de intensjoner forslagsstillerne legger til grunn.

Disse medlemmer mener på denne bakgrunn at det er fornuftig å avvente helseforetakenes forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre det er behov for i spesialisthelsetjenesten og hvor disse bør lokaliseres og vil komme tilbake til saken når forslaget foreligger.

Komiteens medlem fra Høyre viser til at Høyre i forbindelse med statsbudsjettet for 2008 foreslo en styrking av forskningsbudsjettet. Forskning på psykiske lidelser blant unge bør være et satsingsområde i årene som kommer, for å finne løsninger på den sterke veksten i slike lidelser blant unge mennesker. Dette medlem mener det er viktig å fokusere bevilgningene på forskning og på arbeidsrelaterte tiltak for unge mennesker med psykiske lidelser, og ikke på opprettelse av nye kompetansesentre.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet og Høyre, vil peke på at hovedintensjonen med tiltakene som er foreslått i representantforslaget, er å unngå at personer med psykiske lidelser demotiveres fra å la seg engasjere i et samordnet medisinsk og yrkesrettet rehabiliteringstilbud. Uførestatistikk viser med all tydelighet at urovekkende mange som får psykiske lidelser i ung alder, forblir yrkespassive og avhengige av uførestønad i resten av den alderen man kunne vært yrkesaktiv. Samtidig som flertallet understreker at uførestønaden er et sentralt offentlig velferdstilbud for å sikre et verdig livsopphold til personer som er for syke til å arbeide, må det sterkt understrekes at det er svært alvorlig at personer som kunne hatt mulighet til å delta i arbeidslivet med et velfungerende medisinsk og yrkesrettet rehabiliteringsopplegg, blir varig avhengig av trygd. Dette representerer et stort velferdstap, både for den enkelte og for samfunnsfellesskapet.

Flertallet mener at det er svært viktig å få klarhet over hvilke terskler som fører til at psykisk syke personer distanserer seg fra et medisinsk og yrkesrettet rehabiliteringstilbud, og motvirke disse så godt som mulig. Det må understrekes at det i denne sammenheng er de terskler den enkelte selv opplever å møte som må tas utgangspunkt i, ikke nødvendigvis de terskler som et profesjonelt offentlig velferdsapparat selv måtte mene er reelle.

Flertallet vil for det første peke på tilstedeværelsen av økonomiske terskler. Hvis det oppleves stor økonomisk usikkerhet om den nære framtid, eller man må bruke mye energi på å dokumentere eventuelle merbehov ut over de aller mest grunnleggende eksistensbehovene, kan det i betydelig grad svekke den motivasjonen som er nødvendig for at et medisinsk rehabiliteringstilbud skal kunne gi ønskede resultater. På dette grunnlag vil det være svært uhensiktsmessig om personer som deltar i et slikt medisinsk rehabiliteringstilbud, i samarbeid med fastlege eller andre medisinsk sakkyndige, må basere seg på midlertidige, individuelt behovsprøvde inntektssikringsordninger som økonomisk sosialhjelp.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre vil presisere at det er behovet for en inntektssikringsordning som har en

garantert varighet som er knyttet sammen med det medisinske rehabiliteringstilbudet som må dekkes. Om stønaden heter kvalifiseringsstønad eller midlertidig inntektssikring i folketrygden er mindre vesentlig. Disse medlemmer opplever at de forutsetninger som statsråden knytter garantien for kvalifiseringsstønad for denne gruppen i sitt svarbrev datert 27. mars 2008, kan reise tvil om dette behovet er fullt ut dekket.

Ut fra samme begrunnelse om å motvirke at økonomiske terskler skal svekke motivasjon for deltakelse i et egnet rehabiliteringstilbud, med kvalifisert bistand, fremmes også forslaget om å ta bort egenandeler for medikamentell behandling. Disse medlemmer er ikke enig i at å innføre et egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering fra et medisinsk hjelpeapparat, eller som deltar i yrkesrettet attføring, eller mottar kvalifiseringsstønad eller sosialhjelp vil være vanskelig å dokumentere eller kontrollere. Disse medlemmer mener prinsipielt at egenandelsbegrensningene i velferdsapparatet må bli mer fleksible og målrettes sterkere ut fra vektige sosiale begrunnelser. Fritak for personer med svak økonomi hvor god medikamentell behandling er en forutsetning for å lykkes også med yrkesrettet attføring vil være en slik bedre målretting, som kan kombineres med mindre subsidiering av andre gruppers medikamentbruk.

Komiteen tar til etterretning statsrådens orientering om pågående kompetansehevingsprogram om psykiske lidelser i velferdsapparatet, og er enig i at det neppe vil være hensiktsmessig å sette i gang nye programmer parallelt med gjennomføringen av pågående programmer på samme område. Komiteen understreker at møtet med velferdsapparatet i seg selv kan oppleves som en stor terskel av personer med psykiske lidelser. Følelsen av å bli "klient" for et ikke alltid like godt koordinert hjelpeapparat, eventuelt mistrodd, og angst for at andre skal overta kontrollen over dagliglivet, kan bidra til sosial isolering og distansering fra kontakt med det samme hjelpeapparatet. Komiteen mener at førstelinjetjenesten i NAV er det aller viktigste leddet i velferdsforvaltningen. Kunnskap om regelverk vil ikke alltid være fullstendig hos enhver i førstelinjetjenesten. Men komiteen understreker at menneskekunnskap må være kjernekompetanse for enhver i førstelinjetjenesten, og forutsetter at de pågående kompetanseprogrammene tar høyde for dette.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti tar også til etterretning statsrådens orientering om satsingen på ulike regionale kompetansesentra, men er uenig i at dette ivaretar de behov som er reist i representantforslaget. Hensikten med det siste av de konkrete forslagene til tiltak var å styrke satsingen på forskning som er forankret i det arbeidet som allmennlegene gjør. Allmennlegene behandler mer enn 90 pst. av alle unge med helseproblemer helt alene. Fastlegene kjenner ofte også mor, far og søsken. Dessuten har fastlegene lokalkunnskap. I blant annet USA har man da også helt nylig konkludert med at det er satsing på primærlegene som har størst effekt. I Norge har mindre enn én halv promille av Opptrappingsmidlene for psykisk helse gått til fagutviklingsarbeid forankret hos primærlegene.

Dette medlem mener at det er behov for kompetansesentra for unges psykiske lidelser som er forankret i eller er nær de unges arenaer. Kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten er viktig, men samtidig må det erkjennes at 90–95 pst. av alle unge med funksjonsnedsettende helseproblemer (redusert skoleprestasjon, drop-out på skole, rus osv.) aldri viser seg i spesialisthelsetjenesten. Dette medlem mener at kompetanseoverføring til det medisinske behandlingsapparatet som faktisk møter den største delen av den aktuelle gruppen unge, vil bli styrket ved en forankring av et kompetansesenter i en allmennmedisinsk avdeling på et større universitet.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen iverksette følgende tiltak for å få ned antallet personer som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser:

1. Sikre at alle som mottar et medisinsk behandlingstilbud for psykiske lidelser har rett til en statlig inntektssikring på nivå med kvalifiseringsstønaden i behandlingsperioden.
2. Innføre egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, som deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde.
3. Øke forskningsbevilgingene til psykisk helse, og vurdere å opprette et eget kompetansesenter for psykisk helse ved en allmennmedisinsk avdeling på et av landets større universiteter."

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre har stor sympati for forslaget om å innføre egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, som deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde. Disse medlemmer understreker at målet må være å skjerme kronikere, rusmisbrukere og andre med lav inntekt og mye sykdom fra egenandeler på legebehandling, mens de friske blant oss kan akseptere høyere egenandeler på helsetjenester. En

slik omlegging av egenandelssystemet bør vurderes i forbindelse med statsbudsjettet i 2009.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen gjennomgå egenandelssystemet med det formål å skjerme kronikere, rusmisbrukere og sosialhjelpsmottakere, og komme tilbake med forslag til dette i forbindelse med statsbudsjettet for 2009."

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Kristelig Folkeparti, tilrår at Representantforslag nr. 66 (2007-2008) vedlegges protokollen.

FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Venstre:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå egenandelssystemet med det formål å skjerme kronikere, rusmisbrukere og sosialhjelpsmottakere, og komme tilbake med forslag til dette i forbindelse med statsbudsjettet for 2009.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen iverksette følgende tiltak for å få ned antallet personer som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser:

1. Sikre at alle som mottar et medisinsk behandlingstilbud for psykiske lidelser har rett til en statlig inntektssikring på nivå med kvalifiseringsstønaden i behandlingsperioden.
2. Innføre egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, som deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde.
3. Øke forskningsbevilgningene til psykisk helse, og vurdere å opprette et eget kompetansesenter for psykisk helse ved en allmennmedisinsk avdeling på et av landets større universiteter.

KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument nr. 8:66 (2007-2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dåvøy og Åse Gunhild Woie Duesund omtiltak for å redusere antallet som blir uføre i ung alder på grunn av psykiske lidelser – vedlegges protokollen.

Oslo, i arbeids- og sosialkomiteen, den 29. april 2008

Karin Andersen
leder

Dagfinn Sundsbø
ordfører

Vedlegg

Brev fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet v/statsråden til arbeids- og sosialkomiteen, datert 27. mars 2008

Representantforslag nr. 66 (2007-2008) fra stortingsrepresentanter Laila Dåvøy og Åse Gunhild Woie Duesund om tiltak for å redusere antallet som blir uføre i ung alder på grunn av psykiske lidelser (dokument nr. 8:66 (2007-2008))

Jeg viser til mottatt telefaks fra Stortingets Arbeids- og sosialkomité datert 6.3.2008 om Representantforslag nr. 66 (2007 2008). Arbeids- og inkluderingsdepartementet har utarbeidet vurdering av forslaget i samarbeid med Helse - og omsorgsdepartementet.

Vurdering av forslag:

1. *Gjennomgå regelverket for kvalifiseringsprogram, slik at alle som mottar et medisinsk behandlingstilbud for psykiske lidelser, kommer inn under programmet.*

Kvalifiseringsprogrammet skal gi personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdeloven, aktiv oppfølging med sikte på å komme i lønnet arbeid. Målgruppen for kvalifiseringsprogrammet omfatter særlig personer som ellers ville blitt passive langtidsmottakere av sosialhjelp. Forekomsten av psykiske lidelser er relativt stor i denne gruppen. Kvalifiseringsprogrammet skal inneholde arbeidsrettede tiltak og skal legge til rette for og samordnes med individuelle behandlingsopplegg, som for eksempel behandling for psykiske lidelser. Programmet er ett av Regjeringens viktigste virkemidler for å avskaffe fattigdom, og for å nå målet om flere i arbeid og færre på trygd.

Personer som er under behandling for psykiske lidelser, vil kunne få et individuelt tilrettelagt kvalifiseringsprogram og motta kvalifiseringsstønad. Forutsetningen vil imidlertid måtte være at deltakerne har gjennomgått en arbeidsevnevurdering og at tett og koordinert bistand i programmet vurderes som hensiktsmessig og nødvendig for å styrke vedkommendes muligheter i arbeidslivet. Slik vilkårene for deltakelse i kvalifiseringsprogrammet er utformet, vil personer med psykiske lidelser være i målgruppen for programmet, men alle personer som mottar behandling for psykiske lidelser vil ikke kunne gjennomføre et arbeidsrettet kvalifiseringsprogram. Etter mitt syn er dette en hensiktsmessig avgrensning av målgruppen.

2. *Innføre egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, som deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde.*

Et fritak for egenandeler for helsetjenester bør baseres på enkle, lett dokumenterbare og kontrollerbare kriterier. Eksisterende fritaksregler er i hovedsak basert på alder (eksempel: generelt fritak for barn under 12 år, hos psykolog og psykiater under 18 år) eller diagnose (eksempel: graviditet, diagnoselisten i fysioterapiordningen). Alder og diagnose framgår direkte av enhver refusjonsregning til trygden fra leger, apotek mv. Minstepensjonister er fritatt for egenandel i blåreseptordningen. Dette dokumenteres ved framvisning av melding om pensjonsutbetaling, som for minstepensjonistene er påtrykt en egen melding om egenandelsfritaket.

De fritakskriteriene som her er foreslått, er til sammenligning uttrykk for tilstander som endres over tid. Slike kriterier kan representere problemer både mht. dokumentasjon og kontroll, og kan også resultere i at personer som fritas ett år, ikke oppnår fritak et annet år. Det er et mål at trygdens refusjonsordninger i størst mulig grad er enkle og logiske å forholde seg til for brukere, tjenesteytere og administrasjon. Egenandelstak 1 er på 1740 kroner i 2008, og gir på en enkel måte god skjerming mot urimelig høye utgifter til helsetjenester.

Etter min vurdering er det derfor ikke ønskelig å innføre et slikt egenandelsfritak.

3. *Iverksette et generelt kompetanseprogram i arbeids- og velferdsforvaltningen om psykiske lidelser, særlig rettet mot førstelinjetjenesten i NAV.*

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en "Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012". Planen skal videreføre og styrke den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse. En viktig hensikt med strategien er å sikre en helhetlig offentlig innsats og se arbeidet for personer med psykiske lidelser i sammenheng med NAV-reformens muligheter for samarbeid og brukermedvirkning, og med de arbeids- og aktivitetsrettede tiltak som reformen gir. I arbeidet med å gjennomføre strategien vil det være viktig å rette oppmerksomheten mot personer med psykiske lidelser under 35 år.

Strategien er også en videreføring og styrking av "Vilje Viser Vei" som har vært en satsing på arbeid og psykisk helse i arbeids- og velferdsforvaltningen. Erfaring fra "Vilje Viser Vei" er at medarbeidere i arbeids- og velferdsforvaltningen og kommunalt ansatte i førstelinjetjenesten har behov for mer kompetanse på feltet arbeid og psykisk helse. Strategien er fulgt opp med en konkret "Handlingsplan med tiltak" hvor et av tiltakene er "Kompetanseheving og nettverksbygging i arbeids- og velferdsforvaltningen, sosialtjenestene og helsetjenesten m.fl.", (tiltak 4.1.b.), gjennom en modulbasert kompetansehevingsmodell. Modellen skal sikre at alle ansatte i de nevnte tjenestene og andre offentlige tjenester som bistår personer med psykiske lidelser med å utnytte sin arbeidsevne, samt personell som har ansvar for å bidra til at ansatte ikke faller ut av arbeidslivet, får et felles kunnskapsgrunnlag på feltet arbeid og psykisk helse. Kompetansehevingen skal inngå som integrert del av øvrige opplæringstilbud i de ulike etater. Tiltaket er nå under gjennomføring i arbeids- og velferdsforvaltningen, og et betydelig antall har alt gjennomført opplæringen. Etter min vurdering er derfor forslaget om å "iverksette et generelt kompetanseprogram i arbeids- og velferdsforvaltningen om psykiske lidelser, særlig rettet mot førstelinjen i NAV" allerede godt i gang.

4. *"Øke forskningsbevilgningene til psykisk helse, og vurdere å opprette et eget kompetansesenter for psykisk helse ved en allmennmedisinsk avdeling på et av landets større universiteter".*

Det er et stort behov for forskning om psykiske lidelser, og forskning om forhold som bidrar til god psykisk helse. I tråd med dette er forskningen innenfor dette området styrket og prioritert høyt sammenlignet med mange andre fagområder de siste årene. Det ble i 2008 bevilget omlag 34 mill. kroner til program for psykisk helse (2006-2010) i Norges forskningsråd. Dette er den største tilskuddet som gis til noe forskningsprogram innenfor medisin og helse. I tillegg er psykisk helse et sentralt tema innenfor program for helse- og omsorgstjenester (2006-2010). Program for forskning på psykisk helse har som formål å bidra til utvikling av relevant kunnskap om psykisk helse med sikte på å fremme den psykiske helsen, både forebyggende og behandlende. Nasjonalt folkehelseinstitutt har, i tråd med instituttets strategi, hatt en vesentlig satsing på forskning innenfor psykisk helse de senere årene, og har i dag landets største forskningsmiljø på dette området. Videre har alle de regionale helseforetakene prioritert oppbygging av forskningsaktivitet innenfor psykisk helse, i tråd med nasjonale styringskrav. Nasjonal måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene for 2006 viste at de regionale helseforetakene brukte ca 200 forskningsårsverk innenfor psykisk helseforskning med en kostnad på om lag 186 mill. kroner. Dette tilsvarer 13 prosent av total ressursbruk til forskning som inngår i målesystemet for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Det er således allerede en vesentlig satsing på forskning og kunnskapsoppbygging innenfor psykisk helse i dag. Det er viktig at denne forskningssatsingen koordineres og evalueres for å sikre god utnyttelse av forskningsressursene innenfor dette området.

For å styrke kompetanseheving innenfor psykisk helse er det de senere årene opprettet en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre. Disse omfatter bl.a. regionsentre for barn og unges psykiske helse, kompetansesentre i rettssikkerhets- og fengselspsykiatri, kompetansesentre for brukermedvirkning, kompetanseenheter for psykisk helsearbeid i forhold til samer, nasjonalt og regionale ressurssentre for vold og traumer, samt at et kompetansesenter i lokalt psykisk helsearbeid er under etablering. Det er også opprettet en rekke kompetanseenheter og nettverk knyttet til spesifikke grupper og fagområder.

Helse- og omsorgsdepartementet har opplyst at de i tråd med de signalene som er gitt i årets budsjettproposisjon vil etablere et nytt styringssystem for nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. For å sikre at det er etablert nasjonale kompetansesentre i tråd med tjenestens behov, har departementet i årets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene bedt om at de regionale helseforetakene i samarbeid skal utarbeides et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for og hvor disse skal lokaliseres. I forbindelse med dette oppdraget vil også behovet for nasjonale kompetansesentre innenfor psykisk helse i spesialisthelsetjenesten bli vurdert i et helhetlig perspektiv.

www.stortinget.no A/S O. Fredr. Arnesen