

Psykologforeningens innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Psykologforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til Nasjonal helse og samhandlingsplan. Vi støtter regjeringens initiativ til å vektlegge samhandlingselementet når fremtidens helsetjenester skal beskrives.

Å sikre helhetlige og sammenhengende forløp, er en kjerneoppgave for tjenestene i møtet med mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser. Fortsatt er det stort behov for å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåer, fagområder og sektorer i tråd med et bio-psykososialt perspektiv.

I det følgende vil vi fremheve innsatsområder vi mener er avgjørende for å lykkes:

- Bygge ut og styrke kompetansen i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene
- Heve kvaliteten i psykisk helsevern og TSB
- Fortsette utbygging av virksomme behandlingsmodeller for samtidig innsats fra spesialisthelsetjeneste, kommunale tjenester, skole og NAV.
- Fjerne hindringer og stimulere til samhandling på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Vi viser samtidig til våre innspill til opptrappingsplanen¹ for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet², til sykehusutvalget³ og til helsepersonellkommissjonen.

Hva er de viktigste utfordringene som planen bør adressere?

Flere nyere utredninger⁴⁵⁶ har dokumentert at befolkningen i dag ikke er sikret lik tilgang til nødvendig psykisk helsehjelp, slik forutsetningen for velferdsstaten er.

Et gjennomgående problem er at det er store geografiske forskjeller i tilgangen til de psykiske helsetjenestene i landet, og at kvaliteten på innholdet i tjenesten er variabel. Særlig i kommunene er tilbudet til folk med psykiske lidelser og ruslidelser mangelfullt utbygget, underdimensjonert, eller uten tilstrekkelig kompetanse og rammer for å gi systematisk, kunnskapsbasert og effektiv helsehjelp.

¹ Psykologforeningens Innspill til ny opptrappingsplan for psykisk helse

² Psykologforeningens Innspill til forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

³ Psykologforeningens Innspill til sykehusutvalget

⁴ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

⁵ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

⁶ <https://ukom.no/nyheter/presst-pa-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge-er-fortsatt-okende>

Funnene tilsier at vi ikke bare har en fastlegekrise i landet, men en *primærhelsekrise*.

Samtidig har utviklingen av kapasiteten i sykehusene ikke vært i tråd med befolkningsøkningen og nye administrative oppgaver. Riksrevisjonen påpekte at psykisk helsevern har vært systematisk underprioritert i sykehusene siste åtte år, i strid med tverrpolitisk enighet om behovet for en styrking.

Tall fra Norsk pasientregister⁷ viser at mer enn 30 000 barn, unge og voksne hvert år får avslag på utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Disse er heller ikke sikret et forsvarlig utrednings- eller behandlingstilbud i kommunen.

Psykologforeningen er enig med Regjeringen når de sier at en styrking av de psykiske helsetjenestene må prioriteres både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten⁸.

Kompetanse og rekruttering i kommuner og sykehus

Psykologkompetanse er på lik linje med blant annet fysioterapeuter et lovfestet krav i kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2020⁹. «*Psykolog lovfestes som del av den nødvendige kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven*»¹⁰

Lovkravet er forankret i stortingsmeldingene om fremtidens primærhelsetjeneste og i den forrige folkehelsemeldingen. Psykologforeningens mål er i tråd med Regjering og Storting at psykologkompetanse skal være en etablert del av alle kommuners folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid og kommunale tjenester for å sikre nødvendig psykisk helsehjelp¹¹. Grunnleggende for Psykologforeningens mål er det å bidra til at psykologer kan utnytte bredden i sin kompetanse gjennom ulike oppgaver (rollepluralisme).

En kartlegging fra SINTEF fra 2020 viser at over 50 prosent av landets kommuner oppgir å ha problemer med å rekruttere psykolog(er). KOSTRA-tallene indikerer også at det er utfordringer med rekruttering og ansettelse av psykologer, særlig i de mindre sentrale kommunene.

Flere steder vet vi at én psykolog er ansatt for å bidra både på systemnivå med folkehelse, tjenesteutvikling og forebygging, samt klinisk overfor hele befolkningen (0-100), noen ganger i flere kommuner samtidig. Dette er svært krevende stillinger å være i over tid. Mangel på fagmiljø og systematisk veiledning kommer i tillegg til omfattende oppgaver, og krevende vurderinger. I kommunen møter man personer med problemer i alle forløp og mange av psykologene som rekrutteres er nyutdannede.

Psykologforeningen er bekymret for den store variasjonen i tilgang til psykologkompetanse i kommunene, ulike fortolkninger av hva lovkravet innebærer og forskjellene i måten psykologressursen brukes, slik at den bare kommer utvalgte deler av befolkningen til gode. Vi registrerer at rekrutteringen av nye psykologer har flatet ut etter at den statlige tilskuddsordningen bortfalt i 2020, og at flere prosjektstillinger avvikles. Ifølge SSB er andelen kommuner med

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/avvisten-innen-psykisk%20helsevern%20for%20voksne>

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2022/id2895158/>

⁹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2.

¹⁰ Prop. L 71 (2016-2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.).

¹¹ <https://www.psykologforeningen.no/medlem/psykolog-i-kommunen/aktuelt/god-psykisk-helse-starter-der-du-bor>

psykologdekning lavere i 2021 enn i 2020¹², stikk i strid med utviklingen av behovet i samme periode.

Samtidig har vi sett en kraftig utvikling i antall helprivate psykologtjenester de siste årene¹³. Tendensen er at flere slutter i de offentlige tjenestene – særlig i spesialisthelsetjenesten – og etablerer egne foretak sammen med kollegaer eller knytter seg til større private helseaktører slik som Aleris, Dr.dropin¹⁴. Det er aller størst økning i helprivate blant helt nyutdannede psykologer.

De private psykologtjenestene holder god faglig standard og gir nødvendig helsehjelp til pasienter som i dag mangler et tilbud i det offentlige. Utfordringen ligger i en skjevfordeling av helsetjenestene der det er dem har råd til selv å betale får tilgang til psykologisk behandling. En slik privatisering legger heller ikke til rette for bedre samhandling og helhetlige forløp.

Helse Vest har utarbeidet en rapport¹⁵ om ekstern turnover i sykehusregionen som viser at det særlig psykologer og psykologspesialister er blant gruppene med høyest ekstern turnover. Flere sykehus i andre regioner rapporterer om økende vansker med å beholde og rekruttere spesialistkompetanse, noe som medfører en kostnadsspiral med bruk av dyr innleie. Ved finnmarkssykehuset hadde en nylig en situasjon med inntaksstopp¹⁶ til DPS som følge av rekrutteringsproblemene. Det er svært bekymringsfullt at disse utfordringene melder seg også i større byer og i universitetsbyene.

Skal vi lykkes bedre enn i dag med effektiv oppgavefordeling og samhandling, er det avgjørende å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på begge tjenestenivåer. Dette må være en prioritert oppgave i en ny Helse- og samhandlingsplan.

Detaljstyring, målforskyvning og hindringer mot samhandling

Det er vår vurdering at nødvendige faglige aktiviteter i psykisk helsevern, med stor kompleksitet og behov for individuell tilpasning og samhandling, ikke understøttes av dagens systemer for målstyring, finansiering, rapportering og kvalitetskontroll i foretakene. Ledere og klinikere styres mot å prioritere enkle, målbare og inntektsgivende aktiviteter, fremfor reell faglig utvikling og kvalitetsforbedring¹⁷.

Riksrevisjonen¹⁸ har påpekt at kvalitetsindikatorne tjenestene i dag styres etter, i liten grad sier noe om brukernes erfaringer eller om tiltakene er virksomme og nyttige. Fra tjenestene rapporteres det om en styringspraksis basert på kontroll og konkurranse som i svært liten grad understøtter reell læring og kvalitetsutvikling i fagmiljøene. Tvert imot er det utviklet en detaljstyring av aktiviteter og prosesser som medfører målforskyvning. Det vil si at tjenestene blir mer opptatt av å produsere de målbare aktiviteter og prosesser innen angitt tid, enn av å sikre at innholdet i tjenestene er godt og relevant for brukerne.

¹² <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/4-av-5-kommuner-med-psykolog-i-helse-og-omsorg>

¹³ <https://www.aftenposten.no/oslo/i/V97o8p/psykologer-roemmer-det-offentlig-og-jobber-privat-i-stedet-men-mange-pasienter-har-ikke-raad-til-aa-betale>

¹⁴ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/flere-helprivate-psykologer>

¹⁵ <https://helse-vest.no/nyheter/nyheter-2022/nytt-faktagrunnlag-slik-er-turnoveren-i-helse-vest>

¹⁶ <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/innforer-inntaksstopp-ved-vpp-hammerfest>

¹⁷ <https://dagensperspektiv.no/synspunkt/2021/mistillitens-pris>

¹⁸ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

Psykologforeningens medlemsundersøkelser har avdekket at et stort press på inntak av nye pasienter og kortere ventetider har konsekvenser for kvaliteten og innholdet i behandlingene. 40% av psykologene rapporterer at de ikke har mulighet til å treffe pasientene hyppig nok til at behandlingen kan sies å være forskningsbasert. De må også avslutte flere pasienter før de er ferdig behandling. Særlig relevant for utviklingen av en ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan at 40% også sier de ikke har mulighet til å etablere nødvendig samarbeid med andre aktører og instanser¹⁹.

Bedre kvalitet og samhandling i de psykiske helsetjenestene forutsetter et større oppmerksomhet på *innholdet* i behandlingsforløpene, fremfor antall aktiviteter og tidsfrister. Videre bør orienteringen mot diagnosespesifikke og individorienterte aktiviteter dempes, til fordel for nødvendig individuell tilpasning og systematisk involvering av pårørende og andre relevante samarbeidspartnere i systemene rundt brukerne.

Psykologforeningen mener det bør stilles krav til helseforetakene om å benytte brukerrapporterte utfallsmål og lokale kvalitetsregistre som utgangspunkt for kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestene²⁰.

Dagens styringssystemer utfordrer også samhandlingen mellom tjenestenivåer og sektorer. En rekke eksempler viser at ønsket om samhandling, helhet og samtidighet i tjenestetilbudene på tvers av nivåer og sektorer forstyrres av systemene vi opererer innenfor. Ulike finansieringssystemer, ulike lovverk, ulike IKT løsninger og forskjellige kulturer, kan gjøre det vanskelig å utvikle og etablere helhetlige tjenester til brukernes beste. Dette til tross for at slikt samarbeid er faglig anbefalt, nedfelt i strategiplaner og politisk ønsket.

Et eksempel er arbeid og psykisk helse, der sammenhengene er godt dokumentert og der det er faglig og politisk enighet om å tilby samtidig helsehjelp og arbeidsstøtte. I den felles strategien for fagfeltet arbeid og helse vektlegges det at tilbud både i spesialisthelsetjenesten og NAV bør bygge på kunnskapen om at arbeid i all hovedsak er helsefremmende.

Individuell jobbstøtte (IPS) og jobbfokusert kognitiv atferdsterapi er gode eksempler på evidensbaserte modeller og tiltak der helsetjenesten og NAV samarbeider strukturert gjennom behandlingsforløpet. Slike tjenester er i dag ikke tilgjengelig for befolkningen i hele landet, blant annet på grunn av manglende finansiering og ulik lovfortolkning. En nylig presisering fra Helsedirektoratet om forståelsen av de juridiske rammene for IPS, har ytterligere vanskeliggjort utviklingen og skapt nye strukturelle hindre samarbeidet, ved at jobbspesialister ikke lenger kan ansettes i helseforetakene. Psykologforeningen har i brev til HOD bedt om at dette vurderes på nytt. Opptrappingsplanen bør bidra til å fjerne økonomiske, juridiske og tekniske hindringer mot veldokumenterte samhandlingsmodeller slik som IPS, som sikrer helhet og samtidighet i tjenestene.

Likende eksempler kan hentes fra Barnevernsektoren der ulike målsetninger, lovfortolkninger og finansieringssystemer innen den enkelte «silo» kommer til hinder for nødvendig tverrfaglig innsats. Taperne er de mest utsatte barna som risikerer å bli sendt frem og tilbake mellom helsesektoren og barnevernet²¹.

¹⁹ <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-opplever-psykologer-mulighetene-for-aa-hjelpe-pasienter>

²⁰ Psykologforeningen policy om [Bruk av kvalitetsmålinger](#)

²¹. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/34a2Bd/bufetat-maa-ikke-fraskrive-seg-ansvar-for-barns-psykiske-helse>

Samhandling om behandling og rehabilitering til mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser

Psykologforeningen har støttet omstillingen siste 20 år fra høyt forbruk av døgnplasser til mer poliklinisk og ambulant behandling. Også i fremtiden bør tyngdepunktet i behandlingen ligge i dagbaserte tilbud med nærhet og forankring i pasientens dagligliv, relasjoner og aktiviteter. I lys av vår medlemsundersøkelse er det nødvendig for å styrke tjenestenes evne til å arbeide mer fleksibelt, helhetlig og intensivt i den polikliniske, ambulante og dagbehandlernde delen av tjenestene. Samtidig er innleggelse i døgnenheter en helt nødvendig del av behandlingsforløpene for mange pasienter.

Det er viktig å påpeke at utbyggingen av oppsøkende team slik som ACT og FACT, ikke fjerner behovet for døgninnleggelse i perioder for pasienter med alvorlige og sammensatte tilstander. Det er behov for å bedre sikre en fleksibel tilgang til døgnbehandling i alle foretak, og sørge for at disse drives med en utadrettet, samarbeidende og aktiv behandlingsprofil. Særlig viktig er god samhandling mellom spesialisthelsetjenestenes døgnplassene og boligtilbud i kommunen. Behandlingstilbudet bør være rigget både for krise og avlastning, men også planlagte opphold for å forebygge forverring og tvungent vern.

Samhandlingsreformen overførte ansvaret for store deler av rehabiliteringsforløpene til kommunene, uten at hverken kompetansen eller døgnplassene som tidligere ble driftet i spesialisthelsetjenesten fulgte med. Det er i dag en enorm variasjon mellom ulike kommuner og bydeler i hvilket rehabiliteringstilbud som gis til pasienter med behov for et høyt omsorgsnivå over tid. Psykologforeningens medlemsundersøkelse viser at kommunepsykologene²² i liten grad deltar i utforming og kvalitetssikring av tilbudet til pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Mens noen kommuner har jobbet systematisk med å bygge opp kompetanse og styrket sitt botilbud, baserer andre kommuner og bydeler seg nesten utelukkende på kjøp av boligjenester fra private tilbydere. Dette utfordrer samhandlingen om disse forløpene i stor grad.

Rus og psykisk lidelse

Rusmiddelbruk og psykiske lidelser er nært forbundet med hverandre. Likevel avdekket ROP-tilsynet i kommune- og spesialisthelsetjenesten (2017-2018)²³ at det fremdeles er store svikt i tjenesteinnholdet og samhandlingen til denne gruppen. Forståelsen og kompetanse til å aktivt utrede og behandle rusmiddelproblemer i psykisk helsevern, synes fremdeles for lav og det er ikke etablert gode nok rutiner for samhandling mellom psykisk helsevern, TSB og de kommunale psykisk helse og rustilbudene. Stabile og trygge boforhold er fremdeles en stor utfordring for mange i denne gruppen. Likeledes er de somatiske helseutfordringene store og pasientene ofte ikke får tilgang til systematisk og tverrfaglig hjelp.

Rusmiddelbruk er vesentlig også når det gjelder spørsmål om voldsrisiko og samfunnsvern. Gjentatte gjennomganger av alvorlige hendelser som involverer personer med alvorlige psykisk lidelser, viser at aktiv rusmiddelbruk øker voldsrisiko i betydeliggrad, samtidig som det bidrar til raskere forverring av den psykiske lidelsen²⁴. UKOMS²⁵ rapport om drap begått i psykotisk tilstand er illustrerende for

²² <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologer-i-kommunene-har-tid-til-aa-hjelpe>

²³ <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/landsomfattende-tilsyn/landsomfattende-tilsyn-helse-og-omsorgstjenester/tilsyn-med-tjenestetilbudet-til-personer-med-samtidig-ruslidelse-psykisk-lidelse-rop-lidelser-2017-2018/>

²⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>

²⁵ <https://ukom.no/rapporter/hva-kan-vi-laere-etter-et-drap-begatt-i-psykotisk-tilstand/sammendrag>

den manglende vektleggingen av samtidig rusmiddelbruk ved alvorlige psykiske lidelser. I deres rapport, så vel som i risikovurderingene i den aktuelle saken, er den aktuelle pasientens rusmiddelbruk lite fremhevet, selv om han hadde hatt et langvarig og omfattende avhengighetsproblem. UKOM påpeker samtidig at samarbeidet mellom politiet og psykisk helsevern kunne vært langt bedre – innenfor dagens lovverk.

Rus er en vesentlig komponent i symptombildet også for mange som ikke faller inn under den tradisjonelle Rus og psykose - definisjonen. Mangler i samtidig behandling av rusmiddellidelser og psykiske lidelser er vesentlig å adressere, enten primærdiagnosen er en psykisk lidelse eller en ruslidelse. Samhandlingsplanen bør derfor sees i sammenheng med den kommende forebyggings- og behandlingsreformen på rusfeltet så snart den foreligger.

Somatisk helse, psykiske lidelser og ruslidelser

Et sentral utfordring i tilbudet til pasienter med sammensatte behov er sammenhengen mellom de psykiske og somatiske tjenestene. Dagens helsevern er i for liten grad organisert og drevet med utgangspunkt i et bio-psykososialt perspektiv, der somatisk og psykisk helse uløselig henger sammen. Det er godt dokumentert at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser også har økt forekomst av en rekke somatiske lidelser. Undersøkelser har vist markant overdødelighet i denne pasientgruppen som følge av ubehandlede somatiske sykdommer²⁶. Motsatt er det også godt belagt at flere somatiske sykdommer, særlig alvorlige diagnoser og kroniske tilstander, gir høy risiko for utvikling av psykiske lidelser, med alvorlige følger både for pasientens prognose og dennes nærmeste²⁷. Tilbud om integrerte psykiske helsetilbud i somatiske avdelinger er likevel kun etablert noen få steder i landet.

Barnevern

Altfor mange barn i barnevernets omsorg blir plassert gjentatte ganger uten at de får nødvendig helsehjelp og skolegang. Et av problemene til psykisk helsevern er at en ikke har ansvar for barna når de flyttes rundt. Skole skifter også. Samarbeidet blir fragmentert og det er vanskelig å ha en langsiktig plan. Flere saker i sommer avdekket svakheter i dette samarbeidet for de mest utsatte barna²⁸. Psykologforeningen mener vi må bort fra silotenkningen der en tenker at god helse skapes i helsevesenet og er helsevesenet sitt ansvar alene. Samarbeid må baseres på at det er overlappende ansvar mellom helse, barnevern og opplæring. Det trengs kompetanse på psykisk helse i barnevernet og skolene også. Det er ikke mulig å gi god helsehjelp hvis barna ikke har god omsorg og fungerende skolegang. Det er heller ikke slik at alle barna får det bedre av å være innlagt i psykisk helsevern. Debatten er farget av myter om at barna egentlig ikke er andre enn helsevesenets barn og at lange innleggelse er god behandling. Noen av disse barna skal ikke ha lange innleggelse dersom en følger retningslinjene for behandling av kronisk suicidalitet.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Psykologforeningen vil her beskrive fem innsatsområder med tilhørende konkrete tiltak vi mener må prioriteres hvis vi skal lykkes med å styrke tilgangen, kvaliteten og samhandlingen i de psykiske helsetjenestene og rustjenestene.

²⁶ <https://rop.no/aktuelt/psykisk-syke-dor-tidligere-enn-andre-og-av-sykdommer-det-er-lett-a-behandle/>

²⁷ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/kreftpasienter-kan-faa-samtaler-om-psykiske-og-sosiale-behov>

²⁸ <https://www.aftenposten.no/norge/i/9KwVXd/barneombudet-helsetjenesten-maa-ta-ansvar-for-barn-i-barnevernet-som-trenger-omfattende-psykisk-helsehjelp>

1. Bygge ut og styrke kompetansen i de kommunale helse- og rustjenestene

I lys av de store manglene og variasjonen i utbyggingen av kommunale psykisk helse- og rustjenetjenestene, er det nødvendig å utvide vår forståelse av den aktuelle fastlegekrisen. Innenfor psykisk helse og rustjenester har vi å gjøre med en *primærhelsekrise*.

Psykologforeningen har tidligere støttet at den nye opptrappingsplanen for feltet skal ha et tyngdepunkt i kommunen²⁹. Det er selvstendig poeng å styrke innsatsen nært innbyggerne, slik at vi kan komme tidligere i posisjon til å forebygge, oppdage og behandle psykiske lidelser i utvikling. Men det er også en avgjørende forutsetning for samhandling at det faktisk finnes tilbud med tilstrekkelig innhold og kompetanse på begge tjenestenivåer.

Det er symptomatisk for den historiske underprioriteringen av det psykiske helsefeltet at psykologkompetanse først i 2020 inngikk som et lovfestet krav til primærhelsetjenestene. Psykologkompetansen er fremdeles sterkt etterspurt i ulike kommunale sektorer, slik som skoler, familievern og barnevern.

Kommuner som har lyktes med å benytte psykologene hensiktsmessig beskriver gevinster på klinisk nivå i form av hevet faglig innhold og kvalitet, samt større trygghet til å håndtere kompliserte situasjoner, gjennom opplæring og veiledning til annet personell. Men også på systemnivå i form av en bedre psykologfaglig innretning i planarbeid og forebyggingstiltak. De erfarer også bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten der den faglige dialogen er mindre asymmetrisk og der oppgavene fordeles etter gjensidig og komplementert utrednings- og vurderingsarbeid. Psykologene i kommunen rapporterer at de stort sett ikke opplever avslag fra spesialisthelsetjenesten når de henviser³⁰, fordi de allerede har gjort et systematisk forarbeid og forebygget de fleste aktuelle henvisninger.

Rekrutteringen av psykologer i kommunene har stoppet opp i mange kommuner og dekningsgraden er fallende. Psykologforeningen forventer at regjeringens innsats for å styrke de kommunale tjenestene og styrke samhandlingen også innebærer synlige tiltak også for å videreføre utbyggingen av psykologkompetansen i kommunene og samtidig motvirke tendens til privatisering slik vi har sett de siste årene.

Følgende konkrete tiltak foreslås på kort og lengre sikt:

Statlig medfinansiering av psykologstillinger i kommunen

Hovedregelen om rammefinansiering av kommunale tjenester muliggjør tilpasninger til lokale forhold og behov. Samtidig benyttes statlig medfinansiering gjennom trygderefusjon for å sikre befolkningen lik tilgang til nødvendig og grunnleggende helsehjelp.

I dag omfatter dette blant annet fastlegeordningen (allmennt medisinsk utredning og behandling) og fysikalsk utredning og behandling, men ikke nødvendig psykisk helsehjelp. Disse eksisterende ordningene kan enkelt utvides til å også gjelde psykologer. Psykologer har i likhet med leger et selvstendig utrednings- diagnostiserings- og behandlingsansvar for psykiske lidelser. Dette vil derfor bidra til at befolkningen, uavhengig av egen økonomi og geografi, får tilgang til nødvendig psykisk helsehjelp i primærhelsetjenesten. Det vil understøtte kommunale helse- og omsorgstjenesters ansvar for alle som trenger det uansett alder og diagnose. Samtidig vil kommunenes egne

²⁹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>

³⁰ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologer-i-kommunene-har-tid-til-aa-hjelpe>

økonomiske ressurser kunne prioriteres til målrettet lokalt tilpasset helsefremming- og forebyggingsarbeid.

En prøveordning der kommuner selv kan søke Helfo om fastlønnstilskudd ved nyansettelse av psykologer, vil umiddelbart bidra til å bedre rekrutteringen og styrke de psykiske helsetjenestene i kommuner som søker. Samtidig vil man over tid kunne evaluere ordningen og vurdere utvidelse. En kostnadsramme på 25 millioner kroner ville eksempelvis innebære 50% statlig medfinansiering av 40 nye psykologstillinger, samt midler til implementering, veiledning og evaluering av ordningen.

Vi viser til vedlagte notat³¹ som utdyper mulighetene for å utvide eksisterende ordning for statlig medfinansiering av nødvendig helsehjelp, til å inkludere psykologers utredning og behandling av psykiske lidelser i kommunale tjenester.

Utvidet primærhelsesamarbeid mellom fastleger og psykologer

Erfaringene fra forsøk med primærhelseteam viser at befolkningen opplever bedre hjelp og oppfølging i de tverrfaglige teamene med fastlege, sykepleiere og helsesekretærer. Et av primærhelseteamene har tilsatt psykolog, andre ønsker det. Brumunddal legesenter er et eksempel på dette. I den ferske evalueringen av handlingsplan for allmennlegetjenesten³² peker noen fastleger på at samlokalisering (eller samordning) av ulike fagpersoner bidrar til mer helhetlig og teambasert hjelp. Flest fastleger trekker frem psykolog som den faggruppen de ønsker seg tett samarbeid/samlokalisering med (67 %). Nyere forskning viser at et tettere samarbeid mellom fastleger og psykologer, kan bidra til at befolkningen får nødvendig helsehjelp tidligere. Resultater fra et forsøk i Groruddalen med psykologer i tett samarbeid med fastleger i Oslo ga positive resultater for pasienter³³, psykologer og leger, men lot seg ikke finansiere³⁴.

Målrettede rekrutteringstiltak i kommunale tjenester

Det viser seg utfordrende å rekruttere psykologer særlig til mindre kommuner, og å beholde dem over tid³⁵. I 2020 hadde 4 av 5 kommuner psykologkompetanse tilknyttet seg til tross for at det er et lovkrav fra 2020. I 2021 er det enda færre kommuner som har psykologkompetanse tilknyttet seg, men flere psykologer i de som har³⁶. Dette gir stor variasjon mellom kommuner i psykologer per innbygger. For å sikre bedre rekruttering er det blant annet nødvendig å tilrettelegge for gode fagmiljøer, veiledning og mulighet for spesialisering i kommunene³⁷.

Dette gjelder ikke bare psykologer, men også leger der det har vært stor oppmerksomhet om rekrutteringsutfordringer til fastlegeordningen. Systematisk rekrutteringsfremmende innsats gjennom ALIS (allmennleger i spesialisering) har vist lovende resultater og tilskuddene til denne ordningen øker hvert år. Regionråd i Nordhordland har utviklet en modell for å rekruttere og beholde psykologer inspirert av ALIS Vest, med fokus på fagmiljø, spesialisering, veiledning og

³¹ Notat om finansiering av psykologer i kommunen, Psykologforeningen

³² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>

³³ <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/fond-og-legater/allmenmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/psykolog-samarbeid-fanget-opp-flere-unge-med-angst/>

³⁴ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/11/06/fant-flere-gevinster-ved-a-ha-psykolog-pa-fastlegekontoret/>

³⁵ Sintef 2020, Kommunalt psykisk helse og rusarbeid i kommunen, desember 2021.

³⁶ <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/4-av-5-kommuner-med-psykolog-i-helse-og-omsorg>

³⁷ Sintef 2017, Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020

samarbeid med spesialisthelsetjenesten kalt «KOMPI»³⁸. Denne og lignende utprøvinger av strukturelle samarbeidstiltak bør støttes med statlig finansiering i likhet med ALIS- prosjektet.

Normerende krav i forskrifts form til kommunalt ansvar for forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har om lag 50 forskrifter, men svært lite som klargjør kommunenes ansvar for psykisk helse- og rushjelp. I mange kommuner foregår det fremdeles diskusjoner om kommunen i det hele tatt har ansvar for å utrede og behandle psykiske lidelser, til tross for tydeliggjøring av dette i loven (2011). I 2017 konkluderte Statsforvalteren i Innlandet³⁹ med at Stange kommune hadde brutt loven ved å tilby psykisk helsehjelp uten tilstrekkelige systemer og rutiner for å diagnostisere sine brukere.

De fleste somatiske tilstander utredes og behandles i primærhelsetjenesten gjennom fastlegeordningen og tilknyttede ordninger, blant annet for fysikalsk behandling. For psykiske lidelser er kommunens utredning og behandlingsansvar dårligere forankret og dette gir unødig mange henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og har den konsekvens at psykiske lidelser avdekkes senere og utvikles til mer alvorlige forløp enn nødvendig.

Inkludere psykiske helsetjenester i kommunale pasientregistre

Mange kommuner har utviklet tjenester på rus og psykisk helsefeltet som både forebygger og behandler psykiske (og rus) lidelser. I dag fanger ikke kommunalt pasientregister (KPR) opp kartlegging, utredning og behandling for psykiske problemer og lidelser i primærhelsetjenestene som ikke foregår på fastlegens kontor. Dette innebærer at vi har mangelfull informasjon som grunnlag for kommunal tjenesteutvikling og om befolkningens tjenestebehov knyttet til psykisk helse og ruslidelser i primærhelsetjenesten generelt.

2. Heve kvaliteten i psykisk helsevern

Regjeringen har i sin hurtaldsplattform⁴⁰ lovet å avvikle de «uverdige forholdene» i psykisk helsevern. Psykologforeningen tolker dette som et signal om at utfordringsbildet er forstått og som en sterk forpliktelse til politisk handling.

Følgende tiltak er nødvendige på kort og lang sikt:

Konkretisere tydeligere virkemidler for å sikre økonomisk prioritering av sykehus/DPS

Regjeringen arbeider med en opptrappingsplan med «øremerkede midler». Det er viktig at planen også beskriver de styrende virkemidlene og mekanismene som skal sikre at helseforetakene over tid vil prioritere en reell styrking av psykisk helsevern. Dette er avgjørende for å bygge opp stabile og robuste fagmiljøer. Erfaringene etter åtte år med den «gyldne regel» er at krav om økt aktivitet i psykisk helsevern i stor grad har blitt løst med effektivisering innenfor eksisterende økonomiske rammer. Noen steder er kravet operasjonalisert som «mindre kutt i driftsbudsjettet enn i somatikken». Psykologforeningen har foreslått at et krav om årlig økning i årsverk som følger vekst i aktivitet og henvisninger bedre kan ivareta nødvendige faglige rammebetingelser. Det kan også være behov for å vurdere andre virkemidler for å sikre en fremtidig bemanning i psykisk helsevern og TSB som samsvarer med befolkningens behov og faglige krav til tjenesten.

³⁸ <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/01/ber-om-statsstotte-til-utdanningsstillinger>

³⁹ <https://www.statsforvalteren.no/nn/Hedmark/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Psykisk-helse-og-rus/Stange-kommune-har-brutt-loven/>

⁴⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>

Sikre tilgang til intensiv behandling på alle omsorgsnivå

Behandlingsforskningen anbefaler at aktive behandlingsforløp tilbys med en frekvens på ukentlige samtaler eller hyppigere⁴¹. Behov for ytterligere intensivering kan oppstå ved forverring eller mer akutte kriser.

En ny helse og samhandlingsplan bør lege til grunn at behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal være i tråd med kunnskapsbasert praksis og at denne kan intensiveres etter pasientens behov. Dette tilsier også en styring av den faste bemanningen fra dagens nivå og i tråd med økt innsøking og flere oppgaver. En bør prioritere å videre implementere allerede utprøvde og dokumenterte behandlingstiltak, som innebærer mulighet for slik intensivering.

Gjennomgripende endringer i dagens styringssystemer

Intensjonene har vært gode: Økt brukermedvirkning, større åpenhet og etterprøvbarehet, mindre uønsket variasjon og bedre samlet kvalitet. Men i sum har man etablert en regelstyring som driver tjenestene mot produksjon av inntektsgivende aktiviteter og enkelt målbare resultater. Samtidig som rommet for komplekse faglige vurderinger, samarbeid og involvering gradvis fortreges. Dette er kvaliteter som ikke like lett lar seg måle og telle, men som i psykisk helsevern er selve forutsetningen for god kunnskapsbasert praksis⁴².

En ny Helse- og samhandlingsplan bør bidra til å konkretisere målsetningene med en *tillitsreform* for offentlig sektor⁴³, herunder hvorledes dagens målstyring bedre kan understøtte faglige beslutninger og god tjenesteutvikling.

Dette innebærer å gjennomgå styringssystemer som er innført i psykisk helsevern og TSB, slik som detaljerte prosedyrer og retningslinjer, pakkeforløp, nasjonale kvalitetsindikatorer og innsatsstyrt finansiering (ISF), som i sum innebærer en detaljstyring som innskrenker faglig utvikling og kvalitet.

Psykologforeningen har gjennomført en utredning av dagens nasjonale kvalitetsindikatorssystem. Vi mener dagens kvalitetsindikatorer bør kraftig reduseres og erstattes av et krav til at tjenestene benytter pasientrapporterte målinger og etablerer lokale kvalitetsregistre med involvering av brukere og klinikere.

Slik sikrer vi at tjenestene blir mer effektive og lærende, fremfor at de måles etter produksjon av forhåndsdefinerte aktiviteter. Vi mener dette også vil styrke rekrutteringen og bidra til å beholde kompetanse i tjenesten fordi det dreier fokus mot innhold i fag og pasientbehandlingen, fremfor tomme aktivitets- og prosessmål.

Vi viser til vedlagt notat om muligheter og risiko ved innføring av pasientorienterte utfallsmål i tjenestene⁴⁴.

Målrettede rekrutteringstiltak i psykisk helsevern og TSB

Det er grunn til bekymring for rekruttering og bibehold av kompetanse i psykisk helsevern og TSB. En ny gjennomgang av ekstern turnover fra Helse Vest⁴⁵, viser at særlig psykologspesialister er vanskelig

⁴¹ Tiemens, B., Kloos, M., Spijker, J., Ingenhoven, T., Kampman, M., & Hendriks, G. J. (2019). Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course; a naturalistic cohort study. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-12.

⁴² <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>

⁴³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/forvaltningsutvikling/tillitsreform/id2894124/>

⁴⁴ Psykologforeningens policy om Bruk av kvalitetsmålinger

⁴⁵ <https://helse-vest.no/nyheter/nyheter-2022/nytt-fakta-grunnlag-slik-er-turnoveren-i-helse-vest>

å beholde. Det er flere eksempler på slike rekrutteringsvansker også i universitetsbyene hvor det tidligere ikke har vært vanskelig. Samtidig viser en ny rapport fra Oslo Economics⁴⁶ en sterk nyetablering av helprivate psykologbedrifter og enkeltmannsforetak. Psykologforeningens medlemsregister viser at også nyutdannede psykologer i større grad en tidligere går rett fra studier og ut i privat praksis. Samlet er dette en tendens som gir grunn til bekymring dersom man ønsker å sikre en tilgjengelig og kompetent offentlig helsetjeneste i fremtiden.

Psykologforeningens medlemsundersøkelse tilsier at de mest sentrale motivasjonsfaktorene for å bli værende i de offentlige tjenestene er å være en del av et sterkt fagmiljø, å få gitt god helsehjelp, muligheten for faglig fordypning, veiledning og spesialisering, samt å være en del av et større fagmiljø.

Det er verd å merke seg at en overordnet innsats mot å styrke kapasiteten og dreie styringen fra en detaljstyring til et fokus på å jobbe faglig godt, sikre at pasienter opplever nytte og til å samarbeide med annet personell og tjenester også er viktige rekrutteringsbetingelser. Samtidig bør det gjøres lokalet tilpassede analyser i hver enkelt region og foretak, slik Helse Vest har gjennomført. Mange steder kan det å ansette flere merkantilt utdannede som kan avlaste helsepersonell i administrative oppgaver slik som koding og registrering, bidra til å frigjøre klinikernes tid til pasienter og fag.

Psykologforeningen vil understreke at vi har lite tro på løsninger som innskrenker anledningen til å etablere privat virksomhet, enten i form av avtalepraksis eller helprivat. Sykehusene må heller undersøke nærmere hva som trekker spesialistene mot det private og arbeide målrettet for å styrke mulighetene for faglig godt arbeid og utvikling i de offentlige tjenestene.

3. Fortsette utbygging av virksomme behandlingsmodeller for samtidig innsats fra spesialisthelsetjeneste, kommunale tjenester, skole og NAV.

Det har vært en positiv utvikling siste årene der ulike modeller for samarbeid mellom tjenestenivåer og sektorer er utbygget. Flere slike tilbud er allerede godt evaluert og eller er dokumentert effektive gjennom forskning. Utfordringen er at mange av tiltakene er prosjektbaserte og at tilgangen til slike samhandlingsteam er ulikt etter hvor i landet en befinner seg.

Psykologforeningen mener det er nødvendig å bygge videre ut behandlingsmodeller som baserer seg på samtidig innsats, for å sikre mer helhetlige og sammenhengende tjenester for hele befolkningen.

ACT og FACT team

Etableringen av FACT og ACT team, der kommunale tjenester og sykehus samordner innsatsen overfor brukere med behov for samtidig og koordinert hjelp, har vært vellykket flere steder i landet. Slike oppsøkende team med mulighet for fleksibel intensivering har vist seg å kunne bidra til å redusere behov for lange innleggelses, mindre bruk av tvang og mer sammenhengende pasientforløp. Slike behandlingsformer etableres som en del av det ordinære tjenestetilbudet – ikke som tidsavgrensede prosjekter. Det bør legges til rette for tilpasning av modellene etter lokale forhold, og til nye målgrupper. Eksempler på lovende utvidelser er FACT ung, FACT eldre, Allmenn FACT og Rus FACT. Ved Blakstad sykehus prøver en nå ut et FACT team for sikkerhetspasienter.

High intensive care units (HIC)

I Nederland er High and Intensive Care Units (HIC) på vei til å bli et akutt tilbud over hele landet. Ved å implementere nye arbeidsmetoder samt arbeide med verdier- og holdningsendringer som

⁴⁶ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/flere-helprivate-psykologer>

tjenestene skal bygge på, reduseres behovet for langvarige døgninnleggelser og bruk av tvang¹⁹²⁰. Modellen er godt evaluert og Psykologforeningen mener at HIC er relevant for å øke kvaliteten i akutt-psykiske tjenester og døgntilbud også i Norge. Modellen er anbefalt i Eurpoarådets praksisrapport fra 2021⁴⁷.

Det er verd å merke seg at intensive og oppsøkende tilnærminger på tvers av tjenesteområder ikke fjerner behovet for døgninnleggelser. Et bærende behandlingsprinsipp i HIC er likevel at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasientens opp tett av fast behandler, noe som bidrar til bedre overganger og sammenheng i forløpet.

Klinisk helsepsykologi

Klinisk helsepsykologi er et fagfelt hvor psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter anvendes i tverrfaglige behandlingstilbud, rehabilitering, palliasjon og helsefremming for pasienter med somatisk sykdom, symptomer eller funksjonshemning, eller med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske. Klinisk helsepsykologi retter seg spesielt mot hvordan bruk av psykologisk kunnskap kan gi et bedre helsetilbud til pasienten. Pasientens pårørende er også en viktig målgruppe, både som medhjelper i hjelpetilbudet og ut fra deres egne behov for å bli ivaretatt.

Vi mener følgende bør innarbeides i den kommende helse- og samhandlingsplanen:

For å oppnå helhetlige, tverrfaglige helsetjenestetilbud må det rutinemessig vurderes inkludering av psykologkompetanse og ansettelse av psykolog i tjenestetilbud til personer med somatisk sykdom.

Som et minimum bør det for tilbud til voksne og eldre i somatikken opprette et tverrfaglig team eller enhet ved alle sykehus forankret i et bio-psykososialt perspektiv. Fordi samtidighet i tilbud er avgjørende, bør det legges til rette for fast tilstedeværelse av psykolog fra enheten/teamet på somatiske avdelinger for å bidra til reel tverrfaglighet. Personer fra teamet/enheten kan veilede, delta i tverrfaglige møter og hvis ressurser gi tilbud til enkeltpasienter, deres nære eller etterlatte, slik at den psykiske tilstanden til somatiske pasienter i spesialisthelsetjenesten følges opp i somatiske avdelinger.

Vedtaket om at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse må følges opp.

IPS

Å være i arbeid og utdanning er helsebringende⁴⁸. Samtidig slås det i perspektivmeldingen fra 2021⁴⁹ fast at *deltakelse i arbeid tradisjonelt har vært lite utnyttet som terapeutisk virkemiddel i behandling*. Individuell jobbstøtte (IPS) er en modell som innebærer strukturert samarbeid mellom helsetjenesten og NAV gjennom et behandlingsløp og som har vist gode resultater både når det gjelder bedre helse, arbeidsinkludering, utdanning og redusert sykefravær. Årsakene til lav arbeidsdeltagelse ved psykisk sykdom er sammensatte og kan relateres til *sykdomsrelaterte* faktorer (for eksempel psykotiske symptomer, angst-/depressive symptomer og kognitive vansker), *samfunnsrelaterte* faktorer (feks stigma, manglende jobbfokus i behandling, samarbeidsutfordringer og manglende kunnskap hos arbeidsgivere) og *individuelle* faktorer (for eksempel lav motivasjon

⁴⁷ <https://www.coe.int/en/web/bioethics/compendium-report-good-practices-in-the-council-of-europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health>

⁴⁸ Rueda et al., 2012; Norstroem, et al., 2019; Jin et al., 1997; Pharr et al., 2011

⁴⁹ https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/?q=terapeutisk&ch=9#match_0

eller manglende utdanning). IPS modellen fokuserer på disse faktorene samtidig og legger til rette for samarbeid mellom ulike fagpersoner og tjenester.

IPS gir mulighet for integrering av tjenester og samhandling mellom ulike aktører. Det er viktig at tilbud om IPS opprettholdes, videreutvikles og evalueres i møte med nye pasientgrupper.

Helhetlige barneverntjenester

Psykologforeningen har samarbeidet med Bufdir om et modellforsøk med psykologer og jurister i kommunalt barnevern. Dette ville bidra til å styrke den tverrfaglige kompetansen i barnevernet og fremme smidigere samarbeid med helsesektoren. Modellen ble anbefalt av Bufdir, men ble nedprioritert av den forrige regjeringen. Psykologforeningen mener det er avgjørende å prøve ut modeller for sammenhengende tjenester og økt tverrfaglighet til disse barna, både gjennom styrking av kompetansen i barnevernet og samarbeidet mellom sektorene.

Stillasbyggerne er en samarbeidsmodell utviklet ved Ahus⁵⁰ mellom BUP, barnevernsinstitusjoner og lokalt barnevern. Modellen er utviklet både mht til organisasjon og innhold og bidrar til at barn og ungdom med behov for psykisk helsehjelp fra BUP får dette i integrert samarbeid med barnevernet. Tilnærmingen er nylig evaluert med lovende resultater og er nå klar til utrulling flere steder i landet. Tverrsektorielle tilnærminger til barn i barnevernet er også beskrevet som avgjørende i andre helseregioner⁵¹. Det må sikres tilstrekkelige rammer, finansiering og felles målsetninger for utprøving av slike modeller.

4. Fjerne hindringer og stimulere til samhandling på tvers av tjenestenivåer og siloer

Vi erfarer at samhandlingen mellom tjenestenivåer og sektorer ofte forstyrres av styringssystemene våre. Ulike lovverk, forskjellige rapporteringsmål, finansieringssystemer og IKT løsninger utfordrer etableringen av nye og innovative tjenestemodeller på tvers.

Ny helse og samhandlingsplan bør beskrive hvordan felles finansieringsløsninger, IKT systemer og målsetninger som stimulerer til økt samhandling. Lovverk og lovfortolkninger bør understøtte samtidighet og samhandling.

Som nevnt over er arbeid og psykisk helse et slikt satsingsområde der den faglige utviklingen går forutfor systemene. Den integrerte og evidensbaserte metoden Individuell jobbstøtte utfordres nå av en ny lovfortolkning som sier at sykehusene ikke skal ansette jobbspesialister. Dette er et eksempel på en lovfortolkning regjeringen bør endre dersom en ønsker å realisere en Helse- og samhandlingsplan.

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

Det pågår aktiv tjenesteutvikling flere steder i landet. Psykologforeningen vil fremheve enkelte eksempler som kan underbygge og konkretisere tiltakene beskrevet over.

Fastlege og psykologsamarbeid ved Best helse, i Hå og i Kinn kommuner

I de tre kommunene samarbeider psykolog med primærhelseteam og bidrar til en mer komplett primærhelsetjeneste. I Best Helse på Nordstrand er psykolog ansatt på legesenteret, mens

⁵⁰ <https://www.stillasbyggerne.no/>

⁵¹ <https://fontene.no/fagartikler/tverrfaglig-samarbeid-endret-livet-til-kari-6.47.762046.e84f223be5>

psykologen er ansatt i kommunen i de to andre eksemplene, men med aktivt samarbeid med primærhelseteamet. HelseDirektoratet har kartlagt dette mer i detalj og viser til gode erfaringer med samarbeid om enkeltpasienter, veiledning og faglige drøftinger eller faste møtepunkter og felles fagutvikling.

KOMPIS-prosjektet for rekruttering av kommunepsykologer

Kommuner i Region Nordhordland har over en lengre periode utredet og utformet modeller for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, med mål om å styrke tilbudene innen psykisk helse- og rus i regionen. Hovedfokuset er på hvordan en kan organisere tjenester og utforme samarbeidsmodeller med mål om å rekruttere og beholde psykologer i kommunene. Formålet er å sikre et stabilt og godt tilbud i distriktskommunene innen psykisk helse. Interkommunale psykologer i spesialisering (KOMPIS)⁵² har til formål å løse utfordringer med å rekruttere helsepersonell med rett kompetanse, det økte faglige ansvaret kommunene har fått for tilbud som tidligere lå under spesialisthelsetjensten, samt et endret utfordringsbilde knytte til helse- og rus som gir behov for å tilpasse tjenestetilbudet til pasientgrupper med kronisk sykdom eller meir komplekse tilstander.

Løsningene som konkretiseres i KOMPIS prosjektet er:

- Statlig satsing på utprøving av samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak om kompetanseutvikling
- Tiltak som sikrer at kommuner kan legge til rette for utvikling av nødvendig fagkompetanse- og spesialisering
- Et pilotprosjekt for utprøving av organisering og rammer for interkommunale psykologer i spesialisering (KOMIS) med avtalefesta praksisplasser for kommunepsykologer i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid om alvorlige og sammensatte lidelser i Porsgrunn

Porsgrunn kommune har utviklet et godt og variert bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte og alvorlige problemer og lidelser. Fundamentet for dette er en holdning om at kommunen har ansvaret for alle innbyggere, godt og aktivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, høy kompetanse og utvikling av systematikk i tjenesten med aktiv individuell tilpasning og mål om bedre livskvalitet og mestring ut ifra den enkeltes behov. Kommunen inngår i ReCon intervensjonen om forebygging av tvang som blant annet innebærer aktiv bruk av kriseplan, tilpassede boliger med ulike grad av bemanning og innhold. KAD plass av høy kvalitet, knyttet til en av de bemannede boligene er blant faktorene som bidrar til færre henvisninger og reinnleggelse i psykisk helsevern, færre tvangsinnleggelse og mulighet for å bosette pasienter fra sikkerhetsavdeling på en trygg og forsvarlig måte. Psykologen er faglig ansvarlig og leder for den psykologiske lavterskeltjenesten i kommunen, men bidrar samtidig inn i kommunenes planarbeid og samarbeid internt og eksternt for å sikre at rehabiliteringsforløpene baserer seg på faglige gode tilbud. Psykologen bidrar til kvalitetssikring og styrking også av botilbudene ved involvering i utarbeidelse av kortvarige boligkontrakter, samt undervisning og veiledning til personalet.

⁵² Innspill til opptrappingsplanen for psykisk helse fra kommunene i region Nord-Hordaland

Barn og unges helsetjenestene i Helse Fonna

Det vises til prosjektet «Barn og unge helsetjeneste» i helse Vest⁵³, og til Helsedirektoratets arbeid med en nasjonal veileder for Tverrsektorielt arbeid med barn og unge⁵⁴. Dette er eksempel på en fremgangsmåte for å fordele ansvar og oppgaver og identifisere samhandlingspunkter mellom de relevante tjenestetilbudene i ulike forløp.

Her understrekes betydningen av at brukere, fagfolk og stedlige ledere involveres og samarbeider om å identifisere felles målsetninger og hensiktsmessige samarbeidsmåter. Prosjektet er fremhevet som et godt eksempel på bruk av helsefellesskap.

Det er viktig å påpeke at modellen ikke har til formål å beskrive en standard oppgavefordeling som skal ligge til grunn for alle kommuner og helseforetak, men snarere en fremgangsmåte for å identifisere oppgaver, sårbarheter og muligheter lokalt.

LOVePROM lokalt kvalitetsregister ved Lovisenberg sykehus

Lovisenberg diakonale sykehus har utviklet et system for rutinemessig innhenting av pasientrapporterte utfallsmål (såkalte PROMs) gjennom behandlingsforløpene. Pasientene blir spurt hvordan de har det og hvordan de opplever behandlingen ved hjelp av elektroniske spørreskjema, som går direkte inn i pasientjournal som en rapport. Behandlerne kan bruke denne informasjonen til å bedre planlegge og justere behandlingen underveis i samarbeid og dialog med pasienten. Pasientenes svar på gruppenivå legges også inn i et lokalt kvalitetsregister som kan gi informasjon til ledelsen om hvordan tjenesten bør organiseres for å nå flere med god behandling.

Det er god støtte i forskningen for at slike tilbakemeldingsrutiner og lokale kvalitetsregistre kan bidra til å bedre utfallet av behandlingen, særlig for pasienter som opplever manglende effekt eller nytte, eller risikerer forverring.

Lovisenberg DPS bruker også data fra kvalitetsregisteret til å utforske sammenhengen mellom behandlingsintensitet og behandlingsresultat på gruppenivå. Slik kan de se at pasienter som møter til 1–2 konsultasjoner per uke, oppnår bedre resultater enn pasienter som kun møter annenhver uke, i tråd med forskning⁵⁵ og klinisk erfaring.

Hovedbudskapet er at informasjon fra pasientene kan opplyser og lære behandlere og ledere mer om det de gjør. Denne praksisen kan over tid bidra til at flere og flere klinikker blir lærende organisasjoner som stadig utvikler seg ut ifra resultatene som oppnås og de tilbakemeldingene pasientene gir.

LOVePROM har identifisert frem prinsipper for lykkes med implementeringen av et lokalt kvalitetsregister; (i) ikke bruk klinikernes tid på datainnsamling, (ii) gjør tilbakemeldingene klinisk relevante, (iii) bruk pasientrapporterte data, (iv) gjør måling underveis i behandlingen, (v) læring utvikling og tillit i implementeringen

Integrerte tjenester til psykisk og somatisk helse

Noen sykehus har allerede etablert enheter å tilby psykiske helsetjenester til pasienter i somatiske sykehusavdelinger. Ved Diakonhjemmet sykehus tilbys pasienter både tilsyn ved psykiater, psykolog

⁵³ <https://helse-fonna.no/barn-og-unges-helseteneste>

⁵⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge/innledning>

⁵⁵ <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/effects-of-once-versus-twiceweekly-sessions-on-psychotherapy-outcomes-in-depressed-patients/C43C681866F3663A5C55BAFA2A99B8CB>

og psykiatrisk sykepleier, samt poliklinisk oppfølging til pasienter og pårørende⁵⁶ Rikshospitalet har tilbud til barn og unge som har eksistert siden 1976 ved avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehuset (S-BUP)⁵⁷ I tillegg finnes det eksempler på tilbud hvor psykologer er en integrert del av alle avdelinger som på Sunnaas.

FACT team for sikkerhetspasienter ved Blakstad sykehus

Det er opprettet ambulerende FACT- team for sikkerhetspasienter blant annet ved sykehuset Innlandet⁵⁸ og Blakstad sykehus, begge steder oppnår man bedre oppfølging og hindrer bedre tilbakefall.

Et sentralt moment i disse teamene, som i øvrige FACT team rettet mot alvorlige og sammensatte lidelser, er at ruskompetanse må inngå i teamet for å sikre gode vurderinger og aktiv behandling til pasientene med komorbide psykiske lidelser og ruslidelser (ROP)

ROP enheten ved Asker DPS

Asker DPS har etablert en poliklinikk med tilbud til pasienter fra 15 år med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Seksjonen er organisert både under PHV og TSB som gjør at pasienter unngår å havne mellom to stoler eller sendes mellom fagområdene. På denne måten sikres også tilstrekkelig kompetanse både til å utrede og behandle pasientenes psykiske lidelser og til å gi aktiv behandling for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Enheten bidrar også i drift av FACT team til målgruppen og tilbyr kurs til brukere og pårørende.

Systematisk arbeid med godt innhold og redusert tvang i døgnbehandling

Ved Akershus universitetssykehus har tiltaket «åpen dialog» har bidratt til færre utageringer og trusler og senket tvangsmiddelbruken ved en sikkerhetspost. BET (Basal eksponeringsterapi) og KYR (Komplementær ytre regulering) er andre praksiseksempler her til lands som er omtalt i [Europarådets rapport](#)⁵⁹ for mer frivillighet i tjenestene. (Council of Europe 2021)

Lovisenberg sykehus har utviklet bedre tjenester med redusert bruk av tvangsmidler og deretter åpen dør ved akuttpost⁶⁰. Slike gode praksiseksempler bør styrkes og videreføres til andre sykehus.

Psykologforeningen deltar gjerne i videre dialog om de ulike innsatsområdene og tiltakene.

Med vennlig hilsen,
Norsk psykologforening



Håkon Kongsrud Skard
President

⁵⁶ <https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken>

⁵⁷ <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/avdeling-for-barn-og-unges-psykiske-helse-pa-sykehus-s-bup>

⁵⁸ <https://napha.no/content/25093/fact-sikkerhet-innlandet>.

⁵⁹ <https://www.coe.int/en/web/bioethics/compendium-report-good-practices-in-the-council-of-europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health->

⁶⁰ <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-89585.pdf>