

Rådet for psykisk helse

Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo

Tlf 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

Bank: 1609.08.79875

www.psykiskhelse.no

Org.nr. 971524499



Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvitte Ørn, Landsforeningen for Pirrende innen Psykisk helse - LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådelyng om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, WSO - Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNUI - Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Åger, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgskomiteen

Dato: 4.11.2022

Innspill: Statsbudsjettet 2023

Sittende regjering har lagt om deler av kursen for det psykiske helsefeltet. De skroter den gyldne regel, fritt behandlingsvalg, pakkeforløp og NPM, og er på vei over i tillitsreform, nasjonale pasientforløp og nye finansieringsordninger. Når vi tar noe vekk må det erstattes med noe bedre. Det er for tidlig å si om regjeringens ambisjoner og kursendring samlet sett vil utløse de forbedringene vi håper å se i det psykiske helsefeltet, som har vært fragmentert, underfinansiert og på strekk med få lavterskeltilbud, lange ventelister og høy avvisningsprosent over lang tid. Flere innsatsområder i statsbudsjettet tyder på at pasientrettigheter på sikt vil kunne få bedre vilkår, men finansieringen og vektingen må være tydelig for at gjennomføringsgraden skal kunne matche ambisjonene.

Uønsket variasjon og økte forskjeller

Innenfor det psykiske helsefeltet er det stor variasjon knyttet til både tilbud og kvalitet. Innimellom kan begge disse faktorene slå ut samtidig og direkte påvirke helsetilbudet du mottar som bruker eller pasient innen psykisk helse og psykisk helsevern. I dag er helsetilbudet for oppstykket og tilfeldig, og det er for høy grad av uønsket variasjon knyttet til drivere som geografi, sosiale forskjeller og sosioøkonomisk status. Samtidig ser vi, noe som også Norsk psykologforening påpeker i sin [kommentar](#) til statsbudsjettet en vekst i private psykologtilbud. Dette styrker de sosioøkonomiske forskjellene i tilgang på psykisk helsehjelp og undergraver mulighetene for et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen.

Barn av foreldre med lav inntekt og lav utdanning har fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser. Når stadig flere barn vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og de sosiale forskjellene øker, fører det til at flere barn, unge og familiene deres ikke får nødvendig psykisk helsehjelp. Det er derfor viktig og helt nødvendig at det nå kommer flere konkrete grep i statsbudsjettet som både kan bidra til å motvirke utviklingstrekkene, løfte barn ut av fattigdom og gi de som lever i lavinntektsfamilier bedre tilbud og fremtidsmuligheter. Økt utvidet barnetrygd og billigere barnehage er tiltak som bidrar til begge deler. Det er derfor overraskende at en økning i barnetrygden ikke foreslås. Den ordinære barnetrygden videreføres istedenfor på dagens nivå, selv om vi vet at ved å heve dette universelle tiltaket langt på vei ville utjevnet fattigdomssituasjonen også for familier der det ikke er aleneforsørgere. I dag har over halvparten av barna i familier med lav inntekt i Norge innvandrerbakgrunn. Vi vet at noen av de som sliter mest økonomisk blant annet er barnerike flyktningfamilier, og her vil tiltaket om gratis barnehageplass fra barn nummer tre være ett av få nye tiltak som egentlig kommer barna til gode innenfor rammen av familien. Det er et spørsmål om vi burde hatt en egen pott for behovsprøving av ekstra barnetrygd også for identifiserte risikofamilier.

Regjeringen vil øke bevilgningen til tilskudd til inkludering av barn og unge for å dekke kostnader for fritidsaktiviteter, utstyrssentraler, åpne møteplasser som fritidsklubber, og utdanningsloser. Det er flott at barna skal skånes for konsekvensene av foreldrenes økonomiske situasjon, men dersom ikke foreldrene hjelpes ut i arbeidslivet til stabile inntekter vil oppveksten i barnefattigdom bli vesentlig dårligere enn den kunne ha vært. Det er spesielt kritisk på forebyggingssiden, der eksempelvis 1 av 3 kommuner ikke engang har lavterskeltilbud.

Det er tette bindinger mellom økonomi og psykisk helse, og skattelette for alle med vanlig inntekt i dagens økonomiske nedgangstider med ustabile og uforutsigbare utgifter vil bidra til å hjelpe mange. Vi er også glade for at regjeringen tilgodeser enslige forsørgere med en solid økning i satsen for utvidet barnetrygd. Dette vil påvirke ressursituasjonen til mange og bidra til å løfte barn ut av relativ fattigdom.

Psykisk helsevern/spesialisthelsetjenesten

De aller fleste barn, unge og voksne i Norge har et liv med mestring og et godt funksjonsnivå uten behov for behandling. Likevel er det alltid noen som vil ha behov for spesialisert behandling, og da er vi helt avhengige av å ha en fungerende spesialisthelsetjeneste for å komme inn så tidlig som mulig med virksom hjelp. Med dagens ressursituasjon der både kapasitet og kompetanse er i manko, er situasjonen langt fra optimal. Det har oppstått et etterslep og pågangen har vært større enn tilgangen over tid. Det er sprengt kapasitet, høy avvisningsprosent, manglende døgnplasser og lang ventetid som bidrar til at kvaliteten på behandling og oppfølging blir påvirket.

Det er et klart behov for et styrket psykisk helsevern. En ny oversikt fra [Helsedirektoratet](#) for de første åtte månedene i år viser en økning i ventetid i psykisk helsevern for voksne fra 47,5 til 52,3 dager. I psykisk helsevern for barn og unge økte ventetiden fra 52,7 til 57,8 dager. Innen rusbehandling fra 31,2 til 33,5 dager. Det er et mål i statsbudsjettet at ventetidene i spesialisthelsetjenesten ikke skal øke i 2023 og at gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager. Vi er bekymret dersom målet for ventetiden relaterer mer til fjorårets manglende måloppnåelse enn til ambisjonene som opprinnelig lå i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale [helseforetakene](#).

I [oppdragsdokumentet](#) fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er målsettingen for gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse for barn og unge endret fra 40 dager i 2019 til under 35 dager innen 2021. Det er svært risikofylt at barn og unge blir utsatt for en slik ventetid, og vi savner en betraktelig innsats for å få ned ventetiden.

I tillegg har andelen fristbrudd økt fra 4,9 til 7,5 prosent i årets første åtte måneder. Innen psykisk helsevern for barn og unge økte fristbruddene med hele 8,3 prosent. Dette viser at det fortsatt er høyt press på sykehusene hvor sykefraværet og mangel på personell er stort flere

steder. Her må dimensjonering av hjelpen treffe bedre på behovet, og systematisk forebygging må til for å redusere risiko og bygge god psykisk helse.

Det er økt trykk på tjenestene, samtidig som vi ser tegn på en økt sykkelighet i befolkningen som følge av pandemien. Tall fra UiO sitt forskningsprosjekt [Psykisk helse og dens sammenheng med sosiale distanseringstiltak, isolasjon og karantene knyttet til koronaviruset](#) viste at 10% av befolkningen slet psykisk selv om tiltakene ble opphevet. I sum ser vi at den psykiske folkehelsen er under press, og symptomtrykket øker hos mennesker som sliter fra før, i tillegg til at nye grupper sliter og vil ha behov for hjelp i lang tid fremover. Med budsjettforslaget kommer et løft i psykisk helsevern med øremerkede midler til flere døgnbehandlingsplasser. Intensjonen er god, og vi håper dette er starten på et mer langsiktig løft for spesialisthelsetjenesten i den kommende Opptappingsplanen for psykisk helse.

Rådet for psykisk helse støtter utviklingen med mer ambulante tjenester og bedre hjelp der man bor. Dette er god og riktig behandling for mange i de fleste situasjoner. Det er ikke bare sengeplasser som avgjør om pasientene blir bedre eller ikke, men med en beleggsprosent på 98 prosent, i stedet for føringen på 85 prosent, blir det nødvendig å skrive ut pasienter for tidlig eller å avvise pasienter som ber om frivillig innleggelse. Og effekten av kasteballene og svingdørene er at de som nå endelig kommer inn, har psykiske lidelser og rusproblemer som er betydelig verre før. Tid er en knapphetsressurs, og for å skape trygghet og bygge gode allianser, trenger de mest sårbare kontinuitet i behandlingen.

Domstolene dømmer stadig flere til tvunget psykisk helsevern. Justissektorens inntog i norsk psykisk helsevern har ført til at stadig flere døgnplasser beslaglegges og andre pasienter utskrives grunnet plassmangel. I dag er rundt 40 prosent av pasienter i de sikkerhetspsykiatriske avdelinger innlagt etter strafferettslig grunnlag. Dette er pasienter som må sikres god og langvarig hjelp. Sengetallet totalt sett må dimensjoneres slik at plassene finnes når mennesker dømmes til behandling uten at de som fremdeles er syke skrives ut prematurlig, for da vil kommunene og pårørende fortsatt måtte ta en stor belastning med de mest alvorlig syke og sykehusene fortsetter med unødvendig mange svingdørspasienter.

Det legges til rette for at alle barn og unge som henvises til psykisk helsevern skal få tilbud om vurderingssamtale. Vurderingssamtale og tett samarbeid med kommunen kan sikre at man raskt får en vurdering av sine behov og hjelp videre til rett sted. Dette tiltaket må legges opp og finansieres slik at også barn og unge med «uavklarte tilstander» får mulighet til videre helsehjelp. Vi må bort fra praksisen der du må ha en diagnose for å få oppfølging. Det er funksjonsnivået som er viktig, og ikke symptomene. Selv ved stor symptombelastning kan saken din med dagens system krasje og hjelpen utebli når problemene du erfarer ikke passer inn i diagnosesystemene, og denne praksisen må vi bort fra med vurderingssamtalene. Vi må knytte alvorlighetskriteriet til funksjonsnivå, slik at uavklarte tilstander får en reell vurdering og behandling. Når vi møter uavklarte tilstander av en viss alvorlighetsgrad bør det slå ut i en videre samhandlingsavtale mellom de ulike behandlingsnivåene og familien.

Psykisk helsevern kneler uten en funksjonell fastlegeordning. Det er derfor gledelig at det i dette budsjettet kommer en satsing på fastlegeordningen som vi vil følge fremover. Vi er

opptatt av at satsingen skal gi bedre hjelp til de med sammensatte behov innen rus og psykiatri, raskere og bedre helsehjelp for alle uavhengig av økonomi, i tillegg til at tilbudet samsvarer med tilgjengelig kunnskap og kompetanse og befolkningens behov.

Opptappingsplanen for psykisk helse

Med bakteppet skissert ovenfor er det helt avgjørende at opptappingsplanen for psykisk helse gjennomføres og implementeres. Vi må dimensjonere tjenesteapparatet etter behovet og det haster å få på plass tiltak for å sikre at befolkningen får den psykiske helsehjelpen de trenger. Det er viktig og bra at dette arbeidet settes i gang med midler fra 2023, særlig med øremerkede midler til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi støtter også den tverretatlige og tverrfaglige styrkingen av tjenestene til unge som står i fare for å utvikle langvarige psykiske lidelser og et langvarig utenforskap fra skole og arbeidsliv.

Rådet for psykisk helse mener det er svært viktig at arbeidet med økt frivillighet i behandling og riktig bruk av tvang fortsetter, og et av de viktigste elementene i forebygging av tvang er gode kommunale helsetjenester. Det er derfor viktig for det tvangsforebyggende arbeidet at den planlagte opptappingsplanen for psykisk helse knyttes tett til kommunale tjenester slik det foreløpig er skissert. Vi ser også fram til evalueringen av innføringen av samtykkekompetansebegrepet i lovgivningen foreligger.

Selvmondsforebygging

Med Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 ble nullvisjon for selvmord innført i Norge. Vi har tidligere etterspurt en tallfestet målsetting på selvmordsfeltet utover nullvisjonen. WHO har tallfestet mål med 1/3 reduksjon av selvmord innen 2030, og Nordisk råd med 25% reduksjon innen 2025. Vi trenger tydeligere og mer ambisjonsrike mål for å ha noe konkret å strekke oss etter og måle. Det vil skjerpe innsatsen vår og forplikte oss tydeligere til å innføre tiltak vi vet virker.

Vi er snart halvveis i perioden for handlingsplanen, og til tross for økt innsats og oppmerksomhet går ikke selvmordstallene ned. Det haster å implementere og justere tiltakene i handlingsplanen, og vi savner generelt midler til aktivering, videreføring og økning for å ta i bruk flere tiltak.

Det at aktører innen selvmordsfeltet får videreført midler tilsvarende 2022 er bra, men vi etterlyser finansiell prioritering av en særlig utsatt gruppe; pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern. Her er det fortsatt store hull i sikkerhetsnettet ved utskriving som må tettes. 45 prosent av de som tar livet sitt har vært i kontakt med psykisk helsevern i løpet av siste leveår (NSSF). De første 30 dagene etter utskriving er en høyrisikoperiode for selvmord, og tall viser blant annet at 70 % av personer som har tatt sitt eget liv innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus ikke har en sikkerhetsplan. Denne kunnskapen må føre til en mye større innsats, og vil kreve et budsjett som speiler behovene. Her må vi ha konkrete tiltak som tetter gapet, sikrer overgangene og bygger opp et

sterkere sikkerhetsnett. Vi ønsker i denne sammenheng å fremheve «besøk i hånda» hvor neste behandlingsledd aktivt oppsøker de som nylig er blitt utskrevet. Skal vi redde flere er det i overgangene vi har størst mulighet til å utgjøre en forskjell. Her etterspør vi finansiering og øremerkede midler for å sikre overgangene og lukke gapene.

Som del av Handlingsplan for forebygging av selvmord ble Nasjonalt forum for forebygging av selvmord etablert for å blant annet jobbe frem hvilke av de 61 tiltakene fra handlingsplanen for selvmordsforebygging som bør prioriteres. Forumet har oversendt én krystallklar prioritering til Helsedepartementet.

Valget falt på å anbefale at tiltaket YAM (Youth Aware of Mental Health), som skal gi alle skoleelever i alderen 13-17 år bedre kunnskap om psykisk helse, rulles ut på alle skoler i Norge. Programmet er skreddersydd for skoleelever og fremmer samtale og diskusjon, utvikler ferdigheter for å møte livets vanskeligheter samtidig som det øker kunnskap om psykisk helse. Gjennomføringen tar totalt fem timer, og forskning viser at YAM virker. YAM har vist seg å halvere frekvensen av selvmordstanker og selvmordshandlinger etter bare 12 måneder. YAM reduserte i tillegg frekvensen av depressive tilstander og tanker med 30%. Vi savner øremerking til gjennomføring av YAM på alle landets skoler. Dette er et tverrdepartementalt tiltak. Det haster å få på plass YAM i skolen. Vi har ikke råd til å la være når vi vet det virker. På lik linje med Mental Helse ber vi om at YAM tildeles midler over statsbudsjettet så programmet kan sikres god etablering og utrulling.

Vold og overgrep

Vold og overgrep er en av de største risikofaktorene vi kjenner for å utvikle psykiske lidelser, og gir en mer enn dobbelt risiko for så godt som alle psykiske lidelser og en ekstra risiko for selvmord, selvskading og selvmordsforsøk. Barn og unge er for dårlig beskyttet mot vold og overgrep som er en av vår tids største trusler mot folkehelsen og øker sårbarheten vår livet ut. Omformingen av belastning ender for mange som sykdom i kroppen. Konsekvensene av tidlig vold og overgrep setter spor i somatikken, psykisk helsevern og alle felt i sosialomsorgen. Det er derfor gledelig at vold og overgrep er en tematikk som tas på høyt alvor med en rekke gode tiltak i statsbudsjettet.

Vold og overgrep i barndommen utløser stor risiko for gjentakelse senere i livet. Derfor ønsker vi som et tillegg midler til formidling og kurs for å orientere om fremtidig risiko. Voldserfaringer tidlig i livet gir ofte vei- og handlingsmønstre som kan bidra til å ødelegge levde liv. Her er det mulig å forebygge og lære opp utsatte ved å fortelle om fremtidig risikogjennom å kurse barnevern, helsevesen, helsesykepleiere og andre nøkkelfunksjoner slik at de blir i stand til å orientere om risiko, gi råd om gode veivalg og generelt sette dem i stand til oppfølging.

Barn og unge

Regjeringen skal bruke nærmere en milliard på å hjelpe ungdom som sliter. Dette er gode nyheter for den fremtidige norske folkehelse. Det er godt at vi nå kan få til et krafttak for å bremse og snu negativ utvikling etter flere år med store kollektive belastninger. Det er stort

behov for den planlagte styrkingen av helsestasjoner, skolehelsetjenesten og lavterskel psykisk helsehjelp.

Mange barn og unge har fått kunnskapshull etter ujevn og manglende skolegang over tid med både pandemi og lærerstreik. Særlig de yngste slet med hjemmeskolen, og det er uklart hvor mye læring som har gått tapt. Nå må vi få oversikt over det tapte læringsutbyttet og tette hullene for å unngå at det påvirker mestringsfølelsen og bidrar til psykisk uhelse og dårligere selvtillit. Et kunnskapshull vil potensielt påvirke og forsterke den sosiale ulikheten i helse.

Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse er avsluttet, men det er fortsatt mye å gripe fatt i for å bedre tjenestene for denne gruppen. Vi ser et sterkt behov for flere målrettede finansielle tiltak, både på et forebyggingsplan og med tanke på behandlingen av barn og unges psykiske lidelser. Vi må derfor ikke utelate denne befolkningsgruppen fra den kommende opptappingsplanen for psykisk helse.

Barnevernet

Den nye barnevernsloven skal gjelde fra 2023 og medvirke til bedre barnevernsfaglig arbeid og styrket rettssikkerhet for barn og foreldre. Regjeringen foreslår tiltak for å øke kvaliteten i det kommunale barnevernet, blant annet tiltak for styring og ledelse i kommunalt barnevern, veiledningsteam og hjelpetiltak. Det er bra, men vi savner foreldrestøttende tiltak der psykisk helse hos foreldre er medvirkende årsak til dårlig omsorgsevne, da denne gruppen er særlig utsatt for å miste vesentlig omsorgsevnekapasitet uten bistand.

Tverrfaglig helsekartlegging er viktig for at barn og unge i barnevernet skal få treffsikker og god hjelp, både fra helsevesenet og barnevernet. Regjeringen vil i budsjettforslaget gi 21 millioner kroner til å utvide tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging for å gi et bedre tilpasset tilbud og bedre helsehjelp. Dette er et viktig tiltak for å sikre de mest utsatte barna bedre psykisk helsehjelp, og er noe vi i Rådet for psykisk helse har jobbet for lenge. Vi vil følge med videre og påse at kartleggingen utløser nødvendig og riktig psykisk helsehjelp.

Vi støtter planen om utfasing av kommersiell drift av barnevernet som i hovedsak utenlandske aktører står bak, noe som gjør at omsorgspenger risikerer å forsvinne ut av landet i stedet for å reinvesteres i Norge. Det er gitt 150 millioner for å styrke utfasingsprosessen, men det er behov for et enda større løft for å klare dette mot 2025 som beskrevet i Hurdalsplattformen, og vi savner en mer realistisk modell for iverksetting. Det vil ta tid med utfasing og de kommersielle aktørene besitter en nødvendig kompetanse som det offentlige må bygge opp og styrke i et mye større omfang enn det som er situasjonen i dag. Det er svært mange barn med psykiske helseproblemer og -lidelser med udekte behov i denne kategorien, og ved å satse på tverrfaglige statlige modeller for drift vil det sikre at psykiske helsetjenester i høyere grad tilfaller barna når de trenger det uten at det nødvendigvis er sikret i en anbudsprosess på et annet stadium i livet.

Utover dette er det positivt at regjeringen starter arbeidet med en kvalitetsreform for både det kommunale og det statlige barnevernet, og at helsesatsingen i barnevernet videreføres og styrkes.

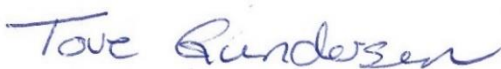
Fra statsstøtte til søknadsbaserte løsninger

Målet må være at ingen skal avvises når de oppsøker tjenestene på telefon og chat. Lav terskel for kontakt og høy kvalitet på hjelp der de som henvender seg kan føle seg trygge innenfor rammen av stabile og forutsigbare driftsmodeller bør være gullstandard. Frem til i dag har det vært ulik kvalitet på tjenestene, og flere brukere og pårørende har opplevd å bli avvist eller å ikke få hjelp. Når man endelig klarer å oppsøke hjelp så må den finnes – og de av oss som har opplevd mangel på respons opplever det ofte som en dobbel avvisning. Alle bør få sine henvendelser besvart når de kontakter en hjelpetjeneste. Her ser vi et behov for bedre strukturering og kvalitetssikring av tjenestene. Gjennom avvikling av øremerking til spesifikke hjelpetjenester kan ulike tjenester konkurrere seg inn og innovasjon i tilbudet kan bli bedre. Vi ser at dette kan påvirke eksisterende tilbud, men med gode overgangsordninger håper vi at de tilbudene som fungerer vil få kontinuitet og forutsigbarhet i driftsmidlene så alle får hjelp og ingen avvises. Vi registrerer videre at Mentale Helse Ungdom mener dette vil kunne bidra til en positiv utvikling for feltet.

På generelt grunnlag trenger vi en stabil og forutsigbar frivillig sektor. På mange arenaer erstattet frivilligheten nedstengte offentlige tilbud under koronaen, og bidraget har vært signifikant. Det er derfor viktig at denne delen av samfunnsberedskapen og den forebyggende helseberedskapen kan fortsette å både levere tjenester og utvikle seg, og at de nye søknadsbaserte løsningene tar høyde for behovet for kontinuitet og forutsigbare driftsvilkår i fremtiden.

Vennlig hilsen

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen

Generalsekretær