

Til:

- Helse- og omsorgsdepartementet



Oslo, 22. mai 2019  
Ref.: 111/19/AC/ph

## NOU 2018:16 Det viktigste først

### *Overordnet vurdering*

- Dersom man skal innføre prioriteringskriterier i kommunale helse- og omsorgstjenester, støtter vi de foreslåtte prioriteringskriteriene.
- Innføring av de foreslåtte prioriteringskriteriene forutsetter at en rekke forhold er på plass:
  - et tilstrekkelig datagrunnlag å ta beslutninger som ivaretar befolkningens psykiske helsebehov utvikles.
  - høy kompetanse på psykisk helse og psykisk sykdom i alle kommuner.
  - systemer for å sikre finansiering av tjenester som skal ivareta befolkningens behov for psykisk helsehjelp.
- Helsefremming og forebygging må ikke prioriteres ned som følge av alvorlighetskriteriet.
- Det må gjøres vurderinger av sammenhengen mellom og konsekvenser av prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester og øvrige kommunale tjenester.
- En eventuell implementering av prioriteringskriterier i kommunale helse- og omsorgstjenester må evalueres:
  - Sikrer de bedre prioritering av psykisk helsehjelp?
  - Ivaretar de helsefremming og forebygging?
  - Hvilke konsekvenser har de for øvrige kommunale tjenester?

### *Utdypning*

- 1) Norsk psykologforening støtter de tre prinsippene for prioritering i spesialisthelsetjenesten. Dersom det innføres prioriteringskriterier i kommunale helse- og omsorgstjenester, bør disse være i samsvar med kriteriene i spesialisthelsetjenesten slik at man har det samme prinsipielle grunnlaget å samarbeide ut fra når det gjelder prioriteringer både på individ og gruppenivå. Sammenhengen og samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er av vesentlig betydning for at befolkningen får ivare tatt sitt behov for nødvendig helsehjelp. Da er det nødvendig å ha mest mulig lik forståelse for grunnlagsvurderinger i utvikling av tjenester. Tilleggsdimensjonen «mestring» vil kanskje ivareta det brede ansvaret kommunen har, men dette bør evalueres særskilt.

Ved en eventuell innføring av prioriteringskriterier bør flere forhold tas hensyn til. Dette gjelder særlig på administrativt og politisk nivå med tanke på befolkningens behov knyttet til rus og psykisk helse:

- 2) Prioriteringskriteriene må sikre forebygging og tidlig intervensjon (se vedlagt innspill til Blankholmutvalget 13.04.18). Det er alltid en fare for at alvorlighetskriteriet trumfer prioriteringer på bekostning av forebygging, tidlig intervensjon og hjelp før symptomer har utviklet seg til alvorligere tilstander. I kapittel 15 om anvendelse av kriteriene kommenteres ikke prioritering av forebygging (Jfr. Helse- og omsorgstjenestelovens § 3.3). Støttesystemer og veiledere knyttet til praktisering av prioriteringskriterier vil derfor være viktige for å ivareta det bredere samfunnsoppdraget til kommunale helse- og omsorgstjenester der prioritering av forebyggende innsats- i helse- og omsorgstjenestene på gruppe og systemnivå beskrives.
- 3) Utvalget peker på kunnskaps- og statistikkilder som kommunene kan ta i bruk, for eksempel folkehelseindikatorer, Kostrastatistikk, Ungdata og KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister). Disse statistikkssystemene er utilstrekkelige for å fange opp hele befolkningens behov for psykisk helsehjelp. De må videreutvikles for å kunne danne et godt grunnlag for prioriteringer knyttet til psykisk helse og rus. Fra 2020 vil psykologers kompetanse være lovpålagt i kommunale helse- og omsorgstjenester. Psykologene skal levere både nødvendig psykisk helsehjelp med lav terskel og styrke forebygging og helsefremming. *«psykolog lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven» (Prop. 71 L (2016–2017)).* Det finnes ikke systematisk registrering og rapportering av den aktiviteten psykologer bidrar med som sikrer et prioriteringsgrunnlag knyttet til psykisk helsebehovene i kommunen. Dette grunnlaget må utvikles fremover. Hvis ikke risikerer vi systematisk nedprioritering av disse behovene. Se også vedlagte ubesvarte henvendelse fra Norsk psykologforening til Helsedirektoratet fra 10. januar i år.
- 4) For de kommunale helse- og omsorgstjenestene finnes det i dag begrenset med kunnskap om effekten av tiltak (se omtale kapittel 11.3). Dette gjelder ikke minst kommunale psykisk helse- og rustjenester og helsefremmende psykiske helsetiltak. Vi viser her blant annet til hele begrunnelsen for og formålet med program for folkehelse (2017-2027). Der er systematisk evaluering og forskning på effekt av forebyggings- og folkehelsetiltak for psykisk helse er satt i system. Denne innsatsen må videreutvikles og styrkes slik at grunnlaget for prioriteringer på sikt blir solid faglig og kunnskapsbasert. Det er viktig å ha høy kompetanse i kommunen om hva som er virksom psykisk helsehjelp. Psykologer har gode forutsetninger for å bidrakommunalt, men det er fremdeles uklart når denne kompetansen vil være tilgjengelig i alle kommuner.
- 5) Livskvalitet og et ressursorientert fokus er svært viktig både i forebyggende helsearbeid og i arbeidet med å understøtte mestring av liv og sykdom. I det videre bør det vurderes på hvilken måte data om livskvalitet kan inngå i beslutningsgrunnlaget for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, (jfr. for eksempel oppfølging av Gode liv i Norge).
- 6) Prioriteringer i helse- og omsorgssektoren og andre sektorer med hjelpetjenester (for eksempel barnevern og PP-tjenesten) påvirker hverandre gjensidig. For eksempel vil behovet for psykisk helsehjelp hos barn og unge kunne øke hvis kommunens arbeid med psykososialt miljø i barnehager og skoler ikke lykkes.. Beslutninger om tiltaks- og tjenesteprioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester må derfor basere seg på helhetlige vurderinger ut over det man kjenner til av effektivitet og virksomme tiltak i helsetjenestene alene. Dette er omtalt men ikke utredet eller vurdert grundig av utvalget. Vi forutsetter at denne typen

helhetlige vurderinger tas hensyn til når støttesystemer og veiledere utvikles for prioriteringer.

- 7) Blankholmutvalget peker på MCDA (Multi Criteria Decision Analysis) som en metode for å foreta prioriteringsbeslutninger på administrativt og politisk nivå. Dette er et bedre metodisk system enn QALY, men det er viktig å eksplisitt inkorporere psykososiale vurderinger (f.eks. *sosiale relasjoner og deltagelse, livsglede og motstandskraft*).
- 8) Det bør sees nærmere på insentivstrukturen i finansieringssystemene for kommunale helse- og omsorgstjenester. Eksempelvis er den allmenmedisinske tjenesten (fastlegene) og fysioterapitjenesten både statlig, kommunalt og egenandelsfinansiert, mens kommunene må ta hele regningen for psykologisk behandling fra 2020 (frem til 2020 mottar kommunene statlige tilskudd ved ansettelse av psykologer). Psykologisk utredning og behandling vil være riktig prioritering i mange tilfeller, men på administrativt og politisk nivå mangler de økonomiske insentivene for å faktisk tilby dette fra 2020. En innføring av prioriteringskriterier i kommunale helse- og omsorgstjenester aktualiserer behov for en utredning av fremtidig finansiering av kommunal psykisk helsehjelp.

### Konklusjon

Innføring av prioriteringskriterier i kommunale helse- og omsorgstjenester må ivareta befolkningens behov for psykisk helsehjelp og en styrket forebyggende innsats. Det forutsetter systemer og kunnskapsgrunnlag for informerte prioriteringer knyttet til psykisk helse. Dette er ikke tilstrekkelig utviklet i dag.

Med vennlig hilsen  
Norsk psykologforening



Tor Levin Hofgaard  
President