



# Representantforslag 41 S

(2013–2014)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Jenny Klinge, Heidi Greni og Per Olaf Lundteigen

Dokument 8:41 S (2013–2014)

## Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Jenny Klinge, Heidi Greni og Per Olaf Lundteigen om en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse

Til Stortinget

### Bakgrunn

Psykiske plager og lidelser utgjør en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Opp mot halvparten av innbyggerne utvikler psykiske helseproblemer i løpet av livet, og det i et omfang som trenger kvalifisert hjelp. Hver sjettede nordmann har til enhver tid en psykisk lidelse. Psykiske lidelser oppstår ofte i ung alder, og er den viktigste årsaken til uhelse i aldersgruppen 20–30 år. Mellom 15–20 pst. av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020.

Psykiske helseproblemer er årsak til redusert funksjonsevne hos den enkelte. Om lag 20 pst. av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser, mens andelen uføre med psykiske lidelser er over 30 pst. Folkehelseinstituttet anslår at de samfunnsmessige kostnadene ved psykiske lidelser i Norge ligger på 60–70 mrd. kroner hvert år. Det har vært en stor og planlagt omlegging av det psykiske helsevernet i retning mer ambulant og poliklinisk behandling. I perioden 2005–2012 ble sengetallet redusert med ca. 1 000, dvs. ca. 20 pst.

### Opptrappingsplan for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) sørget for at psykisk helse fikk høyere prioritet. Bakgrunnen for satsingen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd, og et sterkt behov for å styrke det psykiske helsevernet og kommunenes psykiske helsearbeid. De overordnede målsettingene var et verdig tjenestetilbud preget av brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen.

Etter ti år med opptrappingsplanen, inkludert satsing på kompetanseheving, oppsummerte SINTEF avdeling helse hovedresultatene slik:

- Det har skjedd en betydelig utbygging av tjenestetilbudet i kommunene i opptrappingsperiodene.
- De øremerkede tilskuddene har hatt signifikant effekt på utviklingen i brukerrater og dekningsgrader for flertallet av tjenestene.
- Det er fortsatt udekte behov for kommunale tjenester på feltet psykisk helse (Kalseth, Pettersen og Kalseth 2008).

Selv om kommunenes kapasitet og arbeidsmetoder i det psykiske helsearbeidet økte i opptrappingsperioden, tyder mye på at de kvantitative målene ble bedre oppfylt enn de kvalitative. SINTEF-rapporten viste også til store forskjeller i tilbudet mellom kommuner.

### Utfordringer etter opptrappingsplanens avslutning

Etter at opptrappingsplanen ble avsluttet, er det lagt fram flere meldinger og lovforslag som skulle styrke kommunehelsetjenesten og folkehelsearbeidet

– også innen psykisk helse. Kommunene fikk gjennom samhandlingsreformen (St.meld nr. 47 2008–2009) et mer helhetlig ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Den nye helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseeloven var viktige oppfølgere av reformen. Gjennom folkehelsemeldingen ble kommunenes overordnede planlegging av helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid på alle arenaer og sektorer i kommunene, enda mer tydeliggjort. Helse- og omsorgsdepartementet har også gitt ut to veiledere i kommunalt psykisk helsearbeid – den ene rettet mot voksne innbyggere, den andre mot barn og unge. Disse gir rammer for og beskriver hva arbeidet bør eller kan bestå av. Helse- og omsorgsdepartementet understreker at de som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen. Helse- og omsorgsdepartementet har oppsummert utfordringen i kommunalt psykisk helsearbeid etter opptrappingsplanen slik:

- Kommunene har fortsatt rekruttert for få psykologer, og måltallene er ikke oppfylt.
- Fastlegene må inkluderes sterkere i det tverrfaglige psykiske helsearbeidet.
- Kommunene må fortsatt styrke lavterskeltilbudet til innbyggerne.
- Det skorter fortsatt på samarbeid og samordning mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene trenger å øke kompetansen på psykisk helse- og rusfeltet.
- Det pekes på behov for bedre kvalitet på innholdet i tiltakene (Helse- og omsorgsdepartementet 2011 b).

### **Ingen vekst i kommunalt, psykisk helsearbeid**

SINTEFs rapport høsten 2013 slår fast at årsverksinnsatsen i kommunalt, psykisk helsearbeid økte sterkt gjennom opptrappingsplanperioden (1998–2008), men har ikke økt siden 2007. Generelt går utviklingen i spesialisthelsetjenesten i retning av kortere døgnopphold, sterk økning i poliklinisk behandling og mer ambulansetjeneste. Det betyr at pasienter i dag skrives raskere ut fra spesialisthelsetjenesten, uten at bostedskommunene samlet sett bruker flere årsverk til kommunalt, psykisk helsearbeid. Mange kommuner melder gjennom IS-24-rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet at spesialisthelsetjenestene bygges ned raskere enn det kommunene har fått rammer for å bygge opp.

Ifølge SINTEFs rapport vurderes 6,7 pst. av alle pasienter i psykisk helsevern som utskrivningsklare, men venter på kommunale tjenester. Minst halvparten trenger en bolig, mens det for andre handler om omfattende omsorgstiltak. I stor grad dreier det seg om behov for et døgnbemannet botilbud eller et botilbud med tilsyn på dagtid. Det anslås at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etab-

lert og utviklet. Det er altså et stort potensial for å unngå innleggelser i døgninstitusjonene, om dagens kommunale tjenester bygges ut.

### **Kommunal opptrappingsplan for psykisk helse**

Forslagsstillerne mener at den store omleggingen og nedbyggingen av døgnplasser som har vært innenfor psykisk helsevern, har skjedd uten at kommunene har vært rustet til å bygge opp tilsvarende tilbud lokalt. Regjeringen har nå varslet at det psykiske helsearbeidet i kommunene skal styrkes. Forslagsstillerne mener dette ikke er forpliktende nok, og mener det må innføres en konkret, kommunal opptrappingsplan for psykisk helse. I påvente av opptrappingsplanen er det, etter forslagsstillerne syn, nødvendig å stoppe ytterligere nedbygging av døgnplasser i psykiatrien. I motsetning til den forrige opptrappingsplanen for psykisk helse må denne planen kun omhandle det kommunale, psykiske helsearbeidet. Det er i kommunene utfordringene nå er, både med hensyn til kvaliteten og kapasiteten i tilbudet. Utilstrekkelige, kommunale tilbud bidrar i dag til dårlig pasientbehandling i og med at mange pasienter i psykisk helsevern blir værende på sykehus i måneder og ev. år, i påvente av et kommunalt tilbud. Dette lager også ventelister og kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten. Manglende kommunale tilbud bidrar til dårligere forebygging, og til at mange mennesker får hjelp for seint. Gjennom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak kan det gjøres mye i kommunene for å bedre den psykiske helsen i befolkningen, men da må dette området prioriteres. En kommunal opptrappingsplan må vare i 5 år, og det må følge friske, økonomiske midler med satsingen. Midlene bør øremerkes til dette formålet i en begrenset periode, på samme måte som den øremerkede satsingen ved den forrige opptrappingsplanen for psykisk helse. Når perioden er over er det, etter forslagsstillerne mening, at midlene må innlemmes i rammebevilgningene.

Regjeringen har gjeninnført den såkalte «gylne regel», det vil si å sette krav til foretakene om større kostnadsvekst i rus og psykiatri enn i somatikk. Forslagsstillerne mener dette er positivt, men at dette ikke løser utfordringene i psykiatrien. Tall fra Samdata viser at det i perioden 2008–2012 – uten den gylne regel, likevel var større vekst i kostnader til psykisk helsevern (7 pst.) og rusbehandling (25 pst.) sammenlignet med somatikken. Det viser at utfordringene i dag er i kommunene, ikke i spesialisthelsetjenesten.

### **Fem hovedutfordringer**

En kommunal opptrappingsplan må omhandle både forebygging, diagnostikk, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Kommunene må få oversikt over

den psykiske helsetilstanden i befolkningen og behovet for tiltak og tjenester. Folkehelseinstituttet identifiserer fem flaskehalsar i det kommunale, psykiske helsearbeidet, som må være sentrale i en ny opptrappingsplan for psykisk helse:

1. Få folk til å søke hjelp for sine psykiske plager, gjennom opplysningsarbeid og tilrettelegging av lavterskeltilbud.
2. De som trenger det, må få behandling. Det innebærer å redusere underbehandling av syke og overbehandling av friske.
3. Primærhelsetjenestens verktøykasse må utvides. Mange allmennleger etterlyser bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Større faglig bredde i kommunal helsetjeneste er viktig.
4. Behandling må gjennomføres og frafall under behandling unngås. Frafall må forebygges gjennom tilgjengelige psykoterapitilbud i nærhet til bosted.
5. Sikre kvaliteten på anvendt behandling gjennom flere innholds- og kvalitetsoppfølginger av tjenestene.

### Lavterskel i kommunene

Mange kommuner sender i dag innbyggerne med psykiske behandlingsbehov til spesialisthelsetjenesten, i fravær av en førstelinjetjeneste som kan tilby behandling. Ett av hovedsatsingsområdene for helsemyndighetene må derfor være etablering av lavterskeltiltak i kommunene. Et godt psykisk helsearbeid involverer alle kommunale tjenester som på ulike måter er i kontakt med innbyggerne. Barn, unge, voksne og eldre sine hverdagsarenaer er de viktigste områdene for tilrettelegging for psykisk helse. Et godt samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner vil bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.

### Strategi for flere og gode boligtilbud

I bustadsmeldinga, Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – bu – leve, ble det varslet en egen strategi for boligsosialt arbeid. Manglende boliger eller tilpassede boligtilbud rammer mange mennesker med alvorlige, psykiske lidelser. Blant annet rammer det dem som i dag ligger utskrivningsklare på sykehus. En kommunal opptrappingsplan må inneholde en offensiv strategi for utbygging/etablering av tilstrekkelig med tilpassede boligtilbud til mennesker med psykiske lidelser. Alle har rett til å bo hjemme i sitt nærmiljø, også de med en psykiatrisk diagnose.

### Ekstra oppmerksomhet på barn, unge og eldre

En kommunal opptrappingsplan for psykisk helse må ha stor oppmerksomhet på barn og unge. Blant tjenestene som arbeider med barn og unge i kommu-

nene er helsestasjon, skolehelsetjeneste og fastleger sentrale. En annen sentral tjeneste er pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Forslagsstillerne mener at en kommunal opptrappingsplan for psykisk helse særlig må omhandle en forpliktende styrking av helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Også alderspsykiatrien må få særskilt oppmerksomhet i en opptrappingsplan.

### Innvandrerhelse

Norge har i stigende grad blitt et flerkulturelt samfunn, og i dag har 10 pst. av befolkningen innvandrerbakgrunn med størst andel i Oslo (26 pst.). Norske helseundersøkelser, slik som HUBRO og HUNT, viser entydig at innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn har dårligere fysisk og psykisk helse og har større forbruk av helsetjenester enn etniske nordmenn. En opptrappingsplan må inneholde tiltak for å redusere dette. Hvilke transkulturelle faktorer som påvirker forekomst og forløp av psykiske lidelser er lite kjent, og det er også behov for mer kunnskap om hvorfor personer med innvandrerbakgrunn ofte har dårligere psykisk helse.

### Ti helsefremmende og forebyggende tiltak

En kommunal opptrappingsplan for psykisk helse må følge opp Folkehelseinstituttets rapport fra 2011: «Bedre føre var.» Denne rapporten gav en samlet framstilling av tiltak som kan fremme psykisk helse og forebygge psykiske plager og lidelser. Disse ti tiltakene vurderes i rapporten som de viktigste, og må legges til grunn for en kommunal opptrappingsplan for psykisk helse:

1. *Høy sysselsetting.* Arbeidsledighet er en sterk risikofaktor for psykisk problemer. Arbeidsmarkedspolitikken og tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygd er viktig.
2. *Helsefremmende skoler.* Mobbing er en sterk risikofaktor for psykiske problemer. Programmer mot mobbing og atferdsproblemer har god effekt og må gjennomføres ved alle grunnskoler.
3. *Høykvalitetsbarnehager.* Barnehager av høy kvalitet har en rekke psykiske helsefremmende effekter for de fleste barn.
4. *Forebyggende tiltak på eldrecentre.* Eldresentre bør videreutvikles på en slik måte at de fremmer psykisk helse og forebygger ensomhet, fysisk inaktivitet og depresjon.
5. *Hjemmebesøk til førskolebarn.* Mishandling av barn er en sterk risikofaktor for senere psykiske problemer. Hjemmebesøksprogrammer for å identifisere barn som opplever omsorgssvikt bør være et tilbud i alle kommuner.
6. *Styrking av foreldreferdigheter.* Programmer som styrker foreldreferdigheter bør tilbys alle fa-

milier med førskolebarn. Mangelfulle foreldreferdigheter og særlig utfordrende foreldreoppgaver er risikofaktorer for senere psykiske problemer hos barnet.

7. *Arbeid med bistand.* Arbeidsledighet er en sterk risikofaktor for psykiske problemer. På individnivå har programmer som «Arbeid med bistand» vist god effekt.
8. *Grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon.* Støttegrupper, selvhjelpsgrupper og pedagogiske (psykoedukative) programmer (f.eks. kurs i mestring av depresjon og Internett-baserte programmer) kan både forebygge og redusere symptomer på depresjon. Slike grupper og programmer bør være tilgjengelige i alle kommuner.
9. *Programmer for forebygging av søvnproblemer.* Søvnproblemer er kanskje landets mest utbredte og undervurderte folkehelseproblem og er også et debutproblem ved de fleste psykiske lidelser.
10. *Sterk evalueringsforskning.* Evaluering av forebyggende tiltak må være forskningsbasert og omfatte både iverksetting (implementering), virkning (effekt), lønnsomhet (kostnad-nytte) og om innbyggerne vil ha dem (brukertilfredshet). I tillegg til å styrke etablerte forskningsmiljøer er det behov for en nasjonal enhet for evalueringsforskning. En slik nasjonal enhet må bistå kommuner og fylkeskommune er med uttesting av lovende tiltak, å kvalitetssikre og videreutvikle eksisterende tiltak, samt å evaluere større programmer.

### Oppmerksomhet på kvalitet

En kommunal opptrappingsplan må på en helt annen måte enn den forrige opptrappingsplanen ha oppmerksomhet på kvalitet i tjenestene. Oppmerksomheten på kvalitet i tjenestene må være like viktig som utbygging av kapasiteten. For å sikre bedre kvalitet i tjenestene må det rettes oppmerksomhet mot følgende:

- At erfaringskunnskapen supplerer fagkunnskapen for å bidra til kvalitetsutvikling i tjenestene. Utviklingen av tjenestene må baseres på hva pasientene mener har fungert, og utvikle seg deretter. Erfaringskonsulenter må nyttes for å bringe inn sine erfaringer med de psykiske helsetjenestene.
- At brukermedvirkning er et bærende element i utformingen av tjenestene, både på systemnivå og individnivå.

- Å øke antallet brukerstyrte senger.
- At det blir nærmere samarbeid mellom forskere og mennesker med innsikt gjennom egenerfaring.
- At det gis informasjon som alle forstår. Det er avgjørende for pasientsikkerheten at pasienten får god, tilstrekkelig og forståelig informasjon fra helsevesenet.
- At fastlegene får økt kompetanse på psykisk helse.
- At individuell plan tas i bruk for å sikre dem som har behov for sammensatte tjenester.
- At overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er sømløs.
- At tvang og bruk av makt bare benyttes unntaksvis. Frivillig behandling må alltid være målet.
- Å motarbeide stigmatisering av dem med psykiske helseproblemer.
- At bolig, arbeid/aktivitet, trygg økonomi og nettverk må være helt vesentlig i oppfølgingen av mennesker med psykiske helseproblemer.
- At habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes for mennesker med psykiske helseproblemer.

### Bedre samhandling:

Behovet for samhandling mellom nivåene i tjenestene og tiltak for mennesker med psykiske lidelser er også stort. 70 pst. av voksne som mottar kommunale tjenester fordi de har en psykisk lidelse eller vansker, mottar også en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten (SINTEF 2009). Det er sannsynligvis i samarbeidsområdet mellom spesialisthelsetjenester og kommuner det største potensialet for faglig utvikling ligger. Samarbeidsavtaler, Assertive Community Treatment (ACT-team), ambulante akutt-team (AAT), individuelle plan- og ansvarsgrupper er sentrale samarbeidstiltak som må videreutvikles.

### Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber regjeringen fremlegge en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse, finansiert gjennom nye, øremerkede midler.

20. mars 2014