

# Statsbudsjett og tomme lovnader



Målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling lar seg ikke forene med en feilslått gyllen regel og stadige budsjettkutt.

TEKST

**Birgit Aanderaa**

ILLUSTRASJON

**Hilde Thomsen**

PUBLISERT 30. oktober 2024

EMNER

statsbudsjett

nedskjæringer

kutt

Den gylne regel

prioritering



Birgit Aanderaa (Foto: Oslo universitetssykehus)

Nylig ble forslag til statsbudsjett for 2025 lagt frem, hvor det fremheves at de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å oppnå tre hovedmål (Prop. 1 S (2024–2025), s. 12). Det første hovedmålet er å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Deretter følger målet om å styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, før rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp listes opp som det tredje.

Dette er gode hovedmål, og det er fint at styrkingen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling står som det første hovedmålet. Det er mange fine satsinger og reformer som blir beskrevet i statsbudsjettet. Problemet er at det ikke nødvendigvis ligger inne noen finansiering av dem.

### **Lovnader uten finansiering**

Rusfeltet har vært igjennom mange reformer allerede, og nye er på gang, men finansieringen av reformene lar fortsatt vente på seg.

Det er også nytt at barn som bor i barnevernsinstitusjonene, nå skal bli fulgt opp av et ambulant team fra psykisk helsevern for barn og unge. Utfordringen er bare at også denne lovnaden mangler finansiering.

Den manglende finansieringen gir grunn til bekymring for at alle disse gode satsingene og reformene ikke vil medføre reelle bedringer av pasientenes tilbud.

Det har vært gjort forsøk med opptrappingsplaner for psykisk helsevern tidligere.

På slutten av 90-tallet vedtok Stortinget en åtteårig opptrappingsplan for å bøte på mangler innen psykisk helsevern. Da perioden gikk mot slutten, ble det klart at intensjonen om å prioritere psykisk helsevern ikke var blitt realisert. Ressurstildelingen og satsingene innenfor somatikken hadde fortsatt økt svært mye mer enn hva som var tilfellet for psykisk helsevern. Derfor ble det i 2003 vedtatt at opptrappingsplanen skulle forlenges med to år, og det ble gjort klart for foretakene at det ville få konsekvenser om føringene i planen ikke ble fulgt opp.

**«Det er ikke bærekraftig. Det er uforenlig med kravet om økt pasientbehandling og kortere ventetider»**

### **Den gylne regel**

Utvidelsen av opptrappingsplanen var bakgrunnen for at daværende helseminister Ansgar Gabrielsen (H) i 2004 innførte «Den gylne regel». Innføringen medførte en faktisk prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som kan avleses i regnskapet for denne perioden.

Den gylne regel var en politisk føring som hadde tre ben å stå på: 1) krav om økt aktivitet, det vil si mer hjelp til flere mennesker, 2) kortere ventetider til behandling og 3) at økningen for budsjettet for psykisk helsevern skulle være større enn økningen i budsjettet til somatikken.

Etter noen år henstilte helseforetakene regjeringen om at Den gylne regel bare skulle måles ut fra økt aktivitet innen de prioriterte feltene, uten kravet om å måles på hvor mye av ressursene feltet fikk til del.

Problemene med Den gylne regel oppstod da regjeringen Stoltenberg II i 2010 gikk med på helseforetakenes henstilling og fjernet forutsetningen om at budsjettet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle øke mer enn somatikkens budsjett.

Forventningene om økt aktivitet og kortere ventetider for pasientbehandlingen vedvarte, men få helseforetak fikk penger til å faktisk klare å behandle flere.

### **Registrering av aktivitet**

Endringene i hvordan Den gylne regel nå ble håndhevet og praktisert, medførte at sykehusene begynte å endre hvordan aktiviteten ble registrert. I tillegg ble sengeposter nedlagt i enda større grad, og halvparten av midlene ble overført til somatikken. Samtidig ble det vist frem en aktivitetsøkning innen poliklinisk behandling som fikk den resterende halvparten av budsjettet til sengeposten.

Dermed sank budsjettandelen som psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fikk igjen. Dette skyldtes at målene som ble brukt for Den gylne regel, ikke var godt definert. Målene hadde heller ingen iboende mening innen psykisk helsevern.

Den gylne regel ble gjeninnført i 2014 av helseminister Bent Høie (H) med krav om økt kostnadsvekst, men den manglet effektiv oppfølging i seg selv. For tillitsvalgte kunne den være et godt verktøy for budsjettendringer. I årene etter at den ble gjeninnført, økte likevel pengebruken i somatikken fem ganger mer enn pengebruken i psykisk helsevern, selv om henvisningsmengden til psykisk helsevern stadig økte.

## **Pasientenes faktiske behov**

Erfaringene og problemene med Den gylne regel viser at det er helt avgjørende hvordan oppfølgingen av det første hovedmålet i statsbudsjettet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foregår.

Årets forslag til statsbudsjett legger til grunn at det sykehusene skal bli målt på, er hvorvidt det er samsvar mellom de behandlingsbehovene sykehusene har beregnet at folk vil ha behov for, og de faktiske behandlingstilbudene sykehusene har lagt til rette for. En nokså sirkulær vurdering, med andre ord. Pasientenes faktiske behandlingsbehov vil bli forbigått i disse vurderingene.

Modellen som i dag anvendes for framskrivning av behandlingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har blitt bedre etter de siste bearbeidingene. Modellen gjør et forsøk på å beregne hva som vil være behandlingsbehovene fremover. Den viser at det er behov for å øke behandlingsskapasiteten innen psykisk helsevern. Men det er fortsatt slik at modellen ikke gir et fullgodt bilde av de faktiske behovene. En stor utfordring er også at det ikke er gjort noe for å dekke opp for de akkumulerte tapene som følge av at budsjettene i en årrekke har vært basert på altfor lave framskrivningsbehov.

Et eksempel på et felt som ikke blir fremskrevet på en adekvat måte, er tilbudet til eldre innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Eldre har historisk sett i svært liten grad fått et tilbud innen psykisk helsevern. Budsjettet for hele psykisk helsevern blir dermed mindre når eldre som gruppe blir større blant totalmengden av pasienter. Det betyr at helseforetakene kan redusere antallet døgnplasser innen psykisk helsevern fordi det beregnede behovet er redusert. Eldre menn toppe selvmordsstatistikken i Norge. De eldre med psykiske lidelser kan ikke overlates til et allerede fullstendig forstrukket kommunetilbud. Det er eldrediskriminering at de eldre ikke skal få behandling for sine psykiske lidelser. Undersøkelser har vist at eldre ønsker og har nytte av samtalebehandling.

## **Alvorlig underdimensjonering**

Psykologforeningens medlemsundersøkelser har anslått at én av ti pasienter får for sjelden behandling til å ha effekt. Minst én av ti pasienter avsluttes før behandlingen er ferdigstilt.

Også Riksrevisjonens rapport om psykisk helse (Riksrevisjonen, 2021) viser at mange må vente lenge på hjelp, og at mange som trenger hjelp, ikke får det eller ikke får det etter gjeldende retningslinjer. Riksrevisjonen peker på at det er behov for sterkere styring og virkemidler for å få prioritert psykisk helsevern. Tjenesten er rett og slett underdimensjonert i forhold til behovet.

Underdimensjoneringen ble også bekreftet i arbeidet de regionale helseforetakene gjorde angående aktivitetsframskrivning, hvor tall fra Global Burden of Disease-studien fra 2021 ble hentet inn (IHME, 2024). Dette er tall som estimerer forekomst av psykiske lidelser i flere sykdomskategorier og ned på fylkesnivå. Tallene fra studien stemte godt overens med forekomststudier gjort i Norge fra før, og de regnes således som rimelig pålitelige. I arbeidet de regionale helseforetakene la ned, ble forekomsttallene sett opp mot hvor mange pasienter som mottar behandling, noe som avdekket et stort behandlingssgap for psykisk lidelser. Kun 21 % av de med angstlidelser, 25 % av de med depressive lidelser og kun 13 % av de med psykiske lidelser som skyldes alkoholbruk, er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Behandlingsgapet er særlig alvorlig fordi det er angst- og depresjonsdiagnoser som ligger til grunn for den gruppen uføre som øker mest, nemlig unge i alderen 25–30 år.

## **Kutt i budsjettene**

Dagens Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) foreslår et tilskudd på totalt 400 millioner kroner: 250 millioner til spesialisthelsetjenesten og 150 millioner til kommunehelsetjenesten for budsjettåret 2025. Forslaget må sees i sammenheng med kuttene som står for tur i sykehusene. Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) ved Oslo universitetssykehus (OUS) har fått krav om å kutte 110 millioner i budsjettet for 2025. Antagelig vil kravet om budsjettkutt i 2026 være tilsvarende sum, men foreløpig er det bare kjent at kravet er minimum 55 millioner. KPHA skal flytte inn i et nytt bygg for Avdeling forsterket behandling i 2026/2027, noe som vil gjøre at en regning på nye 110 millioner kroner slår inn. Det planlegges også for at klinikkens budsjett skal kuttes med ytterligere 202 millioner for å betale for nybygg på Aker. Klinikkenes budsjett skal med andre ord kuttes med nærmere 25 % i løpet av få år. Det er en skandale. Det er ikke bærekraftig. Det er uforenlig med kravet om økt pasientbehandling og kortere ventetider.

KPHA ved OUS er i en ekstrem situasjon, men det skal også kuttes innen psykisk helsevern ved mange andre sykehus. Eksempelvis skal Helse Møre og Romsdal kutte med 43 millioner, St. Olavs hospital med 41,5 millioner, og Vestre Viken med 70 millioner over to år.

### **Kun gode ord**

Med årets forslag til statsbudsjett og oppfølgingen som følger med, vil sykehusene kunne kutte flere sengeposter, så lenge de planlagte kuttene tilsynelatende står i stil med framskrivningen av behandlingsbehov – de beregnede behandlingsbehovene. På denne måten kan sykehusene innfri byggelånene og de høye IKT-kostnadene. Men pasientbehandlingen blir skadelidende. Finansieringen av sykehusbygg og IKT i Norge må endres. Eller så må sykehusbudsjettene økes slik at helseforetakene kan betale for ønskene om nye bygg med enerom til alle og nye IKT-systemer, uten denne dramatiske nedbyggingen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vi nå står foran i mange norske sykehus.

Endring må til – ellers blir årets gode ord i statsbudsjettet kun gode ord i en veldig lang rekke av gode ord om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som ikke fører til gode forhold for pasientene.

---

*Merknad.* Aanderaa er leder for Norsk psykologforenings lokalavdeling i Oslo

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 11, 2024, side 782-786*

#### **TEKST**

**Birgit Aanderaa**, Konserntillitsvalgt i Helse SørØst for Akademikerne, Foretakstillitsvalgt for Psykologforeningen ved Oslo universitetssykehus HF

KONTAKT: birgit.aanderaa@gmail.com

#### **ILLUSTRASJON**

**Hilde Thomsen**

+ Vis referanser

IHME (2024, 16. mai). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>

Prop. 1 S (2024–2025). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2025. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/6aa02b79155b44278bf5bf9e817fbfc5/no/pdfs/prp202420250001hodddpdfs.pdf>

Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>