

## Nefndarálit

### um tillögu til þingsályktunar um aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum fyrir árin 2023–2027.

Frá 1. minni hluta velferðarnefndar.

Fyrsti minni hluti fagnar því að ríkisstjórnin ætli að beita sér fyrir bættri geðheilsu landsmanna, en það skiptir máli hvernig það er gert svo að raunverulegum árangri verði náð. Aðgerðaáætlunin lítur vel út á blaði og inniheldur fögur fyrirheit sem óskandi væri að gætu orðið að veruleika. Hins vegar eru það vonbrigði að áætlunin er ekki fullfjármögnuð í fjármálaáætlun 2024–2028, sem er nú til meðferðar í þinginu, miðað við kostnaðarmat hennar og áætluð útgjöld til málaflokksins. Án fjármögnunar er ljóst að mörg markmið aðgerðaáætlunarinnar munu hvorki koma til framkvæmda né skila tilætluðum árangri. Eins virðist skorta skilning á því hversu áriðandi það er að bregðast við sem fyrst. Til dæmis eru einu áformin til að taka á manneklum að fjármagna kandiáætlað sálfræðinga, en sú aðgerð á ekki að koma til framkvæmda fyrr en árið 2026. Þess utan er ekki að finna önnur úrræði til að tryggja mönnun fyrir þau viðamiklu markmið sem að er stefnt. Þá er einnig óljóst hvernig batamiðuð nálgun eigi að virka í framkvæmd þegar áhrif ýmissa annarra samfélagslegra þátta virðast ekki hafa verið skoðuð í þessu samhengi til hlítar.

#### Aðdragandi.

Undanfarin ár hefur verið ákall eftir umbótum í geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi, sérstaklega í kjölfar samfélagslegra áhrifa COVID-19-faraldursins. Geðheilbrigðiskerfið er flókið, óaðgengilegt og biðlistar langir. Ekki er starfrækt sólarhringsbráðamóttaka sérstaklega á sviði geðheilbrigðisþjónustu, heldur þurfa andlega veikir einstaklingar að leita á sömu yfirfullu bráðamóttöku og þau sem verða fyrir slysi eða kenna sér annarra líkamlegra meina utan hefðbundins skrifstofutíma. 30. júní 2020 voru samþykkt lög nr. 93/2020 með öllum greiddum atkvæðum á Alþingi, en frumvarpið hafði það að markmiði að fella almenna sálfræðiþjónustu og önnur klínísk viðtalsúrræði undir greiðsluþáttökukerfi Sjúkratrygginga Íslands og að sú þjónusta yrði þannig veitt á sömu forsendum og önnur heilbrigðisþjónusta. Verkefnið hefur enn ekki verið fjármagnað að fullu. Á sama tíma og heilsugæslur landsins eru að bugast undan álagi og biðlistar eftir einföldu viðtali hjá heimilislækni eru margir mánuðir er ætlast til þess að fagaðilar á heilsugæslunum létti álagið á geðheilbrigðisþjónustu sem ekki fæst hjá sálfræðingum eða geðlæknum. Geðdeildir Landspítala og BUGL anna ekki álagi. Afleiðingarnar geta verið allt frá lakari lífsgæðum einstaklinga og yfir í þær alvarlegustu þegar fólk sér enga aðra leið færa en að taka eigið líf. Því er um að ræða grafalvarlegt mál sem er mjög brýnt að leysa sem fyrst til hagsbóta fyrir fólkið í landinu

#### Batamiðuð nálgun.

Hugmyndafræði batamiðaðrar nálgunar byggist á mikilvægi utanaðkomandi þátta á geðheilsu einstaklinga, hvernig andleg heilsa mótast af streitu og áföllum. Það er ólíkt þeirri ríkj-

andi nálgun í íslenska geðheilbrigðiskerfinu að sjúkdómsvæða andleg veikindi með áherslu á lyfjanotkun. Batamiðuð nálgun snýst um að valdefla einstaklinginn, sníða meðferðina að honum en ekki öfugt og leyfa honum að ráða för. Grundvallaratriði þessarar nálgunar er að einstaklingurinn velji sér sjálfur úrræði eftir því sem hentar honum, með aðstoð fagaðila sem styðja og veita ráðgjöf. Andlegar áskoranir geta verið eðlilegar afleiðingar af óeðlilegum aðstæðum, svo sem áföllum, ofbeldi, einelti, mismunun, jaðarsetningu o.fl. Í slíkum tilfellum er rót vandans ekki hjá einstaklingnum sjálfum, heldur í ytri aðstæðum, og spornar lyfjanotkun því að takmörkuðu leyti við vanlíðan eða andlegum áskorunum. Vissulega eru tilvik þar sem lyfjanotkun getur gert gagn eða jafnvel verið nauðsynleg, en það er mismunandi hvað hentar hverjum og einum og nauðsynlegt að fjölbreytt úrræði séu í boði. Því er ekki nóg að talað sé um batamiðuð nálgun heldur þarf að fylgja þeim orðum eftir í verki.

Geðlyfjanotkun er töluvert meiri á Íslandi en í OECD-rikinum. Árið 2018 notuðu 141,4 einstaklingar þunglyndislyf á hverja 1000 íbúa. Til samanburðar var næsta land á eftir Kanada með 110 einstaklinga á hverja 1000 íbúa. Notkunin eykst enn jafnt og þétt á Íslandi, en árið 2021 fengu 162,5 einstaklingar á hverja 1000 íbúa afgreidd þunglyndislyf. Kannanir benda hins vegar til þess að algengi þunglyndis á Íslandi sé 3,8–4,8%, sem er sambærilegt við hin Norðurlöndin. Geðheilbrigðiskerfið á Íslandi virðist því standa hallari fæti en geðheilbrigðiskerfi á Norðurlöndunum og er verr í stakk búið til þess að takast á við geðrænar áskoranir. Heilbrigðiskerfið í heild á Íslandi hefur glímt við mikla manneklu undanfarin ár og ekki síst í kjölfar COVID-19-faraldursins. Samkvæmt greinargerð með tillögu heilbrigðisráðherra um aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum kemur fram að hlutfallslega er minna fé varið í geðheilbrigðismál á Íslandi en í nágrannalöndunum. Það gefur auga leið að þegar mannauð skortir þá eru fá önnur úrræði í boði en ávísanir lyfja. Það er nauðsynlegt að sporna við þessari þróun með hagsmuni sjúklinga að leiðarljósi. Kerfið þarf að taka mið af þörfum einstaklingsins en ekki þörfum kerfisins, annars er borin von að það skili einhverjum árangri fyrir fólkið sjálft.

### **Mönnun og fjármögnun.**

Mannekla leiðir til skorts á aðgengi að þjónustu, en flest sem þurft hafa að leita á heilsugæslu undanfarin ár hafa rekið sig á langa biðlista.

Við slíkar aðstæður er tilhneiging til að sinna aðeins þeim sem glíma við hvað bráðastan vanda og andleg veikindi eru neðarlega á forgangslistanum. Þetta er vandi sem vindur upp á sig, því ef ekki er hægt að tækla andleg veikindi á byrjunarstigi er hætt á að þau versni, sjúklingum fjölgi og fjöldi þeirra sem glíma við erfiðari veikindi fari hækkandi. Þegar öllu er á botninn hvolft er því í raun verið að fresta vandamálunum til síðari tíma, sem eykur enn á kostnað og verður þá enn erfiðara að leysa þann vanda sem við stöndum frammi fyrir. Því er nauðsynlegt að efla aðgengi notenda að þjónustu þegar hennar er þörf.

Þrátt fyrir mikla umræðu undanfarin ár um manneklu í heilbrigðiskerfinu er aðeins að finna eitt markmið í aðgerðaáætluninni um fjölgun starfsfólks, og það er að fjármagna kandiðatsár sálfræðinga frá árinu 2026, eftir þrjú ár. Hvernig mæta eigi auknum kröfum um aukið aðgengi að þjónustu, stærri geðteymi og batamiðuð nálgun er ráðgáta ef mönnun er ekki tryggð. Fyrsti minni hluti hefur af þessu töluverðar áhyggjur, en reynslan sýnir að áætlunum þessarar ríkisstjórnar í geðheilbrigðismálum fylgir ekki alltaf fjármagn svo þær geti komið til framkvæmda. Má þá t.d. nefna niðurgreiðslu sálfræðiþjónustu, sem enn er ekki fullfjármögnuð, og aðgerðaáætlun til að fækka sjálfsvígum. Fjórum árum eftir að sú síðarnefnda var lögð fram var enn stærstur hluti hennar í biðstöðu eða ekki enn kominn til framkvæmda. Telur embætti landlæknis brýna þörf á að tryggja henni fulla fjármögnun.

Þá veður 1. minni hluti athygli á því að ekki virðist gert ráð fyrir fullri fjármögnun aðgerðaáætlunar í geðheilbrigðismálum í fjármálaáætlun ríkisstjórnarinnar fyrir árin 2024–2028, þrátt fyrir að ítarlegt kostnaðarmat liggja fyrir. Sem dæmi má nefna að samkvæmt kostnaðarmati aðgerðaáætlunar í geðheilbrigðismálum er gert ráð fyrir 150 millj. kr. árið 2026 í lið 4.A.3, um eflingu gagnreyndrar heilbrigðisþjónustu í nærumhverfi vegna vægs til miðlungs alvarlegs geðræns vanda, og 360 millj. kr. árin 2027 og 2028. Í umsögn embættis landlæknis er enn fremur bent á að tryggja þurfi embættinu nægilegt fjármagn til að geta sinnt eftirlitshlutverki sínu með geðheilbrigðisþjónustu. Fjármálaáætlun ríkisstjórnarinnar fyrir árin 2024–2028 endurspeglar ekki þá kostnaðarþörf, en það á aðeins að veita 100 millj. kr. í geðheilbrigðisstefnu innan heilsugæslunnar árin 2024 og 2025, og ekkert fjármagn er eynamerkt fyrir árin 2026–2028.

### **Horft til framtíðar.**

Félagslegir þættir og lífsaðstæður hafa veruleg áhrif á geðheilbrigði. Á þetta hefur verið bent af embætti landlæknis, samtökum notenda og fleiri sérfræðingum á þessu sviði. Vandamálín byrja í mörgum tilvikum þegar við fyrstu skref lífsins. Mörg hafa ekki tækifæri á streitulausri meðgöngu og ekki tíma til að móta djúp tengsl við börnin sín, hvað þá við aðra fjölskyldumeðlimi eða vini. Hraðinn í samfélaginu verður til þess að tíma og tækifæri skortir til sjálfsskoðunar og sjálfsræktar, erfitt reynist fyrir almenning og sérfræðinga að kynna sér flókin mál og þá er tilhneiging til að sækja í skyndilausnir. Læknar hafa ekki tíma til að kynnast skjólstæðingum sínum né áfallasögu þeirra. Vegna manneklu innan heilbrigðiskerfisins, álags og tímaskorts verður nánast ómögulegt að ráðast að rót vandans og er þannig frekar leitað til lyfjamiðaðra skyndilausna. Í því samhengi er kannski ekki skrítið að fólk sæki í skyndilausnir alls ótengdar heilbrigðiskerfinu, vímuefni af ýmsu tagi, til að deyfa erfiðleikana þegar engin önnur lausn er í sjónmáli.

Orsakir andlegra áskorana eru oft vegna utanaðkomandi þátta og það þarf batamiðaða samfélagslega nálgun, virkari forvarnir, aðgerðir gegn fordómum og jaðarsetningu, bæði innan og utan kerfis, og tryggja að grunnþarfir íbúa í landinu séu uppfylltar. Til að tækla þessi atriði þarf grunnþjónusta að vera til staðar og öflugt upplýsingaflæði til almennings, á tungumáli sem notendur skilja, um hvar megi sækja þjónustuna og tryggja aðgengi að henni. Það þarf að vinna að streitulausara samfélagi, að fólk geti lifað af laununum sínum og hafi meiri frítíma fyrir samveru með fjölskyldu og vinum og til að sinna hugðarefnum. Vinnumarkað og hagkerfi þarf að aðlaga að þörfum fólksins í landinu, að þörfum barna, en ekki öfugt. Félagsmál og heilbrigðismál eru tvær hliðar á sama peningi. Við náum ekki utan um þær áskoranir sem bíða okkar sem samfélag á meðan þessir tveir málaflokkar vinna ekki í takt. Að taka þessa málaflokka í sundur eins og nú er gert rímar ekki við nútímaþekkingu og nauðsynlega nálgun til að tryggja heilbrigði þjóðar til framtíðar.

Alþingi, 30. maí 2023.

Halldóra Mogensen.