

Hva skal egentlig kommunen tilby?

Christian Christian Sverdrup
Indre Østfold kommune
chr.w.sverdrup@gmail.com

I loven står det at kommunen skal gi «nødvendig helsehjelp», men vi mangler en konkret definisjon av hva dette innebærer. Konsekvensen er mye frustrasjon, lange ventelister og dårlig kvalitet i helsetjenesten.



Christian Sverdrup. Bilde: Oslo Psykologkontor

Hva er egentlig nødvendig helsehjelp?

I loven står det at kommunen skal gi «nødvendig helsehjelp». Ved første øyekast kan det virke selvfølgelig, men er det egentlig det? Som psykolog i en av Norges største kommuner har jeg stadig blitt mer forvirret over hva som er nødvendig og ikke, der jeg prøver å navigere i hvem som skal få tilgang på de begrensede ressursene kommunen har til rådighet. Jeg er godt i gang med kursrekken i det obligatoriske programmet for samfunns- og allmennpsykologi, men jeg stusser over hvorfor ingen har fortalt meg dette før? Hva nødvendig helsehjelp faktisk vil si, både juridisk og i praksis, virker for meg å være et helt sentralt spørsmål å få avklart. Vårt kommunale psykiske helsevern utgjør en bærebjelke i hjelpeapparatet. Til tross for dette blir ikke «nødvendig helsehjelp» forklart hverken i utdanningen eller i spesialiseringen. En avklaring hadde hjulpet stort på frustrasjonen mange av oss kjenner på.

Problemet med manglende avklaring

Møt Janne, en fiktiv dame på 43 år. Bak seg har hun 15 års erfaring med helsevesenet som involverer flere selvmordsforsøk, kortvarig sporadisk rusbruk, et par tvungne og flere elektive innleggelseser. Kontakten med spesialisthelsetjenesten har ført til at hun blant annet har fått diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Distriktpsikiatrisk senter (DPS) har begynt å gi avslag på henvisningene fordi hun ikke er vurdert til å ha nytte av hva de kan tilby. Fordi hun har hyppig kontakt med fastlegen, har kommunen vært koblet på i varierende grad gjennom årenes løp. DPS på sin side har ved flere anledninger også anbefalt at kommunen tar over stafettspinnen. Hun har fått oppfølging av rusteamet, miljøarbeiderne og prøvd kurs i bekymringsmestring som kommunen tilbyr. Janne har uttalt flere ganger at hun må ha oppfølging, ellers vil det gå galt med henne. Når fastlegen på ny søker om kommunale tjenester for Janne, blir det opp til meg å vurdere hva som skjer videre. I henvisningen står det at Janne bør få individuell oppfølging av psykolog, og at hun ønsker at oppfølgingen skal være langvarig. Hva kan jeg gjøre? Jeg har selv sittet på «den andre siden» på DPS og anbefalt at kommunen følger opp videre. På hvilken måte kommunen konkret skulle gjøre dette, visste jeg ikke da, og vet det egentlig ikke nå heller. Jeg får høre både internt i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten at «det er kommunen som til syvende og sist skal gi innbyggerne et helsetilbud», et resonnement som blir et slags trumfkort mot alle innsigelser kommunen måtte ha om hvilken helsehjelp som skal gis til Janne, eller hvorvidt det skal gis noe i det hele tatt.

Magefølelsen har i økende grad fortalt meg at nødvendig helsehjelp ikke kan bety all helsehjelp. Etter en del graving og hjelp fra jurister finner jeg ut at jussen har dette klart for seg, så langt det juridiske strekker. I sin enkleste form betyr nødvendig helsehjelp det kommunen ønsker å satse på politisk som er over en forsvarlig minstestandard. Så lenge helsehjelpen som tilbys innbyggerne, er over den forsvarlige minstestandarden, har kommunen rett til å bestemme selv hva som er nødvendig og ikke. Hva som ligger i minstestandarden, baserer seg på faglig forsvarlighet og er et flytende og relativt begrep. Det må da bety at faglig forsvarlighet er en viss størrelse, og at nødvendig helsehjelp er en smalere del av denne størrelsen. Med andre ord kan helsehjelpen være forsvarlig, men ikke nødvendig, mens all nødvendig helsehjelp er forsvarlig. Det var ganske interessant for meg å oppdage utfallet av Fusa-dommen (Rt-1990-874 (291-90)) og tidligere forarbeider til gammel helselovgivning (Ot.prp. nr. 66 (1981–82)), som sier at kommunen ikke har en forpliktelse til å ruinere seg for å gi helsehjelp. Altså er det på ett eller annet tidspunkt et tak for hva kommunen skal gi Janne og andre pasienter. Ikke bare det, men at domstolene og Statsforvalteren ikke kan overprøve de faglige

vurderingene som er gjort, utover å avgjøre om helsehjelpen som ble gitt, var over eller under minstegrensen.

Evidensbaserte metoder som forsvarlig helsehjelp

Opptappingsplan for psykisk helse (Meld. St. 23 (2022–2023)) sier at noe av det som regnes som forsvarlig helsehjelp, er å bruke kunnskapsbaserte metoder, men sier ikke noe om hvilke metoder det er. Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) viser til at kunnskapsbaserte metoder kan være kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju. Utover det finner jeg ingen oversikt over når en metode er kunnskapsbasert og ikke. Jeg har heldigvis lært en hel del om hva som er kunnskapsbasert og ikke, på profesjonsstudiet. Problemet er at når jeg forhører meg med annet helsepersonell med bachelor- og mastergrad som jobber i kommunen, er det få som kan svare på hvilke kunnskapsbaserte metoder som finnes. Her savner jeg rett og slett at de nasjonale veilederne er tydeligere på hvilke kunnskapsbaserte metoder som finnes, fordi det blir for sårbart at det angivelig kun er psykologer som får en omfattende innføring i hva det vil si at en metode er kunnskapsbasert eller ikke. Det er også kritikkverdigg at det heller ikke nevnes noen kunnskapsbaserte metoder i høringsutkastet til den kommende veilederen for psykisk helse- og rusarbeid for voksne.

Prioriteringsveileder uten prioriteringsveiledning

Et annet aspekt er prioriteringsveilederen som spesialisthelsetjenesten tar utgangspunkt i når de vurderer hvem som skal få hjelp. Det viktigste først (NOU 2018: 16) og Nytte, ressurs og alvorlighet (Meld. St. 38 (2020–2021)) anbefaler at prioriteringsforskriften bør gjelde i kommunehelsetjenesten. Sånn som det er nå, kastes kommunehelsetjenesten ut på et orienteringsløp utstyrt med kart, men mangler kompass. Uten klare kriterier for prioritering flyr kommunehelsetjenesten blindt rundt og vet ikke hvem som skal hjelpes først, hvor mye helsehjelp som skal gis, eller hvem som skal få og ikke. Dagens kommunale praksis med at «alle skal få», holder ikke for fremtiden med økt press uten økte ressurser i form av arbeidskraft og økonomi. Jeg skulle ønske det kunne være tilfellet at vi bare kunne løse det med flere fagfolk og mer tid, men kan reelt sett ikke være optimistisk. Heldigvis er denne problemstillingen oppe til høring i løpet av høsten. Jeg krysser fingrene i håp om at høringen blir til en lovendring. Uavhengig av utfallet leser jeg heldigvis i Opptappingsplanen (Meld. St. 23 (2022–2023)) at de oppfordrer hele helsetjenesten til å bruke nytte- og ressurskriteriet.

Noen avsluttende hjertesukk

Min erfaring tilsier at det er lav forståelse om hva nødvendig helsehjelp er, hos behandlere, ledelsen og samarbeidspartnere. Jeg opplever at det er fastgrodde holdninger både i kommunen, spesialisthelsetjenesten og pasienter om at kommunen skal gi hjelp i alle tilfeller, og hjelpen bør være individuell og langvarig. Resultatet av disse holdningene er en ventetid som er rundt 7 ganger så lang som spesialisthelsetjenesten sin. Problemet er at disse holdningene skaper et system hvor pasienter som Janne får langvarig «Rolls-Royce»-behandling, mens mange ikke får noe fordi de begrensede plassene allerede er okkupert. Jeg synes det er helt uholdbart for alle dem som sitter årevis på venteliste fordi kommunen ikke har klart å etablere klare retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres og ikke. Rundt står fastlegene og spesialisthelsetjenesten og heier på at dette systemet opprettholdes.

Det er på høy tid å heve kompetansen om hva nødvendig helsehjelp er, og få på plass en tydeligere arbeidsfordeling mellom partene.

Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter.

Referanser

- Rt-1990 - 874 (291 - 90). (Fusa-dommen). <https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/rt-1990-874-106a1.pdf?x22677>
- Ot.prp. nr. 66 (1981–82). Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandling...>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psy...-%20Veileder.pdf>
- NOU 2018: 16. *Det viktigste først*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>