

Svartepersillet

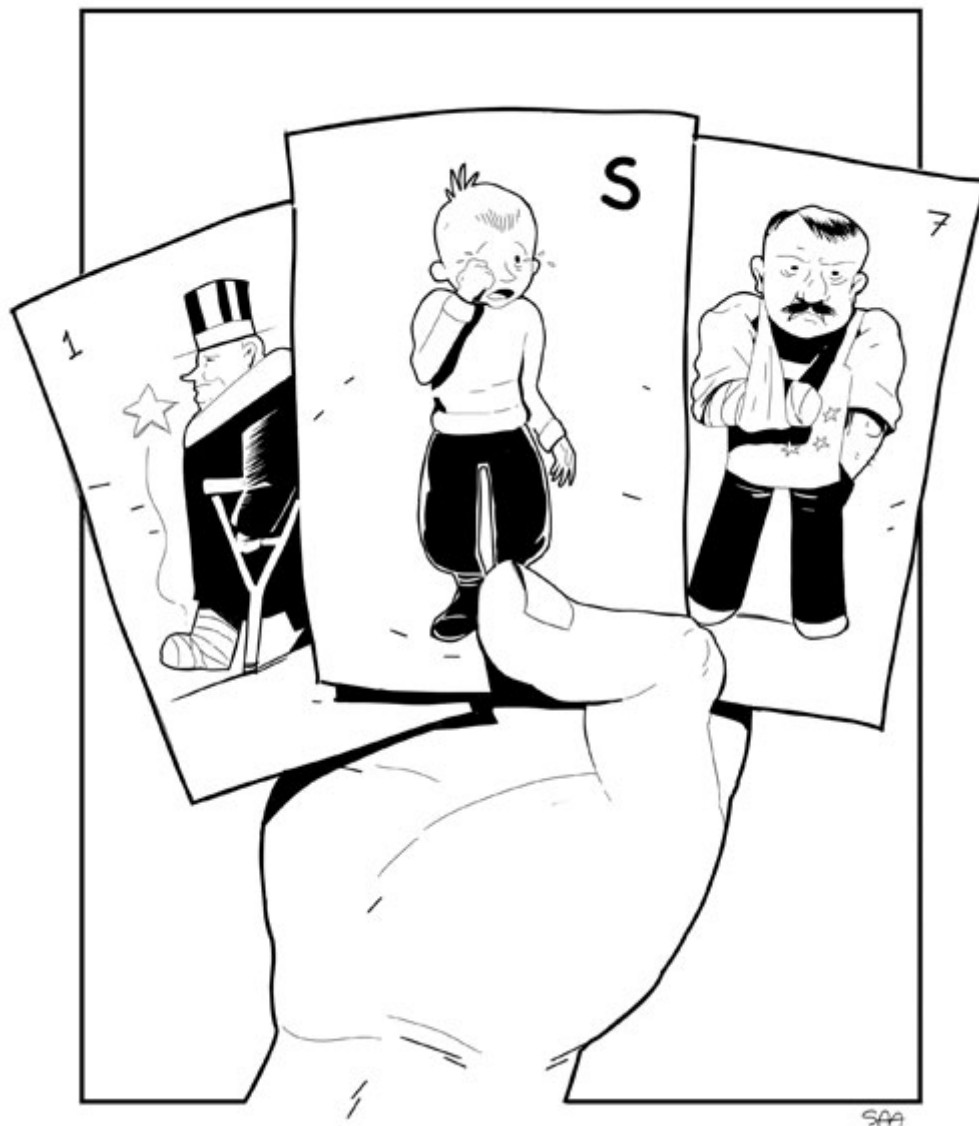
Samhandlingsreformen har blitt et svarteperspill. Aktørene på markedet konkurrerer om hvordan de best kan unngå å behandle pasienter.

TEKST

Marianne Brand Bjørnestad

PUBLISERT 5. juni 2013

PSY
KOL
OGI



ILLUSTRASJON: SIMEN AUGUST ASKELAND

DEBATT: STORTINGSVALGET 2013

Dette innlegget er en del av temasaken «Frafall, sosiale forskjeller og unges psykiske helse» på side 568, og er et samarbeid mellom *Psykologtidsskriftet* og tidsskriftet *Speilvendt*. Se også kommentaren «Psykisk helse på pensum» side 582.

Samhandlingsreformen har som mål å gjøre helsevesenet mer bærekraftig. Offentlige utgifter skal reduseres, blant annet gjennom økt satsning på forebygging.

Desentralisere

Kommunene har derfor fått ansvar for å sikre et godt helsetilbud til sine innbyggere, pålagt blant annet gjennom ny folkehelselov. Tanken er at det er billigere å forebygge enn å behandle sykdom, og at sykdom behandles best der en bor.

Desentraliserte helsetjenester er i tråd med internasjonale anbefalinger (McDaid & Thornicroft, 2005). Tjenestetilbud der folk bor, kan lede til økt livskvalitet og bedre ivaretagelse av menneskerettigheter og er mer kostnadseffektivt enn behandling i spesialisthelsetjenesten (WHO, 2001).

«I dag utgjør psykologer kun to prosent av helsearbeiderne i kommunene, og det blir anslått at rundt ni prosent av arbeidstiden går til forebyggende tiltak»

Samfunnsøkonomisk lønnsomt

Forebyggende tiltak kunne fått positive konsekvenser for den enkelte, og samtidig spart samfunnet for enorme summer. Økonomen Ingvar Nilsson har regnet ut at «utenforskap» koster samfunnet mellom 350 000 og 1 600 000 kroner i året per person, avhengig av når en person faller utenfor (Nilsson & Wadeskog, 2008).

Dermed vil én psykolog som årlig hindrer én person i å falle ut av arbeidslivet, være samfunnsøkonomisk lønnsom. Det er derfor underlig at det ikke satses mer på forebygging av psykiske lidelser, og særlig på tilbud rettet mot barn og unge, siden «utenforskap» koster samfunnet mest når frafall skjer i ung alder. Dessverre er det nettopp i barne- og ungdomstiltak at årsverksinnsatsen kuttes mest. Ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid har ikke vært så lav siden kartleggingen startet i 2007. «Det er som å stå med øse i havet», for å sitere en psykolog jeg har snakket med.

Europeisk økonomi

WHO anslår at rundt 20 prosent av sykdomsbelastningen på europeisk økonomi skyldes psykiske lidelser. Dette samsvarer med norske tall; i kroner og øre tilsvarte dette i 2011

utbetaling av sykepenger fra folketrygden på rundt 6,6 milliarder kroner. Varigheten av hvert sykefraværstilfelle er ofte lengre, og øker dermed risikoen for varig frafall fra arbeidsstyrken. Kun 20 prosent av de som har gått ut hele sykepengeperioden, er tilbake i jobb syv måneder senere (Handal, 2010). Mennesker med psykiske lidelser blir uførepensjonister i yngre alder enn ved somatisk sykdom, selv om arbeidsledighet i seg selv er en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser, særlig depresjon (Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Schjelderup, K. M., 2009). Det har vært en økning i antallet unge uføretrygdede gjennom hele 2000-tallet (Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk nr. 1/2012).

Psykologer: lite tid på forebygging

Det er ikke all psykisk problematikk som kan forebygges, men det er mulig å redusere virkningene av å leve med en diagnose. Ved utbyggingen av kommunehelsetjenesten satte Helsedirektoratet i gang prøveordningen *Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving*, for å rekruttere kommunepsykologer. Hensikten er at psykologene skal jobbe mer med forebyggende arbeid. I dag utgjør psykologer kun to prosent av helsearbeiderne i kommunene, og det blir anslått at rundt ni prosent av arbeidstiden går til forebyggende tiltak (Slettebak, R. T., Kaspersen, S. L., Jensberg, H. & Ose, S. O., 2011).

Heidi Tessand er kommunepsykolog, og hun har gjentatte ganger framhevet at helse ikke produseres i helsevesenet, men der folk lever sitt liv; i familien, i barnehagen og på skolen. En av hovedutfordringene synes å være at kommunene mangler oversikt både over kompetansen som finnes i kommunen, og innbyggernes behov, og at det settes inn tiltak på feil nivå. Skolefravær er ett eksempel. Vi vet at det er sammenheng mellom skolefravær og senere frafall og psykiske problemer. Likevel settes det i gang få tiltak på forebyggende nivå, og hjelperne blir sittende med enkeltsaker. «Dette er dårlig ressursutnytting av kommunepsykologene, og samtidig et dilemma for oss som jobber som kommunepsykologer, for vi vil jo også hjelpe og fange opp de som virkelig er syke, og vi vil ikke avvise enkeltindivider», understreker Tessand.

Psykolog i idrettslaget

At få oppsøker hjelp for psykiske problemer, er en av flaskehalsene innenfor psykisk helsevern (Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Schjelderup, K. M., 2009); selv i gruppen med høyest symptomnivå har kun halvparten søkt hjelp. Dette illustrerer hvor viktig det er med forebyggende lavterskeltilbud; utfordringen er ikke bare manglende kapasitet, det er også problematisk at mange som har behov for hjelp, aldri får det. Vi må tenke nytt om hvordan psykologkompetanse kan bli brukt. Hvorfor ansetter man ikke i større grad psykologer i barnehager og på skoler, på arbeidsplasser og i idrettsforeninger? Hvorfor må en nødvendigvis ha henvisning fra fastlege for å få time hos psykolog?

Avmakten

At mange mennesker ikke har tilgang til et adekvat behandlingstilbud i sitt nærmiljø, er problematisk. Flere som står utenfor arbeidslivet, står på samme tid i behandlingsskø, først og fremst på grunn av mangelfull tilgjengelighet. Etterspørselen etter psykologbistand er generelt høy, terskelen for å oppsøke hjelp likeså. Jurist og daglig leder i Unge Duer, Cecilia Dinardi (Nettverk for ungdom med interesse for menneskerettighetsspørsmål), er ofte i kontakt med unge med psykiske problemer. Hun påpeker at systemet skaper avmakt. «Proessen med å finne en psykolog, en som matcher, kan være belastende for en i psykisk nød. Jeg opplevde selv prosessen som vanskelig; en må lese igjennom lister, finne ut hvem som har driftstilskudd, og så, når man har funnet en med ledig kapasitet, har man kanskje ikke kjemi. Da må man begynne prosessen på nytt. Flere unge jeg har vært i kontakt med, opplever resignasjon.»

Det er utfordrende for kommunene å prioritere forebygging, tiltakene ender lett som salderingspost i budsjettforhandlinger fordi effekten er vanskelig å måle. Somatikken står i en særstilling i samhandlingsreformen; kommunene må betale dagbøter om ikke tjenestetilbudet innenfor somatikken er godt nok, noe som selvsagt legger føringer for hvilke pasientgrupper som prioriteres. Samtidig er antall liggedøgn på sykehusene kraftig redusert (Helsedirektoratet, Samhandlingsstatistikk 2011–2012), med påfølgende kommunalt ansvar for flere og sykere pasienter. Manglende ressurser resulterer derfor i at forebygging ofte ikke kan prioriteres lokalt, en utfordring som er særlig fremtredende i de store kommunene som sliter med å opprettholde årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid (Slettebak, R. T., Kaspersen, S. L., Jensberg, H. & Ose, S. O., 2011). I forbindelse med lanseringen av folkehelsemeldingen ble det klart at psykisk helse gradvis skal innlemmes i samhandlingsreformens finansieringssystem, men når det blir en realitet, er riktignok ikke konkretisert.

Svarteper

Samhandlingsreformen kan minne om et svarteperspill, der de ulike aktørene på markedet konkurrerer om å slippe å behandle pasienter. Kommunikasjonsleder i Mental Helse, Tonje Rock Løwer, sa da jeg intervjuet henne, at det «i dag skjæres i begge ender. Spesialisthelsetjenesten bygges ned, og speiles ikke av noen nevneverdig økning i årsverksinnsats i kommunehelsetjenesten. Det kan se ut til å være to ulike regelsett i samme spill.»

I Arbeiderpartiets partiprogram for perioden 2013 til 2017 står det at det «trengs en mobilisering for folkehelse. Det handler om forebygging av fysiske og psykiske plager, om menneskers mulighet til å leve fullverdige liv, og om å ta i bruk tilgjengelige menneskelige og økonomiske ressurser». Forebygging er satt på agendaen gjennom folkehelsemeldingen, og det er allerede iverksatt enkelte tiltak; skolehelsetjenesten har fått økte bevilgninger, og det er opprettet et rekrutteringstilskudd for å få flere psykologer ut i kommunene.

Bagatellisering

Dette er steg i riktig retning, ettersom for eksempel SINTEF rapporterer (Slettebak, R. T., Kaspersen, S. L., Jensberg, H. & Ose, S. O., 2011) at mange kommuner oppgir økt behov for psykologkompetanse. Samtidig påpekes det i folkehelsemeldingen at det i statistikk om psykisk helse «også inkluderes lettere psykiske forstyrrelser som ikke trenger behandling og som oftest ikke oppleves særlig belastende » (Meld.St.34 (2012–2013)). For meg høres det ut som en bagatellisering.

Det er på det rene at ikke all psykisk problematikk trenger behandling, det er heller ikke hensiktsmessig å sykeliggjøre friske mennesker, men det er likevel mye som tyder på at også lettere psykiske forstyrrelser gir seg utslag i blant annet sykefravær og midlertidig redusert livskvalitet. Dette er problematikk det er forholdsvis enkelt å gjøre noe med, og det bør derfor kunne forventes noe mer håndfast enn at en skal styrke kunnskapsgrunnlaget om sosial støtte som forebyggende faktor. Og hvordan skape infrastruktur for sosial støtte?

Det åpenbart viktige spørsmålet er dette: Hvordan kan målsettingen om mer forebygging oppnås, med tanke på at finansieringssystemet i samhandlingsreformen gir kommunene økonomiske insentiver til å prioritere veldig syke pasienter og det ikke er snakk om å øremerke midler til forebyggende tiltak? Det finnes det fremdeles ikke noe godt svar på. Det iverksettes nå enkelte gode og viktige tiltak, men det er også tydelig at forebygging langt på vei er en abstraksjon – de konkrete tiltakene er det ikke særlig mange av.

Psykisk syke er sjelden de som roper høyest, derfor er det viktig at psykologene selv kommer på banen og gjør psykisk helse til en valgkampsak.

SAMHANDLINGSREFORMEN:

- Retningsreform som skal sikre et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, samt bedre koordinering av tjenester.
- Implementeringen startet 1. januar 2012, da trådte også nytt lovverk i kraft, henholdsvis lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid.
- Konkrete målsettinger er mer forebygging, sikre tidlig innsats, få ulike helsetjenester til å samarbeide bedre, flytte tjenestetilbudet dit folk bor, overføre flere oppgaver til kommunene og også ressurser til å gjennomføre dem, legge til rette for sterkere brukermedvirkning.
- Det var bred støtte for samhandlingsreformen da den ble vedtatt; både Høyre, Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet stemte for reformen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 6, 2013, side

