

Usikkert planleggings-grunnlag for helseforetakene

Per Halvorsen
journalist

Tom Melby

Behovene i psykisk helsevern og rus er framskrevet til 2040, men beregningene svekkes av mangelfulle data for kommunale psykiske helsetjenester, mener Jon Tomas Finnsson.

- Samme antall sengeplasser for voksne
- Litt flere for barn og unge og mennesker med spiseforstyrrelser
- Vekst i polikliniske konsultasjoner

Slik lyder noen av signalene i rapporten Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som er et bestillingsverk fra Helse- og omsorgsdepartementet. Få dager før regjeringsskiftet høsten 2021 ble tallene presentert i marmorhallen i Klima- og miljødepartementet. På talerstolen stod Jon Tomas Finnsson, psykologspesialist og i dag avdelingsdirektør for helsefag i Helse Nord RHF. Finnsson var sentral i faggruppen som utarbeidet modellen.

– Dette er behovene Helseforetakene nå bør begynne å planlegge for, sier han til Psykologtidsskriftet.
– *Hvorfor kommer denne beregningsmodellen akkurat nå?*
– For å kunne planlegge for fremtiden må vi forsøke å anslå hvilke tilbud det er behov for i befolkningen. Norge har ikke oppdatert framskrivningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på mange år, sier han.

... vi mangler tydelige normer for hva kommunene faktisk skal tilby av psykisk helse- og rustjenester

Mangler kommunale normer

Til grunn for beregningene ligger blant annet befolkningsframskrivninger, data fra Norsk pasientregister og prognoser fra The Global Burden of Disease Study (GBD), (Senter for sykdomsbyrde 20. oktober 2020 og 11. juni 2021). GBD er basert på internasjonal forskning og opprinnelig initiert av WHO. Studien viser prevalens for psykiske lidelser. Ifølge GBD er forekomsten av de alvorligste lidelsene ganske stabil. Dette mener Finnsson gir et godt utgangspunkt for å beregne behovene til de alvorligst syke.

– Behandlingsbehovet for milde og moderate lidelser er mer preget av den løpende utviklingen og ulike samfunnstrender, påpeker han.

Finnsson mener at en av de største svakhetene ved modellen er sparsomme data fra kommunene. Det finnes for eksempel ikke oversikt over hvor mange personer som årlig mottar lavterskeltilbud i kommunen de bor i.

– Da er det vanskelig å definere et mål for vekst i lavterskeltilbud. Det hadde vært ønskelig å ha en helhetlig modell som så kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, sier han.

Vi har heller ikke fått beskjed av faggruppene at løsningen på fremtidens utfordringer er mer av alt

Fagfolkene bak modellen forutsetter imidlertid at kommunene fortsetter å bygge ut sine tilbud og tar stadig mer ansvar for de milde og moderate lidelsene og fanger opp pasienter tidlig i sykdomsforløpet.

– Vi har lagt inn en forutsetning om at kommunene i gjennomsnitt fortsetter å utvikle tjenestetilbudet slik de har gjort de senere årene. Hva som gjøres, vil jo variere kraftig i og med at vi mangler tydelige normer for hva kommunene faktisk skal tilby av psykisk helse- og rustjenester.

Beskjed om å være beskjeden

Et av budskapene i den 113 sider lange rapporten er at det totale antall sengeplasser skal bestå. Sengene skal bare fordeles litt annerledes enn i dag. Finnsson viser til at de fleste som er innlagt i psykisk helsevern, er relativt unge, og at SSB forventer nedgang eller nullvekst i de største aldersgruppene i psykisk helsevern og TSB.

For psykisk helsevern for voksne spås dagens døgntilbud å være tilstrekkelig, men den geografiske fordelingen vil bli annerledes. Hvilke pasientgrupper som vil ha behov for døgntilbud, vil også endre seg. For barn og unge blir det en liten vekst i antall døgnplasser. For TSB vil det være litt lavere.

Utgangspunktet for arbeidet var at det skulle leveres en bærekraftig modell. Finnsson sier arbeidsgruppen har forsøkt å balansere behovet for gode tjenester til pasienter i psykisk helsevern og TSB samtidig som det forventes stor vekst i behov for somatisk helsehjelp som følge av eldrebølgen.

– *Vil det ikke da være en viss fare for å underkommunisere reelle behov?*

– Vi har ikke lagt bånd på oss. Vi har heller ikke fått beskjed av faggruppene at løsningen på fremtidens utfordringer «er mer av alt». Dette er det vi tror vil bidra til en faglig god tjeneste ut fra de ressursene vi har i dag.

– *Behovet for helsepersonell er ikke tatt med i beregningene. Hvordan påvirker det modellen som helseforetakene nå skal navigere etter?*

– Modellen beskriver forventet endring i antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner. Helse Vest jobber i dag med å se på hvilke konsekvenser det vil få for bemanningsbehovene i spesialisthelsetjenesten. Når vi også kan si noe om behovet for helsepersonell, vil det innebære en klar forbedring i vår evne til å planlegge fremtidige behov i helsetjenesten.

Store variasjoner i døgnplasser

Beregningsmodellen viser store variasjoner mellom helseforetakene i bruk av liggedøgn for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. For opptaksområdet med flest liggedøgn per innbygger er det syv ganger flere liggedøgn enn i opptaksområdet med lavest antall liggedøgn. Rapporten konkluderer med at det totalt sett ikke er behov for å øke antall døgnplasser for voksne. For angstlidelser skal sengekapasiteten ned. For barn og unge skal den noe opp. Det samme gjelder for mennesker med spiseforstyrrelser, som viser en stigende trend.

Hvis vi er enige om at det skal gjelde et likeverdighetsprinsipp i psykisk helse og rus, må spesialisthelsetjenesten forholde seg til de nasjonale planene.

Han sier at det i dag legges ned gjennomsnittlig 135 senger i psykisk helsevern i året, og at modellen viser at det er på høy tid å sette på bremsen.

– Fortsetter denne utviklingen, vil det innebære at vi står uten senger i 2045. Det tror vi er en dårlig idé, sier han.

Finnsen forutsetter at den nye beregningsmodellen legges til grunn når helseregionene nå legger nye utviklingsplaner. Modellen er basert på nasjonale gjennomsnittsberegninger.

– Hvis vi er enige om at det skal gjelde et likeverdighetsprinsipp i psykisk helse og rus, må spesialisthelsetjenesten forholde seg til de nasjonale planene, og hvert enkelt helseforetak må bidra til å sikre at variasjonen i tjenestetilbudet blir mindre i årene fremover, ikke større.

– *Må man ikke tåle en viss grad av lokal variasjon hvis man vil gi tilpassete tjenester?*

– Det vil alltid være variasjon mellom ulike deler av landet. Dette kan skyldes ulikheter i sykkelighet, sosiale forhold eller geografi. Situasjonen i dag er at det er store ulikheter som er vanskelig å finne en god forklaring på.

Pasienter som glipper unna

Det har også vært en del av mandatet til arbeidsgruppene å finne fram til pasientgrupper som trenger helsetjenester de ikke får i tilstrekkelig grad i dag. Ungdom med rusproblemer er en av gruppene som trekkes frem. Det samme gjelder eldre over 65 år, som ifølge forskningen mottar lite tjenester i forhold til sykdomsforekomst.

– Modellen legger opp til en styrking av tilbudet til grupper der faggruppen vurderer at dagens tilbud ikke er i tråd med det som vurderes å være behovet. Eksempler er personer med alkoholmisbruk, spiseforstyrrelser og traumer/PTSD.

Overgangen fra døgn til mer poliklinikk forutsetter blant annet at:

- tradisjonell behandling og oppfølging erstattes med mer tidsintensive behandlingsopplegg, oppsøkende tjenester og behandlingstilbud.
- 10 prosent av døgnoppholdene omgjøres til poliklinikk for angst, mild/moderat depresjon, øvrig depresjon, tilpasningsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelse, LAR, alkoholrelaterte lidelser og øvrige psykiske lidelser.
- det legges til 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres.

Men volumet blir jo ikke borte selv om pasientene tas ut av døgn, påpeker Finnsen. For poliklinisk aktivitet gir modellen derfor en klar økning for alle områder, ikke minst innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Tabellene til Finnsson viser altså at det totalt sett blir færre liggedøgn for mennesker med angstlidelser. Eksisterende kapasitet skal refordeles. I dag er det store forskjeller mellom foretakene på dette området. For mange pasienter vil behandling på sengeposter erstattes av et mer tidsintensivt behandlingsopplegg på dagtid. 4-dagers metoden for behandling av angst, utviklet ved Helse Bergen HF, er et eksempel som nevnes.

Pandemien ikke lagt inn

– *Hva ved samfunnsutviklingen kan likevel gjøre at behovene om 20 år blir annerledes enn dere har sett for dere?*

– Man kan jo tenke seg at forekomsten av ruspåvirket psykose kan påvirkes hvis det for eksempel blir veldig populært med en ny type rusmidler. Slike trender vil uansett ikke en framskrivningsmodell klare å ta høyde for.

– *Hvordan vil en eventuell innføring av rusreform påvirke utviklingen?*

– En rusreform som bidrar til mindre alvorlig rusutvikling, vil kunne slå ut. For eksempel forskyve tjenestebehovet fra sengeposter og over på poliklinikk. Alle samfunnsreformer som bidrar til en fornuftig utvikling, kan ha positive effekter, enten det gjelder rusreform eller ny oppvekstreform.

– *Hva med endringer i tvangslovgivningen, som er under revisjon?*

– Endring i lovverket kan ha kjappere effekt enn samfunnsendringer. Tvangslovgivningen vil helt klart kunne slå ut på bruk av døgnplasser. Du får inn færre på tvang, men de du får inn, vil kreve enda mer ressurser, og hvert opphold kan blir mer langvarig. Modellen må da kunne justeres.

Arbeidsgruppa har ikke tatt høyde for effekter av pandemien. Det ble det ikke tid til ved denne korsveien. Når modellen skal revideres, mener han det vil være naturlig å bygge inn eventuelle pandemi-effekter. For at ikke planleggerne skal havne i bakleksa, skal modellen revideres hvert fjerde år i forbindelse med utarbeidelse av ny Nasjonal helse- og sykehusplan.

Brukt riktig, mener Finnsson at modellen som nå foreligger, vil kunne bidra til kvalitet i psykisk helsevern.

– Modellen kan bidra til å sikre mindre ubegrunnet variasjon i helsetilbudet. Den legger inn sterkere vekst til pasientgrupper som har et lite utbygd tilbud i dag. Målet er å bidra til likeverdighet i tjenestetilbudet og tilstrekkelig kapasitet til alle pasientgrupper i psykisk helsevern og TSB, sier han.

– Tetter ikke behandlingsgapet

– Beregningsmodellen tar bare delvis hensyn til gapet mellom eksisterende tilbud og framtidens behov.

Det sier konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst, psykolog Hanne Indregard Lind. Hun reagerer på at modellen ender på cirka samme døgnkapasitet som i dag når det nå legges fram tallgrunnlag for behandlingsbehovet fram mot 2040. Hun mener den nye modellen i for stor grad tar utgangspunkt i dagens forbruk av tjenester, som hun mener ikke avspeiler det reelle behandlingsbehovet.

– Det er gjort analyser som viser at kort liggetid ikke gir lavere ressursinnsats når man ser på tallene over år, men heller gir flere re- og akuttinnleggelse. Det er det ikke tatt høyde for når man nå framskriver behovet, sier hun.

Indregard Lind mener arbeidet burde hatt et bredere kunnskapsgrunnlag, og at modellen i større grad burde søke å tette behandlingsgapet

– Mange lidelser har i dag for lav dekningsgrad, men kun for et fåtall av lidelsene økes den. Den økes for eksempel ikke for angst og depresjon (med dekning i spesialisthelsetjenesten på henholdsvis 21 og 25 prosent).

På flere punkter mener hun beregningsmodellen er for svak. Noen svakheter mener hun skyldes mangel på tallgrunnlag. Andre svakheter mener hun prosjektet har lagt inn, for eksempel å vektlegge endring knyttet til metoder som per i dag ikke er evidensbaserte.

– Det beregnes blant annet å erstatte mange polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge med internettbasert oppfølging. Det er også beregnet at for ett liggedøgn som tas ut, legges 0,4 polikliniske konsultasjoner tilbake. Beregningene bak dette holder ikke vann, hevder hun.

– *Tror du behovene i psykisk helsevern og rus vil bli dekket om 20 år hvis helseforetakene legger denne beregningsmodellen til grunn?*

– Nei. Men modellen skal evalueres hvert år og revideres hvert fjerde år, så det er håp om at den kan treffe bedre med tiden.