

Berre Ingebjørg

Fra: Wiik, Johannes [Johannes.Wiik@fhi.no]

Sendt: 23. juni 2006 14:38

Til: Postmottak HOD

Kopi: Holte, Arne; Stoltenberg, Camilla

Emne: Høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007-2010) Ref. 200602349/IMN

HOD,

Høringsnotat- Nasjonal helseplan (2007 -2010) med høringsfrist 23. juni 2006. Deres ref.: 200602349/IMN

Vedlagt følger foreløpig høringsnotat fra Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Endelig høringsnotat vil komme etter at det er samordnet med Divisjon for epidemiologi.

Med vennlig hilsen

Johs. Wiik
ass. divisjonsdirektør,
Divisjon for Psykisk helse.

Helse og omsorgsdepartementet,
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo

23. Juni 2006

Deres ref.: 200602349-/IMN

Innspill til Høringsnotat – Nasjonal helseplan (2007-2010) fra Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Det vises til departementets ekspedisjon av 22.05.2006.

Handlingsplanen har som intensjon å gi et bredt grunnlag for å fornye helsetjenesten i samsvar med dagens behov. Det er tematiske kapitler om organisering, kvalitet, forebygging, forskning osv. og så er det et eget kapittel om psykisk helse. Vi finner det helt riktig å framheve psykisk helse på denne måten bl.a. fordi opptrappingsplanen avsluttes i løpet av planperioden. Denne inndeling vil imidlertid betinge en god del krysshenvisninger siden det som sies om utfordringer i folkehelsen – forebygging, kvalitet, forskning og kommunehelsetjenesten m.v. også vil angå psykisk helse.

Først gir vi noen overordnede betraktninger, deretter noen merknader til selve teksten.

Handlingsplanen beskriver dagens status og utfordringer og dernest skisseres tiltakene for å møte disse utfordringene. Status og utfordringene på overordnet nivå er skrevet på en god og dekkende måte. Vi slutter oss til disse. Derimot er det ikke alltid at forslagene til tiltak er i samsvar med problembeskrivelsen.

Primærforebygging.

I beskrivelsen av utfordringene er samhandling i og utenfor helsetjenesten og med pårørende viktige momenter. Under utfordringer er det med rette lagt stor vekt på at "Belastningen for mennesker med psykiske lidelser kan ikke løses av helsetjenesten isolert. En helhetlig nasjonal politikk som inkluderer skole, arbeidsliv og nærmiljø, er avgjørende for pasientenes opplevelse av likeverd og mestring". Dette er viktige honnørord. Men når det kommer til forebyggende tiltak og prioritering av forskning ser det ut til dette perspektivet har blitt borte og man har prioritert sekundærforebygging og en individrettet tankegang.

Kapitlet om forebygging slår innledningsvis fast at "Folkehelsen er også i dag knyttet vel så sterkt til sosiale og økonomiske forhold som til hvilke helsetjenester som tilbys". Deretter viser man til en amerikansk forsker som hevder at helsetjenestens bidrar bare med 5 år til den økte levealder på 30 år og at det vesentligste bidraget her er vaksinasjoner. Slike konklusjoner kommer man til når man undersøker en individrettet helsetjeneste slik man har den i USA. Helsetjenesten som premissleverandør og budbringer er ikke regnet inn i disse prosentene. Dette er også en helsetjeneste, og en viktig en i primærforebyggende øyemed, jfr bl.a. kommunehelsetjenestelovens § 1-4. Ikke minst gjelder dette psykisk helse og sosiale ulikheter i helse. Dette har man ikke tatt konsekvensene av verken ved å styrke helsetjenesten på dette området (sentralt: styrket overvåking og forskning, lokalt: primærforebygging og styrket budbringerrolle overfor andre sektorer). Det var dette som gav de store resultatene i forrige århundre og sannsynligvis også vil gjøre det i dag.

Forskning:

Forskningsfeltet på forebygging kan deles i to (minst): På noen områder kjenner vi årsakene til god og dårlig helse, på andre områder er årsaksforholdene ikke tilstrekkelig klarlagt til å kunne foreslå tiltak. På det første område, f.eks på mange livsstilssykdommer har vi rimelig god kunnskap om årsaksforhold. Her trenger vi mer viten om hvordan samfunn og individ skal endre atferd i mer helsegunstig retning. Vi trenger virkemiddelforskning, tiltaksforskning eller implementeringsforskning.

Og skal vi endre den sosiale ulikhet i helse i gunstigere retning, kan vi ikke bare ha en individrettet tilnærming, men også være opptatt av samfunnsforhold og rammebetingelsene for at individene letter kan/vil treffe de "riktige" valgene. Helseplanen beskriver dette helt riktig i utfordringene, men i den videre tilnærming er helseplanen i hovedsak individrettet. Her bør man ta inn formuleringer fra HOD's utkast til revidert forskningsstrategi hvor det bl.a. heter (under epidemiologisk forskning): *" Det blir videre lagt vekt på at det er behov for en dreining av forskningsfokus fra enkeltlidelser til fokus på sammenhengen mellom samfunnsforhold og befolkningens helse, spesielt sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse"*. Det skader ikke å gjenta dette i helseplanen.

Også når det gjelder sosiale miljøfaktorer er vi i den situasjon at vi dels kjenner årsakssammenhenger (mobbing, sosial støtte m.v.) men også her har vi manglende kunnskap om hvordan vi får samfunn eller individ til å ta denne viten i bruk. Her må satse mer på tiltaksforskning og evaluering av tiltak.

På andre områder har vi ikke tilstrekkelig kunnskap om årsakene til å anbefale tiltak. Der bør vi ha bedre årsaksforskning. Årsaksforskning er lettere å få gjennomslag for, og kan ofte gjennomføres i mer avgrensede prosjekter, mens virkemiddelforskning og tiltaksforskning både er mer vanskelig (vanskelig å gjennomføre etter "gullstandarden" som randomiserte kontrollerte forsøk og vanskelig å få gode karakterer fra forskningsrådsevaluering) og ofte langt mer kostbare slik at det ikke dekkes innenfor vanlige forskningsrådsbevilgninger. Her må storsamfunnet trå til på en helt annen måte og være villig til å evaluere reformer og store intervensjoner særlig innen forebygging.

Vi må få bedre kunnskap om effekten av ulike folkehelsestrategier og måter å organisere tjenestene på før man implementerer kostbare nasjonale reformer. Også her kan Helseplanen med fordel sitere fra HOD's utkast til revidert forskningsstrategi: *"Sikre en sterkere finansiering av virkemiddelforskningen om forebyggende tiltak i regi av NFR og utvikle strategier for øket bruk av forskningsbasert kunnskap på folkehelsefeltet"*. Dette bør ikke bare gjelde i regi av NFR. Folkehelseinstituttet har her store utfordringer spesielt på området psykisk helse. HOD's forskningsstrategi bør også reflekteres under forskningskapitlet i helseplanen.

Sosiale ulikheter kan ikke bekjempes uten at man har dette samfunnsperspektivet og befolkningsrettede strategier er mer kostnadseffektive enn høyrisikostategier. Den er mindre stigmatiserende og har mindre bi-effekter som unødvendig sykeliggjøring av risikogrupper.

Kommunehelsetjenesten er viktig for psykisk helse. Det gjelder alle aldersgrupper, men vi vil bør starte med barn og unge. Dette er nødvendig ikke minst for å demme opp for den store henvisningsflommen som er/ kommer hvis vi ikke tilfører mer kompetanse på kommunenivå og bedrer samarbeidet med 1. og 2. linjetjenesten. Hvis portvaktrollen (side 48) skal ha noen mening må det tilføres mye mer kompetanse lokalt slik at det ikke bare blir en passiv henvisningsinstans. Det er derfor ikke likegyldig hvordan økningen i samarbeidet med 2.linjetjenesten skjer. Meldingen har en god beskrivelse av den vertikale linjen, dvs. behovet for samarbeidet oppover i systemet. En viktig begrunnelse i sin tid for å organisere kommunehelsetjenesten som en integrert del av de kommunale tjenestene, var at man innså

behovet for et godt horisontalt samarbeid på kommunenivå med skole, barnehage, teknisk etat (bolig), arbeid, frivillige organisasjoner m.v.

Strategi for samhandling.

Det er viktig å organisere denne kontakten med spesialisthelsetjenesten slik at det ikke går på bekostning av den horisontale samhandlingen. En måte å gjøre dette på er i større grad å bringe spesialistene ut til folket og til tjenestene lokalt og slik at spesialistene foretar undersøkelse og rådgivning overfor klientene felles med lokalt helsepersonell. Det er gjort flere gunstige forsøk med dette, jfr. bl.a. i prosjektet "Spesialistene ut til folket" et prosjekt i skolehelsetjenesten på Sogn videregående og Lambertseter skole i Oslo. I stedet for å henvise trekker man spesialistene inn i de lokale tjenestene i et samarbeid med primærhelsetjenesten, men uten å flytte ansvarsforholdet.

Man bevarer da den lokale kontakten, klienten blir ikke værende i spesialist-tjenesten og blokkerer for nye pasienter som har behov for spesialisthjelp. Den lokale helsetjenesten tilføres samtidig kontinuerlig øket kompetanse gjennom denne form for samhandling. I tillegg til dette trenger vi personell med øket kompetanse på psykisk helse i kommunene, jfr. St.prp. 1 2005 -2006 side 278. Dette bør være et "lavterskel"-tilbud innen psykisk helse i kommunene som vil gi et langt bedre tilbud til sosialt vanskeligstilte grupper og som kan hjelpe til at flere får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også innen svangerskapsomsorgen. Det vises bl.a. til kronikk i Aftenposten aften den 26. juni 2006.

Det står mye bra i Handlingsplanen om dette, men den tenderer til å formulere seg slik at den vertikale samhandling kan gå på bekostning av den horisontale samhandling.

Psykisk helse

Det vises til avsnittene ovenfor som også handler om psykisk helse. Kommentarene her gjelder psykisk helse spesielt. I Handlingsplanens høringsnotat uttales det: *"I arbeidet med helseplanen gis man muligheten til å trekke opp linjer for en helsepolitikk som fanger opp de utfordringer som ikke er løst ved utgangen av 2008"*. Dette er et meget viktig punkt. En rekke av de tiltak som er startet under opptrappingsperioden har vært meget prisverdige og de av dem som viser seg nyttige må fortsette å utvikle seg ved styrking av de ordinære budsjetter.

Når det gjelder sentral oppbygging av forskningsbasert rådgivningskompetanse, kom den sent i gang i opptrappingsperioden. Oppbygging av rådgivning og forskning vil alltid være meget langsiktig. Det tar tid før den er etablert på det nivå som størrelsen på dette nasjonale folkehelseproblem tilsier.

Det er historisk at det nå som følge av opptrappingsplanen har etablert seg en egen divisjon for psykisk helse på et tradisjonelt folkehelseinstitutt. Det er banebrytende i verdenssammenheng at dette nå har **status** på samme nivå som de store sykdomsgruppene som var rådende på 1800 tallet. Store helsegevinster ble den gang oppnådd gjennom sentral satsing på nasjonale folkehelseinstitutter som ga råd til lokale og sentrale utøvere. Det samme gjøres nå når det gjelder dagens rådende sykdomsbilde og psykisk helse. Norge er dermed et foregangsland på dette området. Framtidsvyene her er av så vidt store dimensjoner at det med rette bør være gjenstand for politisk markering i en nasjonal handlingsplan.

Når det gjelder sosiale miljøfaktorer, befolkningsstrategier, virkemiddelforskning og kompetanse på kommunenivå vises det også til det som er sagt foran. **På området psykisk helse er det også nødvendig å intensivere helsetjenesteforskningen.**

Klinisk forskning er i flere sammenhenger framhevet som viktig. Folkehelseinstituttet har her en særlig oppgave og utfordring i å etablere samarbeid med de kliniske miljøene.

Folkehelseinstituttet mangler ofte den kliniske kompetansen til å sette problemene inn i riktig kontekst. Folkehelseinstituttet har kompetanse på epidemiologi og metode og befolkningsbaserte data som den kliniske forskning kan profitere på. På tre områder innen psykisk helse har vi etablert et slikt samarbeid med de kliniske miljøer som vi tror befrukter forskningen fra begge kanter. Det er på selvmord/selv mordforsøk, barn og unges psykiiske helse og på reproduktiv helse (svangerskap, fødsel). Denne kombinerte bruk av kliniske materialer og befolkningsbaserte data virker lovende for den framtidige forskningen på Folkehelseinstituttet. Disse tendensene bør videreutvikles i helseplanperioden.

Videreføring av innsatsen fra opptrappingsplanen.

Selv om psykisk helse **status**messig er på samme nivå som andre store sykdomsgrupper i folkehelsearbeidet, er det langt igjen før den ressursmessig er på samme nivå som de andre. Opptrappingen innen forskningsbasert rådgivning som er startet opp må derfor fortsette utover opptrappingsperioden og ut hele Helseplanperioden. Dette vil markere Norge på den internasjonale arena både når det gjelder profilering av et Folkehelseinstitutt og når det gjelder forskningen på området psykisk helse og forebygging.

Tema som mangler i Helseplanen

etterlyses fra departementet. Vi ser ett sentralt tema som ikke er berørt:

Helseovervåking.

I gamle Sunnhetsloven av 1860 het det at "Kommissjonen skal ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse....." Dette ble videreført i den nye kommunehelsetjenesteloven: "Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over heletilstanden og de faktorer som kan virke inn på denne" slik at de kan foreslå forebyggende tiltak. Under behandlingen av dette lovarbeidet ble det uttalt at tilsvarende måtte gjelde for helsemyndighetene sentralt. Dette er nødvendig for å få tilstrekkelige styrings- og prioriteringsdata. Det bør innføres et eget avsnitt om helseovervåking i Helseplanen: Nasjonale helseundersøkelser, dette beskrives av Camilla.

Som et ledd i dette arbeidet er det for psykisk helse startet opp arbeidet med et Diagnosebasert overvåkingssystem for psykiske lidelser som blir et viktig element i dette overvåkingssystemet.

Enkeltkommentarer.

Nedenfor gir vi noen enkeltkommentarer til den foreliggende teksten:

S7: Sosial ulikhet i tilgang/bruk av helsetjenester. Det er viktig at man nå får slått fast hvem, evt. flere, som skal ha ansvaret for denne helsetjenesteforskningen. Norge ligger langt tilbake på dette området. Det er også viktig at helseovervåkingen omfatter helsetjenestebruk og forbruk.

s.: 8 Pasient og pårørende erfaringer er spesielt viktig innen psykisk helsevern og bør også omfattes av etterlatteproblematikk (bl.a etter selvmord)

s.9, Det hevdes at rammefinansieringen utgjør fundamentet på de fleste områdene, men gjelder det også de fleste pengene??

s. 14 Basere folkehelsearbeidet på kunnskap og erfaring. Hva er forskjellen?

s. 26 Her er lavterskeltilbudet for barn og unge framhevet og det vises til det som er sagt foran om erfaringer med bl.a. skolehelsetjenesten og kompetanse på kommunenivå.

Johs. Wiik
Ass. divisjonsdir,
Divisjon for psykisk helse

