



Innst. S. nr. 189

(2008–2009)

**Innstilling til Stortinget
frå kontroll- og konstitusjonskomiteen**

Dokument nr. 3:5 (2008–2009)

**Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens
undersøking av spesialhelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem**

Vedlegg: Referat frå open høyring



Innst. S. nr. 189

(2008–2009)

Innstilling til Stortinget frå kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument nr. 3:5 (2008–2009)

Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem

Til Stortinget

1. SAMANDRAG

1.1 Innleiing

Manglane innanfor psykiatrien vart i St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet oppsummerte slik: "Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud." Det vart mellom anna peika på at det var for dårleg tilgang til spesialisthelsetenesta. Meldinga og behandlinga av henne i Stortinget førte til at Stortinget den 17. juni 1998 vedtok ein opptrappingsplan for psykisk helse.

I opptrappingsplanen vart det lagt til grunn at om lag 0,75 prosent av den vaksne befolkninga er ramma av alvorlege psykiske lidningar, og at mindre alvorlege lidningar rammar 0,25 prosent. Seinare har Helse- og omsorgsdepartementet kome til at desse overslaga er for låge. I budsjettproposisjonen for 2007 er det uttala:

"Det at antall ventende øker, må ses i sammenheng med at man i Opptrappingsplanen har tatt utgangspunkt i et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov."

Opptrappingsplanen gjaldt opphavleg for perioden 1999–2006. Ved behandlinga av St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004), vart det vedteke å utvide planen med to år til

2008. Årsaka var at det framleis var svak måloppnåing på enkelte område. Den økonomiske ramma var opphavleg på til saman 24 mrd. kroner i auka investeringar og driftsutgifter.

Som ledd i selskapskontrollen for 2005 undersøkte Riksrevisjonen korleis prioriteringsforskrifta vart praktisert. Undersøkinga viste store skilnader mellom helseføretak og mellom helseregionar med tanke på kor stor prosentdelen av rettspasientar var.

Formålet med undersøkinga har vore å finne ut om befolkninga over 18 år har nødvendig tilgang til dei ulike tenestene innanfor psykisk helsevern for vaksne, i kva grad tilbodet er i samsvar med behovet, og om tilboda er likeverdige innanfor spesialisthelsetenesta. Det var også eit mål å finne ut om Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka utøver tilstrekkeleg styring på områda for undersøkinga, og om styringa er basert på relevant og påliteleg styringsinformasjon.

Desse problemstillingane er belyste i undersøkinga:

1. Korleis er kapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne?
2. I kva grad er spesialisthelsetenesta sitt tilbod innanfor psykisk helsevern for vaksne tilstrekkeleg og likeverdig?
3. Har Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka lagt til rette for at det blir registrert og rapportert relevante og gode styringsdata innanfor psykisk helsevern for vaksne, og blir underliggjande verksemdar følgde opp på bakgrunn av denne informasjonen?

1.2 Oppsummering av undersøkinga

Problemstillingane i undersøkinga er belyste ved hjelp av intervju, dokumentanalyse, tilgjengeleg sta-

tistikk, pasientjournalar og ei spørjeskjemaundersøking blant fastlegar.

Det er brukt statistikk frå SINTEF Helse (SAM-DATA), Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk sentralbyrå (SSB) for å kartleggje kapasiteten i tilbodet til vaksne (18 år og over) med psykiske problem. Det er teke utgangspunkt i data for årsverk og døgnplassar frå SAMDATAs sektorrapport for psykisk helsevern. Kapasiteten er målt per 10 000 innbyggjarar i alderen 18 år og over i opptaksområdet til kvar enkelt institusjon, helseføretak eller helseregion.

Dokumentet gjør nærmere rede for datainnhenting.

1.2.1 Behandlingskapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne er ikkje likeverdig

Undersøkinga viser at det i perioden 2003–2006 var ein auke i total kapasitet frå 44,2 til 46,1 årsverk per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over innanfor psykisk helsevern for vaksne. Kapasiteten målt i døgnplassar har i same periode gått ned frå 15,2 til 13,9 døgnplassar, trass i at departementet dei siste åra har sett eit forbod mot nedleggingar av døgnplassar. Kapasiteten målt i fagårsverk er avgjerande for behandlingsskapasiteten. I 2006 var kapasiteten 29,7 fagårsverk. Det finst ingen data som viser behovet for tenester og dermed kva for kapasitet som er nødvendig. Likevel er det mange forhold som peikar mot at tilbodet ikkje er tilstrekkeleg. Det gjeld i første rekkje ubalansen mellom behandlingstilbod og behov som resulterer i lange ventetider. Sjølv om ventetida på landsbasis gjekk ned med ni dagar frå 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007, var ho framleis 53 dagar, med ei spreiding frå 43 dagar (aust) til 65 dagar (Midt-Noreg). Frå 3. tertial 2006 til 3. tertial 2007 gjekk ventetida opp frå 56 til 57 dagar. Undersøkinga viser også at mange verksemdar som har låg kapasitet, kompensere for dette ved å gi uforholdsmessig mange pasientar avslag, eller ved å korte ned på tidslengda på døgnopphald.

Når det gjeld fagårsverka, varierer total kapasitet med 25 prosent mellom region sør, som har lågast kapasitet, og region nord, som har høgast kapasitet. Forskjellen i kapasitet er 30 prosent innanfor dag-/døgntilbodet, og det er også her region sør som har lågast og region nord som har høgast kapasitet. Region Midt-Noreg har lågast kapasitet innanfor det polikliniske tilbodet. Kapasiteten ligg 16 prosent under region nord, som har høgast kapasitet. Sengekapasiteten varierer med 22 prosent mellom region nord, som har lågast kapasitet, og region vest, som har høgast kapasitet.

Det er store regionale skilnader i kapasitet, men dei er vesentleg større når ein samanliknar mellom institusjonar eller helseføretak. Det gjeld også innanfor kvar enkelt region, og både for fagårsverka og

spesialistårsverka. Kapasiteten til det føretaket (sør) som har lågast kapasitet for det polikliniske tilbodet, er 2,2 fagårsverk og 1,3 spesialistårsverk. Eitt føretak i region aust har høgast kapasitet med 12,1 fagårsverk og 8,1 spesialistårsverk. Både dei faktiske og dei relative skilnadene er litt større for dag-/døgntilbodet.

Det har vore ei prioritert oppgåve å etablere distriktpsikiatriske senter (DPS). Blant dei DPS-a som er etablerte, er det fleire som manglar delar av det tilbodet som dei etter føresetnaden skal gi pasientane i sitt dekningsområde. I alle helseregionar er det eitt eller fleire DPS som ikkje har oppretta ambulante team, sjølv om det var eit krav frå departementet for 2006. Det er også DPS som manglar døgnplassar, dagtilbod og eit poliklinisk tilbod. Mange DPS har derfor ikkje den breidda i tilbodet som dei etter føresetnaden skal ha for å fylle den lokalsjukehusfunksjonen som dei er meinte å dekkje. I kommentarane sine til rapporten viser departementet til ei kartlegging Helsedirektoratet har gjennomført i 2008. Den viser at nokre av dei DPS-a som ifølgje undersøkinga manglar dag-/døgntilbod, poliklinikk eller ambulante team, har fått dette på plass i løpet av det siste året.

Det er ingen bemanningsnormer innanfor psykisk helsevern for vaksne. Undersøkinga viser at forskjellane innanfor spesialistårsverka er svært store. Dette må sjåast i samanheng med tilgangen på spesialistar. Innanfor poliklinisk verksemd er forskjellen 55 prosent mellom region Midt-Noreg, som har lågast kapasitet (3,8 årsverk), og region aust, som har høgast kapasitet (5,9 årsverk). Innanfor dag-/døgnverksemda er skilnadene i kapasitet langt mindre (frå 3,1 til 3,8 årsverk). Blant dei 46 DPS-a som er undersøkte, varierer spesialistdelen frå 6 til 43 prosent av fagårsverka. Mellom regionane varierer han med 44 prosent frå 21,8 årsverk (nord) til 31,4 årsverk (aust).

Departementet har i kommentarane sine til rapporten peika på at det er vanskeleg å få eit heilskapleg bilete av det psykiske helsetilbodet når kommunalt psykisk helsearbeid ikkje er omfatta av undersøkinga.

1.2.2 Prioriteringsforskrifta blir ikkje følgt

Pasientar som blir tilviste til spesialisthelsetenesta, skal få vurdert rettane sine i samsvar med prioriteringsforskrifta. Dei som blir tilviste, kan falle i tre forskjellige kategoriar som følgje av denne vurderinga: Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp (rettspasientar), pasientar med rett til anna helsehjelp (uprioriterte), og pasientar utan rett til helsehjelp frå spesialisthelsetenesta (avslag). Rettspasientane står i ein særklasse i forhold til dei andre pasientane. Dei skal tildelast ein frist for når dei seinast skal takast inn til utgreiing/behandling, og fristen skal setjast

uavhengig av kapasiteten i den institusjonen som gjer denne vurderinga.

Lik tilgang til spesialisthelsetenester må byggje på nokolunde lik tilgang til å få retten til helsehjelp vurdert av spesialisthelsetenesta. Undersøkinga av tilvisingspraksisen fastlegane følgjer, viser at det er vidt forskjellige tersklar blant fastlegane for å tilvise pasientar til spesialisthelsetenesta. Det er fleire forhold som resulterer i at prioriteringa av pasientane ikkje fungerer slik som ein hadde rekna med. Ei årsak til dette er at legane i forskjellig grad lèt det faglege skjønnet sitt bli påverka av forhold i andrelinja, særleg av kapasitet og ventetid. Over halvparten av legane seier at desse forholda påverkar tilvisingspraksisen deira i stor eller svært stor grad, og 43 prosent seier det same om kompetansen i spesialisthelsetenesta.

Journalgjennomgangen viser at mange tilvisingar inneheld for lite informasjon om tilstanden til pasienten. Samtidig er tilvisinga det viktigaste, og i dei fleste tilfella også det einaste avgjerdsgrunnlaget for vurderinga av pasienten sin rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Likevel er det sjeldan at spesialisthelsetenesta spør etter tilleggsinformasjon til tilvisinga, og nesten ingen pasientar blir kalla inn til samtale før rettsstatusen deira blir avgjort. Undersøkinga viser at mange avgjerder om pasientane sine rettar blir tekne ut frå mangelfull informasjon om tilstanden til pasientane.

Avslaga varierer frå 3 til 79 prosent i dei poliklinikkane som er undersøkte. Journalgjennomgangen viser at prosentdelen av tunge diagnosar er like høg blant avslaga som blant dei pasientane som får eit tilbod. Berre 44 prosent av fastlegane meiner at ein innanfor same poliklinikk følgjer ei konsekvent linje når det gjeld kva slags pasientar som får avslag. Riksrevisjonens fagkonsulent har mellom anna vurdert tilvisingane for tre pasientar som har fått avslag. Pasientane er tilfeldig valde ut blant pasientane i ein tilfeldig utvald poliklinikk. Fagkonsulenten vurderte alle til å vere klare rettspasientar.

Prioriteringsforskrifta føreset ei objektiv vurdering av pasienten sin tilstand, uavhengig av andre forhold som for eksempel behandlingsskapasitet. Undersøkinga viser at rettspasientar utgjer mellom 11 og 92 prosent av pasientane i dei 15 poliklinikkane. Denne variasjonen er i seg sjølv tilstrekkeleg grunnlag for å slå fast at prioriteringane ikkje kan vere like, dersom ein føreset at sjukdomsbiletet er omtrent likt i dei enkelte områda av landet. Også fastsetjinga av fristar for når behandlinga seinast skal givast, synest meir prega av kapasitetsomsyn enn av omsynet til pasientane. Eit utslag av dette er at dei klinikkane som har høgast avslagsprosent, også opererer med dei lengste

behandlingsfristane. Dei fristane som blir sette har ingen påviseleg samanheng med diagnosane. Ei oversikt over minimums-, maksimums-, gjennomsnitts- og medianverdiane for behandlingsfristane for dei ti mest vanlege diagnosegruppene viser at både maksimums- og medianverdiane ligg klart lågare for dei uprioriterte pasientane enn for dei prioriterte. Rettspasientane kjem betre ut enn dei uprioriterte for seks av dei ti diagnosane når det gjeld minimums- og gjennomsnittsfristane.

I undersøkinga er det valt ut seks tilvisingar frå ein tilfeldig vald poliklinikk. Desse tilvisingane representerer dei tre største diagnosegruppene. Tre pasientar hadde fått ein kort frist på 5–7 dagar, og tre hadde fått ein frist på 182 dagar. Alle som hadde fått ein kort frist av poliklinikken, høyrer til gruppa uprioriterte, mens alle rettspasientane fekk ein frist på 182 dagar. Riksrevisjonens fagkonsulent har kome fram til svært annleis resultat for desse pasientane. Vurderinga fell berre likt ut for éin av dei seks pasientane. Undersøkinga viser at målet om lik praktisering av prioriteringsforskrifta ikkje er innfridd, og det kan setjast spørsmålsteikn ved kvaliteten av det faglege skjønnet som blir utøvd.

Manglande kunnskap om gjeldande regelverk påverkar også resultatet for pasientane. Berre 6 av dei 15 poliklinikkane gir eit tilbod til andre pasientar enn dei med rett til nødvendig helsehjelp. Det er tre ulike årsaker til dette. Nokre klinikkar har så god kapasitet at alle som får eit tilbod, får status som rettspasientar, mens andre klinikkar har så dårleg kapasitet at dei konsekvent avslår alle andre enn rettspasientane. Ei tredje gruppe synest ikkje å vere klar over at også andre enn rettspasientane skal få eit tilbod. Felles for alle årsakene er at dei er i strid med regelverket. Det førstnemnde forholdet kan også undergrave innhaldet i retten til fritt sjukehusval, ved at uprioriterte får rett til nødvendig helsehjelp ved sjukehus med høg kapasitet.

Undersøkinga viser at spesialisthelsetenesta ikkje informerer pasientane så godt om rettane deira som regelverket føreset. Éin klinikk lèt heilt vere å gi pasientane den informasjonen som dei har krav på, men dette skjer også på andre klinikkar overfor enkelte pasientar. Journalgjennomgangen i dei 15 poliklinikkane viser at til saman 14 prosent av pasientane ikkje får noka form for skriftleg informasjon om utfallet av vurderinga frå spesialisthelsetenesta av rettane deira. To klinikkar informerer heller ikkje tilvisande lege om resultatet av tilvisinga. Berre seks klinikkar informerer uprioriterte pasientar om når dei kan vente å få eit tilbod. Sjølv om dei fleste pasientane får informasjon, er det mange manglar i forhold til regelverket, særleg når det gjeld høvet til å klage.

1.2.3 Kvaliteten på styringsdata er ikkje tilfredsstillande

Det er ein grunnleggjande føresetnad for all styring at ein har noko å styre etter, dvs. at ein har måleiningar og målemetodar som gir påliteleg informasjon om utvikling og status innanfor sektoren. Undersøkinga viser at denne føresetnaden ikkje blir innfridd innanfor psykisk helsevern for vaksne. Det er brei semje om at kvaliteten på data ikkje held mål, og departementet har fleire gonger peika på at helsestatistikken har store manglar, mellom anna at data som blir rapporterte til pasientregisteret, har klare kvalitetsbrestar. For enkelte datasett er kvalitetsmanglane så omfattande at dei ikkje eingong blir offentleggjorde.

Døgnplassane kan ikkje utan vidare samanliknast fordi dei representerer vidt forskjellige tilbod med heilt ulike krav til ressursinnsatsen, for eksempel for akutt- og sjukeheimplassar innanfor psykisk helsevern for vaksne. Forskjellig organisering og avgrensing av tenestene fører til ulik rapportering av årsverka, og det blir ikkje korrigert for overtid, fråvær og kjøp av arbeidsinnsats frå andre.

For ventelistedata har feila vore så store at Norsk pasientregister (NPR) hausten 2007 korrigererte data for heile perioden 2002–2007. Generelt er det slik at helseføretaka sine rapporteringar til NPR er avgjerande for datakvaliteten. I 2006 var det berre tre HF som rapporterte tilfredsstillande på det formatet som blir kravd (NPR-melding), sjølv om formatet har eksistert heilt sidan 2003. For kvart einaste rapporteringstidspunkt er det einingar som ikkje leverer data, sjølv om systema er på plass. Ei undersøking av opplysningane på nettstaden til fritt sjukehusval viser at 30 prosent av behandlingsstadene ikkje rapporterer forventa ventetider, 24 prosent differensierer ikkje forventa ventetid for dei forskjellige typene lidningar, og 17 prosent oppdaterer ikkje data kvar månad slik det er føresett. Det fører til at det samla sett berre er ein tredel av behandlingsstadene som har ei tilfredsstillande rapportering av forventa ventetider.

1.2.4 Svak styring og oppfølging både frå RHF-a og Helse- og omsorgsdepartementet

Dei regionale helseføretaka har i oppdragsdokumenta til helseføretaka teke inn 22 av dei 24 krava som departementet har stilt overfor RHF-a. Det gjeld alle særskilde krav for psykisk helsevern for vaksne (13 krav) og 9 av dei 11 generelle krava. Samla blir det 110 rapporteringspunkt for dei fem RHF-a. Undersøkinga viser manglande rapportering for omtrent halvparten, og at det i særleg grad gjeld dei generelle krava. For berre fem av krava som inngår i undersøkinga, blir det rapportert om korleis utviklinga har vore i 2006, og kva som var status ved

utgangen av dette året. Manglande rapportering for over halvparten av krava fører til at det ikkje ligg føre informasjon om måloppnåinga for ein tilsvarande prosentdel. Dette er medverkande til at det i berre ti tilfelle (9 prosent), blir rapportert om måloppnåing.

I møte med revisjonen har RHF-a uttrykt at oppfølginga ikkje var tilfredsstillande for 2006. Sjølv om ho seinare er vorten betre, er det likevel stor grad av semje om at oppfølginga framleis er mangelfull. Ei vesentleg årsak er etter deira meining den knappe tida som står til rådvelde. RHF-a opplever det også som utfordrande at det er nødvendig å gå gjennom krava i oppdragsdokumentet for å avgjere kva for målsetjingar som gjeld for det aktuelle året, og kva for målsetjingar som er langsiktige og strekkjer seg ut over året. Mange krav er så opne at det er nødvendig å gi dei innhald ved å konkretisere dei. Sjølv tilsynelatande presise krav kan vere upresise fordi det er ein uklar definisjon av sjølvne måleininga.

For at RHF-a si rapportering til departementet skal bli betre enn HF-a si rapportering, er det nødvendig at RHF-a følgjer opp dei omfattande manglane i dei årlege meldingane frå HF-a.

Undersøkinga viser at det samla sett er manglande rapportering frå RHF-a for 50 av 120 rapporteringspunkt (42 prosent), med omtrent lik fordeling for dei to gruppene av krav (psykiatri/generelt). Totalt er rapporteringa tilfredsstillande i berre sju tilfelle, og berre to gjeld psykiatrikrava. Som for HF-a fører manglande rapportering til at det ikkje ligg føre informasjon om måloppnåinga for ein tilsvarande del (42 prosent). Mellom anna som følgje av dette blir det rapportert om berre 16 tilfelle av måloppnåing.

RHF-a meiner at det er altfor mange krav å halde seg til, og peikar på at føretaka er underlagde eit omfattande regelverk som i seg sjølv gjer ein del av krava overflødige. Departementet har følgd opp RHF-a si rapportering ved brev av 20. april 2007 til dei regionale helseføretaka. Berre eit av krava som vi har brukt i undersøkinga, er med i oppfølginga, og gjeld regionane aust og nord. Det betyr at departementet ikkje følgjer opp styringsbodskapen sin overfor dei regionale helseføretaka i tilstrekkeleg grad når ein tek omsyn til dei omfattande manglane i dei årlege meldingane frå RHF-a.

I kommentarane sine til rapporten viser departementet til at strukturen i oppdragsdokumentet er endra for å gjere det tydeleg kva som er langsiktige mål, og kva som er krav som ein ventar blir gjennomførte i budsjettperioden for dokumentet. Departementet seier òg at det vil utvikle ein mal for tilbake melding i årleg melding for å sikre at meldinga gir god informasjon om utviklinga og korleis status på dei forskjellige områda er, samtidig som malen vil standardisere tilbakemeldinga.

1.3 Riksrevisjonens merknader

Undersøkinga viser at det er store skilnader i kapasitet innanfor psykisk helsevern for vaksne både mellom regionar, helseføretak og dei enkelte institusjonane. Sjølv om den totale kapasiteten i form av årsverk har vore aukande, har ikkje dette ført til ei utjamning mellom helseregionane. Forskjellane i kapasitet mellom regionane varierer med 16 prosent for det polikliniske tilbodet, 22 prosent for døgnplassane, 30 prosent for dag-/døgntilbodet, og 25 prosent for det totale tilbodet. Samtidig er samansetjinga av denne kapasiteten svært forskjellig. Prosentdelen av spesialistar varierer mellom regionane med 23 prosent for dag-/døgntilbodet og 55 prosent for det polikliniske tilbodet. Skilnadene i kapasitet og i tilgangen på spesialistar er vesentleg større mellom dei enkelte føretaka og mellom DPS-a. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om desse skilnadene kan sameinast med kravet om likeverdig tilgang til spesialisthelsetenesta, og om dei verksemdene som har lågast spesialistdel, er i stand til å dekkje pasientane sine behov og den funksjonen dei skal fylle.

Undersøkinga viser at det ikkje ligg føre data som beskriv behovet for tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. Det er derfor ikkje mogleg å trekkje sikre slutningar om dekningsgraden for tenestene, sjølv om ventetidene indikerer manglande balanse mellom tilbod og etterspurnad. Etter Riksrevisjonens vurdering må det leggjast større vekt på å få påliteleg informasjon om behovet for tenester.

Undersøkinga viser at det varierer i kva grad legane i førstelinja tilviser pasientar til andrelinja. Mange fastlegar opplyser at dei tilpassar sin tilvisingspraksis ut frå kapasitet og ventetid i andrelinja. Klinikkar med høg kapasitet tek imot nesten alle som blir tilviste, mens dei med låg kapasitet gir avslag til storparten av pasientane. Også lengda på dei fristane som blir sette, er vidt forskjellig og synest å vere påverka av kapasiteten. Undersøkinga viser vidare at mange institusjonar har ein praksis som er i strid med prioriteringsforskrifta. Enkelte institusjonar gir berre eit tilbod til dei pasientane som har rett til nødvendig helsehjelp, mens andre tek inn nesten alle pasientar som er tilviste frå eige opptaksområde. Begge forhold har som konsekvens at innhaldet i retten til fritt sjukehusval blir svekka. Éin klinikk gir ingen informasjon til pasient eller tilvisar, ein annan gir ingen informasjon til tilvisar, og for nesten alle gjeld det at dei ikkje informerer tilviste pasientar godt nok om rettane deira, og særleg gjeld det for tilgangen til å klage. Riksrevisjonen konstaterer at sjølv om dei regionale helseføretaka og departementet over fleire år har hatt merksemda retta mot desse forholda, så er det framleis stor svikt i etterlevinga av dette regelverket. Etter Riksrevisjonens oppfatning er det nødven-

dig med andre og/eller meir omfattande tiltak for å sikre at regelverket vert etterlevd.

Undersøkinga viser at det både manglar viktige styringsdata, og at styringsdata som ligg føre, ikkje held tilfredsstillande kvalitet. Grunndata blir registrerte og rapporterte ulikt fordi omgrep blir tolka ulikt, tenester blir avgrensa forskjellig, og relevante data blir utelatne. Etter Riksrevisjonens vurdering synest det som om dei regionale helseføretaka har vore for lite aktive med tanke på å få kvar enkelt verksemd til å rapportere data til nasjonale register og kvalitetssikre data i tilstrekkeleg grad.

Undersøkinga viser at det manglar rapportering for ein stor del av styringskrava både hos HF-a og RHF-a. Dei rapporteringane som blir gitt, manglar ofte informasjon om utviklinga i året og status ved utgangen av året. Måloppnåinga er svært låg, og er dessuten usikker på grunn av den dårlege kvaliteten på rapporteringa. Undersøkinga viser dessutan at desse omfattande manglane nesten ikkje blir følgde opp. Riksrevisjonen finn derfor grunn til å reise spørsmål ved om departementet og dei regionale helseføretaka i tilstrekkeleg grad følgjer opp styringssignala sine.

1.4 Svar frå Helse- og omsorgsdepartementet

Saka er lagd fram for Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev til Riksrevisjonen datert 3. november 2008 svara:

"... Situasjonsbeskrivinga i rapporten har mange trekk til felles med beskrivinga i dei årlege budsjettframlegga for Stortinget.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) inneber ei kraftig satsing på å etablere eit verdig helsetilbod til menneske med psykiske lidningar. Dobbelt så mange menneske med psykiske lidningar får hjelp av spesialisthelsetenesta i 2008 som i 1998. Med bakgrunn i opptrappingsplanen er det psykiske helsearbeidet i kommunar og helseføretak styrkt med nærmare 10 000 nye årsverk.

Over 3 000 av desse er i DPS (distriktpsychiatriske senter). Gjennom planen er det bygd ut desentraliserte tenester for menneske med psykiske problem i alle kommunar i landet. Det handlar om bustader, sysselsetjing, tiltak i skule og arbeidsliv, kulturtiltak og tilbod om behandling. Det er etablert 75 distriktpsychiatriske senter som gir spesialisert behandling og oppfølging i nærmiljøet til pasienten, og som no dekkjer heile landet. Desse sentra inneheld poliklinikk, oppsøkjande tenester, dag- og døgntilbod og er viktige samarbeidsarenaer i tilknytning til psykisk helse. Helsedirektoratet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt fagleg innhald, tenestetilbod og organisering ved dei 75 DPS-a som er etablerte gjennom opptrappingsplanen i perioden 1998 til 2008.

Kartlegginga Helsedirektoratet har utført, vil danne grunnlaget for det vidare arbeidet innanfor området. Gjennomgangen viser at vi gjennom opptrappingsplanen har kome eit stykke på veg, men at

det er store utfordringar, også etter at opptrappingsplanen blir fasa ut, knytte til tilgjenge, kompetanse og tilbod ved dei desentraliserte sentra. Denne rapporten er grundigare når det gjeld å sjå på det samla tilbodet ved DPS-a, men samsvarer med Riksrevisjonens rapport med tanke på at det framleis står att eit større omstillingsarbeid i psykisk helsevern før likt tilgjenge, nok kvalifisert personell og tilfredsstillande samhandling mellom DPS-a og dei sentrale sjukehusa på den eine sida og det kommunale tilbodet på den andre er på plass.

I tillegg til den jamlege rapporteringa blir det gjennomført ei ekstern evaluering av opptrappingsplanen. Denne evalueringa omfattar eit tjuetals prosjekt i forskjellige forskingsmiljø og blir koordinert av Noregs forskingsråd, som også har i oppdrag å lage ei samanstilling av dette arbeidet til sommaren 2009. Relevante delrapportar frå evalueringsprosjektet har lege til grunn for justeringar som er gjorde undervegs i opptrappingsperioden.

Riksrevisjonen har hovudsakleg sett på det polikliniske tilbodet ved DPS-a, noko som gir eit avgrensa bilete av det totale hjelpeapparatet innanfor psykiske helsetenester. Gjennom opptrappingsplanen er det satsa vesentleg på å byggje opp eit robust lågterskeltilbod i kommunane, som ikkje inngår i Riksrevisjonens undersøking. Elles går ca. 80 prosent av ressursane i psykisk helsevern til døgnbehandling.

Riksrevisjonen peikar på at det er mange forhold som tyder på at tilbodet ikkje er tilstrekkeleg, og at årsaka til dette er ein ubalanse mellom behandlingstilbod og behov som resulterer i dei lange ventetidene. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at vi i Noreg i 2007 brukte 14,7 mrd. kroner på psykisk helsevern (spesialisthelsetenesta), og ca. 5,8 mrd. kroner på psykisk helsearbeid i kommunen. Helse- og omsorgsdepartementet meiner at det innanfor desse rammene er betydelege gevinstar å hente gjennom omstillingar og modernisering, for på denne måten å betre tilgjenge til hjelp, og få ned ventetida. Pasientteljingane som blir gjennomførte av SINTEF, med 4–5 års mellomrom, tyder mellom anna på at det framleis er mange personar i sjukehus som ville hatt større utbytte av eit relevant tilbod i kommunen eller i DPS. Dette inneber ein ikkje reint liten flaskehalsproblematikk i systemet, og at det derfor framleis er betydelege utfordringar knytte til det å få på plass ei moderne utoverretta teneste som i større grad enn i dag kan bidra til at menneske med psykiske lidningar kan meistre eit normalt liv utanfor institusjon.

Dei grepa regjeringa varslar i Statsbudsjettet for 2009, legg sterk vekt på heilskap og samhandling. Hovudtiltak går på å betre tilgjenge til psykologhjelp og generelt styrkje lågterskeltilbod i kommunane, vidare omstilling av spesialisthelsetenesta for å auke tilgjenge og konkrete tiltak som skal betre samhandling på tvers og innanfor forvaltningsnivåa. Departementet har også i fleire år, gjennom oppdragsdokumentet til dei regionale helseføretaka, gitt styringssignal om at legespesialistutdanninga innanfor psykiatri skal vere eit prioritert område.

Sidan helseføretaksreforma i 2002 har departementet arbeidd for å utvikle styringshjulet overfor dei regionale helseføretaka. Oppdragsdokumentet er utarbeidd innanfor rammene for det overordna styringsprinsippet i staten, som er mål- og resultatstyring. Oppdragsdokumentet er forankra i løyvingreglementet til Stortinget og i reglementet for og

føresegnene om økonomistyring i staten. Det berande prinsippet er at tilskotsforvaltar stiller krav til tilskotsmottakar i tilknytning til dei løyvingane som blir stilte til disposisjon for mottakaren. Rammeverket gir fridom til å bestemme korleis mål skal utformast, og korleis resultata skal målast og følgjast opp. Styringskrava er retta mot dei regionale helseføretaka.

For 2009 vil departementet spisse krava i oppdragsdokumentet, for å oppnå ei meir konkret rapportering frå RHF-a i årleg melding. Samtidig utarbeider departementet ein mal for årleg melding for 2008, som skal sikre at det i større grad går an å samanlikne rapporteringane frå dei regionale helseføretaka. I tillegg skal malen bidra til at dei regionale helseføretaka tydeleggjer når resultat er oppnådde, og kva for tiltak dei har sett i verk for å nå resultata. I tilfelle der dei ønskte resultata ikkje er oppnådde, skal dei regionale helseføretaka beskrive når det er forventat at tiltaket er ferdigstilt, og kva for planar, prosessar og verkemiddel som vil bli sette i verk for at tiltaket skal oppfyllest. Saman med kvalitetsindikatorane, som er brukte som styringsparametrar i oppdragsdokumentet, vil dette gi departementet den nødvendige informasjonen om utviklinga i RHF-a.

I samsvar med spesialisthelsetenestelova § 2-1 er det dei regionale helseføretaka som har ansvaret for å sjå til at befolkninga får tilstrekkelege og kvalitativt gode spesialisthelsetenester. Spesialisthelsetenesta er kompleks og samansett. Dette krev kontinuerleg utvikling og oppfølging på fleire nivå i forvaltninga og kan ikkje berre overlatast til eit mål- og rapporteringssystem. Riksrevisjonen peikar likevel på relevante paradoks mellom dei lovmessige føresetnadene som ligg til grunn for mål- og resultatstyring og den komplekse og samansette organisasjonen lova skal styre. Helse- og omsorgsdepartementet vil intensivere arbeidet med å gjere både rapporteringa og oppfølginga av styringshjulet klarare.

Riksrevisjonen meiner at dei regionale helseføretaka har for kort tid til å utarbeide årleg melding. Departementet vil i samband med det vise til at datoen for når dei regionale helseføretaka skal sende årleg melding, har vorte justert tidlegare. Vidare har regionale helseføretak som har hatt problem med å levere innan fristen, fått utsetjing. For å kunne behandle årleg melding forsvarleg og kunne gi tilbakemelding i føretaksmøte i samsvar med lov om helseføretak, meiner departementet at årleg melding må sendast til departementet 1. mars, slik vedtektene for dei regionale helseføretaka slår fast.

Rapporten bruker i omtalen sin nemningar som "vaksenpsykiatri", "psykiatrien", "psykiatriske pasientar" og liknande. I samsvar med grunnlagsdokumenta til Opptrappingsplanen for psykisk helse (98–08) blir det tilrådd at ein bruker "psykisk helsevern for vaksne" og "personar med psykiske lidningar/problem". Psykiatri er den medisinske spesialiteten innanfor dei psykiske helsetenestene.

Riksrevisjonen kritiserer også i stor grad tilgjenge særleg på polikliniske tenester. Dette kjem til uttrykk når Riksrevisjonen peikar på at tenestene tolkar prioriteringsforskrifta svært ulikt. Dette gjer at mange som av Riksrevisjonens faglege rådgiar blir vurderte til at dei burde fått "rett til nødvendig helsehjelp", ikkje får tilbod om behandling. Denne kritikken samsvarer med departementet si forståing av dei utfordringane som gjeld tilgjenge generelt, og ulik praksis i forhold til prioritering i psykisk helsevern.

Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide 30 rettleiarar for fagleg prioritering til spesialisthelsetesta, mellom anna også psykisk helsevern. Bakgrunnen for utviklingsarbeidet er at kartleggingar viser at tenesta praktiserer prioriteringsforskrifta forskjellig. Rettleiarane skal sørge for ein meir einskapleg praksis mellom regionane og sikre at dei som har behov for eit behandlingstilbod, får det. Det generelle utviklingsarbeidet for vidare omstilling av psykisk helsevern og styrkinga av det kommunale tilbodet skal òg bidra til å betre tilgjenge.

I oppdragsdokumentet for 2008 har departementet gitt dei regionale helseføretaka i oppdrag å etablere system som gjer at dei private avtalespesialistane innanfor psykisk helsevern blir betre integrerte i det polikliniske tilbodet ved DPS-a. Det er framleis ei utfordring at mange som har behov for akutt psyko- loghjelp, blir ståande aleine med ei tilvising til privat avtalespesialist, og ei telefonliste med aktuelle namn ein må kontakte sjølv.

Det er som Riksrevisjonen peikar på, framleis behov for å vidareutvikle helsetilbodet til menneske med psykiske problem eller lidningar. Departementet er einig i at det er viktig å få ein betre kvalitet på tilvisingar, vidareutvikle Helse- og omsorgsdepartementet sine mål og resultatstyring av dei regionale helseføretaka, og dessutan styrkje vurderingskompetansen og sørge for at prioriteringsforskrifta blir brukt i samsvar med intensjonen i Nasjonal helseplan (2007–2010) om at helsetenester skal vere tilgjengelege og rettferdig fordelte."

1.5 Uttale frå Riksrevisjonen

Riksrevisjonen og Helse- og omsorgsdepartementet er samde i at det framleis er store utfordringar knytte til tilgjenge, kvalitet på tilvisingane, praktisering av prioriteringsforskrifta, kompetanse og styring innanfor psykisk helsevern for vaksne.

Undersøkinga viser at det er store innbyrdes skilnader i kapasitet og prosentdel av spesialistar, både mellom helseregionar, føretak og institusjonar. Departementet uttalar i sitt svar at det innanfor dei eksisterande økonomiske rammene er betydelege gevinstar å hente gjennom omstillingar og modernisering. Etter Riksrevisjonens vurdering er skilnadene for store til at problema kan løysast berre gjennom omstilling. Kapasiteten er så låg i enkelte område at Riksrevisjonen meiner det er nødvendig med ytterlegare tiltak for å nå målet om likeverdige tenester.

Undersøkinga har vist at institusjonane praktiserer prioriteringsforskrifta svært ulikt. Departementet viser i sitt svar til at Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide rettleiingar for prioritering, som vil gi ei felles plattform i arbeidet med å få meir einsarta prioriteringar. Riksrevisjonen viser til at det alt blir brukt rettleiingar i dette arbeidet, og at det derfor også er nødvendig med andre tiltak. Etter Riksrevisjonens oppfatning må dei regionale helseføretaka sørge for å implementere desse rettleiingane ute i helsetenestene, og departementet må følgje opp og sjå til at dette skjer.

Etter Riksrevisjonens vurdering gir mange av dei undersøkte klinikkane for lite informasjon om resultatet av vurderingane, pasientane sine rettar og høvet til å klage. Dette fører til at pasientane manglar tilstrekkeleg informasjon til å kunne ta vare på sine egne rettar. Riksrevisjonen vil peike på at dette ikkje berre er i strid med regelverket, men også med målsetjinga om at brukarperspektivet skal leggjast til grunn for tenestetilbodet.

Undersøkinga viser at kvaliteten på tilgjengelege data er dårleg, og at det manglar data for grunnleggjande forhold som for eksempel etterspørselen etter tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. Styringsdialogen mellom helseføretaka og dei regionale helseføretaka og mellom dei regionale helseføretaka og departementet er lite dynamisk. På begge nivå blir det årleg fastsett ei rekkje styringskrav og indikatorar som det i liten grad blir rapportert på, og som heller ikkje blir følgde opp. Departementet har i svaret sitt vist til at det vil intensivere arbeidet med å gjere både rapporteringa og oppfølginga av styringshjulet klarare. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig å vidareutvikle mål- og resultatstyringa for å få ei god styring av området, og for å unngå at styringsautoriteten til departementet og dei regionale helseføretaka blir undergraven.

2. BEHANDLING I KOMITEEN

Som eit ledd i komiteen si behandling av saka, vart det 24. februar 2009 heldt ei open høyring i saka. Tema for høyringa var:

- Var opptrappingsplanen realistisk når en tok utgangspunkt i at 0,75 prosent av den voksne befolkningen blir rammet av alvorlige psykiske lidelser og at 0,25 prosent får mindre alvorlige lidelser? Hva sier nye estimat om behovet i dag?
- Har spesialisthelsetjenesten prioritert i tråd med føringer fra regjering og Storting (prioriteringsforskriften)?
- Behandlingstilbudet varierer mellom helseregionene, og det synes som om prioriteringsforskriften i liten grad blir fulgt i noen regioner. Hvilken betydning får dette for diagnostisering og behandling?
- Riksrevisjonen påpeker at mangelfull rapporteringspraksis fører til at styringskravene ikke kan måles. Hva har departementet gjort for å bedre rapporteringspraksisen fra helseregionene?
- Hvor stor er sammenhengen mellom satsingen i kommunene og situasjonen i spesialisthelsetjenesten i forhold til ventelister, type tilbud og kvalitet på tilbudet?

Følgjande deltok på den opne kontrollhøyringa:

- Tidlegare helseminister Dagfinn Høybråten
- Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen
- Den norske legeforening
- Norsk Psykologforening
- Norsk Sykepleierforbund
- Rådet for psykisk helse
- Mental Helse Norge
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri.

Referatet frå høyringa følgjer som vedlegg til innstillinga.

3. MERKNADER FRÅ KOMITEEN

Komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Berit Brørby, Svein Roald Hansen og Ivar Skulstad, frå Framstegspartiet, Carl I. Hagen og leiaren Lodve Solholm, frå Høgre, Per-Kristian Foss, frå Sosialistisk Venstreparti, Ingvild Vaggen Malvik, frå Kristeleg Folkeparti, Ola T. Lånke, og frå Senterpartiet, Rune J. Skjælaaen, meiner Riksrevisjonen si undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem viser at det er store skilnader mellom dei fire (fem) helseregionane. Dette gjeld kapasiteten både i døgnplassar og i poliklinisk verksemd. Komiteen viser òg til at undersøkinga seier at det er ein klår samanheng mellom kapasitet og tal på tilvisningar. Dette inneber etter komiteen si meining at pasientar som skulle vore tilvist til spesialisthelsetenesta ikkje får den naudsynte vurderinga dei etter lova har krav på.

Komiteen vil peike på at Riksrevisjonens undersøking berre omfattar spesialisthelsetenesta, medan det er det samla tilbodet som også omfattar dei kommunale tenestene, som viser totaliteten i tilbodet til personar med psykiske lidningar. Røynslene med opptrappingsplanen for psykisk helse peiker i retning av at det har vært mest krevjande å omstille dei psykiske helsetenestene. Dette var konklusjonen i budsjettproposisjonen for 2004, der det blei lagt frem ein evalueringsrapport med gjennomgang av opptrappingsplanen. I budsjettproposisjonen blei det synliggjort at manglande omstilling mange stader var til hinder for betre utnytting av ressursane, mellom anna stod det at den største utfordringa når det gjeld sjukehusplassar, var å ha riktig type plassar tilgjengeleg i høve til behova til dei ulike pasientgruppene. For det vidare arbeidet med opptrappingsplanen blei det vektlagt at det var ei viktig utfordring for dei regionale helseføretaka å mellom anna utvikle kulturar og holdningar med vekt på brukarperspektivet, meistringsperspektivet, heilskap, samarbeid og fokus på lokalbasert psykisk helsearbeid, og også betre til-

gjenge og reduksjon av ventetider. Ei godt utbygd kommunal helseteneste bør kunne dempe behova i spesialisthelsetenesta, mellom anna gjennom lav terskel for å få tidlig hjelp. Samstundes er eit utstrakt samarbeid mellom nivåa gunstig for pasientanes oppleving av eit heilskapleg pasienttilbod. Komiteen viser til at Regjeringa har varsla ei stortingsmelding i nær framtid om samhandling.

Medlemmene fra Fremskrittspartiet mener at nedbyggingen av døgnplasser ved sykehuse sene har gått raskere og lengre enn hva opptrappingsplanen la opp til, og at rapporten nå avslører alvorlig svikt i behandlingstilbudet og oppfølgingen av dem med alvorlige psykiske diagnoser. Disse medlemmer mener at behandlingstilbudet til dem med alvorlige psykiske diagnoser må styrkes med flere døgnplasser, og at oppfølging av pasientene må kvalitetssikres bedre.

Det er, slik komiteen ser det, alvorleg at fastlegane har so ulike tersklar på tilvisningar til spesialistvurdering, og at det faglege skjønn i så stor grad vert påverka av tilbodet. Komiteen meiner vidare at det er urovekkande at mange tilvisningar er mangelfulle og at spesialisthelsetenesta ved slike høve sjeldan spør etter meir informasjon. Komiteen meiner det er alvorleg at ein slik praksis fører til at avgjerder om pasientane sine rettar blir tatt ut frå mangelfull informasjon om tilstanden til den enkelte pasient. Komiteen ber departementet følgja opp problemstillingane knytt opp mot tilvisingspraksisen, slik at pasientane får lik handsaming. Komiteen er elles nøgd med at Helsedirektoratet utformer rettleiarar til føresegn for prioritering, slik helseministeren uttala på komiteen si høyring i saka.

Medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ser det som alvorlig at det i mange tilfeller ikke er pasientens helsetilstand som avgjør hva slags behandling pasienten får. Disse medlemmer viser til at legenes henvisningspraksis også preges av vurderinger om helseforetakenes egen kapasitet, og om DPS har faglig god nok kompetanse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at det bør iverksettes flere tiltak for å løse utfordringene, bl.a. må pasientene få vurdert sitt behov for behandling på et bedre faglig og mer uavhengig grunnlag.

Komiteen viser til Riksrevisjonens funn om at kvaliteten på styringsdata ikkje er tilfredsstillande og at til dømes data som er rapporterte til Norsk pasientregister har klåre kvalitetsbrestar. Dårleg og mang-

lande rapportering gjer etter komiteen si meining det særers vanskeleg både for dei regionale helseføretaka og for departementet å skaffa oversikt over måloppnåing. Komiteen har merka seg at departementet no har skjerpa krava til rapportering og laga ein mal for årleg melding som skal gjera styringsdialogen betre. I tillegg har departementet gjort oppdragsdokumentet til dei regionale helseføretaka tydelegare i høve til kva som skal rapporterast. Desse tiltaka er etter komiteen si meining naudsynte for at departementet skal kunne registrera måloppnåing i behandlingstilbodet.

Komiteen viser til høyringa kor det vart streka under frå fleire instansar at god samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er avgjerande for om pasientane skal ha eit kvalitativt godt behandlingstilbod. Komiteen meiner dei tiltaka Regjeringa varsla i statsbudsjettet for 2009 om å betre tilgongen til psykologhjelp og styrka lågterskeltilbodet i kommunane, er naudsynte tiltak saman med vidare omstilling i spesialisthelsetilbodet. Det er, etter komiteen si meining, rett av departementet å gje tydelege signal til helseføretaka om å auka legespesialistutdanninga innan psykiatri. Det er ikkje tilfredsstillande at DPS i fleire helseføretak manglar kvalifiserte fagfolk for diagnostisering og behandling.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti påpeker at målsettingen om 184 psykologer i kommunene langt fra er nådd. Antallet psykologer må økes betraktelig utover det Regjeringen har lagt opp til for å imøtekomme opptrappingsplanens mål. Det må også opprettes flere lett tilgjengelig lavterskeltilbud i kommunene som retter seg mot alle aldersgrupper.

Komiteen er tilfreds med at avtalespesialistane skal knytast tettare opp mot helseføretaka slik at dei i større grad vert ein integrert del av det totale behandlingstilbodet, og at dei skal rapportera meir nøyaktig til Norsk pasientregister om deira sitt virke.

Komiteen meiner at det må etablerast gode ordningar som gjer pasientane betre informasjon om ulike tilbod og om ventetider, samt eit betre system for tilvisning til avtalespesialistar.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre mener at mangel på døgnkapasitet og på spesialister innenfor helseforetakenes egne virksomheter, i tillegg bør løses ved å gi pasientene rett til behandling hos avtaleløse spesialister, og ved private klinikker med adekvat kompetanse.

Komiteens medlem fra Høyre mener imidlertid at det må etableres ordninger som sikrer god prioritering og ressursbruk hos private aktører.

Komiteen er oppteken av likeverdige tilbod innan psykisk helsevern skal vera tilgjengeleg uavhengig av kor ein bur og meiner det er eit viktig nasjonalt mål. Riksrevisjonen si undersøking viser at det er store skilnader på behandlingstilbodet helseføretaka imellom. Komiteen forventar at departementet i samband med handsaminga av Nasjonal helseplan i 2010 viser vegen fram mot dette målet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er for øvrig bekymret for konsekvensene av at øremerkingen av midler til psykiske helsetjenester har opphørt fra 2009, når Riksrevisjonens rapport avdekkjer at det fortsatt er store udekkede behov på området. Disse medlemmer mener Regjeringen må følge utviklingen tett og kontinuerlig for å vurdere om den opphørte øremerkingen svekker det psykiske helseilbudet både i spesialisthelsetjenesten og i den enkelte kommune. Det må også være en høyt prioritert oppgave å kontinuerlig iverksette tiltak for å sikre likeverdige tjenester til denne pasientgruppen i hele landet.

Komiteen vil avslutningsvis gje uttrykk for at norsk psykiatri var i svært dårleg forfatning då Opptrappingsplanen for psykisk helse blei sett i verk i 1998. Mykje er blitt betre gjennom dette tiårige krafttaket. Men rapporten frå Riksrevisjonen og dei synspunkta som kjem fram under komiteens høyring, syner at det framleis gjenstår store utfordringar for å sikre at tilbodet til personar med psykiske lidningar blir godt nok.

Komiteen vil peike på at det dei seinare åra ved fleire høve har blitt debatt rundt det psykiske helsevernet i tilknytning til drapssakar. Komiteen har merket seg at helse- og omsorgsministeren har nedsett eit utval som skal gå gjennom drap som er utført dei siste fem åra av menneskjer med kjent psykisk lidning. Komiteen ber om at Stortinget – på egna måte – blir informert om resultata av denne gjennomgangen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre vil vise til at mange psykisk syke personer som soner i norske fengsler, ikke får det tilbudet de har behov for grunnet manglende plasser ved sikkerhetsavdelinger innen psykiatrien. Dette er personer med svært alvorlige psykiske lidelser og som helt åpenbart skulle vært til behandling i helsevesenet og ikke måtte sitte isolert i et fengsel grunnet fare for seg selv, de ansatte og medfanger.

Disse medlemmer viser til at antall plasser i sikkerhetspsykiatrien er redusert fra 228 til 191 i perioden 2005 til 2008. Det er viktig, slik disse medlemmer ser det, at det til enhver tid er tilgjengelige plasser innen sikkerhetspsykiatrien slik at fengslene kan få overført disse personene raskt fra fengsel og over til psykiatrien der de kan få rask hjelp. Disse medlemmer vil i den forbindelse vise til denne utfordringen som blant annet direktøren ved Ila Landsfengsel har varslet om når det gjelder nettopp denne problemstillingen. Disse medlemmer er av den oppfatning at dette bare kan løses ved at en får til et bedre samarbeid mellom helsemyndighetene og justissektoren. Det er derfor viktig at helse- og omsorgsministeren og justisministeren sørger for at det raskt kommer på plass en avklaring om hvordan en skal kunne løse problemene knyttet til de fangene som har alvorlige psykiske lidelser og som heller ikke får plass i sikkerhetspsykiatrien før etter svært lang tid. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at det er tilgjengelige plasser innen sikkerhetspsykiatrien til å

kunne motta alvorlig psykisk syke fanger fra norske fengsler."

4. FORSLAG FRÅ MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det er tilgjengelige plasser innen sikkerhetspsykiatrien til å kunne motta alvorlig psykisk syke fanger fra norske fengsler.

5. TILRÅDING FRÅ KOMITEEN

Komiteen har elles ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument nr. 3:5 (2008–2009) – om Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem – vert lagd ved protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 31. mars 2009

Lodve Solholm

leiar

Rune J. Skjælaaen

ordførar

Vedlegg

Referat frå open høyring om

Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem (Dokument nr. 3:5 (2008-2009))

Høyring tysdag den 24. februar 2009:

Tidlegare helseminister Dagfinn Høybråten	* 3
Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen	* 10
Den norske legeforening, Norsk psykologforening og Norsk Sykepleierforbund	* 17
Rådet for psykisk helse, Mental Helse og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri	* 27

**Open høyring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
tysdag den 24. februar 2009 kl. 16.15**

Møteleiar: Lodve Solholm (FrP)
(leiar i komiteen)

S a k :

Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem (Dokument nr. 3:5 for 2008–2009)

Møteleiaren: Då er klokka 16.15, og vi er klare til å gå i gang med den opne høyringa.

På vegner av kontroll- og konstitusjonskomiteen vil eg få lov til å ønske velkomen til denne høyringa. Komiteen har vedteke å halde ei open høyring om handsaminga av Dokument nr. 3:5 for 2008–2009 Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem. Dei hovudproblemstillingane som komiteen ønskjer å bli orientert om under høyringa, er – og då nyttar eg eit anna mål enn mitt eige:

- Var Opptrappingsplanen realistisk når en tok utgangspunkt i at 0,75 pst. av den voksne befolkningen blir rammet av alvorlig psykiske lidelser, og at 0,25 pst. får mindre alvorlige lidelser?
- Hva sier nye estimat om behovet i dag?
- Har spesialisthelsetjenesten prioritert i tråd med føringer fra regjering og storting – prioriteringsforskriften?
- Behandlingstilbudet varierer mellom helseregionene. Det synes som om prioriteringsforskriften i liten grad blir fulgt opp i noen av regionene. Hvilken betydning får dette for diagnostisering og behandling?
- Riksrevisjonen påpeker at mangelfull rapporteringspraksis fører til at styringskravene ikke kan måles. Hva har departementet gjort for å bedre rapporteringspraksisen fra helseregionene?
- Hvor stor er sammenhengen mellom satsing i kommunene og situasjonen i spesialisthelsetjenesten i forhold til ventelister, type tilbud og kvalitet på tilbudet?

Komiteen har invitert helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen til høyringa. I tillegg har komiteen invitert tidlegare helseminister Dagfinn Høybråten, Den norske legeforening, Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund. Komiteen har òg invitert Rådet for psykisk helse, Mental Helse og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri.

Det vil bli teke stenografisk referat frå høyringa. Referatet vil følgje som vedlegg til komiteens innstilling til Stortinget. Komiteen si von er at denne høyringa vil gi naudsynte opplysingar om saka og naudsynt bakgrunn for å trekkje dei rette konklusjonane i innstillinga til Stortinget.

Dei prosedyrane som er fastsette i reglementet for opne kontrollhøyringar, vil bli følgde.

I denne høyringa får helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen og tidlegare helseminister Dagfinn Høybråten halde ei innleiing på inntil 10 minutt. Dei inviter-te organisasjonane får inntil 5 minutt kvar til ei innleiing. Etter det får først saksordføraren, som er Rune J. Skjælaaen frå Senterpartiet, og deretter representantar for dei ulike partia høve til å spørje ut dei inviterte. Saksordføraren får 10 minutt, og dei andre utspørjarane får 5 minutt kvar til disposisjon. For at komitemedlemmene skal få stilt dei spørsmåla som er naudsynte, og som dei ønskjer, vil eg be om at svara blir så korte og konsise som råd er. Når utspørjinga er over, får dei inviterte ordet til ei kort oppsummering dersom dei ønskjer det.

Då er vi klare til å starte opp.

Høyring med tidlegare helseminister Dagfinn Høybråten

Møteleiaren: Eg vil først få ønske tidlegare helseminister Dagfinn Høybråten velkomen. Du får no inntil 10 minutt til å gi ei orientering, slik du ser det. – Ver så god.

Dagfinn Høybråten (KrF): La meg først få takke for invitasjonen til høringen og muligheten det gir for å belyse arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse, som jeg la fram som ansvarlig statsråd, og forslaget om forlen-gelse av planen, som jeg også var ansvarlig for i budsjett-proposisjonen for 2004. Jeg håper å kunne belyse Riks-revisjonens undersøkelse fra den synsvinkel. Jeg håper at jeg særlig kan belyse arbeidet med oppstarten av planen. Det er fem år siden jeg var helseminister, og jeg har ikke arbeidet med dette siden. Rapportens fokus på oppføl-gings- og gjennomføringsarbeidet i de etterfølgende år må selvfølgelig de ansvarlige for denne perioden svare for.

Til grunn for Opptrappingsplanen for psykisk helse lå en stortingsmelding fra regjeringen Jagland, som jeg vil karakterisere som en av de mest åpenhjertige og med de mest kritiske analyser og diagnoser av noen del av helse-tjenesten noensinne. Sosialkomiteen behandlet den i sin Innst. S. nr. 258 for 1996–1997. Innstillingen gav et meget klart oppdrag til regjeringen, med en tydelig tidsfrist:

«Komiteen vil understreke at det nå skal gjøres et krafttak for mennesker med psykiske lidelser. Regje-ringen må derfor på grunnlag av planer for et utvalg av kommuner få beregnet hva kostnadene vil bli for kommunene og fylkeskommunene samlet. Allerede for 1998 må bevilgningene økes.

Komiteen ber om at det blir utarbeidet en forplik-tende handlingsplan for psykiatrien som omfatter be-hovet for tjenestetilbud, tidsrammer for gjennomføring og en økonomisk forpliktende opptrappingsplan for det øremerkede tilskuddet».

På bakgrunn av den kostnadsoversikten som komiteen bad om, bad man da departementet fremme forslag om en slik handlingsplan, senest i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1998.

Det ble gjort vedtak i Stortinget i samsvar med denne innstillingen, og den regjeringen som tiltrådte høsten 1997, gikk straks i gang med å utarbeide opptrappingsplanen på

grunnlag av Stortingets behandling av denne stortingsmeldingen og leverte etter tidstabellen, slik Stortinget hadde bedt om i forbindelse med revidert i 1998.

Det som denne diagnosen – som jeg vil kalle det – slo fast, var at det psykiske helsevern var i en alvorlig tilstand, som fortalte mye om menneskelig nød og lidelse: brist i alle ledd i behandlingsskjeden. Det forebyggende arbeidet var for svakt. Det var for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner. Det var for få tilgjengelige behandlingssplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus. Det var for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe inn. Det gikk for lang tid fra første sykdomstegn til behandling ble satt inn. Det var dårlig oppfølging etter utskriving fra sykehus. Det var for mange pasienter som ble skrevet ut for tidlig. Det var for dårlig kvalitetssikring av tjenestene. Utskriving var mangelfullt planlagt, og oppfølgingen var ikke god nok.

Da det så kom til spesialisthelsetjenesten, som denne høringen fokuserer på, ble den beskrevet på følgende måte: «...det er store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne, med feilplassering av mange pasienter».

Det er også i en del tilfeller problemer med hensyn til kapasiteten.

«I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg.»

Det innebar altså at det ikke bare var behov for å trappe opp kapasiteten, men det var også et stort behov for å omstille og omstrukturere tjenestetilbudet. Opptrappingsplanen skulle også bidra til mer helhet og desentralisert tilbud for å gi et verdig liv for de mange som i kortere eller lengre tid av livet må leve med psykiske lidelser.

Det fører meg over til spørsmålet om opptrappingsplanen var realistisk når en tok utgangspunkt i at 0,75 pst. av den voksne befolkning ble rammet av alvorlige psykiske lidelser, og at 0,25 pst. ble rammet av mindre alvorlige lidelser.

Disse estimatene ble laget for å beregne behovene for kommunale tjenester, så de er altså ikke direkte relevante for det Riksrevisjonens undersøkelse fokuserer på, nemlig spesialisthelsetjenesten for voksne, den gang fylkeskommunale spesialisthelsetjenester.

Estimatene var gjort ut fra en gjennomgang av kommunale psykiatriplaner, slik det var anvist i sosialkomiteens innstilling at man skulle gjøre. Behovene for fylkeskommunale tjenester ble den gang beskrevet som usikre, siden ventelistetall ikke gav grunnlag for å vurdere behovene.

I de senere budsjettproposisjoner, bl.a. i 1999 og 2000, ble det gitt tall for forekomst av psykiske lidelser som i noen grad også omhandlet behandlingsbehov. Blant annet beskrives det i budsjettproposisjonen for 1999–2000, hvor en sier:

«15–20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Men dette er usikre anslag – avgrensningen mellom vanlig forekommende livsproblemer og psykiatriske lidelser er vanskelig.»

Når det gjaldt vurdering av kapasitet i det psykiske helsevernet for voksne og døgnplasser spesielt, ble det i den

stortingsmeldingen som lå i bunnen for alt dette, vist til at kapasitetsproblemer kan skyldes at eksisterende plasser brukes uhensiktsmessig, og at pasientene ikke kommer videre til de tilbudene som er best egnet for dem. Hva dagens estimer sier om behov, må den sittende helseminister besvare. Jeg vil likevel vektlegge at estimer for forekomst av psykiske lidelser i befolkningen ikke umiddelbart lar seg overføre til beregning av kapasitet. Også innretningen av det samlede tjenestetilbudet, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for hvordan befolkningens behov kan dekkes. Det er også et svar på den siste problemstillingen komiteen ønsker å få belyst i dag, nemlig hvor stor sammenhengen er mellom satsingen i kommunene og situasjonen i spesialisthelsetjenesten i forhold til ventetider, type tilbud, kvalitet osv. Meg bekjent er det ikke gjort analyser av dette, men det er en veldig viktig påpekning fra komiteens side fordi, etter min oppfatning, en godt utbygd kommunal helsetjeneste bør kunne avdempere behovene for spesialisthelsetjenester, bl.a. gjennom lav terskel for tidlig hjelp.

Opptrappingsplanen hadde også som målsetting å informere og ta vekk noe av stigmaet rundt psykiske lidelser. Paradoksalt nok kan vi vel si at langt på vei har man lyktes med det – i den grad at mye mer av det skjulte behovet for tjenester er blitt avdekket. Jeg har av og til sammenlignet det med å bygge en ny vei. Kapasiteten er god i starten, men det fylles fort opp når folk oppdager at her er det faktisk muligheter for å få dekket et behov.

Oppsummert vil jeg si det sånn: De estimer man la til grunn, var usikre. Det ble det sagt klart fra om. Samtidig ble estimatene oppdatert etter hvert som ny informasjon ble tilgjengelig. Men det ligger i hele opptrappingsplanens dynamikk at skjulte behov er kommet til syne, tilgjengelig hjelp søkes av flere enn tilfellet var da kapasiteten var mindre.

På spørsmål om spesialisthelsetjenesten har prioritert i tråd med føringer fra regjering og storting, vil jeg i det følgende redegjøre kort for hvordan dette er fulgt opp fram til 2004 – så lenge jeg hadde ansvaret – med unntak av den perioden da Stoltenberg I-regjeringen hadde ansvaret.

Hovedgrepet for styring var slik Stortinget forutsatte: øremerkede midler til kommunene og fylkeskommunene, krav om planer for å få utbetalt øremerkede midler og oppfølging av planarbeidet gjennom departementet og fylkesmennene, som fikk egne stillinger etablert for å følge opp plankravet, som var forutsetning for å få utbetalt øremerkede midler. Midler ble holdt tilbake i situasjoner hvor man ikke så at kravene ble fulgt opp. I perioden 1998 til 2000 la departementet mye arbeid i å bistå fylkeskommunene med å utforme planer, slik at disse kunne utgjøre grunnlaget for å få tildelt midler.

Da opptrappingsplanen ble laget, planla vi ikke noen sykehusreform. Den ble vedtatt i 2001 og gjennomført fra 2002, og den endret forutsetninger for styring av opptrappingsplanen i forhold til spesialisthelsetjenesten, som nå ikke lenger var fylkeskommunenes ansvar. Nye ansvarlige organer overtok. Plangrunnlaget måtte endres og fastsettes, ikke på fylkesnivå, men på regionalt nivå. Etablerte styringsregimer opphørte. Oppdragsdokumentene til de

regionale helseforetakene ble etablert som et nytt styrings-system. Det bidrog nok til at vi i en fase mistet momentum i opptrappingsplanen for spesialisthelsetjenesten, og det var en viktig grunn til at vi i 2003 satte i gang en fullstendig gjennomgang, evaluering av status og justerte kurs og forlenget opptrappingsperioden. Sykehusreformen hadde en rekke konsekvenser for opptrappingsplanen og gjennomføringen av denne. Gjennomgangen vi gjorde i 2003, som er redegjort for i budsjettproposisjonen for 2004, viste bl.a. at utbyggingen av distriktspyskiatriske sentre ble forsinket i denne overgangen.

Departementet stilte sine krav etter sykehusreformen i oppdragsdokumentene til de nye helseforetakene. Eksempelvis ble det i 2002 stilt krav om styrking av behandlingsskapasiteten innen psykisk helsevern, og den økte mer enn forutsatt, med størst økning innen barne- og ungdomsfeltet. Den forutsatte produktivitetsøkning blant behandlere, men den ble lavere enn forutsatt. Jeg minner om at opptrappingsplanen også var en betydelig omstillingsplan. Det viste seg i denne gjennomgangen at det var langt mer krevende å omstille de psykiske helsetjenestene enn å trappe dem opp.

I 2003 ble det etablert en desentralisert og utadrettet tjeneste i tråd med styringssignalene. Det ble forutsatt at ingen tjenester skulle legges ned uten at alternativt tilbud var på plass. Vi brukte mye tid på det.

Møteleiaren: Då er 10 minutt gått.

Dagfinn Høybråten (KrF): Da skal jeg avslutte og komme tilbake med suppleringer i de spørsmål komiteen måtte ha.

Møteleiaren: Takk skal du ha.

Då gir eg ordet først til saksordførar Rune J. Skjælaaen frå Senterpartiet. Ver så god – du har 10 minutt.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk til Dagfinn Høybråten for den gjennomgangen. Det er svært viktig for oss som ikke satt på Stortinget den gangen, å få god kunnskap om bakgrunnen for denne opptrappingsplanen og også bli minnet om at det har skjedd ting underveis som er med og påvirker opptrappingsplanen, slik du også nevner.

Du har jo vært helseminister i flere perioder, og nevnte sjøl også at du hadde ansvaret da en valgte å forlenge opptrappingsplanen. Den ble vedtatt utvidet med to år under behandlingen av statsbudsjettet for 2004. Bakgrunnen for dette, slik jeg har lest det, var at det var dårlig måloppnåelse. Det er noe av det som Riksrevisjonen påpeker – at det hele veien igjennom mangler rapportering, at det er mangler i forhold til rapporteringskravene som fører til at det er vanskelig å si om en har nådd målet eller ikke, fordi det rett og slett ikke rapporteres godt nok. Det rapporteres også veldig forskjellig fra de forskjellige helseregionene.

Mitt spørsmål til deg er: Satte dere i verk noen særskilte tiltak for dette med rapportering – for rapporteringene var også på det tidspunktet utilfredsstillende?

Dagfinn Høybråten (KrF): La meg si at Riksrevisjonen i sin rapport påpeker åpenbare svakheter ved rapporteringen, rapporteringsgrunnlaget og oppfølgingen av rapporteringen. Det Riksrevisjonen dekker, er en periode etter at jeg gikk av som helseminister. De mangler som man her påpeker, har nok også vært til stede tidligere, men det jeg kan si, er at til politisk reform og opptrappingsplan å være – jeg har vært borti mange av dem – så er etter min oppfatning denne opptrappingsplanen veldig konkret i sine mål. Mange av målene er veldig kvantifiserbare og kvantifisert, og det kan dokumenteres at de er nådd. Ressursinnsatsmålene, årsverksmålene osv. er til dels overoppfyllt, mens det som det er mye vanskeligere å rapportere om, er omstillingen.

Det var noe av det vi grep fatt i fra 2004, da vi gjennom denne evalueringen og statusgjennomgangen skjønte at det var behov for å korrigere kurs. Vi fokuserte da sterkere på det å ha riktige typer sykehusplasser, det å utvikle kulturer og holdninger med vekt på brukerperspektivet, mestring, samarbeid, samhandling på tvers av forvaltningsnivåene, bedre tilgjengelighet og reduksjon av ventetider, som jo er noe av det Riksrevisjonen fokuserer på i sin rapport.

Jeg mener at det vi gjorde da, var å legge et viktig grunnlag for en korrigering av kursen der vi så at vi var ute av kurs, og en oppfølging gjennom det styringssystemet som etter hvert hadde satt seg, overfor helseforetakene, med oppdragsdokument, årlig melding og den løpende styringsdialogen som den sittende helseministeren sikkert kan redegjøre mer for.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for det.

Et annet område som jeg har lyst til at du reflekterer litt over, er prioriteringsforskriften, altså den som gir rett til behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Flere har sagt at prioriteringsforskriften ikke egner seg like godt innenfor psykisk helsevern som innenfor somatikken. Er dette, altså retten til behandling, en problemstilling som den tidligere helseministeren har vært opptatt av? For hvis vi tar for oss forskriften, så ser vi at redusert livskvalitet osv. gir rett til behandling, osv. Kan du si litt omkring det?

Dagfinn Høybråten (KrF): Først vil jeg si litt generelt om forholdet mellom psykiatri og somatikk. Det er et viktig utgangspunkt for hele opptrappingsplanen at det skal være likeverdighet mellom pasienter, uansett om de har brukket et bein eller sliter med en psykisk lidelse av en eller annen karakter. Den bygger på den erkennelsen at her har det ikke vært likeverdighet. Det er ofte lett å falle i den grøfta å si at fordi det er forskjell på å brette et bein og det å ha vondt i sjela, så kan man ikke skape den likeverdigheten. Opptrappingsplanen er en eneste stor protest mot det grunnsynet.

Når det er sagt, så er det forskjeller – det er store forskjeller. Det er ikke så enkelt at man kan få alt inn på en formel med to streker under svaret, slik det er i andre deler av det store, mangfoldige medisinske fagfeltet.

Men dette er det andre enn meg som er nærmere til å svare på. Til dels er det et faglig spørsmål som jeg ikke har forutsetninger for å gå inn på, til dels er det et spørsmål

som jeg vet man har arbeidet med i departementet etter min tid i større grad enn man gjorde i min tid.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for det.

Så sier du at omstilling innenfor denne sektoren var krevende. Kan du utdype det litt?

Dagfinn Høybråten (KrF): Ja. Jeg tror nok vi her er ved kjernen av en viktig problemstilling som gradvis ble klarere for meg gjennom arbeidet med denne opptrappingsplanen. Utgangspunktet her er jo en klassisk psykiatri basert på spesialisert sykehusbehandling med stor vekt på sengekapasitet og inneliggende behandling kontra en mer åpen psykiatri med lavterskeltilbud i lokalmiljøene gjennom kommunenes tjenester og distriktpsikiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten. Det er egentlig to hovedsyn som står litt mot hverandre, det klassiske og tradisjonelle synet på psykisk helsevern og det nye synet som reformen brakte med seg i Norge, men som er kjent i fagfeltet internasjonalt fra land som hadde gått foran Norge, bl.a. Italia. Denne motsetningen var nok ikke tilstrekkelig faglig avklart i og med behandlingen av stortingsmeldingen. Den konflikten brakte vi med oss inn i arbeidet med gjennomføringen, og det skapte nok større motstand mot en del av de strukturelle endringene enn det kunne gjort hvis man hadde hatt et mer faglig avklart grunnlag.

Det andre jeg vil nevne, og som jeg fortsatt ikke helt skjønner, er den store forskjell i produktivitet mellom behandlere i norsk psykiatri og behandlere i en del andre land – jeg nevnte Italia som et eksempel. Vi stilte jo fra Stortingets side strenge krav om produktivitetsforbedringer. Det ser ut til å være oppnådd i barne- og ungdomspsykiatrien, men ikke i voksenpsykiatrien. Jeg har vondt for å forstå hvorfor en behandler i Italia kan behandle eller konsultere sju pasienter pr. dag, mens en behandler i Norge kan konsultere én pasient pr. dag. Dette er og forblir for meg en gåte.

Møteleiaren: Då er tida ute, og vi seier takk til saksordføraren.

Vi går vidare til Arbeidarpartiet, og då er det Ivar Skulstad som skal spørje.

Ivar Skulstad (A): Jeg vil gjerne spørre den tidligere helseministeren om følgende: Det anses jo som viktig at det må sikres god pasientflyt mellom sykehus, DPS, døgnavdelinger, poliklinikker og kommunale tilbud. Kan du si noe om hvordan dere tok hensyn til det i arbeidet med å gjennomføre opptrappingsplanen, og hvem som var tiltenkt å ha ansvaret for at det skulle bli en bra søm?

Dagfinn Høybråten (KrF): Hele desentraliseringen av tjenesten som lå i opptrappingsplanen, det at kommunene ble ansvarliggjort på en helt annen måte for primærhelsetjenesten i forhold til mennesker med psykiske lidelser, og ansvarlige for alt det rundt som skal skape et verdig liv for mennesker som må leve med psykiske lidelser i kortere eller lengre tid av livet – arbeid, bolig, kultur, andre sosiale tjenester – var en veldig viktig del av det å få sam-

handlingen til å fungere. Det ligger et primæransvar der pasienten bor, og det ble tydeliggjort gjennom reformen.

Det andre var etableringen av de distriktpsikiatriske sentrene, som dels var en omlegging av gamle sykehjem, og dels var nyetableringer og utvikling av eksisterende distriktpsikiatriske sentre. De ble etter hvert utviklet til viktige arenaer for samhandling. Dessuten satte jeg som helseminister ned Wisløff-utvalget for å få belyst forslag til hvordan samhandlingen kunne forsterkes/organiseres, og det er jo en viktig plattform for det den nåværende helseministeren nå arbeider med.

Ivar Skulstad (A): Opplevde man forskjellene mellom regionene så store som de ser ut til å være nå ifølge rapporten, da reformen ble planlagt og innført?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg tror jeg må si at noe av det som var utgangspunktet for at man i det hele tatt planla og iverksatte denne opptrappingsplanen, var forskjeller mellom fylker, i fylkeskommunenes tjenestetilbud, men ikke minst også forskjeller i kommunenes tjenestetilbud. Det var jo kommuner som nesten ikke var klar over at de hadde mennesker med psykiske lidelser boende hos seg. Vi var fortsatt i en tid hvor dette var noe man ikke snakket om. Derfor er jeg ikke forbauset over at større forskjeller er blitt avdekket etter hvert som tjenestene er blitt mer tilgjengelige, og åpenheten er blitt større. Men nettopp fordi man erkjente det, var dette planarbeidet en viktig del av forberedelsene, altså planer i hver eneste kommune og fylkeskommune som et grunnlag for større likhet, og man skulle da også forvente at etableringen av helseregionene, fem regioner, skulle jevne dette mer ut enn Riksrevisjonens rapport kan tyde på at tilfellet har vært.

Ivar Skulstad (A): Da man planla for kapasitetsbehov, eller søkte å skaffe seg oversikt over kapasitetsbehovet, hadde man noe dataverktøy eller tilgjengelig informasjonsverktøy som kunne hjelpe til i arbeidet den gangen?

Dagfinn Høybråten (KrF): Den informasjonen man hadde, lå i planene som Stortinget hadde bedt om skulle være grunnlaget for opptrappingsplanen, og i den tilgjengelige statistikk på det tidspunktet. Men det er ingen grunn til å legge skjul på at datagrunnlaget slik sett var usikkert, og det ble det også sagt klart fra om i dokumenter til Stortinget.

Møteleiaren: Takk til Ivar Skulstad.

Då går vi til Framstegspartiet, og det er Carl I. Hagen som spør. Du har 5 minutt – ver så god.

Carl I. Hagen (FrP): Takk, leder.

Riksrevisjonen stiller spørsmål om de distriktpsikiatriske sentrene som er dårligst stilt, har nok spesialister til å møte behovene hos pasientene med de alvorligste problemene, og også om innføring av bemanningsnormer ved de distriktpsikiatriske sentrene kunne være et egnet tiltak. Var det noe som ble vurdert i din tid, og hvorfor ble

i så fall ikke bemanningsnormer innført? Og mener du at det burde være noe som kunne hentes frem igjen nå?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg vil vel si at rapporten fra Riksrevisjonen tyder på at det fortsatt er en for stor ujevnhet i det faglige nivået i de distriktspsykiatriske sentrene. Spørsmålet om hvordan det i dag bør rettes opp, må stilles til ansvarlig helseminister. Jeg kan si at vi var opptatt av å sikre god tilgang på fagfolk – det var det viktigste fokuset vi hadde. Vi var nok ikke så fokusert på bemanningsnormer som vi var på bemanning – altså det å få utdannet nok folk, både psykiatere, psykologer, psykiatriske sykepleiere og andre fagutdannede som psykiatrien i vid forstand trengte. Jeg konstaterer at man, kanskje med unntak for psykologer og noe for psykiatere, er godt i mål med å skaffe nok folk, og man er kanskje da i en posisjon hvor man kan vurdere den type forslag som representanten Hagen tar opp.

Carl I. Hagen (FrP): Så har det jo hele tiden under opptrappingsplanen nå vært problemer og mangel på kapasitet. Kan det være at man også bygget ned institusjonsplasser og døgnplasser mye raskere enn det som egentlig var meningen? Og hvorfor grep f.eks. ikke du som tidligere statsråd i din tid inn for å stoppe nedleggelsen før man hadde bygget opp det som skulle komme istedenfor institusjonsplassene?

Dagfinn Høybråten (KrF): Dette er et sentralt spørsmål, og det var sterkt fokusert i min styring av de regionale helseforetakene. Det ble skrevet inn. For eksempel kan man i styringsbrevet for 2003 finne en klar forutsetning om at man ikke skulle legge ned tilbud uten at tilsvarende alternative tilbud var etablert. Jeg hadde en nitid oppfølging – jeg tror kanskje til en viss irritasjon for en del regionale helseforetak – av den forutsetningen. Jeg vet at det også har vært tilfellet for mine etterfølgere, men det kan de svare for.

Carl I. Hagen (FrP): Så har det også alltid vært en diskusjon om hvor mange avtalespesialister de enkelte regionale helseforetakene skulle ha, og vi vet det har vært en betydelig kapasitet blant de privatpraktiserende spesialister som ikke har avtale med de regionale helseforetakene. Ble det vurdert å pålegge i realiteten de regionale helseforetakene å ha flere avtalespesialister? Og ble det vurdert å gjeninnføre ordningen for de privatpraktiserende som stod uten avtale, og som i praksis har et langt høyere antall behandlede pasienter pr. dag, noe som du nevnte var en gåte hvordan man fikk til andre steder? Det har altså de private i Norge fått til, men de ble også fratatt refusjonen fra folketrygden. Burde man ikke i realiteten få langt flere avtalespesialister og gjeninnføre refusjon fra folketrygden for alle dem som er privatpraktiserende uten avtale – altså bruke den kapasiteten som er tilgjengelig i det private systemet, for å få ned køer, ventelister og den uholdbare tid det tar å få spesialisthjelp?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg er sterk tilhenger av å utnytte tilgjengelig kapasitet, men spørsmålet om hvordan det skal gjøres i dagens situasjon, må representanten Hagen rette til Bjarne Håkon Hanssen, som er ansvarlig statsråd nå. Det synes jeg ikke at det er riktig at jeg i denne rollen svarer på.

Møteleiaren: Då nærmar det seg slutten her også, så då går vi vidare til Høgre og Per-Kristian Foss. Ver så god, du har 5 minutt.

Per-Kristian Foss (H): Takk.

Riksrevisjonen påpeker at pasientrettigheter brytes systematisk – dette var rettigheter som din regjering innførte – og påpeker at en av årsakene er at rett til behandling og fastsettelse av frist for behandling gjøres på bakgrunn av kapasitet i spesialisthelsetjenesten og ikke ut fra pasientbehov. Mange har karakterisert dette som en slags bukken og havresekken, fordi det er den samme instansen som skal sette fristen, som også har ansvar for å yte hjelpen innenfor denne samme fristen.

Hva er din kommentar til dette strukturelle problem?

Dagfinn Høybråten (KrF): La meg først si at jeg synes at det mest alvorlige med den rapporten som Riksrevisjonen har lagt fram, er det punktet at mennesker som storting og regjering har bestemt har rett til behandling, ikke får det. Jeg mener at spørsmålet om å fastsette hva som er forsvarlig, er et medisinsk spørsmål. Det representanten Foss antyder, er jo at de som fastsetter dette på et presumptivt faglig grunnlag, gjør det ut fra hensynet til den tilgjengelige kapasitet. Jeg mener at hvis det er tilfellet, er det et brudd med både loven og lovens intensjoner, og bør forfølges som det.

Per-Kristian Foss (H): Mener du at dette kan gjøres med det systemet vi i dag har? Jeg mener ikke i og for seg å si at jeg tror det svikter i de faglige vurderingene, men de som sitter og gjør dette, sitter jo i en dobbeltrolle: De både har ansvaret for den kapasitet som er innenfor gitte budsjetter, og skal samtidig foreta en faglig vurdering. Ser du noe annet system som kunne fungert bedre?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg tror at det er mulig å lage et annet system, men jeg tror det blir veldig kostbart, fordi man da vel må etablere en eller annen form for uavhengig ekspertise for å fastsette rettighetene, i tillegg til den ekspertise som skal ha ansvaret for å følge opp og behandle pasienten. Det er i hvert fall sånn rent umiddelbart det jeg vil komme med av refleksjoner på et slikt spørsmål. Så jeg tror nok det er en mer farbar vei, men dette – igjen – er det andre enn meg som nå har ansvaret for å håndtere. Jeg tror det er en mer farbar vei å stille krav til den oppfyllelse av pasientrettighetsloven som helseforetakene i dette tilfellet har ansvaret for.

Per-Kristian Foss (H): Du sa også i din redegjørelse at sykehusreformen på mange måter endret forutsetningene for gjennomføringen av psykiatireformen og forsinket vel

noe. Riksrevisjonen påpeker at selv i dag er det store geografiske variasjoner i tilbudet innenfor psykiatrisk helsevesen. Mener du, hvis du skulle reflektere helt fritt, at det ville vært mindre forskjeller om man hadde gått tilbake til det fylkeskommunale ansvaret?

Dagfinn Høybråten (KrF): Nei, det tror jeg ikke det er noe grunnlag for å hevde. Men det at man midt i en sånn opptrappingsperiode, uplanlagt i forhold til psykiatrien, fikk et skifte i styringssystem, hadde større konsekvenser enn jeg tror vi så akkurat der og da. Men vi tok raskt telling og korrigerte kurs, og både forlenget planen og satte inn andre typer grep da vi så at det skjedde.

Jeg tror at dette er en mye større problemstilling enn det som kan tilskrives akkurat den reformen. Men forsinkelsen og tapet av momentum tror jeg i stor grad kan tilskrives at man fikk denne endringen i regimet midt i opptrappingen.

Per-Kristian Foss (H): Om du skulle reflektere like fritt også i ettertid, synes du at styringsvirkemidlene man har gjennom tildelingsbrevene og øvrig styring av de regionale helseforetakene er tilstrekkelig for psykiatrien, eller skulle du ønsket deg noe mer?

Dagfinn Høybråten (KrF): Som representanten Foss sikkert erindrer, var det partiet jeg leder, imot sykehusreformen, men vi gjorde vårt beste for å gjennomføre den, med god støtte fra dem som stemte for den.

Jeg tror nok at tiden er kommet til å vurdere om styringsverktøyene er gode nok. Jeg er trygg på at de ansvarlige løpende vurderer det. Men jeg tror nok kanskje også Stortinget på et tidspunkt bør vurdere om man har den rette blanding av selvstendighet og frihet for helseforetakene og overordnet politisk styring.

Møteleiaren: Ja, takk.

Då går vi vidare til Sosialistisk Venstreparti. Der er spørjaren Ingvald Vaggen Malvik, som har 5 minutt.

Ingvald Vaggen Malvik (SV): Takk, leder.

Jeg kunne tenke meg å spørre i forhold til opptrappingsplanen om hva slags eksplisitte grep som ble tatt for å sikre et likeverdig tilbud i alle deler av landet. Det er noe av det som ble avdekket, altså de store forskjellene mellom de ulike helseforetakene. Hvordan ble det tenkt rundt det i forhold til opptrappingsplanen?

Dagfinn Høybråten (KrF): Igjen har jeg lyst til å minne om at Riksrevisjonens analyse går på styringen og oppfølgingen i årene mellom Bjarne Håkon Hansen og meg. Det får komiteen forholde seg til som best den kan. Men når det gjelder spørsmålet om hvordan vi tenkte, vil jeg si at det at det i det hele tatt ble tatt et nasjonalt grep med en felles nasjonal opptrappingsplan, var ganske unikt. Jeg tror det er få eksempler i Europa på at man gjennom så kraftfull nasjonal satsing har gått inn i psykiatrien. Kanskje England er et annet eksempel, men ellers tror jeg ikke man finner veldig mange tilsvarende. Så det var en kraftfull nasjonal sat-

sing. Det er i seg selv viktig for å bidra til likeverdighet.

Det andre var jo at man da hadde nasjonal kontroll med alle kommunenes planer og alle fylkeskommunenes planer. I bunnen, i føringer og planlegging, var dette et viktig element. Men det er også viktig å huske på at en del av reformen handler om å bidra til gode desentraliserte løsninger, og i det ligger jo at man skal ha en aksept for forskjeller – ikke den type forskjeller som går på at rettigheter brytes, men lokale tilpasninger i forhold til det mangslungne landet som Norge er.

Så jeg mener at man hadde det med, og man fulgte dette opp i forhold til de fylkeskommunale tilskuddene. Forutsetningene for de øremerkede tilskuddene, så lenge det var fylkeskommunene som hadde ansvaret, lå i den overordnede styringen av RHF-ene i de årene som jeg hadde ansvaret, når det var helseforetak.

Ingvald Vaggen Malvik (SV): I forhold til det systemskiftet som kom når det gjaldt gjennomføringen av helseformen: Ble det også tenkt spesielt på det i den forbindelse, da man fikk innført helseforetakene?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg vil si det sånn at de som planla å gjennomføre sykehusreformen, helseforetaksreformen, hadde nok det for øye. Jeg har ikke fin gått de dokumentene nå, men jeg vet at det var et viktig siktemål. I starten av innføringen av helseforetaksreformen var mitt fokus først og fremst å få den reformen opp å stå. Jeg kom i departementet i oktober 2001, foretaksreformen forelå da bare på papiret og ble gjennomført 1. januar 2002. Fokuset da var å få den reformen opp å stå, og det var tidskritisk. Men det gikk. I det første oppdragsbrevet la vi veldig stor vekt på at opptrappingsplanen skulle følges, at de øremerkede midlene som ble lagt inn i basis for helseforetakene og i de investeringsmidlene som kom, skulle komme i tillegg til det man allerede hadde. Og så ble nok de styringssignalene mer raffinert fra året etter enn de var akkurat det første året.

Møteleiaren: Ok, då seier vi takk der.

Då går vi til siste spørjar, som er Kristeleg Folkeparti. Der er det Ola T. Lånke som stiller spørsmål. Han har 5 minutt.

Ola T. Lånke (KrF): Takk, komiteleder.

Du startet med å trekke opp trådene helt tilbake til Jagland-regjeringen, som kom med en litt åpenhertig og kritisk analyse av situasjonen innenfor psykiatrien, og du tok utfordringene som lå der og laget denne opptrappingsplanen som kom i 1998 – et formidabelt løft på den tiden, på relativ kort tid. Så ser man at det også er nevnt en del utfordringer som er kommet dels uforutsett i tiden etterpå. Når du ser tilbake på dette, vil du si at utfordringene kanskje var enda litt større enn det dere så da dere vedtok denne opptrappingsplanen? Var manglene innen psykisk helsevern enda større enn dere var klar over i 1998?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg tror ikke noen kan være i tvil om at svaret på det spørsmålet er ja. Det ligger i dynamikken i en slik opptrappingsplan, på et felt som har vært forsømt, og som fortjener den type karakteristikker som Jagland-regjeringen gav. Men det var veldig viktig at den erkjennelsen ble tatt av både regjering og storting for at man skulle komme videre. Og så tror jeg både større åpenhet og bedre tilgjengelighet av tjenestene avdekket større behov enn det man så da man satte i gang. Dermed kan man si at manglene var større, men de var altså ikke kjent i det omfang de ble etter hvert.

Det andre jeg vil si, er at den faglige motsetning mellom det klassiske synet som jeg har beskrevet på min måte – det kan sikkert beskrives på andre måter også – og den fornyende tenkningen med en desentralisert og lavterskelorientert psykiatri, kombinert med spesialiserte tjenester i sykehusene og i DPS-ene, var større enn jeg var klar over, og gjorde nok at vi drog med oss mer – jeg vil ikke kalle det motstand, men større utfordringer i gjennomføringen enn det man kanskje så da man startet. Og sist, men ikke minst må jeg si at produktivitetsutfordringen viste seg å være tyngre å få gjort noe med enn det vi trodde da vi satte kravet om 50 pst. produktivitetsforbedring.

Ola T. Lånke (KrF): Et stikkord som du nevnte for å kunne gjennomføre en slik stor reform og opptrappingsplan, er «samhandling». Som vi vet, har nåværende helseminister fulgt opp og bruker det samme stikkordet. Nå har du også nevnt samhandlingen mellom fagmiljøene, og at det har vært sprik i synet på hvordan dette skal gjøres – den klassiske og den nyere måten å tenke på. Var det andre faktorer som du kan skrive under ordet samhandling som sviktet, og som gjorde at det var vanskelig politisk eller på annen måte, eller vil du tilskrive fagmiljøene noe av – hva skal vi si – hovedgrunnen til at det kanskje stoppet litt opp, ved siden av at vi fikk denne sykehusreformen, som jo helt klart betydde større utfordringer enn man hadde beregnet?

Dagfinn Høybråten (KrF): La meg først understreke at jeg har ikke sagt at det stoppet opp. Jeg sa: Vi mistet litt momentum i overgangen mellom to ganske forskjellige styringsregimer. For det andre vil jeg si at det på ingen måte er grunn til å beskyldte fagfeltet for på noen måte å ha motarbeidet gjennomføringen av denne planen, snarene tvert imot, det hadde ikke vært mulig uten fagfeltet og den entusiasme som planen har skapt på bred basis i dette fagfeltet. Men det har også vært faglige utfordringer og faglige motsetninger. Det er det andre her som jeg ser er invitert, som kan belyse bedre enn jeg, men jeg kan bare si det sånn, sett fra min side: Det hadde ikke vært mulig uten en god samhandling med fagmiljøene. Men der, som i forholdet mellom forvaltningsnivåene, er det klart at det åpenbart er rom for forbedringer i samhandlingen.

Møteleiaren: Då er tida om lag ute. Det er lagt inn 5 minutt til oppklarande spørsmål frå komiteen si side. Rune J. Skjælaaen har bedt om å få stille eit spørsmål. – Ver så god.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for det, leder. Du snakket litt om effektiviteten innenfor psykiatrien. Så viser du til Italia, der tydeligvis hver behandler behandler flere. Jeg antar at du har gjort deg opp noen tanker om hva dette skyldes. Spørsmålet er om du er villig til å dele de tankene med oss. Spørsmålet mitt er: Er finansieringssystemet en faktor som du som helseminister den gang vurderte å gjøre noe med, fordi finansieringen innenfor spesialisthelsetjenesten jo er noe forskjellig for psykiatri og somatikk?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg har behov for å si at da jeg sa at det for meg fortsatt var en gåte, betyr det at jeg ikke har svarene. Men vi satte skrustikka på dette, og jeg fikk ganske sterke reaksjoner på at jeg gjorde det. Men jeg fikk også såpass mange nikk og klapp på skulderen at jeg skjønnte at jeg var på sporet av noe viktig. Jeg tror også saksordføreren er på sporet av noe når det gjelder å se på hva som er incitamentene, og hva som er de strukturelle føringer som leder til ressursbruk. Jeg tror det handler om kultur. Men jeg tror også det handler om behovet for å jobbe videre med gode standarder for hva som er god behandling. Det er jo viktig på alle fagfelter. Det er muligens mer komplisert på de fagfeltene vi her snakker om, enn på andre, men ambisjonsnivået bør ikke være noe lavere på dette fagfeltet enn på andre.

Møteleiaren: Då har Carl I. Hagen bedt om å få stille eit spørsmål.

Carl I. Hagen (FrP): Undersøkelsen viser at eldre i liten grad får behandling for psykisk sykdom. Og mange alvorlig psykisk syke eldre havner på ordinære sykehjemsavdelinger, hvor sykehjempersonalet selvsagt ikke kan gi dem den nødvendige behandling. Tror du det er fair å si at vi kanskje glemte denne pasientgruppen med eldre psykisk syke i opptrappingsplanen, og at det er nødvendig å gjøre betydelige endringer for å få et bedre tilbud til dem, slik at de ikke bare blir plassert på et sykehjem, uten behandling?

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg kan ikke uten videre gå god for representanten Hagens beskrivelse, og slett ikke at denne gruppen var glemt. Men at eldres sykdommer generelt er lavt prioritert i den norske helsetjenesten, og at det også gjelder i skjæringspunktet mellom demens, psykiatri og alderspsykiatri, tror jeg er riktig og fair å si. Så er det opp til dem som har ansvaret i dag å forholde seg til situasjonen slik den er. Men jeg har registrert at Stortinget har vært veldig opptatt av dette, ikke minst i forbindelse med Regjeringens eldremelding, som var til behandling her tidligere i perioden.

Møteleiaren: Då er det ikkje fleire spørsmål, så vi går vidare. Høybråten har 5 minutt til om han ønskjer å klargjere noko meir som han vil påpeike overfor komiteen. – Ver så god.

Dagfinn Høybråten (KrF): Jeg vil bare avslutningsvis takke for anledningen til å være med på å belyse dette.

Jeg håper jeg har bidratt til det. Det er jo slik – hvis jeg får lov til å si det, lett spøkefullt, siden jeg har vært medlem av denne komiteen – at kontrollkomiteens fornemme oppgave er å skille klinten fra hveten, og så fokusere på klinten. Det har jeg stor respekt for – det er det viktig at noen gjør. Det er med på å holde fokuset på dette fagfeltet også etter at opptrappingsplanen er faset ut, og det er veldig viktig. For dette er ingen gruppe som prioriterer seg selv. Det er ikke et felt som prioriterer seg selv. Så det vil jeg si er veldig positivt.

Siden jeg får et par minutter til slutt, vil jeg gjerne peke på litt av hveten i dette. Man har trappet opp ressursinnsatsen som forutsatt. De fleste av de kvantitative målene er ikke bare oppfylt, men mange av dem er overoppfylt. Gjennom planen er det bygd ut et langt bedre desentralisert tilbud for mennesker med psykiske helseproblemer i landets kommuner som har å gjøre med bolig, arbeid, opplæring, kultur, tilbud om behandling, det er 10 000 flere årsverk enn da vi startet, 75 distriktpsikiatriske sentre for spesialisert behandling, som er viktige arenaer for oppfølging av denne pasientgruppen, og det er dobbelt så mange med psykiske lidelser i dag som får hjelp, som da planen ble vedtatt – dette ikke sagt til noen fortrensel eller forkleinelse for de høyst kritikkverdige og fortvilte mangler som er påpekt i Riksrevisjonens rapport, men det er viktig at dette bildet også er med når man vurderer planen.

Møteleieren: Takk skal du ha.

Eg er overtydd om at bidraget ditt er med på å gjere det enklare for oss å lage innstilling også, og at det har vore nyttig.

Då tek komiteen pause fram til kl. 17.25.

Høyringa vart avbroten kl. 17.09.

Høyringa vart teken opp att kl. 17.25.

Høyring med helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen

Møteleieren: Då er vi klare til å halde fram. Eg vil ønskje helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen velkomen. Du har med deg fire – ekspedisjonssjef Andreas Disen, avdelingsdirektør Thor Rogan, rådgivar Jan Vegard Pettersen og divisjonsdirektør Ellinor Major frå Helsedirektoratet. Velkomen til dykk også.

Då får statsråden 10 minutt til innleiing – ver så god.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Takk for invitasjonen til denne åpne høringen.

Jeg har lyst til å starte der Høybråten sluttet: Det er veldig viktig at vi ikke gir slipp på det at mye er oppnådd gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Det har vært en vesentlig utbygging og utvikling av tjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er satset mye på kompetanseutvikling, og det er satt i gang mye bra informasjons- og holdningsarbeid rettet mot både skoler, befolkning og arbeidsliv.

Riksrevisjonens rapport sammen med Helsetilsynets

rapport fra 2007 viser imidlertid at det fremdeles er store utfordringer. Tilgjengeligheten er for dårlig, og det blir brukt for mye tvang. Riksrevisjonen avdekker også mangler i selve styringssystemet som Helsedepartementet bruker til å følge med i tjenesten. Rapportene bekrefter mitt inntrykk av de utfordringene vi står overfor, og jeg har allerede bedt om at det iverksettes virksomme tiltak for å bedre situasjonen.

Tilgjengeligheten skal bli bedre. Avtalespesialistene skal knyttes sterkere til den øvrige spesialisthelsetjenesten, bl.a. slik at pasientene selv skal slippe å ringe rundt for å få time hos spesialist. Det er bevilget 20 mill. kr i 2009 som stimuleringstilskudd til kommunene for å ansette psykologer, som et ledd i utviklingen av lavterskeltilbud. 50 mill. kr er bevilget til forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommunene og de regionale helseforetakene for ambulante oppfølgings- og behandlingstilbud til de dårligste. Prioriteringsveilederen for voksne – som jeg har et eksemplar av her – kom før jul og skal bidra til likere og mer rettferdig prioritering. De som trenger det mest, skal få hjelp først. En tilsvarende veileder for barn og unge forventes ferdig til påske.

Komiteen har i invitasjonen til høringen stilt fem spørsmål, og jeg skal i hovedsak bruke innledningen min til å besvare disse spørsmålene.

Det første går på realismen i behovsanslagene i opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen var realistisk da den tok utgangspunkt i at om lag 1 pst. av befolkningen ville ha omfattende oppfølgingsbehov i kommunene. Dette gjelder grupper med til dels alvorlige psykiske lidelser. I tillegg anslo man at 360 000 hadde lettere former for psykiske lidelser. Nye anslag viser at denne gruppen har blitt større enn forutsatt i opptrappingsplanen. Verdens helseorganisasjon anslår f.eks. at om 20 år vil depresjon være den største helsebelastningen i befolkningen. Dette er ikke en utfordring kun for helsevesenet, men for hele samfunnet vårt, der familie, skole og arbeidsliv er viktige arenaer. Opptrappingsplanens fokusering på åpenhet og toleranse har trolig bidratt til at flere oppsøker hjelp nå enn før planen ble iverksatt.

Så spør komiteen om spesialisthelsetjenesten har prioritert i tråd med føringer fra regjering og storting. I henhold til styringssignalene, der en har tatt utgangspunkt i dimensjonering, organisering og ressursbruk, viser de årlige Samdatarapportene og tall fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten at det er stor grad av samsvar mellom føringene og de prioriteringene som er gjort. Vi har fått 75 distriktpsikiatriske sentre. Vi har fått etablering av ambulant og utadrettet virksomhet. En har sørget for høyere vekst i psykisk helsevern enn i somatisk sektor, og den samlede personellinnsatsen er som foreslått. I statsbudsjettet for 2010 vil jeg gi en mer fullstendig gjennomgang av resultatene fra opptrappingsplanen, men ut fra de foreliggende data vil jeg svare klart ja på spørsmålet om de regionale helseforetakene i all hovedsak har prioritert i samsvar med nasjonale føringer. Det betyr ikke at jeg er tilfreds med innsatsen på alle områder. For eksempel er bruk av tvang ikke redusert. Etableringen av reell brukermedvirkning synes å være variabel, og det gjenstår frem-

deles mye når det gjelder omstilling fra institusjonsbasert døgntilbud til utadrettede og lokalbaserte tilbud, med mestring og normalisering som overordnet hovedmål for all oppfølging og behandling. Dette er nærmere utdypet i statsbudsjettet for 2009.

Så er komiteen opptatt av at prioriteringsforskriften i liten grad blir fulgt i noen regioner, og spør om hvilken betydning dette får for diagnostisering og behandling. Når prioriteringsforskriften ikke blir fulgt, på den måten at mennesker som har til dels store psykiske vansker, får avslag på hjelp til fordel for andre med lettere plager, er det et fundamentalt problem som strider mot målsettingene om at psykisk helsevern først og fremst skal være tilgjengelig for dem som trenger det mest.

Nå skal det også sies, som jeg har hørt at man var inne på i spørsmålsrunden med Høybråten, at prioriteringsforskriften ikke alltid er lett å følge innenfor psykisk helsevern, fordi det er mange individuelle forhold som ikke uten videre fanges opp av forskriften. Nettopp derfor mener jeg det er viktig at vi får de nye prioriteringsveilederne. Vi har dermed lagt et bedre grunnlag for riktig prioritering i tjenesten med den veilederen på plass.

Så er komiteen opptatt av rapporteringspraksis og spør hva departementet har gjort for å bedre rapporteringspraksisen fra helseregionen. Potensialet som ligger i dagens styringssystem, har ikke vært utnyttet godt nok. Derfor har jeg tatt initiativ til noen – etter min mening – viktige, nye grep. Oppdragsdokumentet for de siste årene, og spesielt for 2009, er spissere og mer konkret, med strengere krav til omstilling, modernisering, kompetanseutvikling og fokus på brukermedvirkning, særlig det med brukerstyrte plasser, mestring og nærhet. Bruk av tvang skal ned. Det er også laget en mal for årlig melding som skal gjøre styringsdialogen bedre, med strengere krav til konkret rapportering. Denne anvendes første gang for 2008-rapporteringen, altså de rapportene vi nå får.

Så er komiteen opptatt av sammenhengen mellom satsingen i kommunene og situasjonen i spesialisthelsetjenesten. Til det vil jeg si det samme som Høybråten var inne på, at vi ikke har noen analyser av sammenhengen mellom satsingen i kommunene og situasjonen i spesialisthelsetjenesten som gjør at det f.eks. er mulig å si noe om hvorvidt geografiske forskjeller i tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern forsterkes eller utjevnes når man også ser på tilbudet i kommunene innenfor samme område. Men gjennom utbygging i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er det skapt et godt grunnlag for å utvikle samarbeidet mellom tjenestene på begge nivåer. Det store flertall av de distriktspsykiatriske sentrene oppgir at det er etablert faste rutiner for samarbeid med kommunene og bydelene i deres opptaksområde.

Da tror jeg at jeg ganske fort har svart på de fem spørsmålene. Jeg har bare lyst til å legge til at jeg for tiden jobber veldig mye med det som kalles samhandlingsreformen. Noe av det jeg har lært der, er at det skarpe skillet mellom de to forvaltningsnivåene, altså kommune og stat, gjør at det er vanskelig å yte en sammenhengende tjeneste som virkelig møter brukerens behov. Dette gjelder for det psykiske helseområdet som for andre områder innen-

for helsetjenesten. Forslaget som jeg skal legge fram, skal bidra til at tjenesten i større grad må arbeide ut fra befolkningens behov. Hvis kommunene får et tydeligere ansvar – økonomisk og juridisk – mener jeg at det vil bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud.

La meg også legge til at selv om det har skjedd veldig mye i kommunal sektor i kjølvannet av opptrappingsplanen, er det fortsatt slik at driften av døgnavdelingene utgjør 85 pst. av personellressursene i tjenestene for voksne. Vi har altså for dårlige tilbud i kommunene, og det fører i altfor stor grad til at det er for vanskelig å få hjelp tidlig nok. Hjelpen finnes i veldig liten grad ute i kommunehelsetjenesten. Dermed får man ikke hjelp i en tidlig fase av sykdommen. Man blir syk. Det finnes faktisk historier om at folk nesten sykeliggjør seg selv fordi den hjelpen som finnes, finnes i andrelinjetjenesten. Dermed blir presset voldsomt stort inn mot sykehustjenestene. Mange tror at den utfordringen må løses ved å bygge ut enda flere plasser i spesialisthelsetjenesten, fordi det er der man opplever at presset er til stede. Jeg tror at det er en grunnleggende feil analyse av de utfordringene vi står overfor. Det er altså å styrke kommunehelsetjenestene, som gjør at flere får hjelp tidlig, som er veien videre.

Møteleieren: Takk skal du ha.

Då går vi til spørsmålsstillinga frå komiteen. Først gir eg ordet til saksordføraren, Rune J. Skjælaaen, frå Senterpartiet. Du har 10 minutt – ver så god.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for en grei gjennomgang av de spørsmålene som komiteen har stilt.

Jeg vil først stanse opp ved et av de spørsmålene som du nevnte, nemlig det som gjelder avtalespesialistene. Vi har jo om lag 430 psykologspesialister, og vi har om lag 180 spesialister innenfor psykiatrien, som har avtale med de regionale helseforetakene. Integrering med den øvrige spesialisthelsetjenesten avhenger ifølge Riksrevisjonen av at avtalespesialistene er villige til å la de regionale helseforetakene styre deres praksis. Det er liten kunnskap om den delen av helsetilbudet som blir gitt av avtalespesialistene – vi vet lite om gjennomstrømningen av pasienter, hvem de behandler osv. Vi ser at det også står i Riksrevisjonens rapport at fra 2008 er de pålagt å gi rapportering om aktivitetsdata til Norsk pasientregister.

Spørsmålet mitt er: Hva vil disse dataene gi av ny informasjon og kunnskap? Og vil departementet gjøre noe for å få avtalespesialistene inn i den planlagte virksomheten? For jeg forstår at det er fire avtaler som regulerer avtalespesialistene – det er en individuell avtale, en kollektivavtale, en rammeavtale og en statsavtale.

En opplever at avtalespesialister innenfor somatikken er en veldig god og effektiv måte å behandle pasienter på, så spørsmålet er hvordan departementet ser på avtalespesialistene innenfor psykiatrien, og hva en kan gjøre for å integrere dette i større grad.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: La meg starte med at vi mener også at innenfor psykiatrien og det psykiske helsevernet bidrar avtalespesialistene med veldig verdifull

behandlingskapasitet. Så er det viktig å være klar over at det nok er en situasjon der avtalespesialistene jevnt over ikke får de mest syke, altså at de aller sykeste fortsatt henvises til sykehus og til offentlige behandlingstilbud, slik at når man vurderer f.eks. effektivitet, må man også ta høyde for at det er litt ulike pasientgrupper som behandles av avtalespesialister, og som behandles av andrelinjetjenesten for øvrig.

Men det som Skjælaaen påpeker her, mener jeg er noe av det aller viktigste vi må få gjort noe med. Vi har sikkert alle sammen lest om den situasjonen som ikke minst har vært mye omtalt i Oslo, at relativt syke folk går ut fra fastlegekontorene med en henvisning videre til behandling i andrelinjetjenesten, altså behandling av spesialist. Så får man med seg en liste på 70–80 navn, og så skal man sette seg ned og selv ringe rundt, selv skrive, for å få en time hos spesialist. Det opplever jeg som helt uakseptabelt og uverdigg. Og det finnes jo forferdelige historier i kjølvannet av at folk fortvilet har prøvd å få den hjelpen man har krav på, uten å komme fram – og med tragisk utfall. Så det kravet som nå er stilt i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for i år, med frist til april, er at en må komme opp med et system der det henvises inn til et offentlig punkt, som så kan henvise videre. Det må være det regionale helseforetaket som tar ansvar for at den som skal til spesialist, får tildelt spesialist, slik at det ikke er den syke selv som må ringe rundt for å få behandler. Det er ikke å sørge for at man får forsvarlig helsehjelp. Så der jobbes det intenst i systemet nå, og jeg forutsetter bare at det oppdraget gjennomføres.

Så stiller Skjælaaen også spørsmål om de nye rapporteringsrutinene i forhold til SAMDATA. Er det noen som kan hjelpe meg med å svare mer på det – Major?

Ellenor Major: Når avtalespesialistene nå skal rapportere mer nøyaktig inn til Norsk pasientregister, betyr det at man får mye bedre oversikt over både gjennomstrømming av pasientinformasjon, diagnoser, alvorlighetsgrad og hvor mange nye pasienter de tar inn, f.eks. Så det blir et bedre system.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Jeg har et tilleggsspørsmål knyttet til dette med avtalespesialistene.

Riksrevisjonen skriver altså at en er avhengig av at de som har avtale, er villige til å gjøre dette for at en skal få det til, få det inn i den planlagte virksomheten. Er det noe i avtalene som hindrer dette? Det er det ene.

Det andre spørsmålet er om departementet har inntrykk av at helseforetakene mener at avtalespesialister innenfor psykiatri er et bra tiltak som kan behandle effektivt, og om en vet noe om hvorvidt det ble inngått nye avtaler med helseforetakene rundt omkring på dette området.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Til det første: Det er klart at det er en del forhold knyttet til dette som er krevende, at avtaleverket er slik at det systemet som jeg beskrev innledningsvis, er krevende å få på plass. Men vi forutsetter at det skal være mulig å få det til. Vi forutsetter at det avtaleverket ikke ødelegger for en helt nødven-

dig tilpasning av systemet, og vi forutsetter jo at avtalespesialistene også har pasientens beste i fokus, og er innstilt på å samarbeide om å få på plass et system som åpenbart må være bedre for pasienten. Jeg tror alle som ser på systemet med at det er pasienten selv som får ansvaret for å skaffe seg en spesialist, ser at det er uholdbart. Det gjør at jeg tror at det er stor interesse for å få på plass et nytt og bedre system.

Til det andre: Jeg har ikke detaljert kunnskap om situasjonen i de ulike helseforetakene, men min holdning til det spørsmålet er at de regionale helseforetakene har et soleklart sørge for-ansvar, og hvis de da ser at de har flaskehalser i sitt eget behandlingsapparat som gjør at ventelistene på områdene blir uakseptable, at vi får fristbrudd osv., og det er ledig kapasitet hos private, er det en plikt for dem å bruke avtalesystemet med private avtalespesialister for å gjennomføre sitt sørge for-ansvar. Jeg har ingen ideologiske motforestillinger mot det, men jeg er veldig tydelig på at jeg vil beholde avtalesystemet – det er jeg veldig tydelig på.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Har jeg litt mer tid?

Møteleiaren: Ja, det har representanten.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Det er fint.

Når det gjelder prioriteringsforskriften: Jeg spurte Høybråten om prioriteringsforskriften egner seg innenfor det psykiske helsevernet, om den er klar og tydelig.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Vi beveger oss jo litt i et grenseland mellom politikk og fag. Det jeg blir fortalt om det spørsmålet, er at det har sine svakheter. Men det er viktig å understreke at prioriteringsforskriften ikke bare har sine svakheter innenfor det psykiske helsevernet. Det samme gjelder også innenfor somatikken. Nettopp derfor er det vi har tatt dette initiativet som går på at Helsedirektoratet nå er i ferd med å utforme over 30 – tror jeg – prioriteringsveiledere. Jeg viste et eksempel på at vi nå har fått den for psykisk helsevern for voksne. Det er bare et tidsspørsmål før vi får den for barn. Men vi får også tilsvarende prioriteringsveiledere på en rekke ulike fagområder, nettopp fordi vi har sett – kanskje særlig i det psykiske helsevernet, men også for øvrig – at prioriteringsforskriften trenger å bli supplert med faglige veiledere.

Møteleiaren: Takk.

Då går vi til Arbeidarpartiet, og det er Ivar Skulstad som skal stille spørsmål her. Du har 5 minutt.

Ivar Skulstad (A): Takk, leder.

Det første spørsmålet går på allmennlegens rolle og ansvar i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Har statsråden noen mening om hvordan allmennlegens rolle kan styrkes og synliggjøres bedre?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg er i hvert fall veldig opptatt av at vi må gå i retning av at fastlegen kan få bedre tid pr. pasient. Helsedirektoratet har sammen med

flere, bl.a. Legeforeningen, gitt meg og departementet en rapport som konkluderer med at det er behov for 50 pst. flere fastleger til mange forskjellige oppgaver. Det har versert et tall på 2 200 flere fastleger. Det står altså i den rapporten, som sier 50 pst. flere, og vi har ca. 4 400 nå. Da er det jo ren matematikk. Hvis du får 6 600 fastleger istedenfor 4 400, er det å dele befolkningen på det nye antallet fastleger, og da vil listelengden gå ned. Hvis du kombinerer det med et tak på listen, sier det seg selv at du får en situasjon der fastlegen kan bruke noe mer tid pr. pasient, og det tror jeg er viktig.

Og så tror jeg det er viktig at noe av den tiden også brukes til at fastlegen kan delta mer aktivt i tverrfaglige grupper – virkelig delta i samarbeidet med andre om en pasients behov. Samtidig skal vi selvfølgelig ha respekt for at den psykiske helsetjenesten er en tjeneste som skal ha en førstelinjetjeneste og en andrelinjetjeneste. Vi skal fortsatt ha en spesialisthelsetjeneste, men jeg er helt overbevist om at vi kan styrke førstelinjetjenesten, slik at færre blir så syke at de trenger andrelinjetjenesten.

Det er jo imponerende det som har skjedd i en del andre land, som jeg mener vi må la oss inspirere av i det videre arbeidet med det psykiske helsevernet i Norge.

Ivar Skulstad (A): Et annet felt er finansieringsordningene, som det kan være et forbedringspotensial rundt. Har statsråden planer om, eller iverksatt, en gjennomgang av finansieringsordningene for å se om det finnes forbedringspotensial?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det jobbes jo med spørsmålet om å få til en ISF-ordning – innsatsstyrt finansiering – også for det psykiske helsevernet. Grunnen til at det tar tid, er jo at det er vanskelig. Jeg opplever at det er stor grad av faglig diskusjon om det vil være formålstjenlig. Jeg må nok si at jeg lar det faglige utviklingsarbeidet gå. Hvis det kommer fram til en slags faglig konsensus om at man nå har fått et ISF-system som vil kunne være hensiktsmessig, mener jeg det er politisk interessant. Men så langt har jeg i hvert fall ikke på mitt bord fått en slik klar og tydelig faglig anbefaling på det.

Det som jeg tror er det aller viktigste i dette økonomiske incentivsystemet, er jo at det som i dag er klokt, nemlig å gi flere mennesker hjelp tidligere, er økonomisk ulønnsomt for kommunene å gjøre. Hvis kommunene virkelig satser på å få ansatt psykolog, satser på å bygge opp tverrfaglige team innenfor det psykiske helsevernet, satser på å styrke kommunehelsetjenesten, slik at flere kan få hjelp tidligere, er det bare kostnader for kommunene. De som tjener penger på det, er staten og sykehusene. Det er liksom hele incentivstrukturen i helsevesenet som er anti-klok, for å si det litt sterkt. Det å gjøre det riktige og det kloke er det ulønnsomme. Derfor jobber jeg nå først og fremst i forbindelse med samhandlingsreformen mye mer med å få gjort noe med det, at de kommunene som velger å gi gode tjenester til innbyggerne sine – gi en god og forsterket kommunehelsetjeneste – skal tjene på det. Det skal være lønnsomt å gjøre det. Så tror jeg vi bare må avvente enda mer faglig utviklingsarbeid på ISF.

Møteleiaren: Ja, takk. Då er tida ute.

Vi går vidare til Framstegspartiet og Carl I. Hagen. Du har 5 minutt.

Carl I. Hagen (FrP): Når det gjelder det statsråden nettopp sa om tonivåforvaltningen, er vel den eneste logiske løsningen i realiteten å si at både førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten må finansieres av det samme forvaltningsnivået, slik at det samme forvaltningsnivået som har utgifter til førstelinjetjenesten, selv får besparelsene i andrelinjetjenesten. Det er vel den eneste logiske løsningen på det dilemmaet som statsråden både nå og tidligere mange ganger har skissert. Det er mitt første spørsmål. Det er vel en umulighet i seg selv. Så lenge det er to forvaltningsnivåer, vil ikke dette la seg løse i det hele tatt.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg mener jo at både førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten finansieres av det samme forvaltningsnivået. Begge finansieres av staten. Det er statskassen som er utgangspunktet for alt som skjer i kommunene, og alt som skjer på sykehusene. Så er det spørsmål om å bygge opp kloke systemer med fordeling av penger til de nivåene som gjør at man kan få klok aktivitet på de rette nivåene. Jeg tror at det er mulig å gjøre det uten å lage én felles tjeneste ut av det. Så kan det godt hende at representanten Hagen og jeg ikke blir helt enige om det, men jeg tror det er mulig.

Carl I. Hagen (FrP): Vi får se utover våren.

Det har vært hevdet overfor oss at det nå er 750 nye psykologer pr. år. Jeg vil spørre: Hvor mange psykologer, spesialister – og for så vidt psykiatere, men først og fremst psykologer – er det som ikke er inne i andrelinjetjenesten og ikke har avtaler? Altså: Hvor mange er det som utelukkende leverer sine tjenester for privat betaling i det todelte systemet, som har vært bygget opp av ulike regjeringer de siste 10–15 årene, og hvor de som har penger, ikke har noe ventetid og problemer, mens de som har dårlig råd, som er henvist til å få deler av kostnadene ved spesialisthjelp i psykiatrien av det offentlige, er de som har problemene? Hvor mange har vi i reservekapasitet som ikke er innenfor det offentlig finansierte systemet i det hele tatt?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg kikker litt fortvilet på mine medhjelpere her, men vi er ikke i stand til å svare deg på det, Hagen, så vi må få komme tilbake til det.

Carl I. Hagen (FrP): Kan jeg da få spørre: Har man vurdert å sørge for at det blir flere avtalespesialister?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Som jeg svarte på et tidligere spørsmål, er min klare beskjed til de regionale helseforetakene at de skal sørge for det. Hvis de ikke greier det med egne ressurser, må de bruke avtalespesialistinstrumentet. Jeg er veldig for det. Men samtidig vil jeg si: For meg er det viktig å understreke at jeg nok en gang mener at vi nå er på et litt feil spor når vi tror at krisen i spesialisthelsetjenesten innenfor det psykiske helsevernet

kan løses ved å ansette enda flere psykologer og enda flere psykiatere der. Det store problemet er at det ikke finnes psykologer i norske kommuner. Derfor blir det å peke på avtalespesialisten som en løsning på det Riksrevisjonen her omtaler, feil, etter min mening. Det store problemet er at det kanskje finnes 20–30 psykologer totalt som jobber med pasienter i norske kommuner. De psykologene som finnes i norske kommuner, er i PP-tjenesten i skolen.

Carl I. Hagen (FrP): Har statsråden overhodet vurdert å gi kommunene øremerkede midler, for å sørge for at man får bygd ut psykologtjenesten i kommunene? Det har vist seg at frivillige ordninger, hvor psykologansettelser konkurrerer med barnehager, idrettsanlegg, kulturbygninger og alt mulig annet rart, hittil har tapt. Men hadde man hatt en ordning med øremerkede tilskudd til psykologansettelser i kommunesektoren, ville jo det ha vært en mulighet.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Vi har startet forsiktig med det i år, ved at det i statsbudsjettet for i år er avsatt 20 mill. kr til et slikt stimuleringsstilskudd for å få ansatt psykologer i kommunene.

Så kan man si at det er ikke all verdens penger, men det er i hvert fall en start.

Carl I. Hagen (FrP): Da høres i hvert fall det bra ut, at man begynner å tenke riktig på det området.

Mitt siste spørsmål: Når man altså har kapasitet til å gi flere avtaler til spesialister, ser da statsråden at rammefinansieringssystemet overfor de regionale helseforetakene er en hindring for å få flere avtaler, i og med at det vil gå ut over andre formål i de regionale helseforetakene, inntil man lykkes med det som man selvsagt må få til før eller senere – en ISF-ordning også for det psykiske helsevernet?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg vil jo peke på at det vi styrer etter, og det som vi gir oppdrag til de regionale helseforetakene om, er sørge for-ansvaret. Hvis de ikke greier å oppfylle sørge for-ansvaret, må vi måle dem tydelig på det. Vi må ha bedre rapportering på det og stille krav på det grunnlaget. Jeg er helt sikker på at det innenfor det finansieringssystemet som vi i hvert fall har i dag, er mulig å få til det.

Møteleieren: Takk.

Då går vi vidare til neste utspørjar, som er Per-Kristian Foss frå Høgre. Han har også 5 minutt.

Per-Kristian Foss (H): Noe av det Riksrevisjonen påpeker som kritikk, er store geografiske forskjeller i helsetilbudet. Statsråden sa at det er et stort potensial i dagens styringssystem som er utnyttet – som altså ikke har vært utnyttet av tidligere statsråder. På hvilken måte er oppdragsbrevet til helseforetakene nå utformet slik at det gis konkrete krav til forbedringer i de regionene som har det svakeste tilbudet innenfor psykisk helsevern?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg sa en del generelt om det i innledningen min, der jeg viser til at vi er spissere og mer konkrete, med strengere krav til omstilling, til modernisering, til kompetanseutvikling og fokus på brukermedvirkning, mestring og nærhet.

Men jeg vil gjerne be Thor Rogan om å utdype det svaret litt ...

Per-Kristian Foss (H): Jeg vil bare si at jeg i grunnen er ute etter målsettinger som er slik at det er mulig å etterprøve dem neste år, for Riksrevisjonen eller andre.

Thor Rogan: Det er jo akkurat det som har vært utfordringen, å kunne måle den omstillingen som vi har vært på jakt etter. Hvis man leser oppdragsdokumentene fra 2002 og framover, ser man at de har endret vesentlig karakter, fra å være en generell tekst til å være klare punkter i skalkrav. For 2009 er det spesifikt sagt at helseforetakene skal gjennomføre en omstilling av tjenestene slik at sykehusfunksjonene blir spisset, og DPS-ene blir satt i stand til å utføre de oppgavene som blir forventet, under henvisning til direktoratets veileder på hva et DPS skal være. Det er da kombinert med at vi har definert noen målstørrelser som skal vise omstillingen. Det er: Hvor blir pasientene behandlet – på DPS eller på sykehus? Hvor er fagressursene – psykologer og psykiatere? Hvor mange DPS-er i forhold til sykehus? Det er en måte vi har funnet ut at vi kan måle omstillingsprosessen på.

Per-Kristian Foss (H): Vil du da mene at i løpet av 2009 og 2010 vil de store forskjellene som er mellom de regionale helseforetakene, være eliminert? Er det da like bra i Alta som i Oslo, for å sette det på spissen?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Nei, men vi vil ikke ha lyktes hvis ikke det er bedre. Men jeg tror at mye av det som Høybråten også var inne på i sin innledning, er at vi sliter nok fortsatt med en stor faglig diskusjon her, om veien videre. Vi forsøker å tydeliggjøre vårt standpunkt på dette gjennom å stille veldig tydelige krav. Men det er fortsatt en tendens til at det går to skritt fram og ett tilbake.

Det Riksrevisjonen peker på, er jo ikke minst dette med hvordan prioriteringsforskriften blir etterlevd.

Men hvis vi også ser på bruken av tvang, er det voldsomme geografiske forskjeller. Der ser man at det i enkelte fylker – jeg tror at det er i Østfold – er tre–fire ganger mer bruk av tvang enn i et fylke som Sogn og Fjordane. Så å bli tydeligere i felles faglige retningslinjer, ha tydeligere krav fra departementet og tilbakemeldinger til departementet, ha større bruk av faglige konsensuskonferanser og hele tiden jobbe med samspillet mellom politikk og fag – der tror jeg vi fortsatt har en vei å gå.

Per-Kristian Foss (H): Takk.

Statsråden har også uttalt at han ønsker å få en stopp når det gjelder ansettelse av flere leger i spesialisthelsetjenesten, noe det kan være gode grunner til. Gjelder dette også fagfolk i det psykiske helsevernet i helseforetakene?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Ja. Jeg mener at i den grad vi nå greier å få utdannet psykiatere og psykologer, må de for all del begynne å jobbe i kommunehelse-tjenesten. Det er antakeligvis enda viktigere at vi greier å få kontroll i det psykiske helsevernet enn i somatikken.

Per-Kristian Foss (H): Samtidig sa statsråden i et tidligere svar at man ikke har noen undersøkelse som viser sammenhengen. Altså: Der det er godt utbygd kommunal helsetjeneste innenfor psykiatrien, er presset på den statlige biten mindre, og vice versa. Man bare tror dette, altså?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Vi har ikke gjennomført faglige, klare analyser, men mitt veldig klare inntrykk er at det er stor enighet f.eks. innen brukerorganisasjonene og store deler av fagmiljøet om at dette er veien å gå.

Veldig ofte trekker vi fram Italia som et eksempel. I Italia har man nå ti sengeplasser pr. 100 000 innbyggere, og i Norge har vi 120 pr. 100 000 innbyggere.

Møteleiaren: Då er tida ute, og vi må gå vidare til Sosialistisk Venstreparti. Utspørjar der er Ingvild Vaggen Malvik, som har 5 minutt.

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Takk, leder.

Statsråden var inne på dette med mangel på sammenhengende analyser på grunn av mangel på data, og det er prisverdig at det blir utarbeidet veiledere til prioriteringsforskriften. Da lurer jeg på om de nye veilederne på noe vis er koblet sammen med rapporteringssystemet, slik at man kan sikre seg at man får data som viser at man følger opp de veilederne som blir laget for å korrigere svakhetene ved prioriteringsforskriften?

Ellinor Major: Rapporteringsrutinene blir bedre, og det blir lettere å prioritere når man har disse veilederne til prioriteringsforskriften. Vi må høste erfaringer, og disse veilederne implementeres nå i hele landet i de ulike helseregionene. Vi må høste noen erfaringer med hensyn til hvordan man klarer å ta disse i bruk.

Men akkurat hvordan de kobles mot rapporteringen, tør jeg ikke å svare på – hvis du tenker på rapporteringen til f.eks. Norsk pasientregister.

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Ja, det jeg lurer på, er hvilke tanker man har om hvordan man kan sikre at man i framtiden får bedre datamateriell og bedre grunnlag for å se sammenhengen mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten? Og hvordan kan man da sikre seg at man framover kan få et system som gjør at man i hvert fall kan evaluere på en skikkelig måte?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg tror at det som representanten her påpeker, er viktig. Det er ting vi bare må jobbe videre med, slik at vi sørger for at vi vet hva som skjer. Da er det klart at hvis vi mener at prioriteringsveilederne skal føre til at uheldige forskjeller i behandlings-

tilbudet skal bli mindre, må vi jo sørge for at vi har systemer for å se om det virker. Så det er en soleklar utfordring vi har.

Møteleiaren: Då går vi til siste utspørjar, som er Ola T. Lånke frå Kristeleg Folkeparti. Du har 5 minutt – ver så god.

Ola T. Lånke (KrF): Takk, leder.

Det er veldig mange forskjellige spørsmål som kan stilles, men jeg har bare lyst til å gi statsråden anledning til å se litt tilbake og se hvor langt man har kommet.

Det har gått ti år siden denne opptrappingsplanen ble vedtatt, og det jeg vil spørre om, er om du synes den opp-takten som ble tatt i 1998, har vært riktig. Føler man at man nå har kommet lenger? Har psykiatrien fått en høyere status? Er det mer fokus på psykiatrien vis-à-vis f.eks. somatikken enn det var tidligere? Er det fortsatt slik at det er flere som melder seg på, fordi man har økt tilbudene, som også tidligere statsråd Høybråten påpekte – at det er flere biler som kjører på veien, fordi man har bygd den ut?

Vi får kanskje begynne med det, og få høre litt generelt hvordan man ser på situasjonen i forhold til hvordan den var for ti-elleve år siden.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg er en politiker som har tro på politisk håndverk – altså det å analysere en situasjon, legge en plan og systematisk jobbe for å følge den opp. Det vil føre til at verden går framover. Jeg mener at opptrappingsplanen innenfor psykisk helsevern er et eksempel på at det er sant. Det var en analyse om at situasjonen var altfor dårlig. Det ble laget en felles politisk plan, og det var stor grad av politisk konsensus rundt den. Den planen er fulgt opp av skiftende regjeringer i løpet av ti år.

Det siste er faktisk et veldig viktig poeng. Hvis man ser på det, var det Jagland-regjeringen som la fram meldingen, det var Bondeviks første regjering som startet det hele, den ble fulgt opp av Stoltenberg I, så av Bondevik II og så av Stoltenberg II – så mange regjeringer og mange politiske partier har vært involvert i den. Og det har ført til at planen stort sett har blitt fulgt, og vi har nådd veldig mange mål.

Jeg tror det er veldig viktig at vi nå ikke ser på opp-trappingsplanen – til tross for Riksrevisjonens rapport – som ikke vellykket. Altså: Den har vært vellykket på veldig mange områder. Det psykiske helsevernet i Norge er mye bedre i 2009 enn det var i 1997–1998. Men vi er ikke i mål, så det må ikke bli en hvilepute at vi nå er ferdig med opptrappingsplanen. Vi må gå videre, selv om den planen er avsluttet.

Som sagt, jeg tror at det som fortsatt er den store utfordringen – og som man kanskje må kunne si at vi ikke har lyktes godt med når det gjelder opptrappingsplanen – er å få lavterskeltilbudene til å bli gode nok, altså hjelp i en tidlig fase. Det gjelder egentlig både i kommunehelsetjenesten og også i andrelinjetjenesten. Der har vi bygd opp 75 distriktpsikiatriske sentre. Det er veldig bra og

imponerende at vi har fått det til, men fortsatt er fagligheten for dårlig i de distriktopsykiatriske sentrene. Vi har en stor jobb å gjøre for ikke minst å få flere psykologer og psykiatere på de distriktopsykiatriske sentrene.

Fortsatt er det slik at for mange havner på store sengeavdelinger. Jeg er i tvil om det er et faglig godt tilbud, og jeg er i hvert fall i tvil om det er et effektivt behandlingstilbud. Veien videre går på å styrke DPS-ene og det kommunale helsetilbudet.

Ola T. Lånke (KrF): Det er klart at utfordringene fortsatt er store, og det er jo Riksrevisjonens rapport et nokså godt eksempel på.

Du har vært medlem av denne regjeringen hele veien, men har først relativt nylig overtatt som helsestatsråd, og du er på en måte ikke formelt ansvarlig for årene før. Men jeg har likevel lyst til å spørre: Disse forskjellene som bl.a. Riksrevisjonen påpeker, var jo kjent på et tidligere tidspunkt – på hvilket tidspunkt startet man med å rette opp skjevhetene mellom de ulike regionene som vi har sett? Er det noe som har begynt nå først etter at du overtok, eller har det foregått hele tiden?

Og et annet spørsmål som jeg også synes er nærliggende: Øremerking har vært nevnt tidligere her. Vil det nå være slik at man kan gå bort fra den øremerkingen, eller vil man fortsatt holde på den øremerkingen av midler til kommunene?

Møteleiaren: No må vi ha eit kort svar.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Det var to store spørsmål.

Det første kan jeg svare kort på ved å si at arbeidet med prioriteringsveilederne ble startet før min tid. Det var det vel Brustad som tok initiativet til.

Til det andre – hva var spørsmålet igjen?

Ola T. Lånke (KrF): Øremerking.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Vi øremerker i prinsippet videre i andrelinjetjenesten, fordi vi fortsetter å stille krav om at veksten i det psykiske helsevernet skal være større enn i somatikken. Det vilkåret står fast i oppdragsdokumentene for andrelinjetjenesten.

Når det gjelder førstelinjetjenesten, er øremerkingen opphørt. Jeg mener det er riktig. Etter ti års opptrapping er jeg helt sikker på at kommunene nå har fått forståelse for at det bor mennesker i alle kommuner som trenger hjelp fra det psykiske helsevernet. Det tar kommunene godt ansvar for. Faktum er at kommunene bruker mye mer penger på det kommunale psykiske helsevernet enn det de har fått øremerket. Jeg tror at hvis en hadde gått videre med en øremerking, hadde faren vært veldig stor for at det kunne blitt et slags minstemål, istedenfor å si at en får et tilskudd i rammeoverføringene, men at en skal se på befolkningens behov og ut fra det bygge opp budsjettene.

Møteleiaren: Då må leiaren bryte inn. Vi er litt over tida, men greitt.

Då er vi ferdige med spørsmåla frå kvart enkelt parti, og vi har 5 minutt til å oppklare spørsmål, først frå Ivar Skulstad, og deretter frå Per-Kristian Foss.

Ivar Skulstad – ver så god.

Ivar Skulstad (A): Takk, leder.

Et kort spørsmål, og det går på dette med spesialister, som kan være litt skjevt fordelt utover landet. Finnes det noen virkemidler i departementet eller andre steder som kan fordele det annerledes?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Vårt viktigste utgangspunkt er nok en gang å vise til at RHF-ene har et sørge for-ansvar. Da må de rekruttere det personellet de mangler. Det er det viktigste virkemidlet vi har.

Møteleiaren: Då er det Per-Kristian Foss, deretter Carl I. Hagen.

Per-Kristian Foss (H): Statsråden gav en liten oppskrift på hvordan kommunene bygger opp sine budsjetter. Jeg tror jeg må supplere den litt. Riktignok er vel de faglige innspill et godt grunnlag, men summen av dem blir sjelden slik at rådmannen kan tilråde det overfor kommunestyret, og da kutter man. Har departementet en oversikt over hvor mye man nå kutter på dette området i de kommunebudsjetter som nå er blitt vedtatt? Det var spørsmål nr. 1.

Så til spørsmål nr. 2. Du sa tidligere at de nyutdannede folk på det psykiske helsevernområdet skal komme ut i kommunene. Så har man da vedtatt et stimuleringsstiltak på 20 mill. kr. Det blir det vel ikke mange psykologer av, det skjønner jeg. Spørsmålet er: Har man noen kvantifiserbare tall – det var smør på flekk, hørte jeg, men har man noen tall på hva dette betyr for kommunene? Hvis jeg kjenner KS rett, vil de si at ja, dette krever økte overføringer, og de vil fort regne på det. Har dere regnet på det?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Til det første: Utgangspunktet vårt for at vi i 2009 ikke har øremerking av midlene til kommunene, er at de tallene vi hadde i forkant av budsjettet for 2009, viste at kommunene brukte mye mer på psykisk helsevern enn det de fikk i øremerkede midler fra staten. Å si at det eneste utgangspunktet for å få gode bevilgninger til det psykiske helsevernet i kommunene er øremerking, mener jeg ikke er riktig.

Vi har i hvert fall ingen rapporter, så vidt jeg har greid å fange opp, på at det nå kuttet i noe stort omfang i det psykiske helsevernet i kommunene. Tvert imot mener vi å ha den analysen at dette er noe som kommunestyrene rundt omkring tar på alvor. Men selvfølgelig er det slik at det psykiske helsevernet er en del av hele den totale prioriteringen i kommunesektoren, og det er sikkert ulike valg som skjer i ulike kommuner. Men jevnt over har kommunene tatt dette ansvaret på en skikkelig måte.

Så kan du si at nei, av 20 mill. kr blir det ikke all verdens psykologer, men det blir flere enn med null kroner. Det vi nå gjør, er å prøve ut hvordan vi kan bruke et slikt

stimuleringstilskudd for å få flere psykologer ut i kommunene. Så skal vi høste noen erfaringer med en slik type stimuleringstilskudd, og se om det er et virkemiddel vi kan bygge ut.

Jeg veldig klar over at når vi nå skal lage en ny kommunehelsetjeneste, en mye sterkere helhetlig kommunehelsetjeneste, vil det kreve ganske store omlegginger av hele økonomisystemet. Det vil jo Stortinget etter hvert få seg forelagt forslag til. Samhandlingsreformen vil fra min og Regjeringens side starte med at vi i løpet av våren legger fram en stortingsmelding for Stortinget der vi skisserer veien videre for Helse-Norge.

Per-Kristian Foss (H): Men det vet vi fra før. Mitt spørsmål var – du har nå sagt at de skal ut i kommunene: Hva kommer det til å koste bare på dette området, ikke hele samhandlingsreformen, bare på dette området?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Vi har ikke på dette tidspunktet tall på hvor mange psykologer som trengs ute i Kommune-Norge. Men det vi nå gjør i samhandlingsreformen, er å bygge opp det vi kaller gode pasientforløp, blir enig med brukerorganisasjoner og fagmiljø om det, og så bruker vi det som et utgangspunkt for å estimere behovet for nye stillinger i Kommune-Norge. Så langt har vi bare fått noen gode tall på det i forhold til fastlegene, men vi har ikke fått det på det øvrige behandlingsapparatet. Vi har en vei å gå på den siden.

Møteleiaren: Då er det Carl I. Hagen som får ordet til eit kort spørsmål, med eit kort svar.

Carl I. Hagen (FrP): Det er slik i dag, statsråd, at mange pasienter ikke får stilt diagnose når de kommer til DPS-ene. Da møter de bare en sosionom eller en psykiatrisk sykepleier, for det er som kjent mangel på psykologer der. Er det noe statsråden kan gjøre for å sikre at de som kommer dit, i hvert fall får stilt en diagnose av en som er i stand til å stille en diagnose – altså en slags bemanningsnorm for DPS-ene som sikrer at det blir en bedre kvalitet, slik bl.a. Legeforeningen ønsker?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg mener at det ikke er en rett beskrivelse å si at den gjennomgående situasjonen er at det er mange pasienter som ikke får en diagnose. Jeg er klar over at det omtales i rapporten, men vårt inntrykk er at det ikke er en riktig beskrivelse av situasjonen. Jeg skal ikke utelukke at det finnes eksempler på det, men det er ikke hovedbildet.

Møteleiaren: Ok, då er vi ferdige med spørsmåla.

Det er då opp til statsråden om han vil nytte seg av dei 5 minuttar som han har til rådighet til ei oppsummering og til eventuelle tilleggsopplysningar som han vil gi til komiteen – ver så god.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen: Jeg føler vel, leder, at jeg har fått sagt det som har vært hovedbudskapet mitt, at vi gjør en del ting på kort sikt. Vi er veldig opptatt av

prioriteringsveilederen. Vi er veldig opptatt av tydeligere krav i oppdragsdokumentet og tydeligere krav til rapportering i årlig melding. Vi er veldig opptatt av dette med avtalespesialistene, at vi skal få en struktur på det som gjør at vi får ryddet opp i det forhold at folk liksom må finne seg sin egen spesialist. Og vi er veldig opptatt av at den omstillingen som skal skje i andrelinjetjenesten, altså at færre sykehusavdelinger og styrkede distriktspsykiatriske sentre er veldig viktige utviklingstrekk.

Jeg bare lyst til å bruke – når jeg har anledningen – et eksempel som jeg ofte bruker når jeg holder foredrag, fra Jæren Distriktspsykiatriske Senter, som er ett av de store distriktspsykiatriske sentrene i Norge, hvor ca. en tredjedel av sengene er såkalt brukerstyrte senger. Det betyr at brukere som bor i nabokommunene på Jæren – mange av dem har en lang historie i det psykiske helsevernet – kan selv i veldig stor grad bestemme om de føler at de trenger en innleggelse. De kjenner sin egen sykdom, kjenner at nå er det ting som kan være i ferd med å gå galt, og kan da bare ta en telefon og si at nå har jeg behov for å komme, og nå kommer jeg. Det dette viser, er jo at det er veldig få som kommer. Nettopp det at tilbudet er tilgjengelig, fører til at forbruket går veldig ned. Den typen eksempler inspirerer meg veldig, slik at det handler om å desentralisere, det handler om å bygge ned sykehusavdelingene, og det handler om å styrke fagligheten i DPS-ene. Så det er det vi nå jobber med i det daglige.

Så er jeg – som jeg har sagt mange ganger – veldig opptatt av veien videre og at kommunehelsetjenesten i Norge har blitt for dårlig. For mange oppgaver skal løses i sykehusene. I den grad vi kan snakke om en krise i sykehusene, må den først og fremst løses alle andre steder enn i sykehusene. Det handler om at for mange havner på sykehus – det gjelder mange som har lidelser innenfor somatikken, men det gjelder også til de grader i det psykiske helsevernet. Så de uverdige forholdene vi opplever, det at mange som er veldig syke, må gå og vente lenge på behandling, må løses gjennom at mange flere må få hjelp mye tidligere. Det er et litt lengre lerret å bleke, men som sagt vil det bli startet et arbeid med en reform som vi vil invitere Stortinget til å være med på å diskutere gjennom i første omgang å legge fram en overordnet stortingsmelding i løpet av vårsesjonen.

Møteleiaren: Tusen takk skal du ha. Eg er overtydd om at ditt bidrag vil vere til stor nytte for både saksordføraren og resten av komiteen i den vidare handsaminga av denne saka.

Då tek vi pause fram til kl. 18.50.

Høyringa vart avbroten kl. 18.19.

Høyringa vart teken opp att kl. 18.50.

Høyring med Den norske legeforening, Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund.

Møteleiaren: Då er klokka 18.50, og vi går i gang igjen. Vi skal ha utspørjing av Den norske legefore-

ning, Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund.

Eg vil ønske velkomen Legeforeningens president, Torunn Janbu, Ola Marstein frå Norsk psykiatrisk forening og Marte Walstad frå sentralstyret.

Frå Norsk Psykologforening vil eg ønske velkomen fagsjef Anders Skuterud og spesialrådgivar Anette Clausen.

Frå Norsk Sykepleierforbund vil eg til slutt ønske velkomen andre nestleiar Jan-Erik Nilsen og spesialrådgivar Svein Roald Olsen.

Som de veit, har de no 5 minutt kvar. Eg er ganske streng på tida, så vi går i gang med spørsmålsrunden. 5 minutt til avslutning betyr ikkje at kvar av dykk får 5 minutt, men vi får sjå litt korleis det ligg an.

Eg trur vi berre set i gang med Legeforeningen. Ver så god, den som skal begynne – det er, slik eg forstår det, presidenten, Torunn Janbu.

Torunn Janbu: Tusen takk skal du ha.

Det er først og fremst viktig for oss å takke for anledningen til å komme hit og kunne ta opp og diskutere en veldig viktig sak. Jeg har tatt med meg Ola Marstein, som er psykiater med mangeårig erfaring i voksenpsykiatrien, og Marte Walstad, som er fastlege i Trondheim, og som spesielt har jobbet med oss internt i Legeforeningen, og som i sin praksis har mange mennesker med psykiske lidelser.

Som legeforening er vi opptatt av å få en bedre helse-tjeneste. Hvert år lager vi det vi kaller statusrapporter, og jeg har tatt med meg to av dem som spesielt omhandler psykiske lidelser. Det er et tema som især har opptatt oss i forhold til å ta for oss områder som er forsømt i helse-tjenesten. Også i andre statusrapporter har vi tatt for oss det, så det Riksrevisjonens rapport berører, er vi dessverre kjent med.

Vi trenger en kvalitetsreform i psykiatrien. Det er pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, dessverre ikke få, og som ikke møter spesialist. Å gi den typen helsetjeneste er ikke Norge verdig.

Vi trenger en kvalitetsreform. Vi trenger en forbedring med hensyn til lik prioritering. Vi trenger en forbedring med hensyn til at syke mennesker skal få diagnose. I det hele tatt trenger vi et løft, i stor grad på kvalitet.

Så jeg tror jeg da skal overlate ordet til spesialisten blant oss på dette fagområdet, psykiater Ola Marstein.

Ola Marstein: Mange takk for invitasjonen!

Jeg har arbeidet elleve år i DPS og 30 år til sammen i psykisk helsevern. Jeg jobber nå i foreningen og litt som avtalespesialist.

Riksrevisjonens rapport tar opp begrepet «kvalitet» – kvalitet på tilbudet til pasienter og kvalitet i rapporteringen. Kvalitet er avhengig både av at kompetansen finnes og av at kompetansen er tilgjengelig. I psykisk helsevern forsøker vi å sette pasienten og pasientens behov i sentrum. Riksrevisjonen har påpekt at i motsetning til det som har vært opplevelsen før, skal det ikke lenger være institusjonens kapasitet eller tradisjoner som avgjør retten til helsehjelp. Slik skal det ikke være. Det har Lege-

foreningen påpekt mange ganger før. Vi må ha, og vi må bruke, én nasjonal standard for rett til helsehjelp som er lik over hele landet. De nye veilederne i prioritering er et godt hjelpemiddel for vurdering av de viktigste tilstandene i spesialisthelsetjenesten.

All medisinsk behandling starter i førstelinjen. Når fastlegen ser at pasienten har et behov han eller hun ikke kan dekke, henviser legen til spesialist for at pasienten der skal få gjort utredning av diagnostikk, lagd en behandlingsplan og eventuelt også få gjennomført deler av behandlingen. Det er derfor svært uheldig at pasienter ikke engang henvises fordi fastlegen har erfaring for at det ikke er noen vits. Tvert imot er nær kontakt mellom allmennlege og spesialist nødvendig for at hver pasient skal få effektiv behandling så raskt som mulig. Det trengs møteplasser – dette er samhandling. Dette har med tilgjengelighet til tjenesten å gjøre. Særlig vil vi peke på verdien av tidlig utredning ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse. Når det etter hvert er blitt mulig nå å snakke om egne psykiske problemer uten å bli stigmatisert, må helsevesenet også være tilgjengelig for dem som lurar på om de selv, deres pårørende, eller deres elever på en skole kan ha en alvorlig psykisk lidelse. Derfor har Legeforeningen, i samarbeid med Psykologforeningen og Sykepleierforbundet, søkt Helsedirektoratet om midler til et landsomfattende prosjekt etter gjennombruddsmetoden, som tidligere har vært brukt med stort hell i arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang og andre tiltak innenfor psykisk helsevern. Som vi skriver i vårt bakgrunnsnotat, gir denne metoden et større eierskap til data som samles inn ved at de skal brukes lokalt til en endring som man selv har ønsket og selv vil gjennomføre. Datakvaliteten blir bedre, og nytten av dataene blir større.

Norsk psykiatrisk forening ber om at vi blir målt på våre behandlingsresultater og på tilfredsheten til våre pasienter. Behandlingsresultat er f.eks.: Kommer folk tilbake i arbeid?

Mange er opptatt av tvang. Det er en utfordring som Legeforeningen fortsatt tar alvorlig, og vi deltar i mange fora. Etter gjennombruddsprosjektet i 2002 ble det opprettet et tverrfaglig forum for akuttpsykiatri, som nå nylig hadde 550 deltakere på sin årlige konferanse. Foreningen har, sammen med Sykehuset Innlandet, startet et årlig seminar om etikk, tvang og menneskerettigheter. Vi har tatt initiativet til gjennomgang av kriteriene for tvangsbruk i regi av Helsedirektoratet, og vi deltar i Falstad-gruppen, som arbeider med menneskerettigheter i psykisk helsevern.

Når det er behov for at spesialisthelsetjenesten overtar behandlingen, er det en klar og logisk forventning at pasienten blir ivarettatt av spesialister. Slik er det dessverre ikke i dag. Vi har for få spesialister både i psykiatri og i psykologi, og vi får et kvalitetsproblem når pasienter kan skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at en spesialist har møtt pasienten. Altså må spesialistkompetansen i DPS økes. Det står også i rapporten.

Legeforeningen har i sin statusrapport fra 2008 om lokalsykehusenes rolle i psykisk helsevern foreslått at hvert DPS skal ha én psykiater pr. 10 000 innbyggere, og at det skal være én psykiater pr. tre andre fagstillinger.

Møteleiaren: No er tida ute.

Ola Marstein: Ja ... og vi ber myndighetene fastsette slike minimumskrav.

Takk.

Møteleiaren: Då går vi vidare til Norsk Psykologforening ved Anders Skuterud.

Anders Skuterud: Takk for muligheten til å komme og kommentere.

Jeg har lyst til å si først at det er 40 år siden min første jobb på et psykiatrisk sykehus, og jeg vil definitivt si at det er de siste ti årene det har skjedd mye innenfor disse tjenestene. Så det er ingen tvil om at opptrappingsplanen har hatt effekt.

Samtidig er det viktig å ta på alvor de kritikkverdige forhold som Riksrevisjonens rapport har avdekket, men uten å sette i gang forhastede tiltak som gir uforutsette bivirkninger. Utfordringene framover er å jobbe systematisk med kvalitetsutvikling i psykisk helsevern parallelt med styrking av førstelinjens kapasitet og kompetanse. – Det var generelt.

Ad 1: Opptrappingsplanens estimat om at 25 pst. av befolkningen får lettere psykiske lidelser var på ingen måte realistisk. Det var verken epidemiologiske betraktninger eller allmennlegens behovsvurderinger som lå til grunn. Et rimelig estimat i dag er ifølge Folkehelseinstituttet at 25 pst. av oss gjennom et år får en diagnostiserbar psykisk lidelse. Mange blir bra uten profesjonell hjelp, men et anslag er at 50 pst. burde ha et mulig hjelpetilbud. Selv om en har endret tallene i opptrappingsplanen, er det ikke en tilsvarende justering av planen når det gjelder lettere psykiske lidelser.

Ad 2: Som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse er det blitt betydelige, positive endringer i psykisk helsevern. Men utviklingen har gått for sent. En kan si at opptrappingen i all hovedsak har fungert, men omstillingen har gått for sent. Nye arbeidsformer i form av bruker- og pårørendemedvirkning, ambulante team osv. vokser fram og utfordrer og utvikler gamle metoder og tankesett. Statistikken viser oss at i 2008 er det første året akuttavdelingene ikke har hatt overbelegg, og noen steder har det vært en radikal nedgang i akuttinnleggelser både med og uten tvang samtidig med at vi da har fått utviklet ambulante team. Men det har gått sent.

Ad 3: Presset mot spesialisthelsetjenesten har blitt for stort. Aldri har pågangen vært større enn i år ifølge offentlig statistikk – 17 pst. økning siste år. At rettighetspasienter ikke får kortere frist for behandling enn andre, er helt utrolig, og kan betraktes som sivil ulydighet. En positiv måte å forstå dette på er at hjelpepersonell prioriterer de pasientene de har størst tro på at en som fagperson kan hjelpe. Dette er i hvert fall den eneste forklaringen vi har fått, men dette er annerledes enn det burde være, og det er manglende styring i dette.

Det er også betydelig mangel på samhandling og til- lit mellom fastlegen og psykisk helsevern og mellom fast- legen og det kommunale psykiske helsearbeidet. Denne

kombinasjonen av stort press som følge av en utilstrekkelig utbygd førstelinjetjeneste, konservatisme i fagmiljøene og for svak ledelse, har samlet bidratt til det bildet som rapporten skisserer, etter vår mening.

Ad 4: Datakvaliteten er dårlig i psykisk helsevern. Dette er et ledelsesspørsmål. Psykologforeningen er av den mening at det har vært for dårlig styring og gjennomføringskraft fra departementet og hele veien ned til det enkelte tjenestested og til behandler. Det må være en vesentlig tettere dialog mellom de ulike ledd om hva som er relevante og nyttige data.

Ad 5: For dem med lettere psykiske lidelser, et lidelsesområde som ifølge Folkehelseinstituttet representerer den største helseøkonomiske belastningen i landet, har opptrappingsplanen videre betydd at disse pasientene i varierende grad blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Det vanskeliggjør dermed gode tilbud til rettighetspasientene som skal behandles der.

En kort oppsummering av opptrappingsplanens resultater: En del av de aller dårligste har vi lyktes lite med. Det gjelder spesielt dem med samtidig rusbruk og alvorlig psykisk lidelse. Så er det et bredt spekter av lidelser som har fått vesentlig mer omfattende og bedre tilbud enn det de har fått tidligere, men der det er et betydelig potensial for faglig utvikling og kvalitetsforbedring. Jeg støtter også Legeforeningens krav til normer.

De med lettere psykiske lidelser, et lidelsesområde som ifølge Folkehelseinstituttet da representerer den største helseøkonomiske belastningen i landet, har opptrappingsplanen i liten grad adressert.

Takk.

Møteleiaren: Møteleiaren: Då går vi til Norsk Sykepleierforbund, ved andre nestleiar, Jan-Erik Nilsen.

Jan-Erik Nilsen: Da vil jeg takke på vegne av Norsk Sykepleierforbund for invitasjonen til denne høringen, som jeg ser som svært viktig. Jeg har også over 20 år som leder innen psykiatrien – før jeg ble valgt.

Norsk Sykepleierforbund representerer mye av ryggraden til dem som jobber innen psykisk helse, det være seg i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Det er det veldig viktig for meg å si. Vi har 88 000 medlemmer. Vi er én av Norges største fagorganisasjoner. Vi har svært mange som jobber med dette, og som tar de takene som skal tas. Så mye bra er oppnådd etter opptrappingsplanens intensjoner, men det er mye som gjenstår. Det skal vi være de første til å være med å uttrykke. Så vi deler bekymringen i Riksrevisjonens rapport – selvfølgelig. Befolkningens tillit til de psykiske helsetjenestene krever at disse utfordringene blir tatt på alvor.

Riksrevisjonen viser til en rekke konkrete problemstillinger som Norsk Sykepleierforbund kjenner seg godt igjen i. Nå skal ikke jeg komme inn på estimat, for akkurat der er vi enig i det Psykologforeningen sier, men jeg vil gi noen eksempler: Helsesøstrene, som er en stor faggruppe innen vårt område, bruker nå 75 pst. av sin tid på psykisk helsearbeid, spesielt gjelder dette i møte med og jobbing med ungdom. Akuttpsykiatriske mottaksposter melder om

økt omfang av rusrelaterte lidelser. Her ser vi innleggelser, og vi ser at det varierer mellom 30 pst. og 50 pst. i forhold til dem som har de alvorligste psykiske lidelsene. Det sier igjen noe om rapportering.

Barnesykepleiere ved somatiske sengeposter melder om unge mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser som ikke får det behandlingstilbudet som de faktisk har krav på. Som helseministeren også var inne på, uttrykker WHO stor bekymring når det gjelder økningen av depresjoner som en folkesykdom her i det vestlige Europa.

Det er kjent at behandlingstilbudet til pasienter med alvorlig psykisk helsesvikt og rusmiddelproblem fortsatt er svært mangelfullt. Ventetid er ikke en tilfredsstillende indikator. En underdimensjonering av tjenestetilbudet vil bidra til å undergrave pasientrettighetene. Spesielt ser vi dette i kommunehelsetjenesten, som helseministeren beskriver det, samtidig må man ikke svekke spesialisthelsetjenesten. Når man nå bygger opp kommunehelsetjenesten ytterligere på dette, må man parallelt også satse på spesialisthelsetjenesten.

Det er fremdeles tradisjon for altfor lite bruk av kvalitetssystemer i det psykiske helsearbeidet, dvs. rapporterings- og kvalitetssystemer, som man faktisk kan bruke operasjonelt godt innenfor det kliniske arbeidet.

Norsk Sykepleierforbund kjenner seg igjen ved at det i stor grad utøves ulikt klinisk skjønn. Faglige vurderinger påvirkes av leders henvisninger om å få kortet ned på ventetiden, redusere trykket og unngå fristbrudd. Det går ikke bare ut over dem som har alvorlig psykisk helsesvikt, men også dem som sliter med såkalt lettere psykiske problemer, som er i en umiddelbar krise, men som faktisk er i arbeid, i et aktivt familieliv. For dem hjelper et lavterskeltilbud og korttidsbehandling slik at de faktisk kan stå i sin jobb, og man kan hindre innleggelser og lengre tids behandling ved å komme tidligere til.

Når det gjelder prioritering, må brukernes egne stemmer i mye større grad vektlegges. Brukernes egne forklaringer på symptomer, årsakssammenhenger og hva som kan være til hjelp, må i mye større grad legges til grunn. Manglende dårlige kvalitetssystemer bidrar til at brukerne ikke sikres nødvendig helsehjelp når behovet er der. I ytterste konsekvens kan det føre til stor overlast i familien, uførhet, fare for liv og økt tvangsbruk. Og vi ser jo at vi fortsatt ligger veldig høyt når det gjelder bruk av tvang.

Det kreves et omfattende arbeid for å kvalitetssikre, samordne og prioritere pasientrettighetsarbeidet. Det kreves mye mer lederkompetanse, tverrfaglig samhandling på den enkelte enhet, brukermedvirkning på individ- og systemnivå, dvs. enda større grad av fokus på læring og mestring, gode kvalitetssystemer, samhandling på tvers av enheter, etater og forvaltningsnivå. Og her er det nå store forventninger til helseministerens samhandlingsreform.

Norsk Sykepleierforbund forventer at departementet krever rapportering og følger opp ved fravær av data når de ikke er gode nok. Rapporteringer bør inkludere systematiske brukerundersøkelser innenfor de enkelte helseregionene. Nå er det faktisk noen som har begynt å kjøre dette permanent for å justere sine tilbud i forhold til brukerundersøkelser.

Godt psykisk helsearbeid i kommunene kan avlaste og styrke spesialisthelsetjenesten. Vi ser bl.a. at bruk av tvang er mye mindre der de kommunale psykiske helsetjenestene er godt utbygd. Samtidig er pasientene avhengig av en kompetent og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste. Tjenestene på begge nivå må være fleksible, og veiledning må gå begge veier, for her er det synergieffekter å hente. En individuell plan vil være et viktig verktøy i koordineringen av dette arbeidet. Tilbakemeldinger i praksisfelt og forskning viser at det er en rettighet som ikke blir fulgt opp i god nok grad. Videre mangler det felles systemer for dokumentasjon og samhandling. Samhandlingen kan styrkes gjennom forpliktende samhandling på individnivå og systemnivå. Helseministeren viste f.eks. til Jæren DPS og dette med brukerstyrte senger som viser reduksjon av tvang, bedre arbeidsmiljø, økt medvirkning – og det er et lavterskeltilbud.

Møteleiaren: Då er tida ute.

Vi set i gang med spørsmål frå saksordføraren, Rune J. Skjælaaen.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Tidligere i høringen har vi møtt to helseministre, og nå har vi profesjonene foran oss her, som representerer dem som er ute og jobber i felten. Det setter vi pris på.

Det jeg først og fremst reagerte på da jeg leste denne rapporten, går på dette som har med tilvisningspraksis å gjøre. Og i den forbindelse vet jeg at også Ola Marstein har vært inne og jobbet med rapporten. Det man ser, er bl.a. at en god del henvisninger mangler opplysninger. Det betyr at legene ikke er flinke nok til å skrive henvisninger. Det andre er at spesialisthelsetjenesten i liten grad melder tilbake når det mangler opplysninger i tilvisningen. Det betyr at det er flere mangelfulle forhold knyttet til henvisning. Så står det videre at mange lar være å henvise fordi ventetiden er så lang – de henviser ikke i det hele tatt. Da er spørsmålet mitt: Hva gjør det med pasienten? Min lidelse er altså ikke alvorlig nok til at jeg skal bli henvist til spesialisthelsetjenesten – og så er kanskje pasienten gyselig syk!

Hva gjør Legeforeningen overfor sine medlemmer når det gjelder tilvisningspraksis? Det gjelder både fastlegene og spesialistene.

Torunn Janbu: Vi har generelt hatt et kvalitetsarbeid knyttet til den gode henvisning og den gode epikrise. Vi har jo i mange år gått inn på at standarder, normering og behandlingsretningslinjer må være på plass. – Men da kan du, Ola, si litt fra psykiaterne først.

Ola Marstein: Vi må ha det. Men det viktigste er møteplassene, og at fastlegene og de aktuelle distriktpsykiatriske sentrene, altså spesialistene, kjenner til hverandre, slik at spørsmålet om dette er en slappfisk eller en som likevel kan klare det selv, ikke blir avgjørende, men pasientens behov. Der er det behov for en kulturrendring, som har pågått, og som er i gang. Man nærmer seg fra begge sider. Faktisk kan jeg si at jeg på et DPS som jeg kjen-

ner godt til, har opplevd at en fastlege har sagt: Nå vil jeg lære hvordan jeg skal skrive en henvisning som gjør at min pasient får et tilbud. Før prøvde vi å oppdra fastlegene. Det er ikke lett å oppdra andre. Men man har sett at det ligger noe av verdi på den andre siden. Her er et arbeid i gang. Praksiskonsulentordningen er jo noe som også omfatter distriktpsyrkiatriske sentre, fastleger i forhold til spesialister. Det gjøres framskritt.

Torunn Janbu: Da overlater jeg ordet til deg, Marte.

Marte Walstad: Jeg er fastlege i Trondheim. Jeg har jobbet i 20 år.

I rapporten står det at fastlegene ikke henviser dersom det er dårlig kapasitet, dårlig tilbud, lang ventetid eller dårlig kompetanse. Jeg kjenner meg igjen i det.

Når vi ser på tilbudet til pasienter med psykiske lidelser, må vi se på første- og andrelinjen sammen. Det vi klarer å gjøre sammen, er viktig. Det er klart at hvis jeg ser at jeg kan gi pasienten et bedre tilbud selv over åtte måneder, som en må vente på å få hjelp, henviser ikke jeg. Men det er viktig det som Ola sier, at vi har kommunikasjon, og at vi som fastleger også har tillit til den kompetansen som er i spesialisthelsetjenesten. Nå er det for dårlig kompetanse.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Greit! Da kan jeg spørre Psykologforeningen: Vi har jo hørt helseministeren være tydelig på at han ønsker veksten først og fremst i kommunehelsetjenesten. Det er nærmest folk. Det er der folk bor. Der kan en drive både forebygging og behandling på et nivå som passer til sykdomsbildet. Hvordan vurderer Psykologforeningen at en skal sette inn kreftene i kommunehelsetjenesten og ha ingen eller liten vekst innenfor spesialisthelsetjenesten?

Anders Skuterud: Vi tror det er et fornuftig valg. Det man ser av rapporten, er at linjedelingen i disse tjenestene ikke fungerer bra nå. Hvis en skal sikre at de fungerer, altså hvis prioriteringsveilederen i dag skulle blitt fulgt til punkt og prikke, ville vi fått tydeliggjort en stor mangel på behandlingsskapasitet når det gjelder lettere psykiske lidelser først og fremst. Men det er et ganske bredt spekter av psykiske lidelser. Vi tror at det beste er å forsterke innsatsen vesentlig i kommunetjenestene, fordi man der, og da spesielt i forhold til barn og unge, som ikke er tema her, kan komme inn med forebyggende arbeid på en helt annen måte enn ved å være i spesialisthelsetjenesten. Men det er først og fremst det at man kan kombinere godt førstelinjearbeid med forebyggende arbeid som gjør at vi er helt enig i den vurderingen at man bør satse i kommunene.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Torunn Janbu – du vil ha en replikk.

Torunn Janbu: Det er fint å satse forebyggende, men vi ser jo en utfordring når de sykeste pasientene ikke får spesialisthjelp i spesialisthelsetjenesten. Kranene må ikke skrus igjen – ei heller der.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Så var det en kommentar til fra Skuterud.

Anders Skuterud: Jeg tror noe av problemet nettopp er at for mange som ikke skulle vært i spesialisthelsetjenesten, blir der. Dermed blir det også for dårlig tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Så var det Sykepleierforbundet. Når det gjelder psykiatriske sykepleiere, gjør de en kjempejobb rundt omkring i kommunene. Hvordan er rekrutteringen til videreutdanning som psykiatrisk sykepleier? Er det tilstrekkelige incitament fra arbeidsgivere rundt omkring til at sykepleiere vil velge å ta videreutdanning?

Jan-Erik Nilsen: Nå har jo videreutdanningen innen psykisk helsearbeid blitt tverrfaglig. Det er for så vidt bra. Når det gjelder rekruttering av sykepleiere til psykisk helse, har kommunene etter opptrappingsplanen gjort en formidabel satsing, nettopp ved at de har gjort det mulig for sykepleiere å ta videreutdanning og spesialisere seg. Så nå har tilgangen vært veldig bra. Det som ofte er utfordringen, er mange deltidsstillinger. Når det gjelder diskontinuitet i det relasjonelle arbeidet, er det jo en utfordring å følge opp nettopp de brukerne som har krav på å kunne mestre sin hverdag. Så det er en utfordring som vi ser, og som vi også har utfordret KS på.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Da har ikke jeg flere spørsmål så langt.

Møteleieren: Då seier vi takk til deg og går over til Arbeidarpartiet og Ivar Skulstad. – Ver så god, du har 5 minutt.

Ivar Skulstad (A): Takk leder.

Det første spørsmålet går til Legeforeningen. Legeforeningen har vel uttalt seg noenlunde slik at arbeidsfordelingen mellom nivåene og personalet i behandlingsnettverket må avklares. Hva er det som er uklart?

Ola Marstein: Når det gjelder behandlingsforløpet, er det viktig for den enkelte pasient at man kommer tidlig til med en utredning og diagnosesetting, oppsetting av plan – enten en plan for en enkel behandling eller en mer sammensatt individuell plan – slik at de som har behov for det, skal få behandling.

Når dette gjøres tidlig, må det gjøres hos en spesialist. Det er jo derfor fastleger henviser. Kan de gi et godt nok tilbud, så gjør de det. Pasienten blir fornøyd. Hvis man ikke kommer noen vei, så må pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Vi må ha et faglig sterkt miljø der. Så kan man dele på noen oppgaver før henvisning, og man kan absolutt dele på oppgaver etter at man har vært i spesialisthelsetjenesten. Så vi pleier å si: rett til ikke mer enn nødvendig helsehjelp innenfor spesialisthelsetjenesten, men det som er nødvendig, må man jo absolutt få. Men man kan absolutt gå noen flere runder og se på den enkelte pasient

– jeg og min samarbeidende fastlege – hvilke behov skal jeg dekke, og hvilke behov kan du dekke, og hvilke kan dekkes i kommunen for øvrig? Kommunen og fastlegen må også samordne seg mer, ved samorganisering, samlokalisering, med sykepleier, psykolog osv., så noe kan helt sikkert gjøres i førstelinjen. Men det som pasienten har behov for, må han få, samme hvor han får det. Vi er ett helsevesen, men pasientens unike behov må dekkes.

Ivar Skulstad (A): Et oppfølgingsspørsmål: Hva er det som er det største hinder for at det blir så vellykket som du nå peker på?

Ola Marstein: Det største hinderet er at man ikke sørger for å oppsøke hverandre og treffes. Gjør man det, så er pasienten ivaretatt. Stemmer ikke det, Marte?

Marte Walstad: Jo. Men det største hinderet tror jeg egentlig er at vi ikke har en avklart oppgave- og ansvarsfordeling; vi vet ikke helt klart hva skal gjøres i førstelinjen, og hva skal gjøres i andrelinjen. Det er klart at det avhenger litt av kompetansen også. For jeg strekker min kompetanse mye lenger og gjør kanskje ting som jeg ikke skulle ha gjort, hvis det ikke finnes kompetanse på DPS-en. Så sann sett trenger vi en bedre oppgave- og ansvarsfordeling. Vi kan ikke samhandle uten det.

Ivar Skulstad (A): Neste spørsmål går til Sykepleierforbundet.

Jeg regner med at dere er enig i at godt psykisk helsearbeid kan avlaste og styrke spesialisthelsetjenesten. Kan du si noe om hva dere setter som betegnelse for godt psykisk helsearbeid?

Jan-Erik Nilsen: Godt psykisk helsearbeid er jo nettopp at det er lavterskel, lett tilgjengelighet. Det viser jo forskning, empirisk forskning både i utlandet og i Norge: det at vi har lavterskeltilbud. Jeg kommer fra Stavanger, der har vi faktisk en spesialisthelsetjeneste der 25 pst. av de som kommer direkte til mottaket, ikke blir innlagt, men får poliklinisk oppfølging. Vi vet at det i Australia er gjort mange års forskning på dette med lavterskeltilbud. Dette følges opp i kommunene, og der er psykiatriske sykepleiere veldig viktige.

En annen ting som vi har sett på, vi har lansert det fra statsråd Bjarne Håkon Hanssen, er dette med en kommunesykepleierordning som bygger på «nurse practition», altså ordningen i Canada, Australia, New Zealand, der godt trente spesialsykepleiere sammen med psykiatere og leger følger opp dem med langvarig alvorlig psykisk lidelse, som er avhengig av både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Oppfølgingen har godt effekt, for de forebygger tilbakefall, innleggelser – ergo er det også kostnadseffektivt i tillegg til at det gir brukerne en veldig god oppfølging ute når det gjelder læring, mestring – å mestre hverdagen.

Ivar Skulstad (A): Får jeg spørre Psykologforeningen om de er enig i det siste som ble sagt?

Anders Skuterud: Ingen vesentlige innvendinger mot det.

Møteleiaren: Då går vi vidare til Framstegspartiet og Carl I. Hagen. Ver så god, du har 5 minutt.

Carl I. Hagen (FrP): Først til Sykepleierforbundet.

Du sa at å få styrket førstelinjetjenesten er veldig, veldig viktig – det er alle for så vidt enige om. Hva er erfaringene når det ikke er noen incitament eller øremerking? Tror dere at kommunene vil gjøre det når de pengene de skal bruke på å ansette flere i førstelinjetjenesten, konkurrerer med idrettsanlegg, barnehager, skoler, kulturhus og alt mulig annet rart? Eller må det noen styringsverktøy fra statlige myndigheter til – enten i form av øremerking eller på annen måte?

Jan-Erik Nilsen: Jeg tror at det i større grad fortsatt må noe styring til som en overgang. Jeg tror det er viktig med den autonomien som kommunene har – vi har 430 kommuner – men vi har tro på den samhandlingsreformen til helsestasjonsråden nå. Hvis det viser seg å stemme det han sier om å bygge såkalte helsehus, der du får større miljøer, og der det legges inn incentiver både økonomisk og når det gjelder forskrifter, så har vi tro på at helsekommunene vil følge opp og satse på dette. Men hvis en ikke får til det, så er jeg litt redd for at en vil få mange små kommuner med psykiatriske sykepleiere som blir veldig alene og får det ganske traurig når de skal følge opp brukerne.

Carl I. Hagen (FrP): Vi skal la dette med kommunesammenslåinger ligge.

Til Legeforeningen: Statsråden sa under høringen her at det bare var unntaksvis at pasientene som blir henvist, ikke møter spesialister i annenlinjetjeneste. Det hørte dere sikkert. Er det noe som dere er enig med statsråden i? For vi har hørt at det er langt flere folk som blir henvist, som ikke selv møter en spesialist.

Torunn Janbu: Da skal jeg si at svaret på det, om vi er enig, er nei. – Nå tar jeg en pause etterpå for å legge tyngde i det, for det svaret er virkelig nei. Dette skjer, det vet vi. Det skal ikke mer til enn å ta og regne litt på antall leger i psykiatrien, hvis du sier at det er 700 spesialister, 700 i utdanning – 1 400 omtrent. Psykologene skal selvsagt også regnes med, men nå tar jeg dem jeg kjenner tallene på. Hvis du sier at på DPS-ene skal det være halvannen psykiater pr. 10 000, så vil omtrent halvparten av de 1 400 være brukt opp der. I tillegg skal vi da fylle opp i døgnavdelingene. Det gir noen dimensjoner. Men når det er sagt, så har jeg vært rundt på Helgelandskysten, Trondheim, Bergen – du snakker med folk som jobber der. Det er bygget fine DPS-hus, men det er ikke noe spesialisthelsetjeneste der.

Carl I. Hagen (FrP): Med andre ord: bemanningsnormer for DPS-ene er noe som dere synes er viktig?

Torunn Janbu: Det synes jeg er viktig – bemanningsnormer, behandlingsretningslinjer, standarder. Så man kan

bli målt, så man kan yte spesialisthelsetjeneste når man kaller det spesialisthelsetjeneste.

Carl I. Hagen (FrP): Statsråden sa også at han nå først og fremst vil prioritere, som vi har snakket om, første-
linjetjenesten. Hvordan kan man da få styrket spesialist-
helsetjenesten, slik at de som dog blir henvist, møter en
spesialist?

Torunn Janbu: Dette med å styrke legetilgangen til
den ene eller den andre helsetjenesten må gjøres gjennom
en dynamisk og kontinuerlig vurdering. Det nytter ikke å
si at nei, nå er det stopp til spesialisthelsetjenesten, nei,
nå er det stopp til fastlegeordningen. Der også kan man
gjøre noen ganske morsomme regnestykker med å se på
tilgangen på leger og hvor lang tid man må bruke for å få
2 200 fastleger – men jeg skal la dere slippe det. Jeg tror
at man må satse på – f.eks. hvis du ser på DPS-ene – at
man ikke bygger fire stykker hvis man egentlig bare har
personell og spesialisthelsetjeneste til å betjene én. Da må
du bygge den ene, og så må du gjøre det fagmiljøet så godt
at det rekrutterer, at det stimulerer til å tiltrekke seg nye,
til å lage godt samarbeid med fastlegene i området, med
avtalespesialistene, med psykologene og med sykepleier-
ne i kommunen. Så må du ha kommuner som samarbei-
der. Kanskje du har et helsesenter, som det var nevnt her,
hvor det ikke bare er fastleger, hvor det er en psykolog,
hvor det er en sykepleier, gjerne en diabetessykepleier, for
den saks skyld, osv.

Carl I. Hagen (FrP): Det har vært hevdet, overfor
meg i hvert fall, at en del av de privatpraktiserende avta-
lespesialistene, også de uten avtale, behandler langt flere
pasienter enn det som er vanlig innen det offentlige. Er det
også noe med organiseringen og finansieringssystemene
som kan stimulere til større grad av effektivitet, slik at spe-
sialistene gjør spesialistarbeid istedenfor kontorarbeid og
andre ting, som vi av og til ser når vi besøker de offentlige
sykehusene?

Torunn Janbu: Du gav en del av svaret selv nå. I tillegg
er det vel kanskje noen andre oppgaver i sykehusene. Jeg
tenker på utdanning, jeg tenker på tverrfaglig behandling.

Ola Marstein: Det er ikke mye mer å si om det. Det
er riktig, det. Det er utdanning av folk, det er å holde an-
svaret for at den behandling som gis, så godt som mulig er
faglig forsvarlig og skikkelig, i mangel på spesialister og
erfarne fagfolk av ulike profesjoner. Det er mange oppga-
ver som går med til å holde selve spesialisthelsetjenesten
gående, som ikke bare er pasient, pasient, pasient, pasient.

Møteleiaren: Då er tida omme, og vi går til Høgre og
Per-Kristian Foss. Du har fem minutt – ver så god.

Per-Kristian Foss (H): Når Legeforeningen hevder at
man trenger flere leger, er ikke det et så veldig overras-
kende standpunkt. Det er i grunnen helt forutsigbart. Kan
dere overbevise meg om at dere sier dette av faglige grun-

ner og ikke bare som en fagorganisasjon fordi dere tren-
ger flere medlemmer og bedre posisjon ved lønnsforhand-
lingene?

Det er klart at en bemanningsnorm vil gi dere et glim-
rende utgangspunkt i neste lønnsforhandlingsrunde. Er det
det som ligger bak, eller er det bare faglige hensyn? Da
må dere svare ved å dokumentere følgende:

1) Statsråden tar feil i det han sa om at man ikke møter
en faglig person.

2) Det er mulig å sammenligne de pasientene som kom-
mer til en privatpraktiserende uten avtale, og de pasientene
som behandles i helseforetakene.

Det var to konkrete spørsmål.

Torunn Janbu: For det første er det bare å lese Riks-
revisjonens rapport, som dere har gjort, så tror jeg kanskje
den sier nok om kvalitet og kapasitet, og at det er reelle
mangler. Det er faktisk bare å gjøre en optelling, se på
det som fagmennsker har regnet ut som behov, så ser du
at det er for få. Jeg tror det er det enkle, gode svaret på det.

Per-Kristian Foss (H): Du har ikke noe mer svar å gi
enn det som står i Riksrevisjonens rapport?

Torunn Janbu: Ola?

Ola Marstein: Takk for den finten! Psykiatri er én me-
disinsk spesialitet. Det er 41 somatiske spesialiteter. Men
psykiatri er ikke bare ett fag, det er veldig mange under-
felt av psykiatrien, slik at breddekompetanse trengs, både
for å takle, forstå, kunne behandle selv og veilede andre
i behandling av ganske ulike psykiske lidelser. Det er det
ene. Du må ha mer enn halvannen eller én psykiater én
dag i uka. Feltet er ganske stort. Du kan spørre fastlege-
ne hva de ønsker. De ønsker nok både flere leger og flere
psykologspesialister. Og jeg tror brukerne vil gi noen av
de samme svarene.

Torunn Janbu: Jeg tror at hvis vi skulle svare som
fagforening, så burde vi jo sagt at det burde være færrest
mulig, for da kunne jo den enkelte tjene mest mulig.

Per-Kristian Foss (H): Det spørres hvilke bemannings-
krav som stilles, det. Det er et samspill her som er ganske
effektivt – strenge krav – at man både skal ha flere i kom-
munene og flere i helseforetakene, at det er både–og-svar
der de andre ...

Marte Walstad: Vi utfyller hverandre. Jeg som fastle-
ge kan ikke gi mine pasienter et godt tilbud uten at jeg har
noen i andrelinja jeg kan henvise til når min kompetanse
tar slutt, på en måte. Jeg kan ikke klare alt alene ...

Per-Kristian Foss (H): Svaret er både–og, altså?

Marte Walstad: Både–og.

Torunn Janbu: Jeg støtter også at det kommer flere
psykologer.

Per-Kristian Foss (H): Jeg har fem minutter. Jeg må bruke tiden.

Kan du gi meg noe godt svar på hvorfor dere er så lite produktive i forhold til italienerne? Nå har to helseministre fortalt her at hvis man sammenligner en psykiater her og en psykiater i offentlig virksomhet, kan det selvfølgelig være litt vanskelig. Det har dere ikke akkurat svart på. Men hvis du tar et helt land, så behandler altså italienerne langt flere. Ville man kunne løst dette med mer arbeidsinnvandring? Er det slik å forstå?

Torunn Janbu: Du har rett i at det er forskjell på hvor mange en avtalespesialist behandler, og hvor mange en psykiater i sykehus behandler. Det synes jeg for så vidt vi på den korte tiden har begynt å gi et svar på. Du har også rett i at det er forskjell på Italia og Norge. Det er også forskjell på hvordan man velger å behandle. Og så en viktig ting ...

Per-Kristian Foss (H): Hva er forskjellen på Italia og Norge i psykiatrien?

Torunn Janbu: Nå tenkte jeg på forskjellen på hvordan man utøver faget. Det er også slik at hvis det er få psykiatere, som det er i Norge, og man må bruke mye tid på å veilede, så vil man i snitt behandle færre pasienter pr. dag. Det gjelder både på DPS-nivå og på sykehusnivå. Når man fyller på, som det også har vært gjort mye, med mange nye yrkesgrupper, som det er kjempeflott at man gjør, så får man faktisk også den litt paradoksale effekten.

Så det er et – hva skal jeg si – multidisiplinært svar på spørsmålet ditt. Men jeg er helt enig i at vi også skal se på det. Derfor er det vi igjen går så hardt inn for behandlingsnormer og standardisering. Vi ønsker å bli tittet i kortene.

Per-Kristian Foss (H): Er det slik at den faglige uenigheten, det faglige dilemmaet som to statsråder nå har beskrevet som et stort problem for fremdriften av reformen i foregående høringer, er det som skiller Norge og Italia?

Torunn Janbu: Nei.

Per-Kristian Foss (H): Så italienerne behandler etter samme normer, men langt flere personer. Er det riktig?

Ola Marstein: Vi var ikke forberedt på å svare på spørsmål om italiensk psykiatri, selv om vi vet at den har sine ...

Per-Kristian Foss (H): Det har vært tema i debatten.

Ola Marstein: Jeg vet det, men vi har ikke forberedt oss så veldig grundig på det. Jeg vet ikke hva du egentlig sikter til når du snakker om italiensk psykiatri, men i norsk sammenheng vil en arbeidsdag gå med til la oss si tre–fire pasientsamtaler à 45 minutter. Du har pauser, du har veiledning, du har tverrfaglige møter som du må ha for å holde ansvaret for de andres behandling. Du har le-

delse osv. En underordnet lege har halvannen dag i uka til utdanning, fordypning osv., som går bort.

Per-Kristian Foss (H): Italia er et populært ferieland også.

Møteleiaren: Då er tida ute, og vi går til neste spørjar, som er Ingvild Vaggen Malvik frå Sosialistisk Venstreparti. Ho har fem minutt. Ver så god.

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Jeg har et spørsmål til Legeforeningen: Oppfatter jeg dere riktig – mener dere at det er et økt behov for utdanning av leger og videreutdanning av psykiatere i årene framover, og kan dere i så fall gi et anslag over hva som er Legeforeningens vurdering av behovet? Riksrevisjonens rapport er så sin sak, men jeg vil gjerne høre hva Legeforeningen mener om behovet for antallet i forhold til utdanningen.

Torunn Janbu: Tallene har dere fått i statusrapportene. Der står det bemanningsnormer og tall. Jeg sa det vel – prøvde i sted. Tenker du på framover?

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Behovet for utdanning, ja.

Ola Marstein: Jeg kan ikke svare direkte på det, men som Torunn Janbu sa i sted: Hvis vi har 700 spesialister og 700 leger i utdanning, ca., i norsk psykiatri i dag, vil de 700 spesialistene være det vi synes er nødvendig i DPS alene. Så har en fortsatt sykehusavdelinger, en har noen langtidsavdelinger. De er ikke veldig store, og de er ikke overbefolket heller. En har akuttavdelinger som tar unna det akutte, på inntil noen ukers varighet. Men vi tror at det er riktig å satse mest på DPS, så det er der vi har gitt et normtall, i forhold til befolkningen – de behovene som vi tror, grovt sett, eksisterer der ute, til enhver tid i den norske befolkning i dag.

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Da har jeg et spørsmål til Sykepleierforbundet i forhold til det dere sier om utøvelse av ulikt klinisk skjønn og for lite bruk av kvalitetssystemer. Kunne dere gi en beskrivelse eller noen refleksjoner rundt et godt kvalitetssystem?

Jan-Erik Nilsen: Ja, det kan jeg godt gjøre. Vi har jo – vi har lansert det overfor helseministeren også – et kvalitetssystem i kommunene som heter Kompass, som bygger på professor Marit Kirkevolds prinsipper når det gjelder dette med behov, altså vurdering av behov hos brukerne. Nå brukes det i noen kommuner faktisk. I Oslo, Nordstrand bydel, har en tatt det i bruk nå både innenfor somatikk og ikke minst innenfor PUH og psykisk helse for å se på dette med ustabile uavklarte tilstander, stabile uavklarte tilstander og stabile avklarte tilstander, der en kan gå inn og se og vurdere nettopp dimensjonering i forhold til hva slags type oppfølging den enkelte bruker skal ha. Så det er et system som vi har presentert overfor politikerne, som et eksempel som bare noen få har tatt i bruk,

f.eks. Nøtterøy kommune og Stokke kommune. Så i Vestfold er de i gang, og her i Oslo, og så tror jeg også faktisk et par fylker til. Det er imidlertid svært få kommuner som er i gang med det, men det viser at det har en effekt som en type system, som vi ser på. – Svein Roald Olsen kan supplere.

Svein Roald Olsen: Hvis jeg kan få lov til å bidra noe i forhold til å kvalitetssikre vurderinger og behandlingstilbud: Vi tror også det skjer gjennom tverrfaglig samhandling og også i vurderings- og rettighetsgivning. Innen rusbehandling er det nå tverrfaglig spesialiserte tjenester. Det betyr at vurderinger og utredninger skal skje tverrfaglig. Mennesker som lever sine liv, har behov for sammensatte tjenester. Det er ikke noe rent medisinsk-faglig eller psykologisk-faglig, det er et helhetlig perspektiv i forhold til vurderingene. Det må gjøres systematisk. Det som er utfordringen, er – jeg tenkte på Ivar Skulstad i stad, hva skal til – at man må gi folk den hjelpen de trenger. Og hvorfor er det så vanskelig? Det er et stort spørsmål, men det er det som er utfordringen vår. Og så snakker vi om spesialister i forhold til det å kvalitetssikre. Pasienter eller brukere er jo spesialister i eget liv, og det er også nøkkelen til å kvalitetssikre dette, at brukerne og den det gjelder, må være mye mer på banen, og få lov til å være på banen. For det handler om maktposisjoner også. Så jeg tenker at det som forbundet nå diskuterer i forhold til hvilken grad av makt som skal ligge i behandlingssystemene, hvor skal brukernes og pasientens stemme være hen her, med pasientens øyne? Det må styrkes. Pasienten må være i førersetet i eget liv, og det må vi ta inn over oss og være ydmyke i forhold til. Så vi må på en måte rive pyramidene, i en viss forstand, vi som også skal bidra til at folk lever sine liv. Det er bare refleksjoner som vi gjør nå i forhold til å kvalitetssikre arbeidet framover.

Møteleiaren: Greitt, då går vi til siste utspørjar i denne omgangen. Det er Kristeleg Folkeparti ved Ola T. Lånke. Du har 5 minutt, ver så god.

Ola T. Lånke (KrF): Jeg merket meg at saksordføreren, Skjælaaen, satte fokus på tilvisningspraksisen. Jeg har lyst til å følge opp det, for jeg synes kanskje ikke at vi fikk det svaret vi har krav på å få. Det som er gjennomgående i Riksrevisjonens rapport, er jo at fastlegene lar seg «påvirke», som det står, av forhold i andrelinjetjenesten i sin tilvisningspraksis, bl.a. forhold som har med ventetid og med kapasitet å gjøre – over 50 pst. av legene sier det. Og 43 pst., hvis jeg ikke husker feil, sier at det går på at kompetansen i spesialisthelsetjenesten er for dårlig. Da vil jeg komme med noen påstander ut fra det jeg hørte Marte Walstad si – jeg merket meg særlig det – at hvis hun ikke finner at kompetansen er god nok i spesialisthelsetjenesten, ville hun bare ta jobben selv. For det første opplever jeg at det må være å tilsløre problematikken. For det andre føler jeg at det er faglig uprofesjonelt, fordi man da lar andre forhold enn de faglige påvirke sin beslutning. For det tredje blir det da fastlegens subjektive skjønn som på en måte avgjør om spesialisten har kompetanse, om det

er kapasitet osv. Og endelig – og det synes jeg kanskje er det alvorligste – undergraver man pasientens rettigheter. Jeg vil bare høre om Legeforeningen er enig i at dette er problemet. Vi er opptatt av å få kunnskap på bordet for å kunne rette på forholdene, ikke for å kritisere, men dette synes jeg er ganske viktig og alvorlig.

Marte Walstad: Jeg må nok nyansere litt. Det er klart at jeg henviser mange pasienter til psykiatrien – jeg gjør det. Det er klart at hvis jeg ser at dette er en pasient som opplagt har behov for andrelinjetjeneste, henviser jeg, selv om jeg vet at det er dårlig kompetanse, at det er lang ventetid. Men det blir kanskje noen av disse tvilstilfellene hvor jeg tror at det i stedet for at en skal stå og vente på en behandling i andrelinja i åtte måneder, er mye bedre at jeg starter selv i hvert fall, og ser hvor langt jeg kommer. Men det er klart at jeg er klar over pasientens rettigheter, og dem er jeg veldig ydmyk overfor. Og jeg vil jo aldri nekte en pasient som insisterer på å få henvisning til andrelinja, å bli henvist – det vil jeg aldri. Men det er klart at jeg står i et dilemma: Hvor går grensen for min kompetanse i forhold til hvor lenge pasienten skal stå i sin lidelse før han får hjelp? Og da gjør jeg så godt jeg kan. Hvis jeg da kan få hjelp til en veiledning fra andrelinja, er jeg jo hjulpet veldig mye. Det er også vanskelig i dag. Det er veldig vanskelig å få psykiaterne i tale til å veilede meg. Det har jeg jobbet lenge med i en storby som Trondheim.

Torunn Janbu: Dere spurte her i sted om dokumentasjon. Hvordan kan vi overbevise dere om at det er et problem? Jeg var i Helse Bergen i går, jeg snakket med hele foretaksledelsen der, som bekrefter i forhold til psykiatrien og DPS – vi trengte ikke si noe, de beskrev akkurat det samme. I DPS-ene har de mange hus, men de har ikke kapasitet. Jeg har snakket med kommunelegen på Helgeland – det samme der, Marte Walstad refererer det samme fra Trondheim, så jeg tror ikke det er vanskelig å finne konkrete eksempler på det.

Ola T. Lånke: Nå hører jeg at psykologene også gjerne vil ha en replikk til dette, og det synes jeg dere skal få lov til, for det kan hende dere har en annen betraktning. Men jeg må også bare legge til et spørsmål: Er det slik at kompetansen hos fastlegene er god nok når det gjelder psykiatri og psykisk lidelse?

Marte Walstad: Kan jeg svare på det først?

Jeg tenker at det er nok sånn at kompetansen hos fastlegene er god. Psykiske lidelser er en veldig stor del av vår hverdag. Men selvfølgelig har vi ujevn kompetanse, vi også. Det har vi.

Så tenker jeg at vi prøver ikke å overvurdere vår kompetanse. Vi er ydmyke i forhold til at andrelinjen kan mer om psykiatri enn oss. Men hvis vi ikke har tilbudet, må vi gjøre så godt vi kan.

Anders Skuterud: Bare en kommentar til det: Det ser jo ut som om det i mange sammenhenger er veldig lang avstand mellom tjenestenivåene her, for det vi får signaler

om fra veldig mange av våre medlemmer – og dette gjelder både BUP og DPS – er at de tar inn alle til utredning og behandling fordi de er usikre på om det finnes noe tilbud i førstelinjen. Da får en et veldig sprik mellom disse tjenestene, så her er det en utfordring i forhold til å få dem til å henge mye bedre sammen.

Møteleiaren: Då skal vi ha ein oppklarande runde. Der er det først saksordføraren som har bedt om ordet. Vi har 5 minutt til rådighet, så det bør bli korte spørsmål og korte svar.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Det gjelder DPS-ene. Dere snakker om hus, men det er ikke folk, det er ikke kvalifiserte folk i husene. Spørsmålet mitt er: Er det fordi det ikke er opprettet stillinger der, eller er det fordi det ikke er folk i stillingene?

For jeg har hørt at i deler av landet har det vært vanskelig å skaffe fagfolk nok. Det kan bety at da er det mangel på fagfolk. Men hvis det er det at man ikke har penger til å ha fagfolk i stillingene, er det en bevilgningssak, ikke sant?

Torunn Janbu: Jeg kan ikke svare for økonomien til alle foretakene, men det er i hvert fall en mangel på fagfolk.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Jo, men skyldes det at folk ikke søker stillingene? Det er jo litt vesentlig å vite det.

Torunn Janbu: Det er ei heller, hvis du ser på landsbasis, et overskudd av fagfolk innen psykiatrien, og der tror jeg at jeg kan snakke for psykologene også. Det er ikke et stort volum å forflytte til DPS-ene fra f.eks. døgnavdelingene. Det går ikke veldig mange og subber i gangene i de store byene som kan forflyttes ut i distriktene innen psykiatrien.

Ola Marstein: Nei, det er et rekrutteringsproblem.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Det var jo det som var spørsmålet. Men videre: Nå har jo Legeforeningen hatt ansvaret for spesialistutdanningen i mange, mange år.

Ola Marstein: Ja.

Torunn Janbu: De som har sittet med myndigheten – vi har kun gitt faglige råd – er departement og direktorat, som i over 25 år faktisk har hatt ansvaret.

Per-Kristian Foss (H): Men har det vært noe avvik?

Møteleiaren: Eg gir ordet til Carl. I. Hagen.

Carl I. Hagen (FrP): Det er jo slik, så vidt jeg har forstått det, at helseforetakene må betale for såkalte fristbruddpasienter. Hvis den fristen som blir satt, altså blir brutt, må de betale for behandling et annet sted, eventuelt i utlandet eller hos private. Altså er det økonomisk lønn-

somt, eller fornuftig, for et helseforetak å begrense antall fristbruddpasienter mest mulig. Er det en av årsakene til at det er mye som tyder på en veldig høy terskel i helseforetakene for å sette disse fristene, og at man sier at pasienten er ikke så syk at vi setter noen frist – slik at man på en måte manipulerer for ikke å sende sine pasienter til, la oss si, private eller til andre som kan foreta behandlingen?

Ola Marstein: Rapporten som vi diskuterer i dag, har jo stilt det spørsmålet ut fra både tallmessige vurderinger og direkte spørsmål. Jeg kan ikke si at det er sånn eller slik, men jeg kan i alle fall si at ansvaret er et foretaksansvar, som i større eller mindre grad, må vi frykte, forplanter seg nedover til fagfolk som sitter med bunken av henvisninger siste uken. Det er et foretaksansvar, det er et faglig ansvar, og det er et ledelsesansvar i foretakene.

Vi får jo håpe at vi etter hvert som denne loven blir kjent, og tatt høytidelig – helt høytidelig – og fulgt, får ledelse på alle plan som er interessert i å dekke pasientenes behov og ikke tildekke dem, som man var inne på her i stad. Men dette presset på å gjøre riktig er til stede.

Carl I. Hagen (FrP): Men dette er jo det samme. Mange av de regionale helseforetakene sier opp og begrenser avtalespesialistene fordi de heller vil beholde pengene og utføre tingene selv, i eget foretak – altså bukken og havresekken.

Torunn Janbu: Dette tror jeg, med respekt å melde, kanskje er et spørsmål som andre er mer kompetente til å svare på. Vi er veldig opptatt av å kunne yte faglig god kvalitet på den tjenesten som pasienter med psykiske lidelser fortjener å få, og håper virkelig at det ikke blir brukt i et spill i forhold til at man ikke får tilgang til de tjenestene.

Møteleiaren: Då går vi til Ola T. Lånke.

Ola T. Lånke (KrF): Dette spørsmålet har jeg tenkt å la gå til Norsk Sykepleierforbund, og gi dem en sjanse.

Så vidt jeg har oppfattet det, er det jo denne opptrappingsplanen fra 1998 og videre som har vært utgangspunktet for høringen, og dere er, så vidt jeg har skjønnet, den eneste fagforeningen som har tatt opp ideene fra denne opptrappingsplanen i sin utdanning. Jeg har bare lyst til å la dere beskrive hvordan dere opplever samhandlingen mellom f.eks. primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og mellom faggruppene.

Jan-Erik Nilsen: Mellom forvaltningsnivåene er det hele veien en utfordring, for, som jeg sa, vi har jo dette med at spesialisthelsetjenesten har sitt ansvar, og kommunene har sitt ansvar. Det vi har sett, er nettopp overgangen når det gjelder dem som har de alvorligste lidelsene. Ofte er det de som har dårligst talerør også, og vi ser at man trenger en veldig god oppfølging i kommunene når de skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. Der er det ofte veldig mye forskjellighet, sånn sett, men der har mange foretak, sammen med kommunene, tatt en del grep, og det ser vi helt klart er i en god prosess. Men det er fortsatt et styk-

ke igjen i forhold til dette. Det er jo derfor Bjarne Håkon Hanssen nå vil lansere denne kommunehelsereformen.

Møteleiaren: Då er tida ute, og vi går over til ein oppsummerande runde. Då skal leiaren vere snill og gi kvar enkelt organisasjon 2 minutt, og maks 2 minutt – klubba dett når 2 minutt har gått. Vi startar med Sykepleierforbundet.

Jan-Erik Nilsen: La meg avslutte: Når det gjelder samarbeid med de andre faggruppene, så fungerer det stort sett veldig bra. Vi har jo gjennombruddsprosjektet med Legeforeningen, så det å gjøre hverandre komplementære, det å ha respekt for hverandres ansvar, er veldig viktig. Men å få enda større grad av brukerfokus er vi veldig opptatt av. Derfor har noen begynt å ansette brukerkonsulenter som er med på å kvalitetssikre vår profesjonalitet i møte med den enkelte. Det må vi i større grad satse på.

Der vi ser at det er dårlige fagmiljø, dvs. få psykiatere – det viser undersøkelser – og få psykologer, rekrutterer man også få sykepleiere. Så motsatt: Det å skape tverrfaglighet, rekrutterer i seg selv. Så det må det være et godt grunnlag for. Kompetanse, kompetanse, kompetanse – det er det det må satses på for å sikre kvalitet.

Møteleiaren: Takk skal du ha. Du brukte ikkje meir enn 50 sekund, og det er bra.

Då går vi til neste, til Norsk Psykologforening – vær så god, 2 minutt.

Anders Skuterud: Jeg skal se om jeg kan være relativt rask jeg også.

Kvaliteten i spesialisthelsetjenesten og utviklingen av faget er på den ene siden helt avgjørende. Det er ikke de store endringene i måltall som er nødvendig for å få den bedre.

Ellers vil jeg jo si at et av de få måltallene som ikke er oppfylt i opptrappingsplanen, er antallet psykologer i kommunale tjenester – det er vel veldig tydelig – og lavterskel psykologtilbud kunne bidratt på viktige felt i denne tjenesten.

Ellers har jeg bare lyst til å tydeliggjøre at allmenntjenesten i dag består på den ene siden av en fastlegeordning og på den andre siden av et psykisk helsearbeid med etter hvert relativt mange ressurser. Og så har vi spesialisthelsetjenesten over. Det er ikke veldig godt samspill mellom de to tjenestene slik det er nå. Det er jo noe av det som adresseres i samhandlingsreformen. Vi har tro på at psykologene kan bidra med et viktig tilskudd også til samhandling inn i dette, fordi vi har et språk som jeg tror er bedre egnet, både rettet mot legeprofesjonen og mot sykepleierprofesjonen sånn at det faktisk ville være mulig å få til at én pluss én er mer enn to.

Møteleiaren: Så går vi til Den norske legeforening til slutt. Vær så god.

Torunn Janbu: Takk skal du ha.

Vi er opptatt av at pasienter med psykiske lidelser får behandling av god kvalitet. Jeg kunne nesten stoppet der,

for det er faktisk vårt overordnede mål. Alt vi har sagt knyttet til organisering, tilbud, rekruttering, DPS-er og hus med og uten hva vet jeg, har med det overordnede målet å gjøre at mennesker med psykiske lidelser må få behandling av god kvalitet.

Da er det viktig for oss å si at i disse flotte DPS-husene må det være spesialister. Der må det være fagmiljøer som gjør at det kommer flere spesialister, at unge, flotte, flinke mennesker – sykepleiere, psykologer, leger – rekrutteres til disse stedene for å yte den viktige tjenesten. Det er helt avgjørende. Og for å få til et godt samarbeid: ansvar/oppgavefordeling, ansvar/oppgavefordeling, ansvar/oppgavefordeling. Hvis vi vet om hva som er ditt ansvar, og hva som er mitt ansvar, og vi kjenner telefonnumrene til hverandre, får vi til samarbeid, så får vi til samhandlingen. Vi må ha standarder, behandlingsretningslinjer, veiledere og nasjonale normer i forskjellige yrkesgrupper for å få til en god kvalitet på behandlingen.

Helt til slutt: Det er en gruppe som også i stor grad faller inn under psykiatrien, som ikke er nevnt, og det er de rusavhengige. De kommer i stor grad inn i psykiatrien nå. Det er et stort behov for også å dekke tjenestene til denne gruppen. Legeforeningen er i ferd med nå å komme med et forslag til spesialistutdanning, til hvordan vi kan bygge opp en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for å ivareta den delen av spesialistutdanningen. Det er blitt en spesialisthelsetjeneste. Det er ingen spesialister der. Det vil vi prøve å utvikle.

Møteleiaren: Ja takk. Då er vi ferdige, og då seier eg tusen takk for gode bidrag som vi tek med oss vidare i vårt arbeid med innstillinga i denne saka.

Vi tek då pause til kl. 20, og så får vi endra litt på scena.

Høyringa vart avbroten kl. 19.49.

Høyringa vart teken opp att kl. 20.

Høyring med Rådet for psykisk helse, Mental Helse og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri

Møteleiaren: Då er klokka 20, og vi har fått inn nye folk her. Vi har Rådet for psykisk helse, som eg vil ønske velkommen. Det er generalsekretær Bjørn Lydersen, fagsjef Anne-Grethe Skjerve og politisk rådgjevar Ragnhild Jacobsen.

Så ønskjer vi Mental Helse velkommen. Det er generalsekretær Mette Kammen, assisterande generalsekretær Aslaug Timland Dale og fungerande landsleiar Torbjørn Garberg.

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri ønskjer vi også velkommen. Det er dagleg leiar Lilly Sofie Haugene og helsepolitisk rådgjevar Are Saastad.

Vi går rett på sak. De har fått klar beskjed om at de har 5 minutt. 5 minutt er 5 minutt og ikkje 5 minutt og 10 sekund.

Vi går rett på Rådet for psykisk helse. Det er Bjørn Lydersen som får ordet. Vær så god. Du har 5 minutt.

Bjørn Lydersen: Tusen takk for invitasjonen til å komme med på denne viktige høringen.

Først av alt: Det er ikke sikkert alle i komiteen kjenner til Rådet for psykisk helse. Vi er en humanitær, ikke-statlig organisasjon som er en paraplyorganisasjon og består i praksis av organisasjoner fra fire ulike segment. Det ene er universiteter og høyskoler. Det andre er profesjonsorganisasjoner, hovedsakelig på helsefeltet. Det tredje er humanitære organisasjoner, og det fjerde, ikke minst, er brukerorganisasjoner.

Vi mener det er svært viktig at kontroll- og konstitusjonskomiteen har grepet fatt i den rapporten fra Riksrevisjonen vi snakker om i dag, med sikte på å avdekke årsakene til den alvorlige svikten i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsetjeneste. Ideelt sett burde rapporten ha omhandlet både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samlet. Dette er to brikker i et puslespill som uløselig må henge sammen for at tjenestetilbudet skal være fullgodt.

Rådet for psykisk helse var svært tilfreds da opptrappingsplanen kom. Mennesker som altfor lenge hadde blitt nedprioritert, skulle endelig få god hjelp, slik de hadde krav på. Store, men helt nødvendige overføringer ble satt inn. Samtidig ble det gitt klare føringer om en annen måte å arbeide på, med minst mulig institusjonsopphold, utbygging av lokale tilbud og styrket brukermedvirkning.

Situasjonen nå er alvorlig. Fortsatt får ikke mennesker den hjelpen de trenger. Mange steder har man unnlatt å opprette ambulante team for å gi hjelp til folk i deres nærmiljø. Spesialister i psykologi og psykiatri kan rekruttere pasienter etter eget forgodtbefinnende og uavhengig av pasientenes behov. Det er opp til den som søker hjelp, å overbevise om at han er verdig å få et tilbud. Spesialister vegrer seg for å dekke Oslo øst og Finnmark, og helseforetakene unnlater å styre dem dit. Svikt i informasjonsplikten fratar pasientene et reelt valg, en reell klageadgang og myndiggjøring i behandlingsopplegget – det er altså komplett umulig hva gjelder reell brukermedvirkning.

Svak eller manglende samhandling med primærhelsetjenesten forsinker hjelpen og fungerer som en effektiv barriere mot helhetlig og langsiktig hjelp. I sin tur bidrar dette til at vi har mislyktes totalt i forhold til målsettingen om å redusere bruken av tvang.

Sterke faggrupper har fått anledning til å overse Stortingets enstemmige føringer. Helseforetakene har sviktet i forhold til sitt styringsansvar. Overfor Stortinget er dette i beste fall illojalitet. Overfor pasientene representerer disse krenkelsene lovbrudd.

Køen vi nå ser, må i første omgang ordnes og i neste omgang fjernes. Køen ordnes ved at det etableres reell styring med prioriteringen av ressursutnyttelsen. Køen fjernes best ved å tilby bedre hjelp på andre arenaer.

Nå er det på høy tid å slutte å jobbe feil. Ressursene må settes inn der folk lever og bor, i kommunene. Spesialisthelsetjenesten bruker i dag altfor mye ressurser på problemstillinger som best kan løses på andre arenaer, og som skulle vært løst på et mye tidligere tidspunkt.

Senger er det nok av. Løsningen ligger ikke i sengen. Kommunene har mange steder skapt gode, nye tilbud.

Køene til spesialisthelsetjenesten er borte herfra. Andre steder mangler lokale tilbud. Utskrivningsklare pasienter venter på å komme hjem, akkurat som innenfor deler av somatikken. Mange steder tviholder man på et håpløst gammeldags regime hva gjelder arbeidsmetode. Vi har tallrike eksempler på tilfeller der kvaliteten på hjelpen øker når den gis i tilknytning til menneskers hverdagsliv.

Vi anbefaler at det i hver kommune etableres et psykisk helsesenter hvor alle kan henvende seg uten henvisning og uavhengig av alvorlighetsgrad for tilstand – én dør hvor man umiddelbart får en kvalifisert vurdering og rask tilgang på hjelp. God hjelp må gis tidlig. Det er nok barrierer for mennesker å erkjenne et hjelpebehov. Hjelpen må være tilgjengelig. Unødvendige køer er uverdige. Den nødvendige kompetansen må være til stede der folk lever og bor, ikke leve tilbaketrukket på kontorer og murt inne bak sykehusvegger. Slik tjenestene nå fungerer, framstår de som dyre og dårlige. Tiden er overmoden for å endre tilnærming for å få gode tjenester uten at de blir dyrere.

Møteleiaren: Takk skal du ha.

Då går vi vidare til Mental Helse og Mette Kammen. Ver så god. Du har 5 minutt.

Mette Kammen: Takk for invitasjonen.

Mental Helse, den største bruker- og pårørendeorganisasjonen, vil gjerne bidra til en reform av kommunehelsetjenesten. Kall det en kvalitetsreform. Vi har 260 lokalag over hele landet. Der fins det mye kunnskap og enda mer erfaring. Vi har utviklet verktøy for kvalitetskontroll, og vi har skolert folk som kan gå inn i brukerfora, styringsgrupper og referansegrupper og gi erfaringsbaserte råd. Men vi opplever en mangel på forståelse for hva det koster å drifte en brukerorganisasjon.

Vi opplever at opptrappingsplanen har lyktes med å øke ressursene innenfor først og fremst psykisk helsevern, men også en del innenfor psykisk helsearbeid i kommunene. Men man har ikke lyktes med å øke ressursene prosentvis like mye innenfor psykisk helse som innenfor somatikk. Vi hadde forventet at ressursene skulle øke mer innenfor psykisk helse enn i somatikken i denne perioden. Vi har heller ikke lyktes med å styrke det lokalbaserte tilbudet. Fortsatt, som også helseministeren sier, går over 85 pst. av ressursene til spesialisthelsetjenesten. Denne prioriteringen undergraver alle målene i opptrappingsplanen, som oppsummert kan sies å handle om å tilby hjelp der mennesker bor og lever sine liv.

Vi opplever også at oppfølgingen av tvangsbruk er dårlig forankret både politisk og i Helse- og omsorgsdepartementet. Den nåværende tiltaksplanen mot tvang lå i over ett år i Helse- og omsorgsdepartementet før den ble godkjent, og nå er det Helsedirektoratet og ikke departementet som følger dette opp. Vi mener at resultatet av manglende forankring og oppfølging er nedslående. Bruk av tvangsmidler har økt i løpet av perioden med Opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. tall fra SINTEF. Som eksempel på det med manglende spesifisering av oppdragsdokumentene kan man se at det i årets oppdragsdokument heter under kapittel psykisk helse: RHF-ene skal iverksette til-

tak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. tiltaksplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Det er det som står. Derimot er en i samme kapittel langt mer tydelig på koordinering av henvisninger mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, hvor tiltakene skal være iverksatt innen utgangen av april 2009. Med andre ord er det ikke muligheten det skorter på – vi opplever at det er viljen.

Da rapporten ble lagt fram, sa Jørgen Kosmo at det er en knusende dom over tilbudet til voksne med psykiske problem, og det mest nedslående siden rapporten om tilbudet til unge med psykiske problem kom for et par år siden. Vi støtter Kosmos uttalelse.

Den mangelfulle informasjonen til pasient og lege er ikke i strid bare med regelverket, men også med målsettingen om at brukerperspektivet skal legges til grunn. Vi etterlyser bedre kontroll og strengere sanksjoner når informasjonsplikt brytes. Det virker ikke som om det er så farlig å bryte reglene.

Riksrevisjonen mener at mange av de avdekkede forhold peker mot at tilbudet ikke er tilstrekkelig, og det er store regionale forskjeller i kapasitet. Men her vil Mental Helse advare mot å trekke for avgrensende konklusjoner med hensyn til kapasitet. Vi mener at mange av utfordringene i spesialisthelsetjenesten først og fremst handler om vilje og evne til å prioritere psykisk helse og – aller viktigst – få til en god samhandling med primærhelsetjenesten.

Vårt inntrykk og vår erfaring er at der de har et godt utbygd psykisk helsetilbud i kommunene og en god samhandling, er det lite eller ingen køer, jf. Lørenskog kommune og, som mange har vært innom, Jæren DPS.

Vi opplever at Riksrevisjonens rapport viser at da Regjeringen fjernet de øremerkede midlene til psykisk helse, var det for tidlig. Skal vi lykkes med å utvikle et tilbud der folk bor og lever, og legge til rette for selvstendighet for den enkelte og evnen til å mestre eget liv, må satsingen på det psykiske helsearbeidet i kommunen fortsatt prioriteres.

Vi får mange tilbakemeldinger på at det kuttes i tilbudene lokalt. At det ikke finnes noen rapporter på dette, synes vi selvfølgelig er synd, men vi får mange tilbakemeldinger, spesielt om aktivitetssentre rundt omkring i kommunene. Dette ser vi på med bekymring, og vi føler at det trengs å følges opp i kommunenes satsing.

Møteleiaren: Takk. De er no flinke til å halde tida. Det er bra.

Då går vi til Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri. Lilly Sofie Haugene skal kome med sine synspunkt – ver så god.

Lilly Sofie Haugene: Først vil jeg takke for invitasjonen til dagens høring.

La oss først slå fast at opptrappingsplanen for psykisk helse ikke har vært bortkastet. Det har blitt bygd opp mange gode tilbud, og planen har satt et helt nødvendig fokus på et fagfelt som altfor lenge har vært forsømt. Samtidig er det åpenbart, slik Riksrevisjonens undersø-

else også viser, at mye fortsatt gjenstår, og vi mener at på enkelte områder har utviklingen dessverre gått i feil retning.

De som taper, er gjennomgående de dårligste pasientene. Vi minner om at dette også var konklusjonen i Helse-tilsynets tilsynsrapport nr. 8/2007, som utvetydig slo fast at de alvorlig og langvarig psykisk syke er blitt stående igjen til tross for opptrappingsplanen.

For LPP er det opplagt at vi i dag har for få sengeplasser i psykisk helsevern, og at de vi har, brukes for tilfeldig. Den manglende sengekapasiteten er heller ikke, på langt nær, kompensert ved et forsterket tilbud i kommunene.

Det er også grunn til å stille spørsmål ved om pengene som er gått til psykiatrimål i løpet av opptrappingsplanen, er blitt brukt på en best mulig måte. Vi vet at svært mye av opptrappingsmidlene har blitt brukt til ansettelser av fagfolk med langtidsutdanning. En slik bruk av pengene er nødvendigvis ikke feilslått, men det vi mener å se, er at det er for få av disse nye fagfolkene som arbeider nær pasientene, og at for mange av dem er engasjert i administrativt arbeid, i forskning og i kompetanseutvikling. Antallet fagpersoner som arbeider i døgnavdelinger, er økt marginalt i løpet av opptrappingsplanen, og det er her mange av de dårligste og mest ressurskrevende pasientene befinner seg.

Det er spesielt grunn til å være oppmerksom på hvordan kommuner og helseforetak vil bruke sine økte psykiatrisressurser når nå ikke lenger opptrappingsplanens viktigste virkemiddel for styring, den økonomiske øremerkingen, er til stede.

Vi vet også at behovene innen psykiatrien har økt dramatisk siden 1997, og at sykdomsbildet har endret seg. Det er kommet til en høyere andel pasienter med dobbeltdiagnose, som rus/psykiatri, og flere innvandrere med ubearbejdede traumer. Vi kan derfor slå fast at utsiktene framover peker generelt mot et økt behov for psykiatriske helsetjenester. I kommunene må det både satses på tidlig forebyggende psykisk helsearbeid og på tilstrekkelige tilbud for det langt større antallet pasienter som kommunene har fått overført fra helseforetakene, i tråd med nedgangen i antallet sengeplasser. I tillegg vil vi mest sannsynlig få en ny gruppe pasienter. Møland-utvalgets lovforslag åpner for at langt flere kriminelle vil bli dømt til psykiatrisk behandling i framtiden. Disse vil trenge et kompetent sykehustilbud. Mye tyder på at Helse- og omsorgsdepartementet underestimerer behovet for slike plasser betydelig.

LPP har støttet utbyggingen av et desentralisert psykiatrisk helsetilbud. Opptrappingsplanens dokumenterte svikt når det gjelder å ta vare på de dårligste avdekker nå et behov for justering av kursen. Dagens psykiatrilaner bygger på ideologi, utredninger og erfaringer som dels er flere tiår gamle. Vi mener derfor det nå trengs en erkjennelse av at ikke all behandling kan foregå i eller i nærheten av hjemmet, og spesielt gjelder dette de alvorligst psykisk syke.

Vi er glad for Riksrevisjonens undersøkelse. Den dokumenterer på en klar og grei måte at mye gjenstår før psykiatrien i Norge er på et tilfredsstillende nivå. Og fremfor alt ...

Møteleiaren: Då er tida ute.

Vi gir ordet til saksordføraren, Rune J. Skjælaaen, som har ti minutt. Ver så god.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Ja, det lir mot kveld. Det har vært en lang høring, og vi har hørt to helseministere, vi har hørt profesjonene, og nå er det brukerorganisasjonene i vid forstand som høres.

En bruker ganske sterke ord. Når du, Bjørn Lydersen, bl.a. snakker om alvorlig svikt, så hører jeg – og det vil jeg gjerne ha bekreftet – at det er lokalt, det er i primærhelsetjenesten først og fremst arbeidet og ressursene skal settes inn. Jeg hører også at en på litt sånn foraktelig vis snakker om folk som befinner seg på kontorer bak tykke vegger.

Forstår jeg det rett, at dere tenker slik også Bjarne Håkon Hanssen tenker, nemlig at det er først og fremst der folk bor, der folk lever livene sine, at innsatsen må settes inn?

Bjørn Lydersen: Vi har store forhåpninger til den nye kommunehelsereformen i forhold til at det skal bli bedre muligheter for å gi hjelp der folk lever og bor. Sånn sett er vi helt på linje med statsråden i utgangspunktet. Det er fordi vi tror – og jeg er overbevist om – at den beste hjelpen ytes der, den hjelpen som varer i det lange løp. Vi er ikke noen motstander av spesialister på noen som helst måte, vi er opptatt av at arbeidsformene til spesialistene skal kunne moderniseres og settes inn nærmere der folk bor – altså i kommunene.

Jeg vet ikke om du vil supplere, Anne-Grethe?

Anne-Grethe Skjerve: Det handler om en helhetlig tenkning her. Det handler om at folk er mer enn en diagnose. Selvfølgelig skal folk bli vurdert og få stilt en diagnose, men det er for så vidt da det begynner. Folk må få hjelp med hverdagslivet sitt. Det å ha en psykisk lidelse får store konsekvenser – ofte for funksjonsnivå, for økonomi, for det å klare seg i hverdagen. Og det vi ser og det vi støtter oss til, er den forskning og den kunnskap som viser at den helhetlige tenkningen er den som for det første brukerne ofte sier er den beste hjelpen, og som vi ser har best effekt på lang sikt – altså at vi må gå sammen, både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, om å tenke i et helhetlig perspektiv. Da tror vi at ved å nærme oss brukeren der brukeren befinner seg på sine arenaer, da klarer vi å gjøre dette på en best mulig måte.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Betyr det at dere sier egentlig at spesialisthelsetjenesten skal komme ned?

Anne-Grethe Skjerve: Ned eller bort eller hvor det nå måtte være for noe. Vi tror på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Og hvor disse grensene skal gå, er jammen ikke så lett å si. Men sånn som det er i dag, er det ofte store hindre i veien for god samhandling, og det er vi glad for at helseministeren vil gjøre noe med.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Hva er de hindrene?

Bjørn Lydersen: Ja, hindrene er jo både de ulike pengekene som er med på å betale gildet og legge til rette for hjelpen, men det er også noe som både nåværende og tidligere statsråd trakk opp, ulike kunnskapssyn, ulike tradisjoner som står mot hverandre – altså gjennom den måten man arbeider på og tenker på innenfor psykisk helsearbeid i kommunene, den ideologien man har med seg fra tradisjonen i spesialisthelsetjenesten så langt. Det er også med å fungere som et hinder.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for det.

Jeg forstår det dit hen på en måte at egentlig burde en ikke snakke om førstelinjetjeneste eller andrelinjetjeneste, men en bør snakke om en eller annen behandlingslinje der det må være fagfolk på et vis på alle plan.

Bjørn Lydersen: Ja, det er helt sånn som vi tenker. Og vi tenker at det skal være et stort spekter av ulike fagfolk og ulik type kompetanse. Vi tror ikke at løsningen nødvendigvis er veldig mange flere psykologer eller psykiatere. Det er et stort spekter av fagfolk som kan være med å bidra her. Vi har vel sagt for en god stund siden allerede at de aller fleste oppgavene som ligger i DPS-ene i dag, med fordel kan overføres til kommunehelsetjenesten. Så vi ønsker oss en mye spissere spesialisthelsetjeneste og en mye bredere førstelinjetjeneste.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Takk for det.

Så gjelder det LPP. Du nevnte i innlegget ditt at du var engstelig for at døgnplasser forsvinner, og snakket om de sykeste syke. Hvor stor gruppe snakker vi om? Og hvordan vurderer dere behovet for døgnplasser? Vi har jo hørt om andre eksempler i dag hvor det er en døgnplass til disposisjon, og så kan en bruke den når en kommer dit hen at en er blitt så syk at en trenger den.

Du nevner også folk som blir dømt – altså kriminelle – som også krever behandling. Kan du si litt mer om de gruppene som du snakket om – de som trenger døgnplasser, og den økende gruppen av kanskje farlige pasienter som trenger behandling?

Lilly Sofie Haugene: Vi vet at i Norge har vi til enhver tid ca. 50 000 mennesker med en såkalt alvorlig psykisk lidelse. Det jeg er opptatt av, er at når et menneske har behov for hjelp av spesialisthelsetjenesten, dvs. at de ofte er psykotiske, så trengs det også tid i spesialisthelsetjenesten for å få en skikkelig utredning. Det er det mangel på i dag. Pasientene kommer inn og så raskt ut igjen, og så får vi disse svingdørspasientene.

Så har vi rapporten fra Mæland-utvalget. Jeg vet ikke om du kan si noe mer om den, Are Saastad?

Are Saastad: Det er jo ikke noen lov ennå, men det er på høring et lovforslag fra det såkalte Mæland-utvalget, som foreslår å gjøre det samme i Norge som man lenge har gjort i Danmark, nemlig å dømme enda flere som har begått en kriminell handling, til psykiatrisk behandling. Det

er klart at det vil kreve at man har et behandlingsapparat som kan ta seg av dem. Jeg har sett hvordan det går når man ikke har det. Kriminelle psykotiske kommer f.eks. til Ila landsfengsel uten å få et tilbud. Det er en situasjon som det blir flere av i framtiden. Det er veldig mye som tyder på det, i hvert fall ut fra det lovforslaget som vel er på trappene.

Rune J. Skjælaaen (Sp): Jeg har ikke flere spørsmål.

Møteleiaren: Då går vi til Arbeidarpartiet og Ivar Skulstad. Du har 5 minutt – ver så god.

Ivar Skulstad (A): Først til Mental Helse. Det er et privilegium for meg å kunne si til dere: Kom med to forslag som dere vil ha iverksatt nå, for å bedre situasjonen raskt. Hvilke to forslag tenker dere på da?

Mette Kammen: Jeg kaster meg på: Ett forslag er fortsatt øremerking av midler til psykisk helsearbeid i kommunene, fordi vi mener at det fortsatt er en så alvorlig svikt i tilbudet i kommunene. Der trengs det en målrettet satsing. Ett forslag til: Vi heier på Bjarne Håkon Hanssen og samhandlingsreformen, for å si det slik. Vi synes han med den reformen har en meget god og riktig fokusering. Det var ikke så konkret, men det er forslagene.

Ivar Skulstad (A): Til deg, Bjørn Lydersen. Kan du forklare kort hva et psykisk helsesenter er?

Bjørn Lydersen: Med et psykisk helsesenter ser vi for oss et sted hvor det er én dør, ingen henvisning, et sted som det er mulig å komme til – uansett hvilken alvorlighetsgrad ens lidelse måtte ha, uansett alder – hvor det er ulik tilgjengelig kompetanse. Det kan være både spesialister og mennesker med kompetanse innen psykisk helsearbeid. Det er ressurser tilgjengelig som kan hjelpe folk med hverdagslivet, med bolig – altså den helhetlige hjelpen som man trenger for å mestre livet sitt. Det dreier seg om et senter hvor man raskt kan få en vurdering, og hvor man i neste omgang kan få en prioritert hjelp. Det skal også kunne være mulig for pårørende å henvende seg der med sin bekymring. Vi tror at barrierene rundt det å tørre å søke hjelp i seg selv er så store at vi må bygge ned alle stigma rundt det, og gjøre hjelpen tilgjengelig.

Jeg vet ikke om du vil supplere ...

Anne-Grethe Skjerve: Stikkordet er tilgjengelighet. Én dør – alle menneskene i en kommune vet hvor den er. Om dette er noe som flere kommuner må slå seg sammen for å få til, kan så være – det behøver ikke nødvendigvis være akkurat det samme huset. Men poenget er: Alle mennesker skal vite hvor de skal henvende seg. Det skal være én dør, og man skal kunne gå inn og få den hjelpen man trenger.

Ivar Skulstad (A): Så til LPP til slutt. Dere skriver her – du fikk ikke tid til å lese det opp, men jeg kan hjelpe deg med det – at undersøkelsen viser at psykiatrien har vært

gjenstand for altfor mye politisk synsing og posisjonering og altfor lite handling. Kan du konkretisere det litt?

Are Saastad: Dette er et felt hvor det er lite faktabasert kunnskap. Det er et felt hvor mye baserer seg på at man ikke vet sikkert hvilken behandling som hjelper. Det betyr at man kan få mye synsing. Og det som oftest ser ut til å trekke i retning av at man ikke vet sikkert, men synser, er at på dette området er det de sterkeste pressgruppene som vinner fram. LPP er en organisasjon som alltid har hatt som formål å arbeide for dem som er pårørende til de aller dårligste. De har få – om noen – andre pressgrupper enn oss, faktisk, til å hjelpe seg. Og det vi ser, er at akkurat dette området taper ganske systematisk i kampen mellom faggruppene bl.a.

Møteleiaren: Då går vi vidare til Framstegspartiet og Carl I. Hagen. Du har 5 minutt – ver så god.

Carl I. Hagen (FrP): Jeg hadde også tenkt å lese opp de tre siste linjene som du ikke rakk i sted. Jeg skal gjøre det, selv om min kollega også gjorde det: Fremfor alt viser Riksrevisjonens undersøkelse at psykiatrien har vært gjenstand for altfor mye politisk synsing og posisjonering, kall det gjerne festtaler, og altfor lite handling.

Hvilken konkret handling er det dere ønsker at styring og regjering skal gjennomføre? Og det Stortinget veldig ofte gjør, er å fatte vedtak. Hvilket vedtak er det dere etterlyser?

Are Saastad: Det går til oss. Skal jeg forsøke?

Lilly Sofie Haugene: Ja.

Are Saastad: Vi er helt enige med Mental Helse. Vedtaket om å oppheve øremerkingen av midler ser vi ikke er bra. Det ble sagt her fra politisk hold at man ikke hadde noen tydelige tegn på at dette har ført til kutt i kommunene. Vår organisasjon får tilbakemelding på at det allerede er skjedd to måneder inn i det nye året etter at opptrappingsplanen er ferdig. Opphevingen av øremerkingen har allerede betydd at vesentlige midler i kommunene forsvinner fra dem som trenger det.

Et annet område der vi vet det trengs en viktig satsing, er bemannede boliger i kommunene. Opptrappingsplanen hadde et altfor lavt anslag boliger man trenger. Man oppfylte anslaget man hadde satt seg, målet man hadde satt seg, men det var i hvert fall et par tusen boliger for lite i det. Hvis det er slik at man ønsker at spesialisthelsetjenesten skal bygges ned – og det har jo også skjedd – må man gjøre kommunene i stand til å ta seg av de syke menneskene som kommer dit. Og i dag er det altfor lite tilbud, spesielt på boligområdet, i kommunene. Det er to helt konkrete forhold.

Carl I. Hagen (FrP): Da takker jeg, selvsagt, slik som dere takker, når dere gir støtte til det som mitt parti har kjempet for i veldig mange år. Vi har vært for øremerking. Og det du vel også sier, er at hvis Stortinget fatter

noen vedtak, må Stortinget og Regjeringen ta ansvar for gjennomføringen av vedtaket og ikke bare si at dette skal kommunene ordne opp i. For det er vel også det som har skjedd her, at man har fattet vedtak i storting og regjering, og det man har vedtatt, er at kommunene skal bli flinkere til selv å prioritere til de formålene vi i Stortinget ønsker, men vi skal ikke øremerke noe som helst, slik at når kommunene velger å gjøre noe annet, kan vi kritisere dem og si at det ikke var vår skyld.

Are Saastad: Skal vi svare ja på det? Det kan vi godt gjøre. Har du lyst til å utfylle?

Lilly Sofie Haugene: Ja...

Carl I. Hagen (FrP): Det var et ledende spørsmål!

Are Saastad: Ja, vi gjorde en undersøkelse – hvis det er det du tenker på?

Lilly Sofie Haugene: Ja, det gjorde vi. Vi ringte rundt til en god del kommuner da det ble bestemt at øremerkingen skulle ta slutt, og spurte rådmenn og personer på det nivået hvordan de da så for seg 2009, og hvordan situasjonen ville bli når opptrappingsplanen var slutt. Samtlige, faktisk, av de kommunene vi snakket med, sa at de kom til å redusere tilbudene til psykisk syke.

Carl I. Hagen (FrP): Betyr det at dere er engstelige for utviklingen lokalt? Jeg skulle ønske vi kunne snakke om lokalhelsetjeneste istedenfor kommunehelsetjeneste, for det går an å snakke lokalt uten å knytte det til en organisasjon som heter kommunene. Det er andre som kan gjøre det. Men lokalhelsetjenesten er den som dere nå er redd for vil bli bygget ned når det gjelder de psykisk syke?

Lilly Sofie Haugene: Ja, de undersøkelsene vi har gjort, viser at det vil komme til å skje.

Carl I. Hagen (FrP): Så hvis man istedenfor å snakke om første- og andrelinjetjeneste, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, erstattet dette med ett ord, nemlig helsetjenesten i Norge, hadde ikke det heller vært så dumt?

Are Saastad: Hvis jeg kan kommentere det, vil jeg jo si at det er snakket mye her om disse to forvaltningsnivåene. Og det er helt riktig: Sykehusreformen gjorde dette enda vanskeligere enn det var tidligere, og samarbeidet, altså den samhandlingsreformen som var på trap-pene, er selvfølgelig velkommen, men veldig mye ligger i at man har gjort dette veldig vanskelig fra før av. Det er reformer som ikke er reversert. Det er vår oppfatning.

Carl I. Hagen (FrP): Takk.

Møteleiaren: Då går vi vidare til Høgre og Per-Kristian Foss – 5 minutt, ver så god.

Per-Kristian Foss (H): Jeg skal da stille det ledende spørsmål hva dere ville gjort hvis summen av de øremerkede midler overskred det kommunene får tildelt. Men det kan vi bare tenke over.

Så skal jeg stille to åpne spørsmål til Rådet for psykisk helse. I den spørrerunden vi hadde tidligere med bl.a. Legeforeningen, sa statsråden først at nå skal fagfolkene gå lokalt, ikke til helseforetakene. Det synes dere å være enig i. Men samtidig hevder Legeforeningen at det hjelper jo ikke noe med en god lokal helsetjeneste hvis fastlegen ikke har noe sted å ringe for å spørre om råd, f.eks. til et slikt distriktpspsykiatrisk senter, DPS. Det er en logikk jeg skjønner så langt. Mitt spørsmål er da: Hvem av disse er det dere er enige med – begge to? Ser dere begge sider av saken, eller ser dere ikke Legeforeningens argumenter her?

Bjørn Lydersen: Jeg mener at det er statsrådens og helseforetakenes ansvar å styre spesialistene dit de trengs mest. Og hvis vi mener at de kan gjøre best nytte for seg og kunne utnyttes best i den lokale delen av den norske helsetjenesten, Hagen, må det skje.

Så mener vi også at det faktisk ikke er bare disse spesialitetene som er avgjørende for at mennesker skal få den beste hjelpen, den som hjelper, i sitt nærmiljø.

Per-Kristian Foss (H): Men hvor mener dere at spesialistene i dag mangler mest? Hvis statsråden skal styre, hvor vil dere gi ham råd om å styre dem?

Bjørn Lydersen: Styre dem lokalt, ja – får jeg lov å si kommunene?

Per-Kristian Foss (H): Fremfor til helseforetakene?

Bjørn Lydersen: Framfor til helseforetakene – ja.

Per-Kristian Foss (H): Ok, fint.

Spørsmål 2: Det var også noe i Legeforeningens brosjyre som sa at det er dokumentert, så vidt jeg forstår, en sammenheng som viser at der det lokale helsetilbudet er bra, der er tvangsbruken mindre i helseforetakene, i spesialisthelsetjenesten. Er det en erfaring også dere deler?

Bjørn Lydersen: Helt ubetinget. Og det er altså seks ganger så høy risiko for å bli utsatt for tvang hvis du bor i Asker og Bærum, i forhold til hvis du bor i Vestfold.

Når det gjelder sammenligningen med bruken av senger, døgnbasert, ser vi eksempler på at den gode samhandlingen reduserer behovet. Ett eksempel er Nordfjord DPS, hvor man ut fra populasjonen estimerte at det var behov for 24 senger på det DPS-et. Man bygde 18 og benytter i dag 12. Det er fordi det er en god samhandling mellom DPS-et og de lokale tjenestene. Andre steder sier man at der vi har måttet bygge opp på nytt, eller der vi har måttet starte fra bunnen av – som om det var en hemsko – viser det seg at man har lyktes best med å få lite pågang og etterspørsel etter institusjonsplasser. Vi vet om eksempler fra utlandet, du var selv inne på et favorittferieland, Italia,

og vi kjenner til erfaringer fra helt andre land. I Vermont i USA var det på første halvdel av 1950-tallet 13 500 institusjonssenger, nå er det 40, og de legger nå ned de siste. Jeg sier ikke dette fordi jeg tenker at det aldri vil være noen som har behov for en seng, eller den type behandling, men sier at måten å jobbe på er førende for hvilket behov det er for den type hjelp, som i realiteten er dyr og lite pasientvennlig.

Per-Kristian Foss (H): Et siste spørsmål: Du beskriver et sted, Nordfjord så vidt jeg skjønnte, hvor samhandlingen mellom DPS-et og den lokale helsetjenesten er god. Det er et fremragende eksempel, og vi hører andre slike eksempler. Hvilke systemendringer ville du foreslått for å gjøre dette overalt, ikke bare basert på velvillighet og slike stjerneeksempler, men at de var nødt til å gjøre det på den måten?

Bjørn Lydersen: Jeg har to forslag: Å ta bort skillet mellom første- og andrelinjen – altså linjeløse tjenester – hvor det er mer organisert med utgangspunkt i det lokale, med kommunen, der hvor pasienten eller den som trenger hjelpen bor, er det ene. Det andre er at en ruster opp kompetansen der ute i form av eksempelvis psykiske helsestentre i hver enkelt kommune, og at hjelpen gis gjennom dette, istedenfor å skulle gis et langt stykke unna der folk bor.

Møteleiaren: Takk.

Då går vi vidare til Sosialistisk Venstreparti – Ingvild Vaggen Malvik har 5 minutt.

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Jeg ser at Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri skriver i notatet at mye av opptrappingen i opptrappingsplanen har gått til å ansette fagfolk med langtidsutdanning. Jeg oppfatter at her ligger det en bekymring i forhold til at det er for få fagfolk som møter pasientene direkte. Samtidig er Rådet for psykisk helse opptatt av samhandling. Det kan jo ligge et dilemma her. Min erfaring fra andre sektorer er at samhandling også krever tid til den typen arbeid. Det må jo være en avveining mellom den tiden som går med til å møte pasientene, og den tiden som går med til denne samhandlingen.

Jeg lurer på om dere kan utdype litt hva dere mener når det gjelder mangelen på det å møte pasientene, og kommentere det som Rådet for psykisk helse sier i forhold til at det er samhandlingsbehov.

Lilly Sofie Haugene: Det vi erfarer, er at i mange tilfeller er det veldig vanskelig for pasienten. Fagpersonen, psykiateren, har liten tid til å snakke med pasienten. Dette har vært et behov som ikke har blitt dekket, ifølge brukerne som vi har kontakt med. De ønsker mer kontakt. Jeg tror også det er veldig viktig at psykiateren kommer nærmere pasienten. Kan du utdype det videre?

Are Saastad: Det er to ting å si til det. Det ene er at det er en tendens til å undervurdere behovet for faglighet på dette området. Legene fikk mange spørsmål her i stad

om deres funksjon. Vi er vel opptatt av at legene trengs, og det trengs andre fagfolk også. Vi må ikke undervurdere behovet, spesielt for dem som har en alvorlig og langvarig psykisk lidelse, for en skikkelig diagnostisering, skikkelig behandling. Samtidig er det en tendens til at jo lengre utdanning du har, jo lenger fra pasienten står du. Det er en tendens at man også velger de pasientene som har lettere lidelser. Det er jo de pasientene som ikke er innlagt i døgnavdelingene og ikke innlagt i DPS, som kanskje ikke har tilbud i spesialisthelsetjenesten i det hele tatt. Slik at det er også et trykk den veien når det gjelder samhandlingen.

Ingvild Vaggen Malvik (SV): Jeg kunne også tenke meg å høre fra dere og fra Rådet for psykisk helse om eksempler på andre typer fagfolk som det er mangel på. Altså: Hva slags annen type kompetanse er det vi kunne hatt mer av?

Are Saastad: Det er behov for medisinsk kompetanse, det er ingen tvil om det. Men det er også slik at innenfor disse områdene er det en viss redsel for å slippe til folk med realkompetanse innenfor andre områder, eller annen formalkompetanse. Det må vi jo bare kunne si. Det er igjen dette med at psykiatri ikke er en veldig eksakt vitenskap, og veldig mye av det som foregår der, må også ha med relasjoner å gjøre, altså forholdet mellom mennesker, og ikke nødvendigvis spisskompetanse innenfor fag hele tiden. Så der er det en redsel innenfor spesialisthelsetjenesten i det hele tatt, og kanskje helsevesenet i det hele tatt, for å slippe til annen type kompetanse. Men her er det jo en sum av mange ulike profesjoner man egentlig trenger.

Anne-Grethe Skjerve: Ja, vi trenger dem vi har. Vi er veldig glad for videreutdanningen til det som før var psykiatrisk sykepleie, og nå er blitt tverrfaglig psykisk helsearbeid. For vi tror nettopp kompetanse på tverrfaglighet og samhandling er noe av den kompetansen vi trenger mye av.

Ved siden av det trenger vi erfaringskompetanse fra brukere. Vi ønsker at det blir ansatt brukere på alle tjenestetsteder – rett og slett brukere som har erfaring fra tjenesteapparatet, og som skal jobbe i tjenesteapparatet. Det være seg i planlegging og utvikling og direkte i det kliniske arbeidet. Så vi ønsker den kompetansen inn i det psykiske helsefeltet.

Møteleiaren: Ja, takk, då er tida ute.

Vi går til siste utspørjar, Kristeleg Folkeparti og Ola T. Lånke. Du har òg 5 minutt.

Ola T. Lånke (KrF): Carl I. Hagen var i ferd med å innkassere en seier på grunn av partiets standpunkt når det gjaldt øremerking. Jeg er jo fristet til å slå lag med ham – er ubeskjeden nok til å gjøre det.

Jeg forstår det slik at i hvert fall Mental Helse og LPP ville tilbake til øremerking. Men jeg fikk ikke helt med meg – det er mulig det var min feil, at jeg ikke hørte godt nok etter – hva Rådet for psykisk helse mente om dette. Det er det ene spørsmålet til dere.

Og jeg fortsetter litt med dere, for dere vil at spesialisthelsetjenesten skal komme nærmest mulig pasienten, dvs. i kommunene. Men hva slags kommunemodell er det dere ser for dere da? Det er klart at det vil kunne fungere i store bykommuner, hvor avstandene er små, men hvis vi ser landet litt under ett – det var jo snakk om å gjøre det her også, å ta et helhetlig perspektiv – hvordan harmonerer det da? Det vil jo være umulig i en liten langstrakt kommune i Nord-Norge eller andre steder i distriktene å kunne oppfylle det målet. Da oppnår vi det motsatte av det vi ønsket, nemlig enda større forskjeller.

Bjørn Lydersen: Utgangspunktet er å tenke kommune eller så nær som mulig den som trenger hjelpen. Så vil det måtte tilpasses praktisk i form av interkommunale løsninger eller samarbeid på tvers av grensene.

Ola T. Lånke (KrF): Da er vi på regionalt nivå?

Bjørn Lydersen: Ikke nødvendigvis på regionalt nivå, nei. Vi tenker oss mye lavere nivå enn som så.

Når det gjelder øremerkingen, er vi mer tilbakeholdne med å tviholde på den. Vi tenker at det er en tid for alt. Den øremerkingen har nå vart i ti år, og nå er tiden gjerne moden for at kommunen må se behovet for psykiske helsetjenester i sammenheng med sine øvrige tjenester, og legge til rette for det.

Ola T. Lånke (KrF): Hvilke indikasjoner er det som tilsier at tiden nå, etter ti år, er moden for å fjerne øremerkingen, ut fra de sterke ordene dere brukte i stad, og hvor langt man var kommet?

Bjørn Lydersen: Vi sier ikke på noen måte at alt er løst i kommunene. Det var ikke det vi sa. Vi sier at det må bygges opp bedre tjenester i kommunene, og at det må legges til rette for det. Det må være økonomiske rammer som gjør det mulig, og det må være både økonomiske incitamenter, lovmessige incitamenter og andre incitamenter som bidrar til den videreutviklingen. Spørsmålet er hvorvidt det er øremerking av penger i seg selv til det psykiske helsefeltet som er den eneste løsningen for å møte den utfordringen.

Ola T. Lånke (KrF): Målsettingen er vi vel enige om alle sammen.

Men det var ett stikkord til, og det er ordet brukermedvirkning. Der går jeg ut fra at dere kanskje er opptatt av å utfordre dem som sitter lenger borte i rekka. Men dere nevnte at dere ville ha en betalt brukermedarbeider i hver kommune. Det vil selvfølgelig også kreve ganske store uttellingar hvis man skal få det til. Det ville vel måtte være flere i de store bykommunene, vil jeg tro.

Men jeg har lyst til å utfordre dere: Hvordan opplever dere at dere blir tatt med? Hva kan gjøres for at brukermedvirkningen kan bli bedre, sett bort fra muligheten for å få en betalt medarbeider?

Mette Kammen: Vi har nok av brukere som vil være med, som faktisk tilbyr sin assistanse til kommunene, fordi

de ser hvor det skorter. Men da må kommunene være villige til å ansette dem og gi dem muligheter til å være med. De sier at de kan være med og veilede brukerne, for det er der de ser at utfordringen er, at de blir henvist fra instans til instans og blir sårbare.

Det står i opptrappingsplanen at bruker- og pårørendeorganisasjonen skal styrkes, fordi kommunene trenger oss å spille på. Og så er budsjettet for 2009 økt med 2 mill. kr. Det er ikke prisstigningen engang! Så vi føler at vi blir avspist, og vi føler at vi får liten forståelse for hva det koster å rekruttere og lære opp brukerrepresentanter. Det er vel noe av det vi mener må til for å styrke brukernes medvirkning.

Møteleiaren: Ja, takk!

Då er også tida der ute. Då går vi til den siste runden med spørsmål som ein har lyst til å stille. Der har vi ein innteikna, Rune J. Skjælaaen. Ver så god!

Rune J. Skjælaaen (Sp): Det var jo noen av politikerne her som talte så sterkt for øremerking.

Jeg tenker at det er jo kanskje noen andre måter å bidra og stimulere kommunene på enn nødvendigvis ved å øremerke. Vi har bl.a. tilskudd til boligbygging. Bjarne Håkon Hanssen nevnte også stimuleringstilskudd for å ansette psykologer i kommunene osv. Det er jo mange måter å kunne gjøre dette på.

Ellers tror jeg at det lokale vettet er minst like stort rundt omkring i kommunene som her på Stortinget, så jeg har jo tro på at kommunepolitikerne faktisk ... Jeg skal ikke si mer om det.

Men det var LPP, som sa at dere hadde gjort noen undersøkelser med hensyn til dette med at når øremerkingen forsvant, så ville en kutte, osv. Jeg vil gjerne ha de undersøkelsene, slik at vi kan se på dem og ta det med i vurderingene.

Da skal ikke jeg si noe mer, leder.

Møteleiaren: Det var ikkje så mange spørsmål her.

Men var det nokon som følte seg kalla til å svare? Mette Kammen, ver så god.

Mette Kammen: Det er så forferdelig mye jeg har lyst til å si, men kunne jeg bare utdype noe av det som er sagt tidligere: Jeg vil bare si at når brukerne blir spurt om hva de trenger, kommer symptomlindring på femte-, sjetteplass nede på lista. Det de sier, er at de trenger hjelp til å få økonomien til å gå rundt. De trenger hjelp til familien og mye annet. Derfor blir vi veldig glad når Sykepleierforbundet snakker om at vi må spørre brukeren om hva brukeren trenger. Vi kan ikke bare snakke om at det handler om å sette brukerne i en stol og gi dem behandling, fordi livet handler om så veldig mye annet enn akkurat det symptomet de har her og nå. Det handler om ideologi, og det handler om kunnskapssyn. Og der opplever vi faktisk at vi ikke blir hørt. Hadde vi blitt hørt, hadde man satset på å bygge boliger i kommunene, da hadde man satset på å legene hadde tid og mulighet til å samarbeide med kommunen om å gi dem det tilbudet de trenger, for de vil ikke av gårde til

et spesialisthelsetjenestenivå et annet sted. De vil helst ha hjelp der de bor. Det er noe med å få fram det budskapet.

Ideelt sett – det kan dere sikkert tenke dere – kunne jeg ønske at når jeg gikk til min lege, ville legen si: Nå skal jeg sjekke litt rundt, så kommer du tilbake til meg, og så skal vi se hva slags tilbud du kan få, istedenfor at jeg får en henvisning, og så går jeg der og venter, kanskje i mange uker, noe som er en belastning hvis man er i en psykisk krise. Så vi ønsker oss bort fra en henvisningspraksis til en samhandlingspraksis. Hvis det hadde vært mulig å få til, ville dere ha møtt brukernes behov.

Møteleiaren: Då må Saastad svare litt kort, så vi får tid til eit siste spørsmål, frå Carl I. Hagen.

Are Saastad: Vi skal sende undersøkelsen til Skjælaaen. Den har ikke noen forskningskvaliteter i seg, men den er i hvert fall en ringerunde.

I tillegg vil jeg bare si: Når det gjelder dette med å prioritere i kommunene, synes jeg Høybråten sa noe fornuftig da han sa at dette feltet prioriterer seg ikke selv. Det er mye man kan gjøre med lovpålegg og andre ting, men vi må nok fortsatt ha fokus på dette feltet hvis det ikke skal bli glemt.

Møteleiaren: Då er det eit siste spørsmål, frå Carl I. Hagen – kort.

Carl I. Hagen (FrP): Det er en oppfølging til Bjørn Lydersen, som hadde håp om at dette skulle la seg gjøre i kommunene.

Vi er vel flere som er enige om at hvis vi hadde hatt en enhetlig helsetjeneste, så kunne man brukt mer penger i kommunene. Da kunne man innkalkulert i det budsjettet på økte utgifter besparelsene i spesialisthelsetjenesten. Man kunne satset mer, som du sier, i kommunene på tilrettelagte forhold, for da kunne man tatt inn og kalkulert besparelsene ved at det hadde vært færre som ble uføretrygdet. Men det er klart at når dette gjelder to forskjellige budsjetter og to forskjellige folkevalgte organer – hvordan tror du at kommunepolitikere vil bruke av sine meget knappe budsjetter for at vi stortingspolitikere skal spare penger på våre ordninger?

Bjørn Lydersen: Vi er redde for et manglende lokalpolitisk eierskap til dette feltet. Vi er redd for at lokalpolitikere holder dette på armlengdes avstand og henviser til faglige vurderinger utenfor deres rekkevidde, og at de ikke tar eierskap og grep om disse spørsmålene, hvis det fortsetter i det uendelige med øremerkede midler. Gjennom lov-messige reguleringer, gjennom styring og gjennom kompetanseoverføring tror vi at en kan kompensere for bortfall av øremerking. På et eller annet tidspunkt må det det.

Møteleiaren: Då er tida ute for den sekvensen.

Så får kvar av dykk maksimalt 2 minutt til ein eventuell sluttkommentar – ein sluttappell.

Vi startar med LPP – ver så god.

Lilly Sofie Haugene: Det vi vel ikke har kommet noe særlig inn på her, er kvalitet og kvalitet i tjenestene. I det ligger det også at de som skal være hjelpere, og de som er fagpersoner, må ha tid til sine pasienter og sine brukere.

Og så vil jeg si at det vi har snakket om, også har veldig mye med ledelse å gjøre – altså et ledelsesansvar fra toppen og nedover, helt ut til kommunene.

Møteleiaren: Takk skal du ha.

Då går vi til Mental Helse – Mette Kammen, ver så god.

Mette Kammen: Bare for å si det: Mental Helse er en bruker- og pårørendeorganisasjon som er veldig opp-tatt av de alvorlig psykisk syke. Derfor vil vi at spesialisthelsetjenesten skal kunne tilby noe til de alvorlig psykisk syke, for det vi vet, er at det er mange som ikke blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten fordi det mangler tilbud i kommunene. Derfor mener vi at fokus på mer ressurser til spesialisthelsetjenesten blir så galt.

Regjeringen har nå satset på noen modeller med ACT-team – altså aktivt oppsøkende team, som både skal rette seg mot mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser. Det er et kjempebra tiltak, som vi ser har bare gode effekter – det at det er folk som er ute og oppsøker aktivt. Og det er det vi etterspør. Folk må bli oppsøkt og tatt kontakt med der de bor og lever sine liv.

Jeg tror egentlig det er det viktigste vi ønsker å si.

Møteleiaren: Takk skal du ha.

Då går vi til Bjørn Lydersen frå Rådet for psykisk helse – ver så god.

Bjørn Lydersen: Ikke bare penger til den lokale, psykiske helsehjelpen, også makt og kompetanse – vi har store forventninger til den nye samhandlingsreformen som langt på vei tar mål av seg til å skulle bøte på de utfordringene og problemene som Hagen har pekt på.

Vi opplever at helsestadsråden har stilt en veldig god diagnose på systemet. Han har lagt lista veldig høyt når det gjelder hva slags forventninger vi skal kunne ha til det. Vi ønsker å kunne fortsette å ha de forventningene inntil det motsatte er bevist, og vi håper at dette ikke blir fjellet som fødte en mus. Vi ber om alle partienes bidrag til at utbyttet av den reformen skal bli så bra som det er lagt opp til.

Takk!

Møteleiaren: Takk til alle saman for gode bidrag til vår behandling. Vi skal vel levere ei innstilling før påske, om eg ikkje hugsar heilt feil. Det er jo saksordføraren som skal jobbe med dette, men vi har gitt Stortinget beskjed om at planen er at vi skal vere ferdig den 2. april. Vi er ganske flinke til å halde tidsskjemaet vårt.

Takk for i kveld, og god tur heim.