

Til Helse- og sosialdepartementet  
Nasjonal helse- og samhandlingsplan

## INNSPILL TIL NASJONAL HELSE- OG SAMHANDLINGSPLAN FRA IAP

Institutt for Aktiv Psykoterapi (IAP) takker for muligheten for å komme med innspill. Vi er et institutt som tilbyr obligatorisk og valgfri etter- og videreutdanning for psykologer som skal bli spesialister eller er spesialister og trenger faglig påfyll/vedlikehold. Vi har program innen barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familierapi, gruppeterapi og organisasjonspsykologi.

Vi gir honnør for at det jobbes med å forbedre samhandlingsreformen.

### **1. Ad utfordringer å adressere:**

Som utdanningsinstitutt så ser vi med bekymring på at psykologer som er under spesialisering, og i mange tilfelle ganske nyutdannede, ikke ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Årsakene er nok sammensatte, men det vi fanger opp er at det er høyt arbeidspress, for lite tid til å gjøre en tilstrekkelig faglig god jobb (pasienter skrives ut før behandler anbefaler) og at det går mye tid til dokumentasjon. Intensjonen med innføringen av Pakkeforløpene er i utgangspunktet god og det å sikre pasienter samme rettigheter uavhengig av geografi er bra, men realiteten er at det har påkommet enda mer dokumentasjonskrav, og det er etterlevelse og dokumentasjon av de ulike pakkeforløpskravene spesielt poliklinikkene måles på. Det er kvantitet og ikke kvalitet som oppleves som det styrende for behandlere, samtidig som de økonomiske rammebetingelsene innen psykisk helsevern og rus ikke er gode nok. Det rapporteres fra psykologledere i vårt system at det er krevende å være leder under svært stramme økonomiske rammer. Spesialisthelsetjenesten skal nå utrede og behandle de aller dårligste pasientene på et minimum av tid og kostnader. Det legges vekt på utredning, som er vel og bra, det er viktig å vite hva man skal behandle og hvorfor, men det gis for lite tid til behandling. Pasientene skal skrives raskt ut til førstelinjetjenesten, og det er ikke tilstrekkelig for alle pasienter. Det bygges opp kompetanse i førstelinjetjenesten, men det er ikke tilstrekkelig spesialisert kompetanse eller rammer for å behandle de dårligste. Det er i mange tilfeller ikke en samhandling, men en stafett, der pasienten sendes fra instans til instans. Dette er tema vi hører fra våre kommende spesialister og fra spesialister som i økende grad velger andre yrkesarenaer.

Et annet tema er bredden i behandlingstilbudene. Vi fanger opp at det hos mange terapeuter er et ønske om å kunne jobbe med ulike tilnærminger; det være seg behandlingsgrupper som er ute i naturen, bruker dyr eller kreative teknikker, lager mat, jobber med sosial mestring på arenaer utenfor kontoret etc. Dette er tilbud som har dårlig finansieringsgrunnlag og som det i mindre grad er rom for i en presset spesialisthelsetjeneste. For dårlig fungerende pasienter som strever med å sitte og snakke er det å ha alternative tilbud til samtalerapi på kontoret et gode. Dette gjelder i stor grad barn og unge, men også voksne.

Forebygging av bruk av tvunget psykisk helsevern, som er under hardt press, krever ressurser og kompetanse fra et tidlig tidspunkt. Det krever god samhandling mellom de ulike tjenestene og nivåene og at pasienter ikke nødvendigvis skrives ut fra tjenestene om det går bedre eller pasienten ikke ønsker kontakt. Dette vet vi kan endre seg fra uke til uke. Arenafleksible/ambulerende tiltak med kompetanse og nok ressurser er viktig i denne sammenheng. Dette er også tilbud som i en del tilfeller strupes pga lavere inntjening/aktivitet enn det som er ønskelig i travle poliklinikker.

En annen utfordring er å jobbe mer helhetlig og langsiktig rundt familier der flere i familien har ulike utfordringer. Det krever fagkompetanse og et system som er tilrettelagt for å ta både et familie- og systemperspektiv på alvor. Vi viser her til en kronikk i Dagens Medisin, skrevet av nestleder i styret/hovedforfatter av dette innspillet, sammen med to andre fra Norske Kvinners Sanitetsforenings pårørendesenter Vest og leder av Abloom.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/02/21/pa-tide-a-involvere-hele-familien/>

Tilstrekkelig kulturkompetanse og faste kontaktpersoner er slik vi ser det nødvendig for å ivareta familier i en minoritetsposisjon.

Individuell plan (IP) fungerer i mange tilfeller ikke etter intensjonen, og den brukes altfor lite. Dette *kan* være et godt verktøy, men det følger ikke beslutningsmyndighet med koordinatorrollen og man er helt prisgitt at de involverte parter klarer å samarbeide og strekke seg til beste for pasienten og dennes familie. I realiteten fungerer ofte koordinator som leder av ansvarsgruppa. Undertegnede tillater seg å vise til at artikler om temaet. Dette arbeidet begynner å bli noen år gammelt, men bruken av individuell plan har ikke endret seg så mye, men brukes tvert om enda mindre. Hadde IP blitt brukt i hht intensjonen kan det være et godt bidrag, men det løser ikke samhandlingsproblemene eller de økonomiske dragkampene.

- Holum, Lene Chr.; Toverud, Ruth (2013). Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker? FONTENE Forskning 1/13, 32–45.
- Holum, Lene C. (2012a). "Individual plan" in an empowering and interactional perspective. A qualitative study of individual plans within Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*, 64(1), 44-57.  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19012276.2012.693725>.

Det er samhandlingen på tvers av virksomheter og lovverk som byr på noen av de største utfordringene når det gjelder å gi kvalitativt god helsehjelp, om det er innen rus og psykisk helse, rehabiliteringsmedisin, somatikk eller eldreomsorg. Vi må jobbe for å redusere at pasienter opplever seg som kasteballer og vi må redusere antall svingdørspasienter.

Utdanningsinstituttene, som i all hovedsak er stiftelser/private initiativ, utdanner et stort antall spesialister innen ulike profesjoner. Det var et politisk ønske at etter- og videreutdanning i stor grad ble lagt utenfor høyskoler og universitet. Dette tror vi var kostnadseffektivt og fra et politisk ståsted en gunstig løsning. Det vi ser i dag er at kravene til kvalitet er høyt, som det skal være, men at støtteordningen driftet av Helsedirektoratet, ikke har hengt med på prisutviklingen for øvrig. IAP er en av nå 11 institutter som har opprettet et Samarbeidsråd. I den forbindelse er det laget en graf over utviklingen av støtten – vedlagt. Disse instituttene er i stor grad driftet på mye dugnadsarbeid. Vi har i utgangspunktet ikke noe ønske om at det skal være annerledes, men for å sikre god kompetanse i hele landet og bredde i utdanningstilbudet er vi i behov av en forutsigbar finansieringsordning som med fordel kan være noe bedre enn pr d.d. Uten at vi må belaste kandidater og arbeidsgivere enda høyere

semesteravgifter. (Vi viser til brev til HOD/Hdir av 8. juni 2022 fra Samarbeidsrådet for etter- og videreutdanning i psykisk helsevern der vi ber om et møte for en felles drøfting.)

## **2. Aktuelle tiltak**

Vi anser at det vil være krevende, men å bryte ned barrierene mellom de ulike virksomhetene slik at tiltak som vurderes som faglig nødvendig ikke stoppes av andre instansers manglende økonomi/personellressurser og tidvis manglende kompetanse. Spesialisthelsetjenesten, både innen rus, psykisk helse og rehabilitering opplever alle det samme; at man kommer med anbefalinger om tiltak i førstelinjetjenesten knyttet til bolig, omsorg, arbeid/skole/fritid og annen psykososial oppfølging, som av ulike grunner avslås i førstelinjetjenesten. Førstelinjetjenesten ønsker ikke å bli dirigert og er opptatt av at spesialisthelsetjenesten ikke lover tiltak på vegne av pasientene. Årsakene antar vi er sammensatte, men med økonomi som en hovedfaktor. På motsatt side opplever førstelinjetjenesten at spesialisthelsetjenesten fraskriver seg ansvar når pasienten er utskrevet og at terskelen for reinntak er høy. Dette taper alle på. Om det finnes en mulighet for at lovverk og økonomiske ressurser i større grad enn i dag ikke blir et hindre for god helsehjelp må være et mål. Vi ser at dette er krevende både juridisk og når det kommer til finansieringsordninger, men at pasientene og deres familiers behov i større grad enn i dag er styrende for det faglige tilbudet må være mulig å oppnå. At det opprettes behandlings- og tiltaksteam, med beslutningsmyndighet, på tvers av instanser rundt enkeltpasienter/familier som er i behov av sammensatt hjelp over tid kan være en mulig ordning. At Individuell plan brukes i henhold til intensjon og forskrift og at koordinator får en utvidet og i større grad besluttende rolle kan være en mulighet for å bryte ned barrierene. Vi har i dag ACT/FACT tilbudene. De skriver tidvis også ut pasienter for tidlig og har ikke rom for tett nok oppfølging i forhold til behov, men dette er en struktur det kan bygges videre på / utvides.

## **3. Pågående arbeider, gode eksempler**

Vi har umiddelbart ikke inngående kjennskap til eksempler å se nærmere på her i landet, men ordningene som nevnes i kronikken ([link over](#)) kan være noe å se nærmere på. I Canada er det utviklet en modell (Coordinated Service Planning) som tar sikte på å koordinere tiltak for hele familien som en enhet. I Nederland er det utviklet to modeller rettet mot familier med sammensatte behov (InConnection og Intensive home-based treatment). I den første nederlandske modellen er fokus å nå ungdommene, men via å hjelpe hele familien. I den andre modellen er det en terapeut som fungerer som koordinator for tiltakene som er rundt familien, og bidrar med informasjon og praktisk og emosjonell hjelp. Tiltakene skreddersys etter behov i den enkelte familie, og alles behandlingsbehov ivaretas. Tiltakene er ikke besøkt, men slik litteraturen beskriver dem synes det som gode tiltak tuftet på noen av de samme utfordringene vi ser hos oss.

På vegne av styret i IAP



Lene Chr Holum  
Nestleder/økonomiansvarlig