



STORTINGET

Representantforslag 105 S

(2017–2018)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Åslaug Sem-Jacobsen, Ivar Odnnes og Geir Adelsten Iversen

Dokument 8:105 S (2017–2018)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Åslaug Sem-Jacobsen, Ivar Odnnes og Geir Adelsten Iversen om å be regjeringen fremme en stortingsmelding om psykisk helsevern

Til Stortinget

Bakgrunn

Psykiske plager og lidelser utgjør en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Folkehelseinstituttet har tidligere anslått at mellom 30 og 50 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet, og det i et omfang som fordrer 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 prosent av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Hvert år tar mellom 500 og 600 nordmenn sitt eget liv. 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 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser, mens andelen uføre med psykiske lidelser er over 30 prosent. Folkehelseinstituttet anslår at de samfunnsmessige kostnadene ved psykiske lidelser i Norge ligger på 60–70 mrd. kroner hvert år. Det har i Norge vært en stor og planlagt omlegging av det psykiske helsevernet i retning mer ambulant og poliklinisk behandling.

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.

Planlagt omlegging av pasienttilbudet i psykisk helsevern

Et uttalt mål fra ulike regjeringer har vært å gjennomføre endringer i psykisk helsevern som sikrer mer poliklinisk og ambulant virksomhet, som bidrar til rik-

tig behandling på lavest mulig nivå, og der man unngår unødvendige sykehusinnleggelse. Det har lenge vært et faglig-politisk mål å bygge ut de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) og at kommunene kunne gi et tilbud til flere med behov for behandling og oppfølging innen rus og psykisk helsevern.

10 år etter at opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet, oppsummerer Helsedirektoratet status for psykisk helsevern slik (SAMDATA, Analysenotat 20/2017):

«Det har i mange år vært en politisk målsetting å forskyve virksomheten fra sykehus til DPS, og fra døgnvirksomhet til poliklinisk og ambulant virksomhet. For perioden 1998–2016 sett under ett har en langt på vei lyktes i å oppnå en slik forskyvning. Utbyggingen av den polikliniske og ambulante virksomheten fortsetter, og utbyggingen skjer ved DPS-ene. DPS-ene står også for en økende andel av utskrivningene. Fortsatt står imidlertid sykehusavdelingene for 57 prosent av oppholdsdøgnene. Fortsatt finnes det også områder der ressursinnsatsen ved DPS-ene neppe er tilstrekkelige til å fylle de funksjonene de er ment å skulle dekke. (...) Det har vært en halvering av antall døgnplasser de siste 18 årene, sett i forhold til innbyggertallet. Det er grunn til å holde denne utviklingen under oppsikt, og se den i nær sammenheng med behovene hos pasientene og utbyggingen av tilbudene for øvrig. Færre døgnplasser og raskere utskrivning fører til at flere pasienter vil ha behov polikliniske, ambulante og kommunale tilbud.»

I analysenotatet står det videre at korrigert for befolkningsøkningen har det fra 1998 til 2016 vært en nedgang i oppholdsdøgn på 54 prosent. Siden 2008 har fordelingen av oppholdsdøgn holdt seg relativt stabil, med 56–57 prosent ved sykehusene, 38–40 prosent ved DPS-ene og 4–5 prosent ved andre institusjoner. På tross av nedgang i antall oppholdsdøgn var det fram til 2010 en betydelig vekst i utskrivningsraten. Fra 1998 til 2016 økte utskrivningsraten med 50 prosent. Fra 2012 til 2016 har raten imidlertid gått ned. Helsedirektoratet bekrefter at det er stor variasjon i tilbudet og store ulikheter i hvordan helseforetakene har valgt å løse oppgavefordelingen mellom sykehusene og DPS-ene (SAMDATA, Analysenotat 20/2017).

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 (St.meld. nr. 47 (2008–2009), Innst. 212 S (2009–2010)). Reformen skulle sikre en bærekraftig helsetjeneste av god kvalitet, der målet blant skulle nås ved at en større del av helsetjenestene skulle ytes av kommunehelsetjenesten. Selv om rus/psykiatri ikke var omfattet av betalingsordningen, gjaldt intensjonene med reformen også denne pasientgruppen. Utbygging av de kommunale tjenestene var en forutsetning for at samhandlingsreformen skulle lykkes. I stortingsmeldingen ble det anslått at hver tredje seng i psykisk helsevern i 2007 var belagt av pasienter som enten var utskrivningsklare eller

som heller burde blitt behandlet utenfor sykehus. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015–2016), Innst. 374 S (2015–2016), viser at antallet heldøgnplasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten ble redusert med nesten 10 prosent fra 2010–2014. Rapporten viser at reduksjon i antallet heldøgnplasser i spesialisthelsetjenesten ikke har blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Ifølge Riksrevisjonens rapport har nesten 70 prosent av kommunene bare i liten grad økt antall årsverk på rus- og psykiatriområdet, og bare hver sjettede kommune har i stor grad økt kompetansen på området. Riksrevisjonen påpekte i rapporten at det var alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke er styrket fire år etter at reformen trådte i kraft.

Forslagsstillerne viser til at regjeringen vil innføre betalingsordningen i forskrift om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse fra 2019, og at det fra 2017 ble lovpålagt å gi pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen.

Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016), Innst. 206 S (2015–2016)) gjelder for perioden 2016–2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk for norsk spesialisthelsetjeneste fram mot 2040. Psykisk helsevern var beskrevet over 5 sider i denne planen. Forslagsstillerne mener at planen ikke gikk grundig nok inn i psykisk helsevern, verken når det gjaldt status, utfordringer, overordnede målsettinger eller tiltak. Nasjonal helse- og sykehusplan la til grunn at psykisk helsevern skal videreutvikles med desentraliserte, ambulante tjenester og samhandling med kommunene. Planen viste til at det er 71 distriktpsikiatriske sentre (DPS) og 80 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, men at det er stor variasjon i opptaksområder, pasientvolum, faglig kompetanse og behandlingstilbud. Regjeringen slo i meldingen fast at DPS skal prioriteres sammen med barne- og ungdomspsykiatriske enheter, og det er et mål at DPS skal ha akuttfunksjoner. Sykehusene skulle ha viktige oppgaver som sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger og enkelte spesialfunksjoner, som for eksempel tilbud ved alvorlige og livstruende spiseforstyrrelser, spesialiserte team og eventuelt avdelinger for alvorlig alderspsykiatri og behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser. I planen la regjeringen til grunn at framtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Som ledd i kommunereformen har regjeringen med Stortingets støtte fått besluttet en prøveordning med kommunal drift av DPS. Forslagsstillerne mener at nedbygging av døgnfunksjoner uten at tilsvarende til-

bud er bygd opp i kommunene, og forsøk med kommunal drift av DPS, viser at utvikling av fremtidens psykisk helsevern er mer styrt av politiske tilfeldigheter enn av seriøse fagligpolitiske vurderinger. Forslagsstillerne mener at nasjonal helse- og sykehusplan sin korte beskrivelse av sektoren ikke la det politiske grunnlaget for en god fremtidig utvikling og opptrapping av psykisk helsevern. Forslagsstillerne etterlyser derfor en samlet og overordnet stortingsmelding om psykisk helsevern.

Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse

Forslagsstillerne viser til regjeringens fremlagte strategi for god psykisk helse (2017–2022), *Mestre hele livet*. De fem overordnede målene for strategien er som følger: 1) Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet, 2) Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle, 3) Pasientens helse - og omsorgstjeneste, 4) Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene, 5) Fremme god psykisk helse hos barn og unge. Forslagsstillerne merker seg at strategien vektlegger forebygging og tidlig innsats, mens situasjonen for de sykeste pasientene ikke er prioritert. Forslagsstillerne vil understreke at strategien ikke er behandlet eller drøftet av Stortinget, og kan ikke se at strategien inneholder noen styrende politiske signaler eller målsettinger for en utvikling av psykisk helsevern som dekker befolkningens behov.

Den gylne regel

I Nasjonal helse- og sykehusplan står det at regjeringen vil prioritere behandlingstilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet, og at den har gjeninnført kravet om at veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal være høyere enn for somatikk. Dette er kalt den gylne regel. Av SAMDATA-tall kommer det frem at somatikken hadde en økning i kostnadene fra 2014 til 2015 på 1,038 mrd. kroner. Dette tilsvarer 1,1 prosent i faste priser. Psykisk helsevern, barn og voksne, hadde i tilsvarende periode en reduksjon på 44 mill. kroner. Dette tilsvarer en reduksjon på 0,2 prosent. Forslagsstillerne viser til at den gylne regel over år ikke er innfridd. Forslagsstillerne viser også til at regelen ikke er klart definert og derfor vanskelig å måle. Det er også uklart om den fra helsemyndighetenes side er å anse som et krav eller et mål. Forslagsstillerne mener at den gylne regel ikke er tilstrekkelig for å sikre at sektoren blir prioritert. Det er viktig at en stortingsmelding gir en klar definisjon på hvordan den gylne regel skal forstås, slik at den kan bidra til en faktisk kvalitets- og kapasitetsforbedring i pasienttilbudene innenfor psykisk helsevern. Det er også viktig at den generelle sykehusøkonomien er god, ellers blir den gylne regel fort et spørsmål om hvor det kan kuttes mest. Forslagsstillerne mener det

må vurderes andre styringssignaler for å oppnå prioritering av tjenestene.

Psykisk syke blir ikke diagnostisert og får ikke hjelp etter behov

En studie fra Folkehelseinstituttet (desember 2017) avdekker at to tredeler av dem som lider av depresjon, 80 prosent av dem med angst og over 90 prosent av personer med alkoholmisbruk ikke blir diagnostisert. 40 prosent av dem med alkoholproblemer hadde vært hos lege for å snakke om psykiske problemer eller symptomer, men i de fleste tilfellene ble likevel ikke misbruket fanget opp. Forslagsstillerne mener at dette er svært bekymringsfullt, og at diagnostisering av reelle psykiske lidelser og alkoholmisbruk er avgjørende for å kunne gi korrekt behandling og videre oppfølging og unngå tap av gode leveår. Men selv om pasientene blir fanget opp i kommunehelsetjenesten, er det likevel vanskelig å få nødvendig vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten. Tall fra Helsedirektoratet (Dagens Medisin 15. august 2017) viser nemlig at opp mot 30 prosent av henvisningene til behandling i psykisk helsevern for voksne blir avvist. Det var faktisk dobbelt så stor risiko for å bli avvist i psykisk helsevern for voksne som til ortopedisk undersøkelse. I psykisk helsevern avvises pasientene oftest uten å ha blitt undersøkt, og forskjellene på andelen for avviste henvisninger er svært stor i ulike deler av landet. Forslagsstillerne mener disse tallene er alvorlige og avslører at norsk helsetjeneste i realiteten diskriminerer pasienter ut fra diagnose. Det er uhørt at pasienter som trenger spesialistvurdering, avvises uten vurdering, og forlagsstillerne mener at en stortingsmelding må gå inn i denne problematikken og legge frem tydelige tiltak for å sikre en annen utvikling og psykiatriske pasienters rettigheter.

Sikkerhetspsykiatri

Forslagsstillerne viser til at det er foretatt endringer i straffeloven knyttet til strafferettslige særreaksjoner, som gjør at straffedømte i økende grad blir dømt til tvungent psykisk helsevern (jf. Prop. 122 L (2014–2015), Innst. 179 L (2015–2016), Lovvedtak 46 (2015–2016)). Forslagsstillerne viser til at erfaring fra Danmark er at lignende lovendringer har ført til at personer som dømmes til psykisk helsevern, tar opp plasser i det øvrige psykiske helsevernet. I 2015 var det 15 helseforetak som hadde slik virksomhet, fordelt på i alt 29 sikkerhetspsykiatriske enheter med til sammen 221 døgnbehandlingsplasser. 4 av 10 pasienter får avslag på henvisning om innleggelse i sikkerhetspsykiatrisk avdeling (Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015, OUS). I statusundersøkelsen for sikkerhetspsykiatri i 2015 ble det oppgitt at siden den forrige statusundersøkelsen i 2005 er behandlingskapasiteten i sikkerhetspsykiatrien gått noe ned, mens pasientantallet er noe økt. Forslagsstillerne mener at en

stortingsmelding må omhandle behovene i rettspsykiatrien både når det gjelder kapasitet og innhold.

Psykiatrisk helsehjelp i fengsel

Mange innsatte i fengsel sliter med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Innsatte i fengsel har samme rettigheter til helsetilbud som resten av befolkningen. Helsetilbud i fengsel er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det oppleves vanskeligere å få tilgang til psykiatrisk helsehjelp. Forslagsstillerne viser til rapport fra Helsedirektoratet (HDir) og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) fra mai 2016 om tiltak for en bedre organisering/struktur og innhold i behandlingstilbudet for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, både innen helsetjenestens nivåer og innen kriminalomsorgen. I noen fengsler gis polikliniske psykiatritjenester inne i fengselet, i andre fengsel må innsatte fremstilles til psykiatrisk behandling utenfor fengselet. Det er viktig at tverrfaglig spesialisert rusbehandling og tjenester fra psykisk helsevern skal kunne startes i fengselet og videreføres etter løslatelse eller ved overføring til andre straffegjennomføringsformer. Spesialisthelsetjenesten skal legge forholdene til rette for at den innsatte får videreført behandlingstilbudet i et behandlingsløp i institusjon eller poliklinikk etter endt fengselsopphold, dersom det fortsatt er behandlingsbehov. Det bør være direkte overlapping mellom endt fengselsopphold og videreføring av behandlingen for å forhindre forverring av helsetilstanden eller tilbakefall til kriminalitet. Når psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB) er ambulant i fengselet, er samarbeid med stedlig kommunehelsetjeneste viktig, men også med habiliteringstjenesten, nevrologisk avdeling og andre tjenester som sjeldent har organisert sin virksomhet i fengsel. Det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler om psykisk helsetilbud for innsatte, mellom fengsel, kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak. Forslagsstillerne mener at en plan for bedre psykisk helsehjelp i norske fengsler bør bli en del av stortingsmeldingen om psykisk helsevern.

Selv mord i psykiatrien

Fra 2011 til og med januar 2017 tok 618 mennesker sitt eget liv mens de var pasienter i psykisk helsevern. Det er anslått at om lag 1 av 3 selvmord i Norge skjer hos pasienter som er innlagt. Forebygging av selvmord blant pasienter er et område som spesialisthelsetjenesten har jobbet med over tid. I 2008 fikk sektoren nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord. I mange år har fagfolk etterlyst bedre oversikt over selvmord i psykisk helsevern. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har på oppdrag fra HelseDirektoratet etablert et nasjonalt kartleggings-system for selvmord under og inntil 12 måneder etter

behandling i psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målet er å kartlegge hva som kjennetegner disse pasientene, og identifisere nye områder for forebygging av selvmord på systemnivå i tjenesten og evaluere effekten av tiltak. Forslagsstillerne mener at en stortingsmelding må omhandle hva som kan gjøres bedre på systemnivå for å unngå at mennesker tar sitt eget liv mens de er pasienter i psykisk helsevern.

Bruk av tvang

Det er gjennom media avslørt omfattende, ulovlig tvangsbruk i norsk psykiatri. VGs kartlegginger av tvangsprotokoller fra 2015 avslørte massive lovbrudd, omdiskuterte begrunnelser og grov svikt i dokumentasjonen når norske pasienter bindes fast mot sin vilje. Det er gjennom media også påvist at sykehus har gitt elektroshokkbehandling uten godkjenning, og at det gjøres dobbelt så mange vedtak om beltelegging i ferietiden som i tilsvarende periode ellers i året – noe som tilsier en sammenheng med bemanningssituasjonen. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har selv uttalt til media (VG 14. mars 2017) at han er bekymret for rettssikkerheten til psykiatriske pasienter, og at det generelt har vært lite innsyn og lite åpenhet om bruk av tvang i psykisk helsevern:

«Derfor må vi være forberedt på at det komme flere dårlige nyheter etter hvert som ulike aktører setter søkelys på praksisen og sier fra om det som skjer».

Forslagsstillerne mener at det er et overordnet politisk ansvar å sørge for å ha korrekte fakta om situasjonen i psykisk helsevern, også tvangsbruk og eventuell uheldig tvangsbruk, og ut fra det sette inn nødvendige tiltak. Kartleggingen til VG viste at ulovlig og omstridt bruk av tvangsmidler ikke ble slått ned på av kontrollkomisjonene. Forslagsstillerne viser til at regjeringen etter tvangsavsløringene har sørget for å styrke kontrollkomisjonene økonomisk, og det er satt ned et tvangslovutvalg som skal levere sin rapport 1. september 2018. Dessuten er helseforetakene bedt om å rapportere om tvangsbruk. Forslagsstillerne mener dette er viktige, men ikke tilstrekkelige tiltak. Unødig og ulovlig tvangsbruk må ikke skje, og det må sikres bedre ledelse med ressurser og tiltak for å sikre pasientenes rettssikkerhet og ansattes mulighet til å yte kvalitativt gode tjenester som minimerer behovet for tvangstiltak. Dette forutsetter at tilstrekkelig med fagpersoner i tjenesten har et helhetsperspektiv på pasienten, og en bedre og mer kvalifisert poliklinisk og ambulant tjeneste som kan komme inn så tidlig i sykdomsforløpet at eskalering som til slutt nødvendiggjør tvangsmidler og i verste fall tvang over tid, kan reduseres til et absolutt minimum.

En stortingsmelding om psykisk helsevern må etter forslagsstillerne syn også inneholde en evaluering av

endringer i lov om psykisk helsevern, som trådte i kraft 1. juli 2017. En evaluering må vurdere om lovendringene, som manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern og behandling uten eget samtykke, bidrar til mer tvang eller mindre tvang i tjenestene.

Finansieringsordningene

I tillegg til store organisatoriske endringer i psykisk helsevern har det skjedd en omlegging av finansieringsordningene. Regjeringen vil innføre kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern i 2019. Forslagsstillerne mener at dette ikke må innføres før de kommunale tilbudene er bygd ut. Fra 2017 har regjeringen startet omlegging til innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forslagsstillerne viser til at det fra flere helseforetak meldes om svikt i inntektene og dermed potensielle kutt i pasienttilbudene som følge av omleggingen (blant annet omtalt i Dagens Medisin 11. mai 2017). Dagens ISF tenderer til å fremme kvantitet fremfor kvalitet og vil være et incitament for å prioritere lettere psykiske lidelser, hvor det er enklere å behandle mange pasienter på kortere tid. ISF vil derfor i større grad enn rammefinansiering kunne svekke tilbudet til dem med alvorlige psykiske lidelser. Forslagsstillerne er også bekymret for at finansierings-systemet skaper insentiver til å sette midlertidige diagnoser, for eksempel i barne- og ungdomspsykiatrien, fordi dette gir poeng i DRG-systemene. Dessuten innebærer ISF svært mye detaljrapportering som i stor grad pålegges behandlere og dermed reduserer behandlingsressurser. En alternativ modell kan muligens være rammefinansiering kombinert med økonomiske incentiver for å gi pasienter høykvalitetstilbud, for eksempel ved at pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser utredes av høyt kvalifisert personell som har høy kompetanse både om psykologiske, sosiale og nevrobiologiske aspekter ved psykiske lidelser. Det må også «lønne seg» for sykehusene å tilby ambulant oppfølging av pasienter, særlig siden mer ambulante tjenester er et politisk mål for utvikling av tjenestene. Forslagsstillerne mener at psykisk helsevern må videreutvikles i en rammefinansiert modell, og at en stortingsmelding må omhandle dette.

Tilbudet til alvorlig syke pasienter

Forslagsstillerne viser til at det over år har vært en tendens til å fokusere på lettere psykiske lidelser, og at ressurser til dette har blitt prioritert, blant annet gjennom midler til å rekruttere flere psykologer til kommunehelsetjenesten. Isolert sett er dette svært bra. Men forslagsstillerne er bekymret for at tilbudet til de sykeste psykiatriske pasientene ikke prioriteres høyt nok, og frykter en utvikling i retning av bagatellisering av alvor-

ligere psykiske lidelser, med tilhørende manglende forståelse for at dette krever en helt annen kompetanse. Under opptrappingsplanen for psykisk helse ble tilbudet til denne gruppen styrket også i kommunene, for eksempel med utbygging av tilpassede boliger og bedre utbygde psykiatritjenester. I perioden etter opptrappingsplanen er det blitt klart at behovet for tilrettelagte boliger, behandling og oppfølging for denne pasientgruppen fortsatt er stort. Forslagsstillerne viser også til at den store nedbyggingen i døgnkapasiteten i sykehusene og økningen i sikkerhetspsykiatrien utfordrer pasienttilbudet til den sykeste gruppen av de psykiatriske pasientene. Forslagsstillerne mener behandlingsskapasiteten i dag er for lav, og er kjent med at det mange steder også er store mangler ved bygningsmassene. Dette går ut over pasienttilbudene og de ansattes arbeidsforhold. Forslagsstillerne mener at oppgradering og modernisering av bygninger som brukes til psykisk helsevern, også må intensiveres.

Alderspsykiatrien

Norsk psykiatrisk forening oppga i sitt planverk i 2010 at selv om statlige dokumenter understreker DPS-enes ansvar for å behandle eldre så vel som yngre, tilsier erfaringene til nå at eldre prioriteres lavt i DPS-systemet. Forslagsstillerne viser til at Helsedirektoratet i sin rapport om distriktpsykiatriske tjenester i 2016 oppgir at det har vært en målsetting å bygge ut aldersrelaterte tjenester ved DPS-ene, men at alderspsykiatri likevel i all hovedsak er lokalisert ved sykehusene. Ulike beregninger gjort blant annet av Helsedirektoratet («Demens og Alderspsykiatri», vol. 16, nr. 1, 2012 av Kari Midtbø Kristiansen, Knut Engedal), viser at det er stor sannsynlighet for underforbruk av tjenester i psykisk helsevern i den eldre befolkningen. Forslagsstillerne mener en stortingsmelding må bidra til å styrke alderspsykiatrien blant annet ved bedre samhandling mellom sykehus, DPS-ene og kommunene, slik at eldre sikres utredning, behandling og oppfølging på rett nivå. Det er behov for kompetanseheving for å gjøre tjenestene faglig rustet til å oppdage, utrede, diagnostisere, behandle og følge opp alderspsykiatriske pasienter.

Styrking av BUP og DPS

I dag er det en betydelig utfordring med underbemanning av leger innen Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) som gjør at utredning og diagnostikk kan bli forsinket og mangelfull. Det er behov for å styrke BUP, også for å dekke behovet for økt psykisk helsehjelp til barn i barnevernet. Forslagsstillerne viser i den sammenheng til representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe, Heidi Greni og Per Olaf Lundteigen om å bedre helsehjelp til barn i barnevernet (Dokument 8:39 S (2016–2017), Innst. 256 S (2016–2017)). Samarbeidet mellom BUP og voksenpsykiatrien må bedres. Flere av

de alvorlige psykiske lidelsene, som f.eks. schizofreni, bipolare og andre nevropsykiatriske sykdommer, debuterer ofte i barne- og ungdomsalder. Spiseforstyrrelser er en annen alvorlig sykdom som gjerne debuterer i barne- og ungdomsårene.

Forslagsstillerne mener det også er viktig å styrke de distriktpsykiatriske sentra, DPS-er. Det er avgjørende at disse ikke blir et kommunalt ansvar, men fortsatt blir en del av spesialisthelsetjenestens desentraliserte tilbud. Det vises til at mange DPS-er bygget opp til velfungerende institusjoner, men at det er stor variasjon i størrelse, stabilitet og kvalitet. Flere steder bygges det opp gode ambulante team, for eksempel ACT- og FACT-team, som er viktig for oppfølging av de sykeste som bor i kommunene. Men i mange deler av landet er det stor ustabilitet i fagpersonell og dessuten spesielt en foruroligende mangel på psykiatere. Dette kan øke risikoen for både overbehandling, underbehandling og feilbehandling. Forslagsstillerne er kjent med at pasienter som henvises til DPS, i dag, kan risikere å ikke bli vurdert av personer som har kompetansen som trengs. Dette svekker samhandlingen med førstelinjetjenesten, som kan få tilbakehenvist pasienter uten at de er tilstrekkelig utredet. En stortingsmelding om psykisk helsevern må omhandle planer for styrking av både BUP- og DPS-tilbudene.

Kommunale plasser

Det er fortsatt mangel på kommunale plasser for døgntilbud. Kommunale døgnplasser som kan ta pasienter inn til mer subakutte opphold, er godt etablert i somatikken, men er de fleste steder fortsatt i startgroppen for psykiske lidelser. Hvordan disse sengeplasse- ne skal fungere opp mot døgnplasser i DPS og vanlige akutte mottaksposter, fins det foreløpig liten erfaring med. Forslagsstillerne mener bruken av kommunale akuttsenger i psykisk helsevern må evalueres.

Behov for stortingsmelding om psykisk helsevern

Forslagsstillerne mener at psykisk helsevern ikke har fått den nødvendige politiske oppmerksomhet etter at opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Det har ikke vært nok oppmerksomhet på de sykeste pasientene som trenger tett oppfølging av både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Nedskjæringene i døgntilbud har gått for langt. Halvering av døgntilbud og raskere utskrivning fører til økt press på

kommunene og sikkerhetspsykiatrien samt til dårligere pasienttilbud. Finansieringsordningene motarbeider gode tjenester og gir mindre ressurser til pasientbehandling. Det trengs tydeligere avklaring av hvilket nivå i helsevesenet som skal ivareta hvilke deler av pasientbehandling.

Samhandlingen med førstelinjetjenesten må være førsteprioritet. Forslagsstillerne viser til at representanter fra Senterpartiet ved flere anledninger har foreslått en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse (Dokument 8:41 S (2013–2014), Innst. 271 S (2013–2014)). Forslagsstillerne etterlyser nå en samlet plan for utvikling av psykisk helsevern. En stortingsmelding om psykisk helsevern må utarbeides etter innspill fra pasienter og brukerorganisasjoner, pårørende, kommuner og fagmiljøene. Dette vil kunne gi Stortinget beslutningsgrunnlag for konkrete tiltak og føringer for spesialisthelsetjenestens tilbud til psykisk syke pasienter. Det er behov for å gjøre en ny vurdering av kapasitet opp mot behovet, særlig behovet for døgnkapasitet og tilbudet til de sykeste pasientene som trenger spesialisert og langvarig behandling.

Forslagsstillerne mener at en stortingsmelding må omfatte organisering og ledelse, dimensjonering, oppgavefordeling og samarbeid med kommunen. Den må omfatte både det spesialiserte sykehustilbudet, DPS, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), tilbudene i fengsel og sikkerhetspsykiatrien. Det må legges til grunn at ingen pasienter som blir henvist til psykisk helsevern, skal kunne avvises uten vurdering. Stortingsmeldingen må omhandle tiltak for å hindre unødvendig og ulovlig tvangsbruk, og vurdering av nye selvmordsforebyggende tiltak. Videre bør en slik stortingsmelding vurdere behovet for faglige retningslinjer og rekruttering av helsepersonell. Stortingsmeldingen må legge til grunn at sektoren må rammefinansieres, og at drift av DPS fortsatt skal være spesialisthelsetjenestens ansvar.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om psykisk helsevern.

9. januar 2018

Kjersti Toppe

Ivar Odnes

Åslaug Sem-Jacobsen

Geir Adelsten Iversen

