

HØRINGSINNSPILL «FORENKLE OG FORBEDRE. RAPPORT FRA EKSPERTUTVALG FOR TEMATISK ORGANISERING AV PSYKISK HELSEVERN» FRA HELSE BERGEN HF, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS (HUS) OG PRIVATE IDEELLE DPS/BUP

Vi viser til høringsrunde i regi av Helse- og omsorgsdepartementet for rapporten «Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern». Vi har diskutert rapporten i egen arbeidsgruppe med repr. fra Divisjon psykisk helsevern, Avdeling for rusmedisin, og Samhandlingsseksjonen, HUS, Erfaringspanel psykisk helse og rus samt private ideelle DPS/BUP i opptaksområdet for HUS.

Høringssvaret er tematisk organisert rundt de fire hovedområdene for ekspertutvalgets anbefalinger:

1. Styrke kommunale tilbud og samhandling
2. Forenkle og forbedre inntak og utredning
3. Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet
4. Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet

Overordnet

Rapporten åpner for en stor grad av lokale tilpasninger, og dette støttes. Det er noe uklart hva som blir prosess videre, og hvor sterke styringssignaler til tjenestene som vil springe ut fra de endelige anbefalingene. For enkelte enheter er flesteparten av tilrådingene allerede iverksatt, slik at merverdien av rapporten for disse enhetene blir noe begrenset.

Det vurderes positivt med mer søkelys på behov, tilstand og funksjon enn diagnose som beslutningsgrunnlag rundt pasientforløp. Rapporten kunne med fordel ha hatt et noe mer brukerorientert fokus i sin argumentasjon og tilrådinge.

1. Styrke kommunale tilbud og samhandling

Vi støtter viktigheten av å styrke kommunale tilbud og samhandling, men et viktig premiss for bærekraftig samhandling er tydeligere fordeling av oppgaver mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Videre kunne ekspertgruppen hatt et bredere perspektiv på samhandling. Det er mest fokus på helsetjenester i rapporten, men ved psykiske vansker er andre tilbud også viktige, som skole, PPT, barnevern, sosialtjeneste, jobbtrening, aktivitetstilbud etc.

I dag utfordres samhandling av følgende som med fordel kunne ha være tydeligere adressert:

1. Manglende ansvar for «gråsoner». Utfordringsbildet ligger ofte her, og ulike modeller bør utvikles (samhandlingsteam, halvannen-linje tenkning mm). Mye dreier seg også om kultur, og en forståelse i tjenestene for viktigheten av å sørge for hjelp i gråsonene.

2. Manglende kompetanse om hverandres tjenester. Dette poengteres av ekspertgruppen; at inntaksteam har oversikt over eksempelvis kommunale tjenester, men noen ganger er det manglende kjennskap også innenfor et behandlingsnivå, for eksempel store kommuner hvor enheter ikke kjenner hverandres tilbud.
3. Manglende forståelse av prioritering, prioriteringsveileder og nytte på tvers av nivåer.
4. Manglende økonomisk insentiver for samhandling. Eksempelvis dekker ikke innsatsstyrt finansiering i tilstrekkelig grad i dag kommunikasjon (inkl. dialogmeldinger), veiledning og møtevirksomhet på tvers av nivåer.
5. Ivaretagelse av de særlig komplisert og krevende sakene, der rus, farekriteriet/farlighet, manglende samtykkekompetanse, kognitiv svikt, somatisk helse mm. skaper særlig kompliserte forløp og utfordringer med å skape helhetlig hjelp av god kvalitet. Her er det behov for rydding og utvikling av bedre rammer for kommunal ivaretagelse med støtte fra spesialisthelsetjenesten, inkludert rydding rundt bruk av tvang og taushetsplikt.
6. Manglende verktøy som tilrettelegger for samhandling, som journal på tvers eller andre felles løsninger for kartlegging, forløpsbeskrivelse, pasienttilbakemeldinger, pasientundervisning, pårørendestøtte, planarbeid mm.

Vi støtter at helheten av helsehjelp i kommunene inkluderes i KPR og relevante registre. Kostnadsanalyser av helsehjelp fra et samfunnsperspektiv forventes i større grad å legges til grunn for tjenesteutvikling framover, der registerdata blir viktig.

Vi er enige i at psykologers rolle i de kommunale tjenestene må tydeliggjøres. Samtidig kan samfunnspsykologiske og forebyggende perspektiver med fordel inkluderes i større grad i disse rollene. Når skal kommunepsykologen være leders rådgiver, når veileder, når gruppe/individualterapeut og når ta et helhetlig helseperspektiv?

Helse Fonnas modell for samhandling barn og unge anbefales av ekspertutvalget, men her kan det være mer hensiktsmessig å vise til denne modellen som inspirasjon mer enn en mal. Noe av suksessen her er selve prosessen for utforming av slike modeller, der man sammen jobber fram samhandlingsmodeller sammen på tvers av nivåer utfra lokale behov, utfordringer og ressurser.

Flere land har implementert kunnskapsbaserte nasjonale modeller for tidlig intervensjon for psykiske lidelser for unge. I dag er utviklingen av tidlig oppdagelse og hjelp i kommunene i beste fall tilfeldig, og ofte ikke på plass. Nasjonal satsning på kunnskapsbasert modell for tidlig intervensjon med økonomiske støtteordninger bør utvikles.

Digitalisering har betydning for samhandling, og kommunene har en særlig utfordring grunnet manglende muligheter for å utvikle gode fagmiljø i små kommuner på egen hånd samt utfordringer knyttet til å håndtere regelverk rundt digitale helsetjenester som personvern- og andre juridiske rammer. Har kan gode samhandlingsmodeller der spesialisthelsetjenesten bidrar inn med kompetanse og erfaring med fordel utvikles.

2. Forenkle og forbedre inntak og utredning

Vi støtter viktigheten av å forenkle vurderingsarbeid og behandlingsplanlegging basert på pasientenes behov. Det er en utfordring i dag at for mye tid brukes på kartlegginger som er ferskvare og har begrenset merverdi for behandlingskvalitet.

Gode modeller for inntaksarbeid og prioritering er viktig. En utfordring som rapporten kunne ha problematisert ytterligere - men heldigvis tar opp - er knyttet til det lov- og forskriftsmessige grunnlaget for inntaks- og rettighetsarbeidet som fordrer en del kompliserte avveiiinger og skriftliggjøring, så arbeidsmengden er pr. d.d. mye knyttet til formaliserte krav. Det kan tenkes at ønsket om å ikke ha vurderte alle eventualiteter eller gjøre «feil» kan skape en vridning mot feil ressursbruk; «sikringskartlegging». Dialog med tilsynsmyndighetene om behovsbasert behandling og kartlegging versus sikring anbefales.

Ekspertutvalgets forslag om avklaringsteam som en modell som bør prøves ut støttes, basert på ekspertutvalgets tilråding av modeller med rom for lokale tilpasninger. Gjeldende oppgaveliste for avklaringsteam kan likevel gi en ny «fortung» organisering av tjenestene, stikk i strid med utvalgets intensjon. Spørsmålet er derfor om dette er gjennomførbart, og hvor ressurskrevende dette kommer til å bli. En analyse av arbeidsmengde og ressursbruk burde ha vært inkludert. Særlig bekymring er knyttet til ressursbehovet ved samtaler med pasient/pårørende og tanken om at teamet selv skal kunne gi et kort behandlingstilbud for enkelte. Tverrfaglighet støttes, og bør inkludere medisinfaglig- og ruskompetanse. For selve vurderingsarbeidet bør motivasjon og nytte komme bedre fram. Mer fokus på behov (og gjerne funksjon) enn diagnoser støttes. Oppgaven «kontaktpunkt for kommunehelsetjenesten» er uklar slik det står nå – hvilke forpliktelser ligger i dette?

Bekymring er også knyttet til at informasjon som kommer fram i initiale faser kan være mangelfull, grunnet svekket innsikt, rus, paranoid beredskap og negative erfaringer med helsetjenestene, eller andre vansker som først kommer fram etter noe terapi/trygg relasjon med behandler (for eksempel traumer). Samlet sett blir ressursbruken for inntaksteam særlig avhengig av hvor terskel for samtale med pasient settes. I dag er ofte praksis at det brukes pasientsamtaler ved usikre henvisninger, men også dette er en bevegelig definisjon. Å møte alle vurderes krevende ressursmessig, også sett i lys av den økende mengden med henvisninger innen psykisk helsevern. Å tilby vurderingssamtaler til alle forventes også å påvirke henvisningsmengden, dette er erfaring fra en BUP i vårt system, og har blitt formidlet av samarbeidene fastleger; «snakker dere med alle så henviser vi flere».

Med tanke på forbedring og forenkling er det i dag tatt i bruk gode verktøy for digital kartlegging som senker ressursbehovet og forenkle arbeidsprosessene for medarbeidere i psykisk helsevern. Utvikling av AI-basert differensiering av behandlingsbeslutninger og differensiering av pasientforløp forventes å ta psykisk helsevern i samme retning. Denne utviklingen inn mot andre forslag og avklaringsteam kunne med fordel vært diskutert.

3. Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet

Prinsippene for tematisk organisering legger opp til en stor grad av lokal tilpasning, og dette vurderes hensiktsmessig. Mulighetene for tematisk organisering er eksempelvis i stor grad avhengig av størrelsen på en enhet, eksempelvis et DPS.

Den store utfordringen er at økende grad av spissete tjenester og fagteam kan føre til flere siloer og høyere inntaksterskler. En bekymring er også at dette kan føre til lengre varighet av ubehandlede tilstander og lidelser pga. ventetid til den spissete tjenesten, noe som kan både være et pasientsikkerhetsproblem og føre til lavere kvalitet på tjenestene samlet sett. Dette fordrer dermed en stor grad av ansvar for tilgrensete områder og raus inklusjon, og det er fint at rapporten eksplisitt vektlegger dette. Her er det også av betydning om slike tematisk organiserte enheter er team integrert i generalist-tilbud, matriseorganisert på tvers, eller «satellitter» med lite kontakt med andre tjenester. Videre kan samhandling med kommunale tjenester utfordres der en organiserer tjenester mer rundt fag – på tvers – mer enn geografi som i dag ofte korresponderer til ulike kommuner.

Med forbehold om punktene over, er vi likevel positive til at det for enkelte fagområder, metoder eller tilstander kan være nyttig å samle fagmiljø som skissert i rapporten. Og kriteriene for dette oppleves såpass fleksible at dette er realistisk for tjenestene. Merverdien knyttet til å utvikle tjenester med god kvalitet til pasientenes beste vurderes også realistisk. Dette gjelder også betydningen av faglige team for medarbeideres muligheter for faglig utvikling og meningsfull hverdag, særlig viktig innen spesialisthelsetjenestene i dag. Modeller med muligheter for at medarbeidere kan dele sin arbeidstid mellom arbeid inn mot «generalist-enheter» og mer spissete team/enheter støttes. Vi har positive erfaringer fra å tematisk organisere tjenestene ved psykose, spiseforstyrrelse og bipolar lidelse. Andre stemningslidelser og ADHD er såpass hyppig forekommende at dette har vært vurdert som en generalist-kompetanse – bør være på plass i alle enheter.

Leon-prinsippet og trappetrinnsstenkning støttes, også inn i andre enheter enn de spissete teamene. Av særlig betydning her er at alle pasienter skal tilbys behandling på lavets mulig nivå. I praksis fordrer dette kontinuerlig evaluering underveis for å sikre rett nivå for et pasientforløp. Vurderinger og behov kan være ferskvare.

4. Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet

Vi støtter rapportens vektlegging av implementering, nasjonale modeller for kunnskapsbasert behandling og faglig kompetanse for medarbeidere og fagmiljø. Ledernes rolle i dette utviklingsarbeidet kunne vært tydeliggjort i rapporten.

Rapportens vektlegging av viktigheten av tilrettelegging for økt bruk av digitale tjenester og evaluering, inkl. direkte fra brukerne av tjenestene, er vi også positive til, samt behovet for økt grad av klinisk behandlingsforskning innen psykisk helsevern.

Hilsen

Hans Olav Instefjord, divisjonsdirektør, Divisjon psykisk helsevern, HUS

Else-Marie Løberg, fagsjef, Divisjon psykisk helsevern, HUS