

## 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



Helse- og omsorgsdepartementet

18. februar 2022

### Innspill til statsbudsjett 2023

Det er i dag flere forhold som avgjør hva slags tilbud du mottar som bruker eller pasient innen psykisk helse/psykisk helsevern. Både hvor du bor og hvem du er påvirker i praksis hva slags helsetilbud du får, og det er en veletablert og systematisk sammenheng i den sosiale helseulikheten. Sosioøkonomisk status som utdanning og inntekt påvirker bruk av og tilgang på helsetjenestene både for voksne og barn. I tillegg er helsetilbudene geografisk sett så varierte og sprikende at adressen din er videre avgjørende for hva slags helsetjenester du mottar.

Mange har fått kunnskapshull etter ujevn og manglende skolegang over tid. Særlig de yngste har slitt 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 mestringfølelsen og bidrar til psykisk uhelse og dårligere selvtillit. En kunnskapshull vil potensielt påvirke og forsterke den sosiale ulikheten i helse.

Vi er bekymret for utviklingen i psykisk helsevern. Sprengt kapasitet, høy avvisningsprosent, manglende døgnplasser og lang ventetid bidrar til at kvaliteten på behandling og oppfølging blir påvirket. I noen opptaksområder har antall henvisninger økt kraftig, og antall som har fått innvilget rett til helsehjelp i PHV voksen har økt med 23% hos enkelte fra 2019-2021. Mange kommuner rapporterer om en stor økning i løpet av covid-19-pandemien av henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer både for barn og unge (28 prosent) og for voksne (27 prosent) ([SINTEF](#)). Det er med andre ord økt trykk på tjenestene samtidig som vi ser en økt sykkelighet i befolkningen som følge av pandemien. For majoriteten av befolkningen følger graden av depressive symptomer tiltaksbyrden. Det vil si at når samfunnet åpner igjen så reduseres graden av depressive symptomer. Nye tall fra UiO sitt forskningsprosjekt [Psykisk helse og dens sammenheng med sosiale distanseringstiltak, isolasjon og karantene knyttet til Koronaviruset](#) viser at 10% av befolkningen ikke følger samme mønster, og sliter psykisk selv om tiltakene forsvinner. 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.

Det er nå helt avgjørende at vi bygger ut kommunehelsetjenesten og sikrer en forsvarlig beleggsprosent på alle behandlingsnivåer. Tjenestene våre er totalt sett ikke dimensjonert for å møte behovet. Konsekvensen av manglende behandlingsskapasitet er at folk blir sykere. Vi må prioritere og ruste opp tjenestene for å hjelpe de av oss med de alvorligste psykiske lidelsene. Til dette trenger vi øremerkede midler for å kunne svare ut nye satsninger og møte behovet.

Vi ønsker i det forestående å kommentere tre områder spesielt: selvmordsfeltet, barn og unge og spesialisthelsetjenesten.

### **Handlingsplanen for forebygging av selvmord**

Det haster å få på plass og implementere tiltakene i handlingsplanen for forebygging av selvmord. Vi trenger en finansiell prioritering.

I tillegg etterspør vi 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 enn det vi har i dag. Da har vi noe konkret å strekke oss etter og måle. Det vil skjerpe innsatsen vår og forplikte oss tydeligere til å innføre tiltak vi vet virker.

I 2020 tok 639 mennesker sitt eget liv i Norge ([FHI](#)). Tross innsats og oppmerksomhet på selvmordsfeltet går ikke selvmordsraten ned. NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) med kartleggingssystemet har de siste årene gitt oss enda mer kunnskap om selvmordsfeltet og risikogrupper. Deres nye rapport «[Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018.](#)» viser blant annet at 70 % av personer som har dødd i selvmord 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. Kunnskapen må forplikte.

Vi etterspør særlig to mål fra handlingsplanen som det haster å oppnå;

#### **Mål 4 God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko**

Storingsvedtaket som lå til grunn for handlingsplanen var «Stortinget ber regjeringen fremlegge en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, *inkludert forebygging av selvmord blant pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern.* Fagmiljø, pasient- og pårørende grupper må involveres i utarbeidingen, og nullvisjon må vurderes som overordnet målsetting.»

Vi vil i denne sammenheng fremheve gruppen som er eksplisitt nevnt i vedtaket, nemlig pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern. 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 utskrivelse er en høyrisikoperiode for selvmord. Vi må tette overgangene og bygge opp et sterkere sikkerhetsnett. Denne risikogruppen er ikke godt nok ivaretatt i handlingsplanen. Vi savner konkrete tiltak som tetter gapet. Vi vil derfor i denne sammenheng fremheve «besøk i hånda» som alternativ, der neste behandlingsledd aktivt oppsøker hen som nylig er utskrevet. Hvis vi skal redde flere er det i overgangene vi har størst mulighet til å utgjøre en forskjell.

Vi etterspør en finansieringsplan som sikrer overgangene. Det trengs øremerkede midler for å lukke gapene.

Innunder denne målsettingen ønsker vi å spesielt trekke frem pårørende som gruppe (se punkt 4.7 i [handlingsplanen](#)). Det å være etterlatt etter selvmord utgjør i seg selv en risiko for senere selvmordsatferd. Det å være pårørende til noen som enten har hatt selvmordsforsøk eller står i risiko for det er svært vanskelig og belastende. Vi trenger en særskilt innsats rettet mot denne gruppen. Tiltakene i handlingsplanen svarer ikke ut behovet for å ivareta denne utsatte gruppen.

## **Mål 2 Trygg kommunikasjon om selvmord**

Vi foreslår at folkehelseiltak der ungdom prioriteres iverksettes. Undervisningsprogrammet YAM, Youth aware of mental health, er helt sentralt her. Alle tiltakene bør på plass, men å implementere YAM i skolen haster mest å få på plass under mål 2. Her kan vi også nå den mannlige delen av befolkningen, som er overrepresentert i selvmordsstatistikken.

YAM har vist seg å være effektivt i en studie blant drøyt 11 000 skoleelever i ti EU-land – selvmordstanker og handlinger reduseres med 50% etter 12 måneder ([Mental Helse](#)).

Utover dette mener vi det haster å få på plass en nasjonal ordning for kartlegging av alle selvmord, og vi er spent på implementeringen som vil følge pilotprosjektet som allerede er igangsatt.

### *Overgrep*

Vi vet at det er en 3 ganger høyere risiko for selvmordsforsøk hvis du har blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn ([University of Manchester](#)). Overgrep representerer med andre ord en risiko for senere selvmordsforsøk. Vi må minimere risikofaktorer og avverge overgrep. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner og strategien mot internettrelaterte overgrep mot barn må følges opp i budsjettssammenheng.

## Barn og unge

Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse har potensial til å bli viktigere enn noen gang hvis virkemidlene tas i bruk og finansieres, og hvis man utvider virkemiddelapparatet. Vi ser et sterkt behov for målrettede finansielle tiltak, både på et forebyggingsplan og med tanke på behandlingen av barn og unges psykiske lidelser.

Det er stor geografisk variasjon og manglende behandlingstilbud i kommunene. Én av ti kommuner tilbyr ikke noen behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over den behandlingen fastlegene tilbyr ([Riksrevisjonen 2021](#)). Dette er et graverende tall som også må følges opp i en eventuell opptappingsplan som det er lagt opp til i Hurdalsplattformen. I det henseende er bevilgningen fra 2022-budsjettet til utvikling, pilotering og evaluering av lavterskeltilbud for barn og unge i kommunene sentralt. Samtidig mener vi at kommunene på overordnet plan må finansielt settes i stand til å utvikle psykisk helsetilbud i primærhelsetjenesten.

Det har i flere år på rad vært en nedgang i faktiske bevilgninger til de fysiske helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2021-budsjettet ble deler av potten allokert til helsestasjons- og skolehelsetjenesten satt av til å utvikle digitale skolehelsetjenester – et viktig tiltak. Samtidig bevilges det ikke friske midler til slike tiltak. I 2022-budsjettet ble det bevilget 15 millioner til et nytt nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Igjen, et viktig tiltak. Problemet er at dette tas fra tilskuddordningen «styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Vi har med andre ord hatt reell nedgang i bevilgningene til de fysiske helsestasjons- og skolehelsetjenestene de siste årene (ref. kap. 762, post 60). Nye satsninger som digital skolehelsetjeneste og kompetansemiljø fordrer friske midler, og bør ikke gå ut over et fysisk tilgjengelig lavterskeltilbud. Vi må styrke sistnevnte.

Det er flere barn og unge til behandling i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) enn noen gang, melder [Sykehuset Østfold](#). Ledere i BUP i store deler av landet rapporterer om det samme. Tendensen er klar: barna er sykere og yngre enn før, symptombildene er komplekse og kapasitetsutfordringene er merkbare. Nå trenger vi strakstiltak for å bedre den psykiske folkehelse for barn og unge etter to år med pandemi og smittevern. Hvis vi ikke ruster opp nå risikerer vi at barn ikke får hjelp før funksjonsnivået er nådd bunnen. Da vil tilfriskningen ta mye lengre tid, belastningen på familien og nettverket være større og behandlingsbehovet vare ved i lengre tid. Generelt mener vi at jo tidligere hjelpen kommer, jo større sjanse har man til å bli frisk fort. Det er et stort inngrep i en barndom å tilbringe tid på sykehus.

## Spesialisthelsetjenesten - Kap 732-737

Det er et klart behov for et styrket psykisk helsevern. [Riksrevisjonens rapport](#) påpeker kritikkverdige mangler i psykisk helsevern. Et av de viktigste funnene er variasjonen i behandlingstilbudet i de ulike helseregionene. Nasjonale tall fra Norsk pasientregister viser også at avslagsprosenten i BUP varierer mellom 8 og 56 prosent. Dette indikerer betydelig ulikhet i tjenestetilbudet og utgjør en risiko for pasientsikkerheten.

Nå har ansatte vært på strekk over lang tid og sykehusene har måttet justere og tilpasse ressursbruken for å kunne levere på samfunnsoppdraget sitt. Selv om tilbudene fremdeles er forsvarlige, er det en grense for hvor langt strikken kan tøyes. Det varslede taktskiftet til regjeringen innen det psykiske helsefeltet og de økte bevilningene til psykisk helsevern må brukes til å både brannslukke for å lette dagens situasjon og legge dimensjonerte planer for årene som kommer.

Rapporten som estimerer og vurderer kapasiteten i psykisk helsevern fremover ([2021](#)) bekrefter at det er behov for økt døgnkapasitet. De trekker særlig frem barn og unge og pasienter med ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser. Utover dette er det behov for flere sikkerhetsplasser i Oslo blant annet.

I rapporten står det «På grunn av nedtrekk i døgnkapasitet over tid, endringer i innleggelsesmønster, faktorer som påvirker sykelighet i pasientpopulasjonen (e.g. ROP-pasienter) og endringer som direkte påvirker kapasitet (e.g. antall dømt), anbefales økt kapasitet til døgnbehandling av pasienter med ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser med 15%». (s. 12).

Vi ber derfor om at det rettes særskilt innsats mot å dekke dette behandlingsgapet. Dette blant annet i tråd med Hurdalsplattformen og punktet knyttet til særskilt satsing på barne- og ungdomspsykiatrien. Vi må styrke kapasiteten og legge til rette for å kunne øke pasientbehandlingen.

For å kunne få til dette må flere ting på plass. Vi trenger blant annet flere ansatte. Sykehusene har ikke klart å prioritere tilstrekkelig ramme til dette til å matche så stor vekst i etterspørsel av tjenester på så kort tid. Dette gjelder flere sykehus.

Videre må man se på vridningseffektene til finansieringen hvis man vil stoppe nedbyggingen av døgn. Finansieringssystemet fører til en vridning fra rammefinansiert virksomhet til aktivitetsbasert virksomhet. Det vil si en vridning fra døgn til poliklinikk/ambulant. Dette har ført til en riktig og ønsket endring, men nå har nedbyggingen av døgn gått langt nok, eller til og med

for langt. Det har vist seg at effektene av finansieringssystemet er sterkere enn ministerne ord og formaninger.

Økte bevilgninger hjelper bare så lenge det finnes tilgjengelig helsepersonell. Det er viktig at kapasiteten til utdanning og spesialisering øker i takt med aktiviteten, det legger dessverre ikke finansieringssystemet opp til. Utover dette er det helt avgjørende å ivareta personalet. Vi må legge til rette for at ansatte skal holde ut i et stadig mer presset helsevesen. I dette henseende blir helsepersonellkommisjonens arbeid sentralt.

Med vennlig hilsen  
**Rådet for psykisk helse**



Tove Gundersen  
Generalsekretær