

12 stemmer for psykisk helse



PSY
KOL
OGI

ILLUSTRASJON BASERT PÅ FOTO AV BÅRD LØKEN / NTB SCANPIX

Blir psykisk helse et sentralt tema i valgkampen? Hva bør i så fall politikere gjøre for psykisk helsetjenester i neste stortingsperiode? Vi ba 12 stemmer tipse våre folkevalgte.

TEKST

Per Halvorsen

PUBLISERT 1. juni 2021

EMNER

psykisk helsetjenester

valgkamp

valg 2021

Vi spurte:

- Hva representerer de største utfordringene i psykisk helsetjenester?
- Hva er de tre viktigste punktene i din bestilling til politikere som mener alvor med å ville bedre tjenestekvaliteten?

...og fikk svar på e-post:



Anne-Kristin Imenes,
psykologspesialist og
seniorrådgiver,
Kompetansesenter rus KoRus-
Sør. Foto: KoRus-Sør

- PSYKOLOGER INN PÅ FASTLEGEKONTORENE

Det mangler kommunale psykisk helsetilbud som er reelt tilgjengelige både for barn, unge og voksne. Hvor skal du henvende deg hvis du får avslag fra spesialisthelsetjenesten? Er det riktig å måtte betale over 1000 kr timen hos privat psykolog, og at hjelpen er mest tilgjengelig for de rikeste? Spesialisthelsetjenesten er kraftig underfinansiert. Pasienter må avsluttes før de er ferdig behandlet for å gi plass til andre. De som trenger hjelpen mest, får et dårlig og kortvarig tilbud. Alle skjønner at du ikke blir frisk på 12 timer om du har store problemer.

La psykologer få jobbe i primærhelseteam med fastlegene. Det vil understøtte en fastlegeordning som holder på å knele, og gi bedre rammebetingelser og likeverdig finansiering for både lege og psykolog. Vi trenger psykologer både på fastlegekontoret og i kommunale psykisk helsetjenester.

Gjør som Barneombudet sier: Regjeringen må endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunene får plikt til å tilby lavterskel psykisk helsetilbud til barn og unge (Rapport: Jeg skulle hatt BUP i en koffert, 2020). Regjeringen må sørge for at helseforetakene følger «den gylne regel».



Martin Øien Jenssen,
psykologspesialist,
konserntillitsvalgt Akademikerne
Helse Nord, foretakstillitsvalgt
Psykologforeningen, UNN. Foto:
privat

- VI MANGLER FAGFOLK

Den største utfordringen er tilgangen på fagfolk. Vi blir langt flere eldre, og langt færre til å håndtere arbeidsoppgavene som må håndteres i et samfunn. Vi utdanner ikke nok helsepersonell, og arbeidsplassene i psykisk helsevern er ikke attraktive nok til å tiltrekke seg og å beholde folkene vi trenger.

Vi må sørge for at spesialisthelsetjenesten kan delta i kampen om fagfolk. Dette handler både om økonomi, fagutvikling og tid og rom til å utøve faget til beste for pasienten. Ikke minst handler det om ledelse.

Sykehusene har fire lovpålagte hovedoppgaver, men alle forutsetter oppnåelsen av en femte. Gjør arbeidsmiljø til den femte hovedoppgaven. Det vil tiltrekke folk og synliggjøre sammenhengen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. De ansatte er en dyrebare og høyst begrenset ressurs, og en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste.

Tenk nøye gjennom

- hvordan vi skal bruke fagfolkene i framtiden – til fag, eller til administrative oppgaver som kunne blitt gjort av andre.
- hvordan vi skal utforme sykehusbygg – bygg stort nok. I det lange løp er det betydelig billigere å drifte et sykehus som er stort nok enn å stadig bygge ut eller leie lokaler for å supplere et sykehus som er for lite.

LES OGSÅ**12 utfordringer på psykisk helse- og rusfeltet**

Psykologtidsskriftet har identifisert 12 sentrale utfordringer på psykisk helse- og rusfeltet. De er oversendt statsministerkandidatene for de to største partiene på Stortinget, Erna Solberg og Jonas Gahr Støre, sammen med en invitasjon til å fortelle i juliutgaven hva de vil med feltet i neste stortingsperiode. Opplistingen er ikke ment å være uttømmende.



Tove Gundersen,
generalsekretær i Rådet for
psykisk helse. Foto: Erik M.
Sundt

- MÅ VÅGE Å SETTE MÅLTALL FOR SELVMORDSREDUKSJON

Vi må få ned avvisningsprosenten og ventetiden i spesialisthelsetjenesten, og sikre at lavterskeltilbud som skolehelsetjeneste og rask psykisk helsehjelp kommer på plass over hele landet. Det er nødvendig å øke andelen fagutdannet personell.

Vi må også våge å sette konkrete måltall for reduksjon av antall selvmord. Selvmordstallene i Norge er for høye. Vi ser stadig eksempler på at vi må jobbe hardere for å gi mennesker med uavklarte lidelser hjelp. Symptomtrykket kan være betraktelig selv om det ikke lar seg diagnostisere, og her må vi bygge kunnskap og sette opp systemer som gjør det mulig for helsetjenesten å bidra med treffsikker hjelp også uten diagnose.

- Få på plass bemanningsnorm i psykisk helsetjenester slik at det er nok kvalifiserte mennesker på jobb.
- Legg til rette for at ansatte i helsetjenesten får tid til å bygge gode relasjoner med pasienter. Behandling krever tid, tidsbruken kan være avgjørende for å lykkes.
- Få på plass bedre samhandling mellom tjenestenivåer og forutsigbarhet for brukerne/pårørende slik at de til enhver tid har noe konkret å forholde seg til, som for eksempel ny time eller planlagt besøk.



Heidi Svendsen Tessand,
psykologspesialist ved
Stillasbyggerne, Akershus
universitetssykehus HF. Foto:
Psykologforeningen

- VI TRENGER NYE KVALITETSMÅL

Vi har for liten oversikt over behovet i befolkningen til å vite nok om hvor og hvordan tjenesteutbygging bør skje. Noen tjenester har god kapasitet, noen er fullstendig sprengt. Noe er koronarelatert – vi trenger flere folk til pumpene nå – men problemene med fordeling av ressurser var der også før pandemien. Deretter må vi prioritere; det er ikke sann at alle som sliter, skal ha profesjonell hjelp. Det viktigste for den psykiske helsen er å ha gode sosiale nettverk og helsefremmende nærmiljø, blant annet barnehager, skoler og arbeidsplasser. Så må vi ha tjenester som er lett tilgjengelige nær der folk bor. Vi trenger gode, konkrete verktøy for bedre kvalitet på samhandling og koordinering av tjenester, særlig mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Vi må unngå at folk «faller mellom stolene».

- Vi må endre finansieringsmodellen (ISF) i og bygge ut de kommunale tjenestene. Dagens modell i psykisk helsevern understøtter ikke innovasjon i tjenestene. Altfor mye av aktiviteten «lønner seg ikke». Dette fører til uheldige vridningseffekter og altfor stort fokus på koding, veiing og måling.
- Alle tjenester bør heller måles på kvalitet og i hvilken grad tjenestene oppleves som virkningsfulle og er med på å øke livskvalitet og funksjonsnivået til pasientene. Da må andre mål fjernes.
- Stor sosial ulikhet i både psykisk og fysisk helse krever tiltak langt utenfor tjenestene. Helsevesenet behandler plager, men det er levde liv som skaper helsen. Vi må

reducere belastningene som fører til psykisk uhelse slik at det blir plass i tjenestene til de pasientene som virkelig trenger profesjonell behandling.



Bjarne Hansen,
psykologspesialist, professor
ved Universitetet i Bergen. Foto:
Håvard Kallestad.

- INNDELING I «SKOLERETNINGER» ER EN ULYKKE FOR FAGET

Geografisk nærhet trumfer alt for ofte innhold og kvalitet i psykiske helsetjenester. Tjenestene organiseres i liten grad som sterke fagmiljøer, og det er lite fokus på oppgavefordeling, spisskompetanse og samarbeid. Dette gjenspeiles i opplæring og videreutdanning. I tillegg til generalistutdanningen er det vanlig å velge seg en «skoleretning» som så benyttes som verktøy i møte med enhver utfordring. Inndelingen i «skoleretninger» har etter min mening vært en ulykke for faget. For å etablere lav terskel til tjenester av høy kvalitet, trenger vi å ta følgende grep:

- Første møte med tjenesten må holde høyt faglig nivå og oppleves som nyttig og ivaretakende. Ved henvisning må vi innføre rett til rask vurdering basert på direkte kontakt. Dette bør innføres både når henvisning går fra førstelinje til spesialisthelsetjenesten, og når henvisninger går fra spesialisthelsetjenesten til øvrige tilbud. Dette vil legge til rette for ordninger der spesialister er i front, «en vei inn» og samarbeid der tilbudet i dag er fragmentert og uoversiktlig.
- Vi må sikre at virksom behandling gjøres tilgjengelig for dem som trenger det. Dagens generalistmodell gjør dette krevende. Alle kan ikke være best på alt. Vi trenger oppgavefordeling, og vi trenger samarbeid. Dette er avgjørende for å ta i bruk kunnskapsbasert behandling med den opplæring, kvalitet og skreddersøm som dette krever
- Rapporteringsregimer eser ut, men enkle mål for å undersøke om hjelpen faktisk hjelper, utelates. Vi ligger i verdenstoppen i pengebruk, men undersøker ikke om hjelpen hjelper. Riksrevisjonen og et utall evalueringer og rapporter etterlyser handling, men lite gjøres. Dette er på mange måter elefanten i rommet.



Viviann Sandberg Larsen,
psykologspesialist i Trondheim
kommune. Foto: privat.

- SAMTIDIG FINANSIERING I SYKEHUS OG KOMMUNE

«Samhandlingen» oppleves i realiteten å være redusert til en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Mangel på helhet i organisering av helsetjenestene fører til dobbeltarbeid, køer og at pasienter blir kasterboller mellom tjenestenivåene.

- Lovfest at inngangen til all kommunal psykisk helse- og rushjelp skal ha like lav terskel som hjelp hos fysioterapeut eller ergoterapeut. Helse- og omsorgstjenestelovens krav om enkeltvedtak for psykisk helse- og rustjenester skal sikre innbyggernes rettigheter, men veien inn blir forlenget av forvaltningens krav til kartlegging av behov. Dersom den som kartlegger hjelpebehovet, ikke har riktig kompetanse, blir tiltakene feil og ventetida lang. Det er mulig både å ha krav om lav terskel inn i kommunale psykisk helse- og rustjenester og å sikre pasientens rettigheter gjennom et vedtak som fattes etter at hjelpen er kommet i gang – når hjelpen skal være av en viss varighet.
- Det bør være lovkrav om at epikrise skal sendes etter endt behandling, uavhengig av om denne skjer i kommunen eller på sykehuset. Epikrisen overfører kunnskap om helsehjelpen som er gitt, og har en opplærende effekt. Manglende kommunikasjon fra kommunen til sykehuset gir brudd i behandlingsskjeden.
- Politikerne må se helsetjenestene i sammenheng, og legge klare føringer om samtidig finansiering av psykisk helse og rus i sykehus og kommune. Perspektivmeldingen 2021

tegner et utfordrende bilde av fremtidens kommuneøkonomi. Når kommunene forbereder seg på kutt, er det lettere å kutte der hvor ingen klager.



Christine Lingjærde,
landsstyreleder i
Landsforeningen for pårørende
innen psykisk helse (LPP). Foto:
Micah Oliver Clemence

- STOPP NEDBYGGINGEN AV SYKEHUSSENGER

Stopp nedbyggingen av sykehussenger. Korttidsbehandling eller poliklinisk behandling er utilstrekkelig for pasienter med alvorlig psykisk sykdom.

LPP er en frivillig organisasjon, og vi er selvsagt glade for at helsemyndighetene fremhever den viktige jobben frivillige gjør. Men frivillighet kan ikke erstatte lovpålagte helsetjenester.

LPP er bekymret for våre mange familiemedlemmer som har fått store bivirkninger etter å ha stått i årevis på høye medisindoser uten at disse er trappet ned eller revurdert. LPP er bekymret for at mange av våre familiemedlemmer med psykisk sykdom vil gå til grunne når de erklæres som samtykkekompetente og velger ikke å ta imot behandling.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten må følge opp pasientene bedre for å forebygge selvmord. Det er utviklet mange gode veiledere og skrevet mange gode faglige råd om de pårørende, men det blir dessverre altfor ofte bare ord. LPP forventer at veiledere og vedtatte mål blir gjennomført. LPP krever handling bak ordene.

LPP mener at det må være både økonomiske sanksjoner og strafferettslige konsekvenser når lovverk innenfor psykisk helse ikke overholdes.



Anne- Kari Torgalsbøen,
professor, dr. psychol, spesialist i
klinisk psykologi, UiO. Foto:
Preben Rund Torgalsbøen

- UT MED GYLLEN REGEL, INN MED OPPTRAPPINGSPLAN

De største utfordringene i psykisk helsetjenester er, og har vært, at «den gylne regel» ikke fungerer. Siden den ble innført i 2014, har ingen helseforetak eller RHF-direktører brukt mer penger på psykisk helsevern enn på somatisk sektor, slik regelen sier. Somatikken har økt dramatisk i disse syv årene til tross for klare politiske signaler fra helseministeren nedfelt i oppdragsdokument og sykehusplan. Så langt har regelen kun representert et honnørord, og derfor kun bidratt til en tilsløring av at psykisk helsevern over mange år har vært underdimensjonert. Det mangler tydeligvis politisk vilje til å forplikte seg til en reell styrking av psykisk helsevern, slik man ser på andre områder i samfunnet, som for eksempel alle milliardene som følger med nasjonal transportplan. Siden det er valgår, vil politikerne ta til orde for at de vil bedre kvaliteten i psykisk helsetjenester. For at dette ikke kun skal bli fromme ord og fagre løfter for fremtiden, har jeg følgende bestilling:

- Erkjenn at «den gylne regel» ikke virker.
- Erstatt den med en opptrappingsplan for psykisk helsetjenester der ressurstilførselen bidrar til riktig dimensjonering av tjenestene.

Det faglige grunnlaget for opptrappingsplanen skal være basert på en solid kunnskapsoppsummering som bidrar til å skille mellom ulike behov og sikre tilgjengelig evidensbasert behandling til de som trenger det.



Ester Marie Espeset,
psykologspesialist, prosjektleder
Barn og unges helsetjeneste,
Helse Fonna og Helse Vest. Foto:
Stina Steingilda

- ØREMERKEDE MIDLER MÅ PÅ Plass

Pandemien har vist at psykisk helsetilbud til barn og unge er underdimensjonert, fragmentert og dårlig koordinert. Det er for stor lokal variasjon, mange barn og unge får ikke tilbudet de trenger. Jo mer alvorlige og langvarige vansker barn har, jo flere tjenester er involvert i oppfølgingen. Pakkeforløpene fanger ikke kompleksiteten i tjenestene. Utfordringene blir særlig synlige når det gjelder barn og unge med sammensatte og komplekse psykiske helseplager som trenger oppfølging fra ulike tjenester over tid.

- Tjenestene for barn og unge må ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på alle nivåer. Dette gjelder både helsefremming og forebygging i helsestasjon og skolehelsetjenesten, lavterskeltilbud og oppfølging i kommunale tjenester, og spesialiserte tjenester i BUP. Tjenestene må finansieres gjennom øremerkede midler og stabile økonomiske rammer over tid, ikke midlertidige tilskudd eller prosjektmidler.
- Kommunene må forpliktes til å bygge opp et psykisk helsetilbud for barn og unge, som har lav terskel, bred og sammensatt kompetanse, og tilstrekkelig kapasitet. Tjenesten må jobbe med både forebygging og behandling, og med individ- og familieperspektiv. Grunnet variasjon i geografi og befolkningstetthet må behovet kunne dekkes ved tjenester på tvers av kommune og BUP, eller i interkommunalt samarbeid.
- Det trengs mer fokus på samhandlingen mellom tjenestene og helheten i tilbudet. Et godt koordinert hjelpetilbud forutsetter at tjenestene har tydelig definerte roller og ansvarsområder, at de samarbeider tett om oppfølgingen av det enkelte barn eller ungdom, men ikke minst at de har tilstrekkelig tid og ressurser til å samhandle med hverandre. Da trenger vi finansieringsordninger som definerer systemarbeid, relasjonsbygging og teamjobbing som essensielle oppgaver.



Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi, Universitetet i Oslo. Foto: Quang Nguyen

- VI TRENGER ET FOREBYGGINGSREGNSKAP

Relativt sett er satsningen på spesialisthelsetjenester for stor sammenliknet med befolkningsrettete psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Satsing på behandling etter at folk har blitt syke, er for dyrt, har for liten effekt, for høy tilbakefallsrate og når bare en begrenset del av dem som trenger det. Økt tilgang på behandling kan ha endret livskvaliteten for mange, men har ikke endret forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen.

- Vi trenger en overordnet strategi for styrking av psykiske helse og forebygging av psykiske lidelser, som følges opp med effektevaluering. Regjeringens strategi for psykisk helse («Mestre hele livet») er ikke forebyggingsfaglig fundert. Den inneholder heller ikke en overordnet strategi, men en sammenstilling av tiltak de syv involverte departementene hadde liggende i skuffen. Neste gang trenger vi en faglig fundert overordnet strategi og et budsjett.
- Vi trenger et forebyggingsregnskap. Helseregnskapet, som er en del av statsregnskapet som føres av SSB, viser at Helse- og omsorgsdepartementet knapt bruker penger på forebygging. Ca ¼ går til behandling, ca. ¼ til pleie og omsorg, ca. 2 prosent til forebygging. Det meste av det som der er oppført som forebygging, har ikke noe med aktiv forebygging å gjøre. Tar vi ut dette, står forebyggende psykisk helse igjen med småpenger til helsestasjonstjenester og skolehelsetjenester. Regjeringen må gjerne si at det har vært en kraftig satsing på skolehelsetjenesten. Men det vil ikke ha noen effekt på forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge. Det viktigste i skolene er å organisere dem slik at de blir psykisk helsefremmende organisasjoner.
- Psykisk helse må bli et eget fag i skolen. Hva hjelper det å vite forskjellen på biotiske og abiotiske faktorer i et økosystem hvis man ikke finner kilder til identitet og selvrespekt, mening i livet, mestring, eller ikke forstår hvordan følelser, tanker og handlinger påvirker hverandre?
- Vi må få i gang psykologutdanning i Agder slik at vi får bedre rekruttering av psykologer til kommunene. Begynn med påbyggingskurs for dem som fra inn- eller utland har relevant bachelor-masterkombinasjon i psykologi.



Per Martin Løken,
psykologspesialist ved Nic Waals
Institutt (BUP), Lovisenberg,
talsperson for
bekymringsmeldingen fra 245
barnepsykologer. Foto: privat

- VI MANGLER FØRINGER FOR TJENESTENE I KOMMUNENE

Det er nødvendig med varig styrking av både førstelinje- og spesialisthelsetjenestene. Det er blant annet behov for flere ansatte i psykisk helsetjenester på alle nivåer, ikke bare som krisetiltak i forbindelse med pandemien. Skal det være et politisk mål å satse på psykisk helsevern, er det på tide å skrote «den gylne regel». Helseforetakene forholder seg ikke til regelen, regjeringen gjemmer seg bak den når den utfordres på manglende satsing på psykisk helsevern.

Myndighetene bør gi tydeligere føringer for hva som skal være minstekrav til psykisk helsetjenester i kommunene. Det gjelder både kompetanse, ansvarsområder og kapasitet. På denne måten kan vi sikre mer likeverdige tilbud uavhengig av bosted.

Vi må se på organiseringen av de psykiske helsetjenestene, spesielt på ansvarsfordeling og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinje. Det er allerede etablert enkelte gode modeller for samarbeid mellom helseforetak og kommuner, blant annet FACT-team og FACT Ung-team for dem med behov for langvarige og fleksible psykisk helsetjenester. Psykisk helsetjenester bør møte mennesker der de er, og gi tilpasset hjelp.

I tråd med pakkeforløpene skal forløpene både starte og slutte i kommunen. En forutsetning for en helhetlig, offentlig psykisk helsetjeneste er at førstelinjetjenesten rustes til å koordinere forløp før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til å gi adekvat psykisk helsehjelp til sine innbyggere før og etter behandling i psykisk helsevern.



Jill Arild, landsleder Mental Helse. Foto: Mental Helse.

- LYTT TIL BRUKERNE

Vi trenger bedre prioritering av barn og unges psykiske helse, både når det gjelder behandling og gode lavterskeltilbud.

Vi trenger aktiviteter rettet mot barn og unge som ikke er med i annen organisert aktivitet. Skolene må få inn ansatte med relasjonskompetanse, som har mulighet til å bistå elever som sliter. Det trenger ikke nødvendigvis være personer med pedagogisk utdanning.

Vi trenger kunnskapsbaserte programmer for selvmordsforebygging og mestring av psykiske utfordringer. Det blir bevilget penger til satsing på psykisk helse i skolen, men det er de færreste programmene som blir evaluert.

- Lytt til brukerne og hva som er den enkeltes behov.
- Sørg for at det er tilgjengelig psykolog i kommunene.
- Sørg for at behandlere får lov til å drive behandling og ikke må ha et overordnet fokus på budsjettammer.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 6, 2021, side 458-465

TEKST

Per Halvorsen, journalist