

Til:
Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no

Deres dato: 03.08.22
Deres ref:22/2404-
Vår dato:15.09.22
Vår ref:61/2022
Saksbehandler: Marianne
Borthen/Ellen Hoxmark

Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Vi viser til invitasjonen til å komme med skriftlige innspill til kommende nasjonal Helse- og samhandlingsplan. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) gir med dette innspillet svar på spørsmålene om utfordringer, aktuelle tiltak, pågående arbeid og gode eksempler som Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om innspill på i meldingsarbeidet.

Helt siden forrige Opptappingsplan for psykisk helse (1998-2008) har det vært tverrpolitisk enighet om å styrke kommunenes psykiske helse- og rusarbeid. En «venstreforskyving» av tjenestetilbudene er forankret både i WHO, flere sentrale Stortingsmeldinger, samhandlingsreformen og helse- og sykehusplaner.

En slik endring av psykisk helse- og rustjenestene er begrunnet i både menneskerettigheter og sosial tilhørighet, men også i økonomisk bærekraft og mangel på helsepersonell i årene fremover.

På tross av mange reformer og store helsepolitiske ambisjoner har det ikke vært en tilstrekkelig vekst i antall ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid siden den forrige opptappingsplanens slutt. I samme periode har vi også sett en kraftig nedbygging av døgnplasser. Konsekvensen er et stort gap mellom behovet for, og tilbudet om, psykisk helsehjelp.

En styrking av kommunene, økt samhandling mellom tjenestenivåene, og helsetjenester mer tilpasset brukernes ønsker og behov, har vært grepene som skulle gi flere helhetlig og sammenhengende hjelp.

Slik det er i dag er det fortsatt store ulikheter i psykisk helsetilbudet i kommunene. Det er et stort sprik mellom de kommunene som har et variert og mangfoldig tilbud og er helt i front av utviklingen, og kommuner som utelukkende tilbyr kommunal psykisk helsehjelp hos fastlegen. Ulikhetene skyldes både sosiale, økonomiske og geografiske forhold, og de mulighetene man har sett ut ifra kommunestørrelse.

Samhandlingen mellom tjenestenivåene vanskeliggjøres ved at kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige perspektiv, ulike behandlingsskulturer, ulike styringslinjer, lovverk, finansieringssystem og journalsystem. I tillegg samhandles det mye med NAV som har sine strukturelle rammer.

De gode samhandlingseksemplene ser vi heller på tross av, enn på grunn av, rammebetingelsene. Mange av utfordringene oppstår på grunn av en presset økonomi begge steder. Der det fungerer godt har det utviklet seg en samhandlingskultur over tid, og det er stor grad av kompetansedeling og samhandlingskompetanse på tvers av tjenestenivåene.

Det er også store mangler og uklarheter rundt hvordan man kan og bør forstå og praktisere brukermedvirkning. Brukerråd er fremdeles en utfordring i mange kommuner, og i rådene for mennesker med nedsatt funksjonsevne mangler det ofte representanter med psykisk helse – og rusutfordringer. Recovery blir stadig et mer kjent begrep, men det er fortsatt stor usikkerhet rundt hvordan man best mulig kan understøtte bedringsprosesser, eksempelvis ved bruk av erfaringskompetanse.

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Det er en helt grunnleggende utfordring at tjenester skal leveres av to tjenestenivå. Dette fører ofte til usammenhengende tjenester og mangelfull hjelp. Det brukes uforholdsmessig mye tid og penger i tjenestene på å drøfte samhandlingsutfordringer som ikke lar seg løse på tjenestenivå, på grunn av manglende økonomiske ressurser og strukturelle rammer som er lite tilpasset samhandling mellom ulike virksomheter.
- Uklarheter i ansvarsforhold gjør at mennesker ikke mottar riktig hjelp. Hjelp tilbys for sent og mange opplever å bli verre i “overgangene” mellom tjenestenivåene. For eksempel ved for sene varsel om utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, ved avviste henvisninger eller avslag på kommunale tjenester.
- Utydelighet i ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste gjør også at man i mange tilfeller tilbyr parallelle kostnadskrevene tjenester for noen, og mangelfulle tjenester til andre.
- De økonomiske rammene og finansieringssystemet henger ikke sammen med juridiske krav og anbefalinger i faglige retningslinjer og veiledere. Dette er særlig en utfordring for de minste kommunene, som skal levere faglig forsvarlige tjenester på samme vilkår som større kommuner. Det er særlig de små kommunene som har utfordringer med å anskaffe nødvendig kompetanse, levere teambaserte tjenester og tjenester til personer med mer omfattende tjenestebehov.
- Tjenestene bruker svært mye tid på koding og rapportering av styringsdata til nasjonale myndigheter. Da blir det mindre direkte brukertid og mindre rom for fleksibilitet.
- Det mangler systemer for behandling- og kvalitetsregistrering som er i tråd med ønsket utvikling for behandlingen og kvalitetsindikatorer som i større grad belønner samhandling på tvers av tjenestetilbud. Det mangler et kvalitetssystem for kommunene og et ISF-system som omfatter mer enn kunnskapsbaserte

behandlingstiltak. Eksempelvis tiltak og hjelp som brukerne selv oppfatter er viktige for å kunne ha et godt liv.

- I kommunene praktiseres bestiller - utfører modellen ofte veldig byråkratisk og gir lite rom for fleksibel og brukerorientert hjelp.
- Gode verktøy for samhandling blir for lite brukt (f.eks. Individuell plan, kriseplan, ansvarsgruppemøter og koordinatorfunksjon). Det er mange gode intensjoner, men virkemidler bør tas i bruk på en bedre måte hvis brukerne skal få en overordnet behandlingsplan uavhengig av tjenestenivå.
- Forløpskoordinatorrollen både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene er lite utviklet og fungerer på mange steder ikke slik den er tiltenkt. Det er også i liten grad samarbeid på tvers.
- Det er for lite felles kompetanseheving, og for få felles kompetansehevende arenaer på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det gir lite rom for erfaringsdeling og kunnskapsdeling på tvers.
- Bruk av erfaringskompetanse, erfaringskonsulenter og likemenn er lite utbredt. De minste kommunene har de største utfordringene med å anskaffe slik kompetanse.
- Det er til dels store motsetninger rundt synet på hva som er god hjelp. I kommunene omfatter dette alt som gjør at folk kan få et godt liv, mens i spesialisthelsetjenesten begrenser dette seg til å være kunnskapsbaserte metoder. Disse perspektivene må integreres bedre, og det må bli mer likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester når det kommer til behandlingssyn.
- Det forebyggende psykiske helsearbeidet har fått for lite fokus. De lokalbaserte psykisk helsetjenestene må se psykisk helse i en større sammenheng hvor også helsefremmende og forebyggende tiltak er integrert i hjelpen.
- Nåværende organisering av helsetjenestene favoriserer innbyggere som har god bestillerkompetanse. Det går utover helsetilbudet til de som ikke er aktive nok, informert nok eller kan uttrykke sine behov like godt.
- Kunnskapsgrunnet om behandling av psykiske plager og lidelser er mangelfullt, og kunnskapsbaserte metoder er i for liten grad tatt i bruk.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

1. Mer langsiktig finansiering og økt bruk av øremerking av midler til kommunene gjennom en ny opptrappingsplan for psykisk helse. Formålet må være økt kapasitet og kompetanse i det lokalbaserte tilbudet slik at det er mer i tråd med anbefalinger fra WHO, og kan forebygge mer kompetanse- og ressurskrevende behandling. Øremerkede midler bør styrke begge tjenestenivå, men hovedvekten bør ligge på kommunene og desentraliserte tilbud på tvers av tjenestenivå.

2. Vanskelighetene med å få til god samhandling er godt dokumentert. Tiden er inne for å utrede muligheten for å fjerne to tjenestenivå. Vi foreslår å prøve ut dette i ett helseforetaksområde, i en del av landet.
3. Gjennomgå finansieringsordninger og utred finansieringsmodeller hvor:
 - økonomiske ressurser kan følge den enkelte bruker, uavhengig av tjenestenivå. Dette vil være særlig aktuelt for personer som har store og omfattende tjenestebehov.
 - samhandling belønnes (eksempelvis møter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og bruker om IP / behandlingsplan, og delt brukeransvar i en overgangsperiode)
4. Utred en ordning med “en vei inn” – hvor kommune- og spesialisthelsetjenesten gjør felles vurdering av henvisning, og sammen beslutning av hvilke tjenester som er nødvendige
5. Initier og utvikle flere interkommunale samarbeid for små kommuner (på samme måte som legevaksordninger, barnevernstjenester o.l). Det gjør det mulig for små kommuner å etablere kunnskapsbaserte, teambaserte tjenestemodeller og tilgjengelige tilbud på kveld og helg. Dette kan også være brukerstyrte tilbud.
6. Ta i bruk, viderefør, videreutvikle og spre innovative samhandlingsmodeller som fungerer godt. Eksempelvis samhandlingsteamet i Bærum.
7. Utvikle digitale kommunikasjonsformer som i større grad gjør det mulig å kommunisere på tvers av tjenester og virksomheter
8. Videreutvikle helsefelleskapene
 - a. Det må legges mer kraft bak satsingen på helsefellesskap, i form av tydelige føringer og økte ressurser.
 - b. Legg til rette for mer effektiv bruk av kompetanse på tvers av tjenester, bruk av spesialisert kompetanse til veiledning av andre med mindre spesialisert kompetanse.
 - c. Vurder om oppgaver knyttet til kompetanseutvikling skal legges til helsefelleskapene, inkludert planlegging og gjennomføring av felles kompetanseplaner.
 - d. Sikre likeverdighet i deltakelse i helsefellesskapet fra alle parter. Se spesielt på ordninger som sikrer brukerrepresentanter ordinært medlemskap med tale- og forslagsrett, og unngå at brukere kun får observatørstatus.
 - e. Sterkere føringer for arbeidet i helsefelleskapene slik at arbeidet bedrer samhandling og samorganisering av tjenester til mennesker med alvorlige lidelser.
 - f. Vurder om etablering av administrative støttetjenester til kliniske ansatte og ledere på begge nivå kan ligge til helsefellesskapene.

9. Tydeliggjør ansvarsfordeling, og hvem som skal gjøre hva i relevante veiledere for tjenestetilbudene og nasjonale retningslinjer for ulike målgrupper. For eksempel slik det er gjort i ROP-retningslinjen.
10. Gjennomgå og tilpass lovverk slik at det muliggjør integrerte tjenester og samhandlingsteam, som eksempelvis i ACT/FACT.
11. Tydeliggjør i rundskriv "gråsonene" i lovverket med tanke på behandling og oppfølging før samtykke til henvisning og rett til helsehjelp er gitt.
12. Pakkeforløp/pasientforløp
 - Videreutvikle potensialet i koordinerende enhet og forløpskoordinatorrollen
 - Rydde i overlappende krav om koordinerende enheter og koordinatorfunksjoner i pakkeforløp, og behandleres koordinatorfunksjon
 - Gi forløpskoordinatorrollen tydeligere innhold
 - Sikre at forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har faste møtepunkt og faste møtearenaer
 - Nedtone og forenkle koderegistrering i pakkeforløpene, og sikre nye kvalitetsindikatorer som sier noe om graden av samhandling i pasientforløpene og effekt av behandling.
 - Tilstrebe mer fokus på kvalitet, effekt av behandling, fleksibilitet og individuelt tilpassede forløp.
 - Sikre brukermedvirkning i alle forløp.
13. Styrk behandling og forskning på helsetjenester til mennesker med store tjenestebehov på grunn av sammensatte psykiske lidelser og ruslidelser. Dette gjelder særlig personer som kan utfordre samfunnsvernet.
14. Bruk av tillitsperson / personlig ombud for personer med omfattende og sammensatte tjenestebehov som ikke selv etterspør tjenester

3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

1. Bedre i lag Nord
 - [Suksesskriteriene er å ta pasienten og alle involverte tjenester og samarbeidspartnere på alvor - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
2. Familiens møte i Nord Trøndelag, der de har felles vurdering av henvisninger
[Familiemøtet løser opp knuter - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
3. Interkommunale samarbeid, noen eksempler:
 - i Lofoten [Samarbeid muliggjør Rask psykisk helsehjelp i små kommuner - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

- Lillehammer [Samarbeid med brukerorganisasjonene viktig for tjenesteutvikling - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#) [Konkrete verktøy for brukermedvirkning i tjenesteutvikling - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
 - Namsos: [-Mer likeverdig psykisk helsetilbud når kommuner går sammen om tjenester - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
 - Stavanger, Sola, Randaberg: [Kriseteamet i Stavanger, Sola og Randaberg tar aldri fri - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
4. Samhandlingsteamet i Bærum [-Viktig å se håp og at mange lykkes - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
5. ACT / FACT-team
[ACT- og FACT-team - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
6. DPS Groruddalen, RVTS Øst, NAV og bydelene: Mål om at folk skal få hjelp fra alle tjenestenivå - samtidig
[Har ukentlige digitale drop-in-møter for ansatte i DPSet, bydeler og NAV - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Med vennlig hilsen

Ellen Hoxmark
Leder
NAPHA