

# NAPHAs innspill til Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

Levert Helse- og omsorgskomiteen 10.10.2023

Vår ref: 48/2023

Vår saksbehandler: Ellen Hoxmark, leder

## NAPHAs viktigste innspill:

- NAPHA stiller seg bak virkelighetsbeskrivelsen, premissene, målene og de tre prioriterte områdene i opptrappingsplanen.
- NAPHA mener at de økonomiske rammene ikke vil kunne realisere forventningene.
- NAPHA mener det er behov for mer gjennomgripende endringer og konkrete tiltak, og at disse i større grad må samordnes og ledes nasjonalt.
- NAPHA mener det kliniske perspektivet dominerer i for stor grad. Å ta brukerperspektivet på alvor forutsetter mer gjennomgripende endringer, både i samfunnet, og i tjenestene.
- NAPHA støtter videre satsing på fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT), og foreslår at FACT blir en spydspiss for å utvikle lovverk og finansieringsmodeller som bedre understøtter god samhandling.
- NAPHA støtter videre satsing på Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). En eventuell *lovfesting* av lavterskeltilbud bør i tillegg også omfatte lavterskeltilbud til personer med moderate til mer alvorlige og sammensatte problem. Det er viktig å være oppmerksom på en mulig uønsket forskyvning i tjenestetilbudet.
- NAPHA foreslår et nasjonalt evalueringsprogram som kan understøtte lokal kunnskapsutvikling. Dette bør komme i tillegg til det forslåtte evalueringsprogrammet som primært vil være relevant for sentrale styringsmakter.

## Om NAPHA

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA) er fullfinansiert av Helse- og omsorgsdepartementet over Statsbudsjettet, og vi får årlige oppdrag gjennom tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet. Vår hovedmålgruppe er først og fremst personell som arbeider innen psykisk helsearbeid for voksne i landets kommuner, og deres samarbeidspartnere på kommune og spesialisthelsetjenestnivå.

NAPHA er et lite, nasjonalt, senter med et vidt samfunnsoppdrag, med oppgaver både på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Vi bidrar til å styrke kompetansen og kvaliteten i det kommunale psykiske helsearbeidet, og vår aktivitet spenner over hele akse fra vedtatt helsepolitikk til utviklingen av praksis.

Kommunene, deres samarbeidspartnere, brukere og pårørende treffer oss gjennom store nasjonale satsinger som psykologer i kommunene, kunnskapsbaserte tjenestemodeller (som for eksempel fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT) og Rask psykisk helsehjelp (RPH), lokalt og regionalt utviklingsarbeid, ulike arrangementer, nettverk og direkte kontakt, veiledning og faglig støtte. Vi har

også en mye brukte nettside [napha.no](http://napha.no), er aktive på sosiale medier, og gir ut veiledende materiell i form av håndbøker og faghefter.

NAPHA er aktivt involvert i helsepolitiske satsinger, og bidrar i utviklingen av lokalbasert psykisk helsearbeid. Gjennom vårt utstrakte samarbeid med kommuner, samhandlingsteam og nasjonale og internasjonale nettverk har vi god oversikt over «hvor skoen trykker» og bringer inn til helsemyndighetene behov for avklaringer, ny kompetanse og nye tjenestetilbud.

## Behov for en mer helhetlig, gjennomgripende og samordnet innsats

NAPHA stiller seg bak virkelighetsbeskrivelsen, premissene, målene og de tre prioriterte områdene i opptrappingsplanen. Samtidig vil vi advare mot å tro at enkeltstående tiltak alene (for eksempel flere sengeplasser, mer bruk av tvang eller bedre vilkår for ansatte), vil løse de samlede utfordringene man står overfor.

Det lokalbaserte psykisk helse- og rusarbeidet er fortsatt mangelfullt utbygd mange steder, det er for stor variasjon i kvalitet og kapasitet, og tilbudene henger ikke godt nok sammen. Hvis man skal nå målene i opptrappingsplanen må helsetjenesten i større grad bygges nedenfra. Det vil si at det må legges til rette for at det utvikles helt nye måter å hjelpe på, både i kommuner, på tvers av kommuner, mellom kommuner, frivillige tilbud og andre sektorer, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenester. I tillegg må man ta i bruk et bredere sett av kompetanse, særlig erfaringskompetanse.

Vi er bekymret for at tiltakene i opptrappingsplanen i så måte fremstår som fragmenterte og enkeltstående, mer enn en samlet ambisiøs satsing som kan føre til gjennomgripende endringer, og flere *lokalbaserte, forbyggende, brukerorienterte, samhandlende og kunnskapsbaserte* tjenestetilbud.

Det vises i for stor grad til andre dokumenter og at de konkrete tiltakene kommer i pågående og planlagte utredninger. Ett eksempel er at tilbudet i spesialisthelsetjenesten skal styrkes i henhold til framskrivninger av behov, men det er ingen beskrivelser for *hvordan* man skal sørge for at psykisk helsevern og TSB skal prioriteres (jf. erfaringene med «den gyldne regel»). Da fremstår styrkingen som uforpliktende og dermed lite realistisk å oppnå. Styrkingen må også angi retning. En mer oppsøkende og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste er en forutsetning for at kommunene skal kunne gi et tilbud til personer som har mer omfattende problemer.

Opptrappingsplanen har få nye ressurser, og har ikke øremerkede midler til kommunene for å ruste opp tilbudet. Den forrige opptrappingsplanen hadde en ramme på om lag 24 mrd., hvorav en stor andel var øremerket til oppbygging av et kommunalt psykisk helsearbeid og betydelig boligutbygging. Den nye har 3 mrd. Det er ikke mye penger når tilbudene fortsatt er for svakt utbygd mange steder, og pågangen til tilbudene er raskt økende. Det finnes heller ikke konkrete beregninger og framskrivninger av behovet for kommunale tilbud, slik det nylig er utviklet for spesialisthelsetjenesten.

Mange kommuner har fortsatt ikke RPH- og FACT-team. Økt satsing på kunnskapsbaserte tjenestetilbud som disse vil heller ikke være tilstrekkelig. De minste kommunene kan ikke tilfredsstillende modellenes krav. Det er derfor viktig med insentiver som støtter opp om deres etablering av lignende tilbud og/eller stimulerer til interkommunalt samarbeid.

I opptrappingsplanen vurderes lovfesting av lavterskeltilbud. Vår anbefaling er at dette i så fall må omfatte lavterskeltilbud både til personer med lettere, moderate og mer sammensatte og langvarige problem. For å sikre fleksible løsninger bør lavterskeltilbudene kunne etableres i kommuner, i felles

eierskap mellom kommuner, på tvers av kommuner og frivillige aktører, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Prioritering av tilbudet til personer med langvarige og sammensatte utfordringer er ikke mulig uten samtidig forsterket boliginnsats. Både underlagsmaterialet til den forrige opptrappingsplanen (1999–2008) og i rapporter i etterkant tilsier et udekket boligbehov på 2500-3000. Det vil koste svært mye, og er en viktig grunn til at vi mener den foreslåtte opptrappingsplanen er sterkt underfinansiert. Behovet for nye boliger forsterkes ved den store flyktningestrømmens boligbehov.

Vi støtter derfor en kartlegging av behov (omfang og type botilbud), og imøteser at resultatet av dette arbeidet vil være mer kraftfulle, konkrete tiltak, og insentiver.

Samlet sett vil dette medføre et behov for en sterkere nasjonal samordning. Helsedirektoratet bør ha en tydeligere ledende rolle, og både Statsforvaltere, Helsefellesskap, og de regionale kompetansesentrene må sammen være en pådriver for, og legge til rette for, mer samlet regional og lokal tjenesteutvikling og planlegging.

## Styrking av bruker- og innbyggerperspektivet

I helsepolitiske sammenhenger er brukermedvirkning ofte forstått som en individuell juridisk rettighet til å kunne medvirke i egen behandling i helsetjenestene, og i tjenesteutvikling. Det er også slik vi leser opptrappingsplanen.

NAPHA legger til grunn at brukerperspektivet er et perspektiv som har sin opprinnelse i brukerbevegelsen, hvor bedring og menneskerettigheter forstås gjennom egne opplevelser og erfaringer. Dette er en veldig annerledes forståelse enn en tradisjonell «klinisk forståelse» av recovery, som legger mer vekt på symptomer og fungering, og andre forhold som kan observeres, vurderes og måles utenfra. Et annerledes brukerperspektiv forutsetter *gjennomgripende endringer* både i samfunnet og tjenestetilbudene.

Det å være en likeverdig medborger, å være en del av arbeidslivet, å ha hverdager med mening, å ikke oppleve ensomhet og utenforskap, og å ha et godt sted å bo, er viktig både i forebygging og behandling.

Dette er en utvikling som WHO er en sterk pådriver for. Det har også vært budskapet i mange nasjonale helsepolitiske strategier. For eksempel [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\) \(nhri.no\)](#).

Eksempler:

[Sandnes kommune - Rus og psykisk helsehjelp for voksne](#)

[I dag er det offisiell åpning av Sortlandshjelpe - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[Konkrete grep kan gi små og store kommuner mer likeverdige tjenester innen psykisk helse- og rus - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Insentiver som støtter opp om en slik utvikling:

- Inkludere de regionale brukerstyrte sentrene og de regionale kompetansemiljøene på arbeid og psykisk helse/de regionale IPS-miljøene, i det regionale kompetansesentersamarbeidet. Slik

kan disse miljøene bli en mer aktiv pådriver for utviklingen av de lokalbaserte tjenestene i regionene, samt styrke brukerperspektivet og arbeidsperspektivet i tjenesteutviklingen

- Sikre nødvendig finansiering av brukerorganisasjoner og andre frivillige tilbud. Anrett tilskudd og annen finansiering på en måte som stimulerer og sørger for lokal tilgang til erfaringskunnskap og brukerrepresentanter som kan medvirke i tjenesteutvikling. Det vil ikke være mulig å oppnå målet om mer brukermedvirkning og brukerorienterte tilbud uten at det finnes sterke og kompetente lokale brukerorganisasjoner.
- Sikre tilskuddsordninger rettet mot erfaringskonsulenter, og vurdere en lovfesting av erfaringskonsulenter. Mer bruk av erfaringskompetanse kan i en del tilfeller erstatte helsepersonell.
- Ta i bruk insentiver som gjør at man ser psykisk helse, kultur, idrett og folkehelse mer i sammenheng. Det meste av det som skaper god livskvalitet og gode liv skjer utenom tjenestene, i nære relasjoner til andre, og i hverdagslivet i lokalsamfunnet.

Eksempler:

[-Kunst og kultur reduserer sosial ulikhet og bedrer folks helse - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[- Musikterapi gir nye muligheter for recovery-orientert praksis - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

- Stimulere til tiltak som kan bidra til mer innovasjon knyttet til sektorovergripende planlegging og mer innbyggerinvolvering i utvikling.

Eksempel:

[- Folk som deltar lite i samfunnet må lyttes mer til - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

- Etabler økonomiske og juridiske insentiver som støtter opp om etablering av tilbud på tvers av frivillig arbeid, det forebyggende arbeidet, og de kommunale lavterskeltjenestene. Slike samordnede tilbud treffer bredt, og kan i noen tilfeller også kan erstatte tradisjonelle tilbud som er helsepersonellkrevende.

Eksempler:

[Jæren Recovery College oppsummerer fire års drift i ny rapport - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

[14 tiltak for økt frivillighet - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

- Etablere et Nasjonalt kompetanseprogram for recovery, slik det er gjort i mange andre land. Vår erfaring er at det trengs en nasjonal satsing for å få til endringer over hele landet, ikke bare noen spredte tilbud enkelte steder.

## Bedre samhandling og flere helhetlige tjenestetilbud

### *Etabler FACT som lokale fyrtårn for samhandling*

NAPHA støtter opptrappingsplanenes anbefaling om videreføring av utbredelsen av FACT- og FACT ung-team. Vi har vært sterkt involvert i utviklingen av tilbudene, og tjenestetøtten til teamene, og ser at dette har gitt bedre, mer helhetlige og sammenhengende tjenester for mange. FACT bør også være lokale spydspisser for hvordan tenke utvikling av mer integrerte tjenestetilbud fremover.

FACT-satsingen er en egnet arena for å prøve ut hvordan finansieringsmodeller og lovverk kan bli mer tilpasset felles eierskap og ansvar på tvers av forvaltningsnivå og tjenesteområder og at helsehjelp favner vidt. Et eksempel på behov for lovendringer er Individuell Jobbstøtte (IPS) som er en kunnskapsbasert modell for å hjelpe personer med store psykisk helseutfordringer ut i arbeid. På tross av hvordan opptrappingsplanen omtaler den helsemessige betydningen av arbeid vurderes ikke IPS som helsehjelp i gjeldende lovverk.

NAPHA skrev i juni 2023 en høringsuttalelse til [NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#). Her løftet vi blant annet frem at:

- Spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven må sees mer i sammenheng, tilpasses hverandre i større grad, og forplikte til mer samhandling og felles eierskap, i tjenestetilbud på tvers av nivå.
- Helsefellesskapene må styrkes finansielt og strukturelt slik at de kan bli mer operative, og sekretariatsfunksjonen må særlig styrkes.
- Forslag om samhandlingsbudsjett som reguleres i forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak støttes.
- Det er behov for en snarlig gjennomgang og evaluering av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Lovtolkninger knyttet til utskrivningsklare pasienter, og hva forsvarlighetskravet innebærer av oppgaver og ansvar på begge nivå, må tydeliggjøres.
- Anbefalingen om et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling støttes. Vi ser behov for et eget kompetansemiljø for samhandling psykisk helse/rus, som er tett på helsefellesskapene. Miljøet bør først og fremst ivareta læring og kompetanseutvikling på tvers av tjenestenivå, ivareta ulike faglige og organisatoriske perspektiver, samt fremme mer likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste
- Vi foreslår at det opprettes et eget program for samhandling i Forskningsrådet, for å få til en tilstrekkelig satsing på forskningsområdet samhandling. Det er i særlig viktig å stimulere forskning innen feltet samhandling og implementering av ulike samhandlingsmodeller i tjenestene.

### *Styrk lokale samhandlingsprosesser knyttet til helhetlige pasientforløp og tjenesteutvikling på tvers*

DPS-opptaksområdene bør etablere mer forpliktende samhandlingsmodeller og samarbeid rundt tjenesteutvikling på tvers av kommuner, NAV, brukerorganisasjonene og helseforetak.

Det finnes gode eksempler på hvordan man har jobbet godt med slike prosesser. Et eksempel er konseptet «Bedre i lag», som er utviklet i region nord.

[Det å få et ansikt på folk gjør det lettere å ta kontakt, på tvers av tjenester og tilbud - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

## [– Vi må lete etter løsninger, for de finnes - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

NAPHA tidligere også foreslått en forsøksvis pilotering av ett tjenestenivå.

### *Styrking av tilbudet til personer med sammensatte utfordringer knyttet til psykisk helse, rus og vold*

Det er ti år siden ROP-retningslinjen kom, men enda er ikke ansvarsdelingen denne foreslår, realisert. Manglende samhandling og oppfølging er særlig bekymringsfullt for de med de mest alvorlige og sammensatte problemene, og med utfordringer knyttet til psykisk, helse, rus og vold (jf. mediasaker, tilsyn og rapporter det siste året). NAPHA får også henvendelser om at dette er utfordringer som vanskelig å håndtere for kommunene. Utfordringene er av både faglige, etisk, juridisk og økonomisk art, og er ofte knyttet til mangelfullt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Vi stiller oss bak beskrivelsene i den nye planen for sikkerhetspsykiatri og mange av forslagene i denne. Samtidig ønsker vi å understreke at hjelpen til personer som er dømt til behandling må være forankret i grunnleggende menneskerettigheter og recoveryperspektivet. Kommunenes rolle, og konkrete tiltak for å sørge for dette, er i mindre grad diskutert i planen. Rapporten [«I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv»](#) er etter vår oppfatning et godt kunnskapsgrunnlag for utvikling av konkrete tiltak på dette området.

Endringene i lovverket for personer som er dømt til behandling har i hovedsak vært drevet fram av justissektoren, men kostnadene ved dette er påløpt spesialisthelsetjenesten og kommuner. Når en ser dette i sammenheng med mangelfulle behandlingstilbud i fengsel bør også opptrappingsplanen tydeliggjøre hvordan justissektoren bør ta et institusjonelt og finansielt medansvar for denne målgruppen.

## Ledelse, tjenestestøtte, kvalitet og forskning

### *Mer samordnet og felles tjenesteutvikling*

Det lokale psykisk helse- og rusarbeidet er under kontinuerlig endring, og behovet for læring, utvikling, og innovasjon er stort. Utfordringene kan ofte være sammensatte og uoversiktlige, og løsningene er ikke åpenbare, resultat av enkle grep eller innsats fra enkeltaktører alene.

Hvis man ønsker å styrke potensialet for innovasjon er det ofte nødvendig å tenke mer helhetlig, og bidra med insentiver som kan utvide samarbeidet mellom nye aktører, på nye arenaer, hvor man kan utvikle ny kunnskap og ny praksis sammen.

I opptrappingsplanen savner vi en større vektlegging av behovet for samarbeid om kompetanseheving på tvers av sektorer og tjenestenivå, og hvordan man bør inkludere kunnskap og kompetanse utover de tradisjonelle helsetjenestene.

Et mer felles kunnskapsgrunnlag kan styrke samhandling og felles eierskap til utviklingen av et helhetlig lokalbasert psykisk helsearbeid på tvers. I dag er det ingen grunnleggende forskjeller mellom personer som har et tilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Ingen har lenger livslange institusjonsopphold. Kommunene gir et tilbud til både personer med lettere til moderate psykiske lidelser (for eksempel Rask psykisk helsehjelp), samtidig som de er betydelig involvert i tilbudet til personer fra sikkerhetspsykiatrien, samt til de svært mange med ulike plager som befinner mellom disse ytterkantene.

Ofte har kommuner og spesialisthelsetjenesten ulik forståelse og vurdering av pasientens behov, og hva som kan være et godt tilbud. Det vil være en åpenbar fordel om mer av kompetansetilbudene skjer på tvers, og at helseforetakene forpliktes til å utarbeide kompetanseplaner, og gjennomføre disse, i fellesskap med kommunene. Slik bør det også være med de statlige tilskuddsordningene til ulike opplæringstilbud innen sektoren. Som et hovedprinsipp bør disse være profesjonsnøytrale, og et tilbud til ansatte både i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Alternativt bør tilbudene finansieres av rammen til hhv profesjoner og helseforetak.

Andre insentiver kan være:

- Stimulere til nasjonale nettverk bestående av kommuner i front av utviklingen som sammen med forskningsmiljøer kan være sentral pådriver.

Eksempel:

[Nytt kommunalt recoverynettverk - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

- Finansiering av småskala utviklingsprosjekt, eventuelt finansiering av utviklingspersonell på tvers av tjenester og prosjekter som mottar tilskudd, og med interkommunale tiltak som hovedprioritet.

Eksempel:

[Konkrete grep kan gi små og store kommuner mer likeverdige tjenester innen psykisk helse- og rus - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

- Mer direkte tjenestøtte og tilrettelegging av nettverk

Eksempel:

[Små kommuner drar nytte av nettverksarbeid innen psykisk helse og rus i Møre og Romsdal - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

### *Nasjonalt evalueringsprogram*

NAPHA støtter utvikling og finansiering av et evalueringsprogram i regi av Helsedirektoratet. Samtidig vil dette primært være relevant for sentrale styringsmakter for å vurdere måloppnåelse (jf. den samlede evalueringen av den forrige opptrappingsplanen).

En av manglene ved den forrige opptrappingsplanen var at det var mye lokal innovasjon, men at den i alt for liten grad ble underlagt systematisk evaluering, og tatt i bruk på tvers. Vi mener derfor at opptrappingsplanen også bør følges av et nasjonalt evalueringsprogram i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, hvor kommuner og forskningsmiljøer samarbeider om å oppsummere viktige læringspunkter fra ulike lokale innovasjoner. Da vil det være muligheter for å systematisere kunnskap mer på tvers, å se utviklingen mer i sammenheng, og lære av hverandre.

Hvis gode enkeltstående samhandlingsinitiativ skal bli til mer universell praksis må man legge bedre til rette for evaluering, og oppsummere kunnskapen i større grad. Kompetansesentrene bør aktivt involveres i å identifisere og spre kunnskap om slike innovasjoner. Det kan også bli behov for nye nasjonale satsninger, for eksempel knyttet til boligsosialt arbeid. Dette er et område som er preget av at det skjer mange positive initiativ her og der, men hvor det er vanskelig å få til en mer samlet og robust satsing.