

tirsdag 25. januar 2022

### **Innspill til høring om Meld. St. 38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten**

Dersom det skal innføres prioriteringskriterier i kommunale helse- og omsorgstjenester støtter Norsk psykologforening forslaget om at disse kriteriene skal være like for kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenester.

Vi mener imidlertid det er grunn til å stille spørsmål ved om kommunene har tilstrekkelige betingelser for å prioritere nødvendig styrking og utvikling av psykisk helse og rusbehandling.

Befolkningen har etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester rett til nødvendig hjelp med psykisk helse- og rusutfordringer og tjenestene skal tilpasses den enkeltes behov. Det er imidlertid uklart hva kommunenes ansvar for nødvendig psykisk helse- og rusbehandling i kommunene er. Tilbudet varierer i stor grad fra kommune til kommune og mange får ikke den hjelpen de har behov for. Noen indikasjoner på dette er at ca. 1 av 5 avvises ved henvisning til psykisk helsevern<sup>1</sup> (referanse). Mange av disse skulle sannsynligvis fått hjelp i primærhelsetjenesten. Riksrevisjonen pekte i 2021<sup>2</sup> på at psykisk helsehjelp avhenger av hvor man bor og at det er alvorlig med ulik tilgang til helsehjelp er alvorlig for personer som allerede er i en sårbar situasjon. Riksrevisjonen konkluderer blant annet med at:

- tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik
- mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.

Norsk psykologforening mener at disse utfordringene til dels skyldes manglende normering, mangler i registrering og dokumentasjon i kommunene og et finansieringssystem som forskjellsbehandler fysisk og psykisk helse.

#### *Ulikt finansieringssystem for psykisk og fysisk helsehjelp*

Kommunale helse- og omsorgstjenester finansieres hovedsakelig gjennom frie inntekter, men staten bidrar gjennom folketrygden til både medisinsk, fysikalsk og annen behandling (gjennom ulike former for driftstilskudd, takstrefusjoner o.l gjennom Helfo). Dette sikrer blant annet forebygging,

---

<sup>1</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester, Dokument 3:13 (2020–2021) Helse- og omsorgsdepartementets tall fra Norsk Pasientregister

<sup>2</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester, Dokument 3:13 (2020–2021)

utredning og behandling knyttet til fysioterapeutiske behov. I kontrast til dette må kommunene selv fullfinansiere og vurdere om de kan prioritere psykisk helse- og rushjelp gjennom for eksempel rask psykisk helsehjelp (RPH), tilsetting av psykolog i kommunale helsetjenester mv.

#### *Manglende normering av kommunalt ansvar for psykisk helse og rushjelp og behandling.*

Det foreligger ingen tydelige forskrifter som regulerer kommunalt ansvar for psykisk helsehjelp i kommunale tjenester. Det er eksempelvis ingen føringer for hvilke forventninger som skal stilles til psykologer i kommunale tjenester, til tross for at denne kompetansen både er et lovpålagt krav (fra 2020). Dette gir seg blant annet utslag i at noen distriktskommuner mener å oppfylle lovkravet gjennom avtale om telefonkonsultasjon fra privatpraktiserende psykologer langt unna (for eksempel i Oslo), mens andre tilsetter denne kompetansen i tjenester til både barn, unge, voksne og eldre, med oppdrag om å understøtte både folkehelse, forebygging, utredning, behandling og veiledning til lærere, annet helsepersonell mv. Dette gir ikke likeverdige psykisk helsetjenester til befolkningen.

#### *Manglende registrering av nødvendig psykisk helsehjelp*

Kommunalt pasientregister (KPR) er etablert (2017) blant annet for å gi lokal og nasjonal styrings- og prioriteringsinformasjon. KPR omfatter imidlertid ikke informasjon om all den psykiske helsehjelpen som tilbys med lav terskel i kommunale helsetjenester slik som RPH, utredning og behandling hos psykolog, behandlingstilbud som gis i varianter av kommunale psykososiale sentre. Det som registres er hovedsakelig data fra pleie- og omsorgstjenestene (IPLoS), data fra Helfo basert på takster fra fastleger, fysioterapeuter o.l. Slik vi har forstått det vurderer Helsedirektoratet hvordan øvrig psykisk helse og rushjelp i primærhelsetjenestene kan registreres, men vi er bekymret for at dette ikke går raskt nok og at kommunale og nasjonale prioriteringer kan foretas uten tilstrekkelig informasjon om befolkningens reelle behov for psykisk helsehjelp.

#### *Bekymring for manglende relevant kunnskapsstøtte.*

Stortingsmeldingen peker på behov for kunnskapsstøtte når prioriteringer skal gjøres lokalt og har gitt FHI i oppdrag å vurdere dette. Det pekes på at et mulig system å vurdere er «Nye metoder» som gjelder for spesialisthelsetjenesten i dag. Dette er et system som kanskje passer til avgrensede vurderinger av medisinske metoder, medisiner osv. i spesialisthelsetjenesten. Dette kan gi en litt snever ramme for kommunal psykisk helse og rushjelp.

Psykisk helse og rusbehandling i kommunen kan være sammensatt og kompleks og ofte med utgangspunkt i tverrfaglige og tverretatlige tjenester. Behandling, livskvalitet og mestring kan omfatte et spekter av ulike fag, tjenester brukertilpasninger. Vi kan vanskelig se at dette kan fanges opp i en enkelt vurderingsmetode for prioritering gjennom et system som «Nye metoder».

#### *Konklusjon*

Stortinget bør be regjeringen om at kunnskaps- og prioriteringsgrunnlaget for å sikre utvikling av nødvendig psykisk helse og rusbehandling i kommunale tjenester er på plass ved innføring av prioriteringskriterier. Dette må skje i tett dialog med fag- og kompetansemiljøer og organisasjoner. Regjeringen må også utrede likeverdig finansiering av psykisk og somatisk behandling i kommunen som en del av den varslede Opptrappingsplanen for psykisk helse<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Hurdalsplattformen