

Rådet for psykisk helse

Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo

Tlf 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

Bank: 1609.08.79875

www.psykiskhelse.no

Org.nr. 971524499



Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpeskilden Norge, Hvirve Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse - LP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgivning om spileforstyrrelser, Spileforstyrrelsesforeningen, WSO - Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU - Norges Tekniske Høgskole, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet

Dato: 6.11.2023

Høringsvar: Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern

Rådet for psykisk helse takker for anledning til å gi innspill til Ekspertutvalgets rapport. Utvalget har gitt en god og nyansert utredning, som utgjør et nyttig grunnlag for en sterkere tematisk organisering av den psykiske helsetjenesten. Rapporten berører noen av de viktigste utfordringene vi har i dagens organisering av psykisk helsevern.

Får vi til en målrettet og rask behandling av god kvalitet kan vi innfri på effektpotensialet som ligger i tjenestene. Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte lidelsesbilder, og er avhengige av flere instanser og behandlingstyper samtidig. Denne pasientgruppen bør få tilgang på kombinasjonsbehandling som tilpasses lidelsestrykk, situasjon og personlige preferanser. Er den tematiske organiseringen for stram, vil de med komplekse tilstander risikere behandling som ikke er målrettet. Vi er derfor enige med utvalget i at tematisk organisering må tolkes bredt, og innbefatte både diagnosebaserte tilstander og ulike behandlingsformater der spisskompetanse på eksempelvis alder og livssituasjon er nødvendig. Vi støtter også utvalgets vurdering av tverrfaglig teamorganisering for å ivareta bredden i kompetansen på metodikken i det enkelte forløp. Vi må legge elastiske modeller til grunn som rommer kompleksiteten i hver enkelt sak, og sikrer et faglig oppdatert nivå i et sammensatt fagfelt.

Vi velger i det følgende å kommentere på hvert enkelt av Ekspertutvalgets fire utvalgte områder:

1. Styrke kommunale tilbud og samhandling

Det er et godt grep å se tilbudet til pasienter med psykiske lidelser i kommunen og i psykisk helsevern i sammenheng. Det er helt sentralt å få på plass en god oppgavedeling, og utvalget presiserer at tydelig beskrivelse av kommunens sørge for-ansvar må være et viktig grunnlag for økt grad av tematisk organisering i psykisk helsevern. Sykehusene må konsentrere innsatsen om pasienter i behov av utredning og behandling utover det fastlege, kommunepsykolog og øvrige kommunale psykiske helsetjenester kan bistå med. Dette er kun oppnåelig med et styrket kommunalt tilbud. Når dette er på plass er det viktig å monitorere utviklingen og sette resultatmål så spesialisthelsetjenesten er i stand til å vise at de lykkes med sitt samfunnsoppdrag og får pasienter og brukere inn på rett behandlingsnivå. Vi støtter derfor forslaget om innrapportering til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) på all aktivitet. Utvalget peker på at klargjøring av ansvar på nivåene samt klargjøring av felles samhandlingsansvar mellom nivåene blir nødvendig.

Vi støtter forslaget om å opprette et samhandlingsbudsjett med midler til pasienter som kommune- og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om, og tror at deler av samhandlingsutfordringene vil løses når nivåene ikke bekymrer seg for hvem som skal ta regningen.

Forslaget om fri retur for pasienter med behandlingshistorikk i psykisk helsevern er godt. Vi advarer likevel mot at dette kan bety flere svingdørspasienter. En brukerstyrt poliklinikk vil være avhengig av en

kapasitet som per i dag ikke er til stede i klinikken, noe som kan utløse at flere ikke blir ferdig behandlet og stående med midlertidige løsninger over tid.

Utvalget ønsker at den psykiske helsehjelpen blir kjent og tilgjengelig for de ulike aktørene. Dette må også innebære bedre informasjon til brukere og pasienter samt pårørende. Vi får stadige tilbakemeldinger om at det er vanskelig å navigere i et system preget av manglende ressurser.

2. Forenkle og forbedre inntak og utredning

Veien inn i psykisk helsevern er vanskelig tilgjengelig både for de som trenger helsetjenesten og de som skal tilby den. Ekspertgruppen peker på at fastlegen i liten grad er involvert i og informert om tilgjengelige psykiske helsetjenester i kommunen. Det er også stor variasjon i prioriteringer og forståelse av kriteriene på de ulike behandlingsnivåene, noe som er en viktig faktor knyttet til en uforholdsmessig høy avvisningsprosent og en belastning av inntakssystemet. Vi trenger kompetanseheving og styrking av samhandlingsarenaene i helsetjenesten for å danne en omforent oppfatning av hvem og hva som skal prioriteres. I tillegg må det være klare ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjeneste slik at pasienter ikke blir sittende som gissel imellom behandlingsnivåene. Samhandlingsstrukturene er sentrale for å sikre en god beslutningsprosess og vurdering av prioriteringer, og egne henvisnings- og avklaringssteam kan i denne sammenheng være sentralt. Vi må sikre felles forståelse av kriteriene mellom de ulike behandlingsnivåene og andelen avviste søknader må ned. Å vurdere en henvisning kun basert på den skriftlige henvisningen er lite treffsikkert.

Rådet for psykisk helse støtter prinsippene som forutsettes lagt til grunn for inntaksarbeidet. Å trekke inn pasient, pårørende og den som henviser i vurderingsgrunnlaget gir en mer treffsikker vurdering. Dialog med pasient og pårørende gir en mulighet for å møte gjensidige avklaringsbehov man kan miste med dagens system.

Det eksisterer flere varianter av inntaksteam på de forskjellige helseforetakene, og avvisningsraten er svært variabel. Anbefalingen om egne henvisnings- og avklaringssteam støttes. For å kunne avgjøre riktig nivå av helsehjelp må teamet ikke bare ha god oversikt over tjenestetilbudet på begge forvaltningsnivå, men bestå av en tverrfaglig kompetanse som understøtter denne oversikten. Dette forutsetter at tjenestetilbudet er koordinert og kjent, noe vi i Rådet for psykisk helse erfarer at det ikke er. I tillegg til å ha spesialistkompetanse for å gjøre rettighetsvurderinger og diagnostiske vurderinger bør også det sosialfaglige aspektet vektlegges. Både med tanke på de sårbare overgangene mellom behandlingsnivåene og når det gjelder hvordan pasienters psykiske helse påvirkes av andre faktorer i livet som økonomi og boforhold. I tillegg vil vi understreke hvor viktig det er at barn som pårørende blir identifisert og tiltak iverksatt og fulgt opp.

Når man legger vekt på å gjøre raske avklaringer og anvende tidsbesparende metoder som telefonsamtaler og video, må man være bevisst på at det kan få et overslag ved at pasienter opplever å bli overkjørt og at det ender opp med en feilvurdering. I denne sammenhengen mener vi det er viktig at bruker- og pårørendekompetanse tas inn i vurdering av kompetansebehovet til de ansatte i henvisnings- og avklaringssteamene.

Pasienter med psykoselidelser har behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og trenger derfor fleksible løsninger. Vi er glade for å se at forslaget legger opp til færrest mulig overganger i inntaksprosessen. Å ha kompetanse på

FACT i henvisnings- og avklaringsteamene, kan bidra til at henvisninger av denne pasientkategorien raskt går til rett behandlingsnivå. Bekymringen for at mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusavhengighet kan falle mellom to stoler i modell for tematisk organisering, kan møtes ved at FACT kompetanse sitter i henvisnings- og avklaringsteam. Vi vet at samarbeid på tvers av sektorer og nivå bidrar kraftig til reduksjon av både innleggelse og liggedøgn.

3. Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet

Rådet for psykisk helse støtter en mer tematisk organisering av psykisk helsevern gjennom prinsippene utvalget foreslår, og gjennom etablering av spesialiserte fagteam for å sikre forutsigbarhet, kvalitet og et raskere tilgjengelig tilbud tilpasset pasienten. I spesialiserte fagteam vil helsepersonell få bedre muligheter til å oppdatere seg på ny kunnskap som vil komme pasienten til gode, samtidig som det er en investering i å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i psykisk helsevern. En systematisk fagutvikling vil også opprettholde spesialkompetanse over tid.

Det er allikevel viktig at det gjøres en videre analyse av de ulempene ved tematisk organisering som er skissert i utvalgets rapport, og at det lages tiltak og sikres en modell for organisering som tar høyde for og forebygger disse ulempene og redusere risiko for uønskede konsekvenser. Som vår medlemsorganisasjon Norsk sykepleierforbund (NSF) mener vi at en spesialisert organisering innen psykisk helsevern kan medføre en risiko for at pasienter faller mellom to stoler. Det er en fare for at det etableres strukturer som blir til hinder, og i verste fall bidrar til ansvarsfraskrivelse.

Dersom ansvaret for utvikling av fagmiljøene skal legges på helseforetaksnivå, bør dette gjøres i tett samarbeid med helsefelleskapene. Det er behov for at strategisk kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten gjøres i samhandling med kommunehelsetjenesten, og at ny kunnskap kommer pasienten til gode raskere. Dersom ansvaret for utvikling av fagmiljøene skal legges på helseforetaksnivå, bør dette gjøres i tett samarbeid med helsefelleskapene. Det er behov for at strategisk kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten gjøres i samhandling med kommunehelsetjenesten, og at ny kunnskap kommer pasienten til gode raskere. Kompetansebroen er et godt eksempel på verktøy for kompetansedeling og samhandling, som er utviklet av helsefelleskapene. Dette verktøyet er en viktig suksessfaktor i samarbeidet og bør videreutvikles og spres i alle helsefelleskapene. Den elektroniske løsningen gjør informasjonen og læringsverktøyet lett tilgjengelig for alle aktørene i helsetjenesten, og både ledere og helsepersonell er aktive brukere.

For å kunne ta i bruk kunnskapsbasert praksis forutsetter det at det er tid og rom for at klinikerne kan oppdatere seg på forskning på feltet, drøfte det med kollegaer og delta i nettverk som deler forskning og praksis. Et godt eksempel på dette er de nasjonale nettverkene for høyintensitetstrening som medisin, som er etablert av Rådet for psykisk helse og Rusfeltets hovedorganisasjon. Mennesker med rus og/eller [psykiske lidelser dør 15-20 år](#) tidligere enn den øvrige befolkningen. Høyintensitetstrening har dokumentert effekt på områder vi i lengre tid har etterlyst tiltak overfor. [Rapporten](#) fra SINTEF om *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*, peker på at det er rom for forbedring når det gjelder kvalitet på blant annet oppfølging av somatisk helse og levevaner. Gjennom å sikre et større omfang og en mer rettferdig tilgang på høyintensitetstrening, vil spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i større grad fange opp og bli i stand til å gi flere et effektivt behandlingstilbud. Ett nasjonalt- og regionale nettverk i de fire helseregionene er etablert og til nå innehar disse 320 aktører som tilbyr eller har en intensjon om å tilby denne forskningsbaserte

behandlingsformen. Her kan de utveksle erfaring og kontinuerlig hente ny kunnskap fra forskning og praksis, samt få innspill fra brukerperspektivet.

4. Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet

Vi deler utvalgets syn på at den faglige styringen i psykisk helsevern er for fragmentert og utilstrekkelig forankret i ledelsen i helseforetakene og i sentral helseforvaltning. De ønsker å sette utviklingsmål som forplikter ledere til å involvere fagfolk og brukere i kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette er et godt innspill. Vi kommer likevel ikke utenom at kapasiteten må opp. Selv om Helsepersonellkommissjonen mener at vi må jobbe klokere med begrensede ressurser, må psykisk helsevern, som har vært nedprioritert og satt på strekk med stort etterslep, høy avvisningsprosent og lange ventelister, prioriteres opp som felt. Dette vil sannsynligvis også bidra til miljøer med mer kontinuitet og faglig utvikling som i sin tur virker rekrutterende for feltet. For å kunne jobbe smartere og implementere og erverve ny kunnskap med god metodikk, må feltet få nødvendige ressurser tilført til å komme over kneika og ut av dagens krisemodus.

For å lykkes med kompetansebygging i helsetjenesten trenger vi gode og brukervennlige digitale kompetansekartleggingssystemer. [Kompetanseportalen](#) er et viktig verktøy som flere fremhever i forbindelse med å møte behovet for faglig oppdatering og interne kurs. Kompetanseportalen kan også brukes til å samle informasjon om kompetansesammensetning i en faggruppe og kompetansebehov hos den individuelle sykepleier slik at ledere og sykepleiere kan finne frem til individuelt tilpassede kompetanseplaner. En slik kompetansespissing vil gi bedre pasientsikkerhet, for veien til god behandling blir kortere når kompetansen er riktig plassert fra start.

Mange av forslagene til digitalisering fordrer en grunnkompetanse en vesentlig andel av brukere og pasienter ikke har. Det er derfor viktig at dette bruker- og pasientsegmentet får tilbud om virksomme løsninger som kompenserer for manglende digital kompetanse eller tilgang. Brukerstyrt poliklinikk der man selv bestiller time digitalt vil eksempelvis alltid måtte inneholde en løsning for de av oss som ikke har denne muligheten. Her savner vi et fokus på de mest sårbare pasientene.

Vennlig hilsen

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen
Generalsekretær