



Til Helse- og omsorgskomiteen

Oslo, 10. april 2024

### Høringsvar: Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste

Avstanden mellom ressurser og forventninger i psykisk helsevern må lukkes. Nasjonal helse- og samhandlingsplan gir ansatser til en lovende utvikling av helsetjenesten som setter den i stand til å møte nåværende og fremtidige behov. Realiseres tiltak og prosesser slik planen beskriver, vil vi langt på vei oppnå regjeringens mål om bedre samhandling, likeverdighet i tjenesten og stabil og god kapasitet. Suksess er avhengig av en rekke faktorer, og vi vil i det følgende beskrive det vi i Rådet for psykisk helse oppfatter som de viktigste innsatsområdene og problemkompleksene. Dette dokumentet beskriver innsatsområdene Rådet for psykisk helse har prioritert å kommentere på og disse er:

- **Kompetanse og bemanning**
  - *Bemanningsutfordringer*
  - *Livslang læring*
  - *Lederkompetanse*
- **Finansiering**
  - *Innsatsstyrt finansiering*
  - *Rekrutterings- og samhandlingstilskudd*
- **Samhandling**
  - *Helsefelleskapene*
  - *Pasientforløp*
  - *Individuell plan*
  - *Tverrfaglighet – primærhelseteam*
  - *Kunstig intelligens (KI) og oppgavedeling*
- **Likeverdige helsetjenester**
  - *Fattigdom*
  - *Helsekompetanse og systemforståelse*
  - *Innvandreperspektivet*

#### Kompetanse og bemanning

##### *Bemanningsutfordringer*

En av de største utfordringene for helsetjenesten er tilgang på nok personell. Riksrevisjonens undersøkelser av bemanningsutfordringer i 2020 og 2023 belyser at bemanningsproblemet har vedvart over lang tid. Her kritiserte Riksrevisjonen helseforetakene for manglende oversikt over bemanningsutfordringer, og fryktet for pasientsikkerheten. Til tross for iverksatte tiltak, har resultatene latt vente på seg. Vi merket oss et markant fravær av faggrupper innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i disse rapportene. Vi er derfor, som NSF, glade for å se at denne planen understreker behovet for satsing på psykisk helse og rusavhengighet, og at den vektlegger behovet for sykepleiere med master i psykisk helse og rusavhengighet. Planen må styrke tiltak for å redusere helsepersonells omfattende belastning, en vurdering vi deler med flere sentrale organisasjoner, blant annet NSF.

At det satses på kompetansehevede tiltak for fagarbeidere mener vi er helt nødvendig med de utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor. Vi er fornøyde med at regjeringen vil videreføre arbeidet med et fagarbeiderløft i helse- og omsorgstjenestene. Dette er spesielt viktig innenfor psykisk helsevern, fordi det er den sektoren som har høyest andel ufaglærte til å ivareta syke mennesker som ofte står i store livskriser. Det er positivt at regjeringen vil gi de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et samarbeid for å identifisere og utvikle spesialutdanninger for fagarbeidere som dekker nasjonale behov.

#### *Livslang læring*

Regjeringen viser til flere tiltak for å sikre stabil tilgang til personell med riktig kompetanse. Ett av tiltakene er å oppfordre arbeidsgivere til å innføre en strategisk tilnærming til livslang læring og til strukturert og intensivt kompetanseutviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Vi mener at en oppfordring ikke er tilstrekkelig, og ønsker en tydeligere kunnskapsforventning til ledere der nødvendigheten av å ha en strategisk tilnærming til kompetanseutvikling er et krav. Samtidig er vi glade for å se at det er etablert en regional koordinatorrolle hos statsforvalterne for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling.

#### *Lederkompetanse*

Rådet for psykisk helse har over tid ment at helseforetakenes oppfølging av politiske styringssignaler og pålegg konsekvent har sviktet når det gjelder prioritering av psykisk helsevern. Vi har etterlyst en tydeliggjøring av fordeling av ansvar og myndighet mellom folkevalgt nivå, styrer og administrative ledere. Status har til nå vært at styringssignalene fra myndighetene ikke har blitt fulgt opp tilstrekkelig, og psykisk helsevern har vært nedprioritert. Tiltak for å styrke ledere på alle nivå er viktig. Strategisk satsning på lederkompetanse, beslutningskompetanse samt kapasitet til å drive faglig ledelse uten overvekt av administrasjon må prioriteres. Dette forutsetter rammevilkår som understøtter arbeidet med å jobbe systematisk og strategisk med ledelse. Derfor er vi bekymret over at regjeringens plan kun beskriver begrensede tiltak som en kort nettbasert ledelsesutdanning for kommunale helse- og omsorgstjenester, og tilskudd til Helsedirektoratet for å utarbeide en nettbasert oversikt over ulike verktøy og kompetansetiltak for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi støtter NSF når de trekker frem at regjeringen bør arbeide for redusert lederspenning for førstelinjeledere, og at også sykepleieledere har tilstrekkelig tilgang til relevante fagstøttesystemer, støttepersonell og styringsverktøy.

## **Finansiering**

#### *Innsatsstyrt finansiering*

Rådet for psykisk helse vil påpeke at en vesentlig forklaring på manglende prioritering av psykisk helsevern kan knyttes til finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten. Innsatsstyrt finansiering av somatiske tjenester har gitt et kraftfullt incentiv for å prioritere denne delen av tjenestetilbudet i helseforetakene. Vi ba i vårt innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan om en vurdering av hvordan den innsatsbaserte andelen av finansiering kunne vektas, slik at finansieringssystemet ikke framsto skjevfordelende til skade for pasienter med psykiske lidelser. Derfor er vi fornøyde med at andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken er redusert til 30% fra 2025 for blant annet å gi økt strategisk handlingsrom, støtte opp om samhandling og faglige vurderinger og oppnå likere finansiering av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

### *Rekrutterings- og samhandlingstilskudd*

Vi mener at innføring av rekrutterings- og samhandlingstilskudd er et tiltak i positiv retning. Det vil føre til større handlingsrom for å kunne etablere samarbeid på tvers av tjenestenivå for de prioriterte gruppene for helsefelleskapene, hvor personer med psykiske lidelser og rusproblemer er en av disse. Dette gir et godt grunnlag for helsefelleskapene til å jobbe videre med optimalisering av oppgavedeling og samarbeid mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Nasjonal helse- og samhandlingsplan viser at regjeringen har tatt innover seg at finansieringen av tjenestene har fungert som barriere for samarbeid og gode pasientforløp, fordi kostnad og gevinst blir skjevfordelt ved ellers gode intensjoner om samhandling. At Sykehusutvalgets forslag om å innføre et nasjonalt samhandlingsbudsjett for kommuner og helseforetak nå utvides til å ta inn muligheten for rekrutteringsordninger som kan finansieres i samarbeid mellom nivåene, ser vi som positivt. Nå er det viktig at pilotprosjektet i Nord understøttes slik at det lykkes, og ikke spises opp av øvrige budsjettutfordringer, og at dette videreføres som en nasjonal ordning fra 2025. NSF påpeker det problematiske ved at tilskuddet er lagt til rammen til RHF-ene, fordi det kan forsterke ubalansen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, en bekymring vi deler.

### **Samhandling**

#### *Helsefelleskapene*

Rådet for psykisk helse støtter anbefalingen til Sykehusvalget om å videreføre arbeidet med helsefelleskapene, og er glade for at regjeringen ønsker å inngå en ny samarbeidsavtale med KS for å sikre at helsefelleskapene blir en drivkraft for lokalt samarbeid om planlegging og tjenesteutvikling.

#### *Pasientforløp*

Regjeringen vil legge til rette for bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus for å skape gode pasientforløp med trygge overganger, særlig for pasienter med store og sammensatte behov. Her vektlegger de metodikken i «Gode pasientforløp» som et praktisk verktøy som helsefelleskapene kan benytte i utviklingen av samarbeid om de prioriterte pasientgruppene i målgruppen. Vi ser dette som en god utvikling, der overgangene kan sikres slik at riktig og nødvendig informasjon følger pasientene i alle ledd. De første 30 dagene etter utskrivelse er en kjent høyrisikoperiode for selvmord. 45% av de som tar livet sitt har hatt kontakt med spesialisthelsetjeneste for psykisk helse og rus i løpet av det siste leveåret, en statistikk som synliggjør behov for et sterkere sikkerhetsnett og tettere overganger. Det er fint at regjeringen velger å prioritere gode læringsnettverk som understøtter arbeidet med gode pasientforløp. Strukturene vil bidra til å tette hull i overganger mellom helsetjenestene for pasienten. Styrking av brukerrollen vil kompensere for noen av de kjente risikofaktorene vi vet er kritiske.

Vi mener som Norsk psykiatrisk forening (NPF) at det særlig innen det psykiske helsefeltet er behov for en grundig gjennomgang av ansvarsdeling mellom ulike faggrupper. Planen beskriver at helse- og omsorgstjenesten ikke henger godt nok sammen, og som NPF vil vi løfte frem at pasienter med store og sammensatte behov og deres pårørende for ofte opplever å selv måtte koordinere tjenestene de mottar. Kommuner og sykehus må derfor i større grad samarbeide om gode og sammenhengende pasientforløp. Kommunenes ansvar for helsehjelpen bør beskrives tydeligere i planen. Vi har som NPF stor tro på at samarbeidsmodellen vil bedre tilbudet i kommunene, og støtter deres forslag om lovfesting av at alle kommuner skal ha samhandlingsteam lignende ACT og FACT uten at styrkingen av tilbudene skal gå på bekostning av kapasiteten i sykehus.

### *Individuell plan*

Både kommunen og Helseforetaket har plikt til å ha en koordinerende enhet. I dag er ansvarsfordelingen knyttet til ordningene med koordinator uklar, og kravene som ligger til partene tilknyttet koordineringsordningene fremstår utydelige. Individuell plan er et koordineringstiltak Sosial- og helsedirektoratet første gang kom med en veileder for allerede i 2002. Ordningen er et verktøy vi vet virker i arbeidet for de med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, og bør derfor løftes mer frem i planen. Potensialet i dette verktøyet er ikke godt nok utnyttet, fordi føringer på ansvarsfordeling er for utydelige og blir gjenstand for ansvarsforskyvning i en hektisk arbeidshverdag.

### *Tverrfaglighet - primærhelseteam*

Vi er enige med Psykologforeningen i at et av de største hullene i psykisk helsehjelp per i dag ligger i primærhelsetjenesten. Vi må komme mye tidligere inn om vi skal lykkes med å forebygge, og av den grunn er vi fornøyde med at dette er en samhandlingsplan og ikke en sykehusplan. Vi er videre fornøyde med de store endringene i allmennlegetjenesten og satsingen på tverrfaglig kompetanse. Primærhelseteamene har vist suksessfaktorene ved den helheten dette kan representere. Tverrfaglig ordning vil avlaste og gi raskere, tidligere og mer helhetlig hjelp. Forsøket med sykepleiere i primærhelseteam er en vesentlig del av grunnlaget, og den nye allmennlegetjenestes tverrfaglige helsetilbud ser vi som svært lovende. Allmennsykepleieren vil være en viktig ressurs inn.

Det innebærer stor risiko for at etablerte og velfungerende fagmiljøer forvitrer når finansieringen av primærhelseteam nå opphører. Godt fungerende tjenester risikerer å måtte starte på nytt. Denne bekymringen deler vi med flere av våre medlemsorganisasjoner.

### *Kunstig intelligens (KI) og oppgavedeling*

Oppgavedelingen må ta utgangspunkt i pasientenes behov. Kunstig intelligens seiler opp som en sentral og avlastende del av verktøykassa fagfolkene har tilgjengelig for å gi en presis og raskere behandling. Planen er opptatt av å sette riktig kompetanse på riktige oppgaver og at KI skal automatisere arbeidsprosesser og frigjøre tid i tillegg til å gi bedre beslutningsstøtte. Det er viktig at personalressursene som frigjøres ikke bare omdirigeres til å legge inn enda flere oppgaver, men at den dirigeres i retning av pasientoppfølgingen for å sikre mer tid som kan bygge tillit og relasjonell kontakt. Dette er en stor mangel i dagens sykehushverdag, og vi vet at relasjoner redder liv. Frigjort kapasitet grunnet KI kan ikke bli et springbrett til å droppe den menneskelige kontakten som for mange innen psykisk helsevern er avgjørende for bedring og økt funksjonsnivå. Vi må bruke teknologiske fremskritt til å ivareta pasientene bedre, og ikke tenke at denne frigjorte tiden alene skal løse bemanningsutfordringene blant annet Helsepersonellkommisjonen har beskrevet. Hvis de digitale reformene skal virke så må de treffe tjenestene bedre enn de gjør i dag, og vi mener som Psykologforeningen at folk fra det psykiske helsefeltet må få bidra inn i utviklingen for å sikre individuelt tilpassede forløp.

## **Likeverdige helsetjenester**

### *Fattigdom*

Som Psykologforeningen mener vi at en viktig del i planen er sammenhengen mellom ulike deler av tjenesteapparatet – arbeid og psykisk helse henger tett sammen, og helse vil derfor dra stor nytte av tverrsektorielt samarbeid og samhandling opp mot NAV. Planen identifiserer en rekke tiltak som skal få flere mennesker med psykiske lidelser og plager i arbeid, noe som vil virke helsebringende. Det er veldig bra dersom vi får bedre arbeidsrettet psykologisk behandling, bedre samarbeid mellom helseaktører og NAV og individuell jobbstøtte for de med langvarige psykiske lidelser. Vi bør også sikre at finansiell

rådgivning blir inkorporert i forløpene, da vi vet at gjeld og dårlig økonomi kan komme i veien for tilfriskning og videre mulighet til å kunne stå i arbeid dersom problematikken ikke håndteres samtidig. Mange i målgruppen har også forsørgeransvar for barn med økt risiko for negativ helseutvikling. Vi etterlyser derfor en tydeligere helhetlig plan for spissede barnerettede tiltak. På befolkningsnivå ser vi tydelige negative helsekonsekvenser for barn som vokser opp i fattigdom og knappe levekår, de de blant har annet større risiko for psykiske plager og lidelser. En [studie](#) fra FHI i 2021 viser at barn av foreldre med aller lavest inntekt har hele tre til fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser, sammenliknet med barn av de aller rikeste foreldrene.


#### *Helsekompetanse og systemforståelse*

På generelt grunnlag vet vi at pasienter med mye penger får raskere og bedre hjelp fordi de kan betale seg bort fra ventetid ved en rekke problemer. Helsekompetanse og systemforståelse hos foresatte vil også gi langt mer beskyttelse for barn, og som kjent sitter denne kunnskapen som oftest bedre i de øvre sosioøkonomiske sjiktene. I et [samfunnsperspektiv](#) vil man få mindre og tregere hjelp jo lavere inntekt man har. Planen mangler tiltak for å fange opp barn og unge som ikke får tilstrekkelig helseoppfølging og adekvat kompensering for mangler i hjemmet. Planen konkretiserer hvordan bedre helseoppfølging skal sikres for barn i barnevernet, men bør da inkorporere konkrete tiltak for denne risikogruppen.

#### *Innvandrerperspektivet*

I dag har over halvparten av barna i familier med lav inntekt i Norge innvandrerbakgrunn. I utgangspunktet er innvandrerbefolkningen yngre og friskere enn befolkningen som helhet, men andelen med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i den øvrige befolkningen. Her mener vi også at spissede tiltak bør settes inn for å fange opp innvandrerbarn i risiko for manglende helsehjelp grunnet sosioøkonomiske faktorer, da barrierene beskrevet i planen konsentrerer seg om tilrettelegging av informasjon, stigma og kompetanse i tjenestene. Vi snakker altså om en mer kompleks horisont der levekårsproblemer kan utløse sykdom hyppigere enn hos andre.

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen  
generalsekretær