

 NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID		NOTAT	
		TITTEL: Høringsuttalelse NOU 2018:16 Det viktigste først	
Postadresse:	NTNU Samfunnsforskning AS Dragvoll allé 38 7491 Trondheim	FORFATTER(E): Kjetil Orrem og Trond Hatling	
Besøksadresse:	Statens Hus Prinsens gate 1 7013 Trondheim	GODKJENT AV: Ellen Hoxmark	
Telefon:	48 14 54 34	DATO: 21.05.2019	
E-post:	kontakt@napha.no	ANTALL SIDER:	Ref.nr.:
Web:	www.napha.no	6	51/2019

Det vises til brev av 21. februar 2019 der vi blir invitert til å gi en høringsuttalelse vedrørende NOU 2018:16 Det viktigste først.

NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet med å bidra til kunnskapsbasert utvikling av psykisk helse- og rustjenestene i kommunene.

Vi har med interesse lest NOU 2018:16, og vil berømme utvalget for grundig og innsiktsfullt arbeid. Vi har konsentrert våre innspill rundt de tre problemstillingene det ble bedt om en vurdering av:

1. Om prioriteringskriterier i helse- og omsorgssektoren slik utvalget legger det frem, er et egnet virkemiddel for å sikre likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester.

a. Det er uklart i hvilken grad kriteriene vil bidra til mer likeverdige tjenester.

NAPHAs vurdering er at det i utgangspunktet er fornuftig å formulere prioriteringskriterier for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at dette kan være et av flere virkemidler for å sikre mer likeverdige tjenester. Samtidig vil ikke nødvendigvis de ulike kommunenes ressurser – og dermed forutsetninger for å komme brukernes behov i møte – bli likere av at det innføres prioriteringskriterier. Man bør derfor ikke overvurdere effekten av et slikt tiltak.

b. Det bør heller utarbeides lokale prioriteringskriterier.

Med bakgrunn i ulikhet i tilgjengelige ressurser, geografiske forutsetninger og utfordringer, tilgang på bistand fra spesialisthelsetjeneste m.m., kan man også spørre seg om det er fornuftig å utarbeide *nasjonale* retningslinjer, som skal gjelde for alle kommuner. Utvalget påpeker selv (s. 61) at «I kommuner med lang avstand til spesialisthelsetjenesten, gjerne med behov for flere transportmidler, må de kommunale helse- og omsorgstjenestene ta mye av ansvaret selv – et ansvar som mange andre steder tillegger spesialisthelsetjenesten. Dette krever at de som jobber i tjenesten, har bred og god kompetanse.» Dette er en velkjent utfordring, og dessverre er det ofte også de samme kommunene som sliter mest med å rekruttere tilstrekkelig kompetanse. Da sier det seg selv at det blir vanskelig for dem å jobbe etter de samme

prioriteringskriteriene som kommuner med helt andre forutsetninger. **NAPHA mener** man i stedet burde utarbeide en veiledning, som kan ligge til grunn for utarbeidelse av lokale prioriteringskriterier. Disse kriteriene bør så utarbeides i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (jf. utredningens kap. 12).

c. Utredningen synes å ignorere sentrale deler av kommunens ansvar og oppgaver.

Utvalgets arbeid ser i stor grad ut til å ta utgangspunkt i det vi oppfatter som en skjev, og dels uriktig, framstilling av oppgavene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette illustreres godt ved tabell 10.1 på side 77 i utredningen: Her ser det ut som kommunen kun har ansvar for langvarig oppfølging av brukere med vedvarende, tunge utfordringer. Lovverket understreker at kommunene også har et behandlingsansvar, og veiledere som «Sammen om mestring» tillegger sågar kommunene hoved-/eneansvar for psykiske plager som forventes å være «milde og kortvarige» (forløp 1). At utvalget i stor grad virker å se bort fra denne delen av kommunenes ansvar, virker å legge føringer som bidrar til flere av de manglene vi påpeker under høringsbrevets pkt. 2

2. Om de foreslåtte kriteriene og prinsippene for prioritering er egnet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester på hhv. faglig, administrativt og politisk nivå.

a. NAPHA mener det er en fare for at kommunenes ansvar for forebygging, helsefremming og oppfølging av lettere psykiske lidelser vil bli ned- eller bortprioritert som følge av de formulerte prioriteringskriteriene.

Blant hovedintensjonene med både Samhandlingsreformen, og Opptappingsplanen for psykisk helse, var å sørge for at man kom tidligere inn i (potensielle) sykdomsforløp, samt å overføre en større del av ansvaret for tidlig intervensjon og oppfølging av lettere psykiske lidelser (forløp 1) til kommunale helse- og omsorgstjenester. Hvis de underlegges de samme prioriteringskriteriene som gjelder for spesialisthelsetjenesten, kan det bli vanskelig for kommunene å argumentere for at det skal brukes ressurser på forebygging og helsefremming, samt lavterskeltilbud til brukere med lettere og/eller begynnende psykiske plager. Dette er uheldig, da vi vet at tidlig innsats er et viktig tiltak, som på sikt kan føre til en betydelig mindre belastning, både sosioøkonomisk og for de enkelte brukerne. Utvalget argumenterer bl.a. for at behovet for forebygging er ivarettatt ved at man har lagt til et kriterium om graden av fysisk, psykisk og sosial mestring, og at man her bør inkludere «potensielt tap», dersom det ikke settes inn forebyggende tiltak. Prioriteringskriteriene, slik de er formulert nå, er imidlertid altfor utydelige på dette punktet, og legger ikke til rette for at kommunene skal drive forebyggende og/eller helsefremmende arbeid. Slik kriteriene er formulert, er det nærliggende å tro at kommunene heller vil bruke enda mer ressurser på de «tyngste» brukerne (forløp 3), som resultat av alvorlighetskriteriet. Den årlige rapporteringen fra SINTEF (Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018) viser at kommunene allerede i dag bruker rundt 90 % av ressursene innen psykisk helse- og rustjenestene på denne brukergruppen. Det er selvfølgelig helt avgjørende at brukerne med de største belastningene mottar den hjelpen og de tjenestene de har behov for. Men det er liten grunn til å tro at det er mye å hente på å sette inne enda mer ressurser overfor denne gruppen – da er det viktigere at ressursene brukes på riktig måte.

b. Oppfølging av forløp 1 krever lett tilgjengelige, helst vedtaksfrie tjenester. Vi kan ikke se at det er tatt høyde for dette i utredningen.

Utredningen peker flere steder på «vedtaksbaserte kommunale tjenester», og det er uklart i hvilken grad det er tatt høyde for at kommunene faktisk yter vedtaksfrie tjenester – også utover fastlege- og helsesykepleiertjenester. Kommunene er bl.a. forpliktet til å yte behandling, og har altså et særskilt ansvar for forløp 1, plager som er forventet å være milde og kortvarige. Behandling som avtales direkte mellom helsepersonell og bruker, er blant tilbudene som ikke krever enkeltvedtak (Se *Veileder for saksbehandling*, Helsedirektoratet, 2016). Tjenester som i større grad jobber vedtaksfritt og uten behov for henvisning (jf. f.eks. Stangehjelpe) har kapasitet til å nå flere brukere, og er en dreining som har fått bred politisk støtte de siste årene –

bl.a. fra helseministeren. Det har også vært en tung, økonomisk satsing på tjenester som Rask psykisk helsehjelp, som tilbyr ulike typer behandling og psykoedukasjon uten vedtak og behov for henvisning. Denne typen tjenester kan by på noen utfordringer, bl.a. i samarbeidet med fastlegene, som ønsker å holde oversikt over hvilke tjenester deres brukere mottar. Men det bør likevel legges til rette for opprettelse og videreføring av slike tjenester, for å gi mulighet til å nå stadig en større del av målgruppen, på et tidligst mulig tidspunkt – så får man heller jobbe videre med hvordan dette skal ta høyde for fastlegenes koordineringsansvar. Vi kan ikke se at utredningen og prioriteringskriteriene tar høyde for, eller tilrettelegger for, denne typen tjenester. Det er uheldig, og altså ikke i tråd med den ønskede dreiningen av helsepolitikken, slik det skisseres i bl.a. Sammen om mestring og Samhandlingsreformen.

c. Begrenset kunnskap om nytten av kommunale tiltak, kan bidra til at alvorlighetskriteriet i for stor grad blir førende. Behovet for økt bruker- og erfaringskunnskap, og hvordan dette skal integreres i prioriteringsarbeidet, bør tydeliggjøres.

Utvalget peker flere steder på at det er et manglende kunnskapsgrunnlag for kommunale helsetiltak, i større grad enn det som er tilfelle i spesialisthelsetjenesten. Dette medfører utvilsomt riktighet, også innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Vi støtter derfor oppunder utvalgets ønske om mer omfattende forskning på effekten av kommunale tiltak. Utvalget peker også på at det skal være et tredelt kunnskapsgrunnlag – hhv. brukerkunnskap og erfaringskunnskap, i tillegg til forskningskunnskapen. Vi ser imidlertid få indikasjoner på hvordan man ser for seg at bruker- og erfaringskunnskapen skal innhentes, implementeres og knyttes opp mot prioriteringsarbeidet – utover det å involvere brukere og pårørende i beslutninger på individnivå. Bruker- og erfaringskunnskap bør være tungtveiende faktorer i videreutvikling av landets helsetjenester, og dette bør komme tydelig fram også i føringer for kommunenes prioriteringer. Videre bør kriteriene reflektere behovet for videre utprøving og kreativitet i utformingen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Dersom det er et krav at nytten av tiltak skal være grundig dokumentert, før nyttekriteriet anses å være innfridd, risikerer man at alvorlighetskriteriet i praksis blir styrende for hvem som mottar tjenester i kommunene. Dermed styrkes vår bekymring for manglende tjenester på forebyggings- og helsefremmingsnivå, samt manglende tilbud til brukere i forløp 1, og at man i stedet vil bruke enda større del av ressursene på brukere i forløp 3. Vi støtter altså oppunder ønsket om sterkere bruker-, erfarings- og forskningsgrunnlag for å vurdere den faktiske nytten av tiltak på alle nivåer, men inntil dette er på plass, bør det legges til rette for større bruk av skjønn i vurderingen av et tiltaks nytteverdi.

d. Kommunene er laveste tiltaksnivå. De som ikke får hjelp der, får ikke andre tilbud.

Dette er en overordnet, grunnleggende bekymring, på bakgrunn av de tidligere nevnte punktene. Ved å innføre de samme prioriteringskriteriene som gjelder for spesialisthelsetjenesten, og potensielt tillegge alvorlighetskriteriet enda større vekt enn i dag, risikerer man at store brukergrupper i praksis blir stående uten tilbud. Selv om kommunene selvsagt skal prioritere de som har størst behov for tjenester, kan man ikke legge til rette for en tjeneste der grupper med relativt lavt symptom- og behovstrykk opplever å bli avvist også på kommunalt nivå. Det bør være et grunnleggende prinsipp at kommunale tjenester har lav terskel, og at man ideelt sett skal ha et tilbud til alle som har behov for det. Noe av hovedidéen bak opptrappingsplanen var lett tilgjengelige tjenester, i nærheten av der folk bor. NAPHA kan ikke se at dette ivaretas av de foreliggende kriteriene.

e. De ovennevnte bekymringene gjelder for både politisk, administrativt og faglig nivå.

NAPHA er bekymret for at forebyggende og helsefremmende tiltak, samt lavterskeltilbud til forløp 1, kan bli ned- og bortprioritert på politisk og administrativt nivå, samt at enkeltbrukere med behov for denne type tiltak kan bli avvist, dersom de foreliggende prioriteringskriteriene blir gjeldende, uten modifiseringer – jf. pkt. a.–d.

3. Om virkemidlene som foreslås i innstillingen er egnet til å støtte opp om prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

a. Juridiske virkemidler

Utvalget foreslår en forskrift for å regulere de kommunale prioriteringene, og da i tråd med prioriteringskriteriene utvalget foreslår.

NAPHA deler utvalgets ønske om likeverdige prioriteringer, uavhengig av hvor man bor. Samtidig er det flere grunner til at vi mener det er alt for tidlig å forskriftsfeste prioriteringskriterier, og viser her til begrunnelsene over når det gjelder de grunnleggende svakhetene ved utvalgets forslag:

- Det er uklart i hvilken grad kriteriene vil bidra til mer likeverdige tjenester, særlig grunnet ulikhet i kommunale ressurser.
- Framfor nasjonale prioriteringskriterier bør en heller få styrket veiledning i etablering av lokale prioriteringer, i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Utredningen synes å ignorere sentrale deler av kommunens oppgaver og ansvar, blant annet behandlingsansvaret og personer med plager som forventes å være «milde og kortvarige».
- Det er en fare for at kommunenes ansvar for forebygging, helsefremming og oppfølging av lettere psykiske lidelser vil bli ned- eller bortprioritert som følge av de formulerte prioriteringskriteriene.
- Vi kan ikke se at det er tatt høyde for at oppfølging av forløp 1 krever lett tilgjengelige, helst vedtaksfrie tjenester.
- Begrenset kunnskap om nytten av kommunale tiltak, kan bidra til at alvorlighetskriteriet i for stor grad blir førende. Det må tydeliggjøres hvordan bruker- og erfaringskunnskap skal brukes i prioriteringsarbeidet.
- Kommunene er laveste tiltaksnivå. De som ikke får hjelp der, får ikke andre tilbud.

NAPHA anbefaler at man lar veiledningen virke over noen år, og at dette underlegges følgeforskning for å se hvilke effekter innføring av denne har for prioritering av den samlede tjenesteyting.

b. Økonomiske virkemidler

Utvalget foreslår å gjennomgå dagens finansieringsmodeller, og se på hvilken måte disse påvirker prioriteringsbeslutningene i helse- og omsorgstjenestene. Her listes det opp en rekke tema som bør omfattes av en slik gjennomgang, inkludert bruk av egenandeler som virkemiddel.

NAPHA støtter utvalgets forslag om en slik bred gjennomgang.

Vi merker oss samtidig at utvalget gjennomgående argumenterer for en kunnskapsbasert praksis, men at en i drøftingen av øremerkede tilskuddsordninger gjør et eklatant brudd med dette prinsippet; mens det vises til Riksrevisjonens positive evaluering av øremerkede tilskudd, er resten av avsnittet en ideologisk argumentasjon for kommunal autonomi gjennom rammefinansiering.

Med bakgrunn i erfaringene fra Opptappingsplanen for psykisk helse, som også understøttes av Riksrevisjonens evaluering av øremerkede tilskuddsordninger, er NAPHA mer positive til bruk av øremerkede midler enn utvalgets flertall. Slik øremerking er etter vår vurdering også ønskelig som virkemiddel i styring av kommunale prioriteringer innen helse- og omsorgstjenestene. Det er samtidig viktig med kunnskapsoppbygging omkring både tilsiktede og ikke-tilsiktede konsekvenser av slike tilskudd, jf. over om en gjennomgang av dagens finansieringsmodeller.

c. Pedagogiske virkemidler

Utvalget foreslår at det utvikles nasjonale veiledere for tildeling av vedtaksbaserte kommunale tjenester. Samtidig påpeker utvalget at man må være oppmerksom på at rådene i retningslinjer og veiledere blant annet må basere seg på kunnskap om effekten av tiltak.

Slik NAPHA kjenner kunnskapsstatus innen det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne, vil det være meget krevende å basere slike retningslinjer og veiledere på forskningsbasert kunnskap, jf. også utvalgets påpekning av kunnskapsstatus. Slik Helsedirektoratet nå definerer kravene til veiledere og retningslinjer, vil det ikke være mulig innen vårt fagområde i overskuelig tid.

NAPHA mener derfor at en mer farbar vei er å understøtte kommunene i arbeidet med å innføre feedbackverktøy som KOR/FIT, jf. også kravet om innføring av slike feedbackverktøy som del av pakkeforløpene i psykisk helsevern. Slik kan man få kontinuerlig og systematisk tilbakemelding fra brukerne på om tilbudet de mottar bidrar til at de får et bedre liv, samtidig som tilbakemeldingsverktøy kan brukes i videreutvikling av tjenestene.

Utvalget støtter Riksrevisjonens forslag om at henvisningsregistreringen i NPR bedres. NAPHA har i et pågående forskningsprosjekt om tvungent psykisk helsevern fått dokumentert at disse henvisningsdata ikke er anvendelige. NAPHA støtter derfor Riksrevisjonen og utvalget i at henvisningsdata i NPR må bedres, slik at de faktisk kan brukes på kommunalt nivå for blant annet å følge egen praksis.

d. Kunnskap, kompetansemiljø og ledelse for riktigere prioritering

Utvalget viser generelt til den svake forskningsinnsatsen på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, den store skjevheten i helseforskning i favør spesialisthelsetjenesten, samt til svak kommunal egenfinansiering av forskning på disse tjenestene. Slik NAPHA kjenner kunnskapsfeltet er dette også bildet innen tjenestetilbudet til voksne med psykiske lidelser.

NAPHA støtter derfor utvalgets påpekning av nødvendigheten av å fortsette arbeidet med å styrke forskningen på tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. også sluttrapport fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). Når kommunene i så stor grad er tjenesteleverandører, og i langt mindre grad FOU-leverandører, mener vi det må øremerkes midler til å styrke kommunenes egenfinansierte forskning. Uten øremerking frykter vi at betydelige midler rettet mot FOU vil bli anvendt til tjenesteytelser.

Utvalget anbefaler at KPR får en innretning som gjør at kommunene kan bruke det i sitt arbeid med å gjøre prioriteringer i tråd med foreslåtte prinsipper for prioritering. Vi vil her føye til at KPR slik vi så langt har erfart det i liten grad omfatter tilbudet til voksne med psykiske helseutfordringer.

NAPHA mener at KPR bør innrettes slik at det kan brukes til kommunale prioriteringer, også på området psykiske helseutfordringer, uavhengig av om de foreslåtte prioriteringskriteriene blir innført eller ikke.

Utvalget foreslår videre at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene kan støtte seg på i praktisk prioriteringsarbeid. Utvalget forholder seg ikke til at det allerede er et stort mangfold av kompetansesentra rettet mot ulike deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De undervurderer derfor etter vår vurdering kompleksiteten i å bygge opp et kompetansemiljø, slik at det både er faglig sterkt og er kjent av aktuelle kommunale aktører. Det er også ulike kontekster og faglige perspektiver mellom ulike sykdoms- og tjenestegrupper. Et evt. kompetansemiljø for kommunal prioritering må derfor ha kompetanse på en rekke kontekster og faglige perspektiver.

NAPHA mener derfor at et evt. slikt kompetansemiljø bør legges til eksisterende kompetansemiljø, hvor et sentralt krav bør være at miljøet(-ene) har en bred kontaktflate mot kommunene. Gitt at en velger å gå videre med forslaget om kompetansemiljø, vil vi også be om at man vurderer om det skal være ett «generisk» kompetansemiljø på prioritering, eller om etablerte miljøer innen somatikk, rus og psykisk helse (for å ta noen) bør styrkes med ressurser for å bistå kommunene i prioritering.

Utvalget mener videre at prioriteringsarbeid bør settes på dagsorden i eksisterende arenaer for læring og erfaringsdeling. Her viser de blant annet til kliniske etikk-komiteer. **NAPHA støtter** utvalgets forslag, da det etter vår vurdering er viktig at de kommunale helse- og omsorgstjenestene etablerer og styrker arenaer hvor fagpersoner kan drøfte faglige utfordringer, herunder prioriteringer. Dette bør gjøres, uavhengig av om det innføres nasjonale prioriteringskriterier eller ikke; kommunene og fagpersonene må under alle omstendigheter prioritere og trenge arenaer for slik drøfting.