

Til:

- Janne Grøttumsbråten
SV's helsepolitiske nettverk



Oslo, 11. november 2020
Ref.: 280/20/LJB/AFJ/ph

Avvikling av Helseforetaksmodellen

Psykologforeningen har lest forslaget om avvikling av Helseforetaksmodellen med interesse og takker for mulighet til å komme med innspill.

- **Psykologforeningen mener det er behov for en kvalitetsreform i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**
- **Vi mener det er på tide å se nærmere på hva tjenestene måles på, og om målingene gir informasjon om faktisk kvalitet som egner seg til å styre etter**

Utfordringsbildet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser at det er store regionale forskjeller i spesialisthelsetjenestens tilbud. Mange steder opplever ansatte press til å levere stadig mer effektivt uten tilførsel av ressurser. Det har ført til at målt aktivitet prioriteres høyere enn god behandling^{1,2}. Opplevelsen av å tilby utilstrekkelig behandlingstilbud gir en bekymringsfull slitasje hos psykologene (og rekrutteringsutfordringer mange steder?). Helseministerens krav til regionale helseforetak om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk – den gylne regel – har så langt ikke blitt fulgt opp av helseforetakene.

Vi er usikre på om en full avvikling av helseforetaksmodellen vil være den riktige løsningen. Utfordringene i tjenestene danner et komplekst bilde, og full ny eierreform av spesialisthelsetjenesten må ikke gjennomføres uten en forutgående grundig utredning og pilotering av nye modeller.

Psykologforeningen har lenge jobbet med flere av problemstillingene SV skisserer og er på linje med deres vurdering i mange av problemstillingene. Vi mener at det er behov for en kvalitetsreform i psykisk helsevern som påser at rammebetingelser for å gi god behandling er på plass. Psykologforeningen er klar over at snakk om ressurser og rammebetingelser gjerne oppfattes som interessepolitikk, men det går faktisk ikke an å frikoble kvalitetskrav fra rammevilkår.

Reformer innenfor psykisk helsevern stiller store krav til strukturelle og kulturelle endringer: Pakkeforløp, aktivitetskrav, ventetidskrav, krav om lavere avslagsrate, nye krav til koding, ABE-reform, reduksjon i bruk av tvang, og handlingsplanen for forebygging av selvmord (nullvisjonen) kommer samtidig - uten at det følger med finansiering. Den raske endringstakten med så mange ulike komponenter gjør presise evalueringer av hva som faktisk fungerer, og ikke fungerer, vanskelig, om

¹ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologforeningen-har-undersoekt-mulighetene-for-aa-gi-god-behandling-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>

² <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/innspill-til-nasjonal-helse-og-sykehusplan>

ikke umulig. Uten grundige forutgående prosesser som kan sannsynliggjøre effekt, er reformiveren ikke berettiget. Det er særlig på tre områder det er behov for endring. Disse områdene er

- Gode faglige betingelser - at tjenestene styres ut fra pasient- og resultatmål og at psykologer får utøve individuelt tilpasset helsehjelp. I dag er innrapporteringer av aktivitet i alt for stor grad instrumentelle kvantitative målinger. De sier lite om hvordan tjenestene som ytes virker på pasientene, eller hvordan helsearbeidere opplever mulighet til å gi behandling av god kvalitet.
- Tilstrekkelige økonomiske betingelser – at helseøkonomiske virkemidler i langt større grad enn nå rettes mot reell kvalitet og brukerorientering. Samt dempe finansieringsbetingelser som gir negativ vridning av tilbud og kvalitet gjennom å premiere aktivitet uavhengig av effekt.
- God nok tilgang til psykologer i tjenestene. Bidra til at tjenestene rekrutterer og beholder psykologer. Det er behov for en bedre oversikt over hvor det mangler psykologer/spesialister, samt hvor det finnes utfordringer med rekruttering og stabilisering. Bedre faglige og økonomiske betingelser mener vi vil tiltrekke seg og holde på flere psykologer i spesialisthelsetjenesten.

Det er en forutsetning for kvalitet at de målene tjenestene vurderes ut fra måler faktisk kvalitet. At tjenesten styres og måles etter kvalitativt viktige forhold som bedring av lidelsen som behandles, subjektiv opplevelse av behandlingen og faktisk endring i livskvalitet. Det må arbeides for et større innslag av kvalitativt beskrivende mål og indikatorer for bedre oversikt over kvalitet og for å kunne spore kvalitetsendringer, også eventuelt til styring av finansiering. Også pasientrapporterte mål på opplevelse av og faktiske utfall av behandling, må i større grad innlemmes i indikatorer som brukes for å innrette, styre og finansiere tjenestene. Dagens innrapporteringer er i for stor grad basert på instrumentelle og kvantitative mål av systemfaktorer som sier lite om reell behandlingskvalitet.

Til tross for den gylne regel er kostnadsveksten i somatikken mange ganger høyere enn i psykisk helsevern. Det må stilles strengere krav, eller gis målrettet tilskudd til helseforetakene, for at den gylne regel skal realiseres. Det må tydeliggjøres at økning i budsjetten til psykisk helsevern *skal* gå til pasientbehandling. Det må også settes av midler utover driftsbudsjettet til nye bygg og oppgraderinger av lokaler, men dette kan ikke regnes med som realisering av den gylne regel.

En god tjeneste innebærer at man i de regionale helseforetak får finansiering til innføring av pakkeforløp for rus og psykisk helse. Ved innføringen av pakkeforløpene i 2019 var tjenestene allerede under press på grunn av krav til reduserte ventetider og avslagsrater. Intensjonen med kravene var utvilsomt gode, men når tjenestene premieres for bedring på så endimensjonale indikatorer, uten tilførsel av tilstrekkelige ressurser, har det gått ytterligere på bekostning av behandlingskvalitet. I tillegg kommer ressurskrevende kulturendringer og kompetanseløft for vellykket implementering som følge av reformene. Det er ressurskrevende og tidkrevende i seg selv å legge om til å arbeide på nye måter. Slik har reformer med en intensjon om kvalitetsheving muligens virket motsatt. Det er derfor kritisk at heller ikke årets statsbudsjett setter av midler til pakkeforløp. Den første evalueringsrapporten om innføringen av pakkeforløp pekte på en rekke utfordringer som utløste ni lovnader fra helseministeren, men vi kan ikke se at det i praksis har blitt fulgt opp i budsjettet³⁴

Det er også nødvendig at en kvalitetsreform styrker innsatsen for tvangsreducerende tiltak gjennom å følge opp anbefalingene fra tvangsløvutvalget, rusreformutvalget og handlingsplanen for å

³ <https://www.sintef.no/prosjekter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/>

⁴ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/pakkeforloep-er-ingen-enkel-loesning>

forebygge selvmord. Eksempler på konkrete tiltak er tilgang til tilstrekkelig frivillig behandling, reelle valgmuligheter mellom forsvarlige behandlingsformer, utprøvning av medikamentfrie/medikamentreduerte akuttilbud, kompetansehevende tiltak og forsvarlig utforming av fysiske forhold.

Vi er positive til videre dialog om utvikling av fremtidens spesialisthelsetjeneste. Selv om vi ikke nødvendigvis tror radikale grep som å avvikle foretaksmodellen er det riktige akkurat nå, har vi etablert politikk på en rekke konkrete områder. Samtidige psykiske og somatiske lidelser, kommunehelsetjenestens betydning for en god og bærekraftig spesialisthelsetjeneste, god gjennomføring av rusreformen, god innføring av en eventuell ny tvangsbegrensningslov, og psykologforeningens hovedsatsningsområde for kommende landsmøteperiode: Arbeid og utdannings betydning for psykisk helse.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening



Håkon Skard
President