

Høring

«Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern»

Høringssvar fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Dato: 06.11.2023

Vår ref: 53/2023

NAPHAs viktigste innspill er:

- NAPHA støtter en bredere innrettet tematisk organisering, og mer teambasert, tverrfaglig og individuelt tilpasset behandling.
- NAPHA støtter ekspertutvalgets anbefalinger om å prioritere og styrke det kommunale tilbudet, samt styrke samhandlingen mellom kommunenes tilbud og tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Tilbudene må sees mer i sammenheng. Det er behov for en tydeligere rolleavklaring og oppgavedeling, og barrierer for samhandling må fjernes.
- NAPHA mener at kommunene tilbyr behandling. Behandlingsansvaret omfatter blant annet et tydelig behandlingsansvar for personer med lettere til moderate lidelser. Rask psykisk helsehjelp-team (RPH) i kommunene tilbyr lavterskel behandling for angst, depresjon, søvnvansker og begynnende rusproblemer. I overkant av 70 kommuner/bydeler tilbyr dette i dag.
- NAPHA mener behandling omfatter mange ulike former for hjelp. For eksempel både familie- og systembaserte tiltak, gruppetilbud, samhandlingstiltak og arbeidsrettede tiltak / individuell jobbstøtte (IPS). Det er også et viktig perspektiv at god helse og livskvalitet først og fremst skapes utenfor helsetjenesten, som i arbeid, aktivitet og meningsfull fritid.
- Tematisk organisering og behandlingsskjeden for stemningslidelser og psykoselidelser må også ta hensyn til tilbud i kommunal regi, som retter seg mot samme målgruppe. Kommunens ansvar må avklares, og sees i sammenheng med spesialisthelsetjenestens oppgaver.
- Faglige retningslinjer og kompetansetilbud kan med fordel innrettes på tvers av tjenestenivå og sektorer.

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 spesialisthelsetjenestenivå.

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 aksene 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 brukt nettside (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 formidler behov for avklaringer, ny kompetanse og nye tjenestetilbud til helsemyndighetene.

Våre innspill

NAPHA er enig i at det ikke er mulig, eller ønskelig, å legge opp til en stram diagnoseavhengig organisering av psykisk helsevern. Samtidig kan vi se at det vil være nyttig å prøve ut en bredere innrettet tematisk organisering, og mer teambasert, tverrfaglig og individuelt tilpasset behandling. Sammensatte tilstander gjør det vanskelig for enkeltbehandlere å gi god nok og helhetlig behandling, samtidig er det i noen sammenhenger behov for mer spisset kompetanse.

Som et kompetansesenter rettet særskilt mot kommunene, har vi sett det som mest relevant å kommentere på spesifikke anbefalinger i rapportens kapittel 4, som handler om å styrke kommunale tilbud og samhandling. Vi har i tillegg noen innspill knyttet til kapittel 5 og 7.

Vi støtter anbefalingene knyttet til samordning av kommunale ressurser, psykologenes rolle, samhandlingsbudsjett og rask tilgang til behandling ved tilbakefall (jf. boks 4.1). Både utfordringene og anbefalingene er godt beskrevet og begrunnet.

Vi har lest Sandnes kommunes høringsinnspill til rapporten. Vi oppfatter Sandnes kommune som representativ for innovasjon i Kommune-Norge, og støtter særlig deres vurderinger av:

- Behov for tydeliggjøring av oppgaver og ansvarsfordeling
- Forståelse av behandling (hjelp som hjelper)
- Betydningen av et bredere brukerperspektiv
- Samordning av inntak mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Grupper som ikke har et akseptabelt tilbud verken i spesialisthelsetjenesten eller kommunene

Vi ønsker å kommentere på noen anbefalinger særskilt:

Utvalget anbefaler å styrke og bygge ut kommunale psykisk helsetjenester i tråd med den strategiske innretningen i Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033).

Vi støtter ekspertutvalgets anbefalinger om å prioritere og styrke det kommunale tilbudet, samt styrke samhandlingen mellom kommunenes tilbud og tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Tilbudene må sees

mer i sammenheng, det er behov for en tydeligere rolleavklaring og oppgavedeling, og barrierer for samhandling må fjernes.

NAPHA støtter en tydeligere prioritering av både forebygging, oppdagelse og behandling i kommunene. Som et nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid med utstrakt kontakt med mange kommuner, er det også vårt inntrykk at det er for stor uønsket variasjon i tilbudet. Det er behov for å tydeliggjøre nasjonale forventninger om flere lokalbaserte tilbud både i kommuner, mellom kommuner, mellom kommuner og frivillig sektor, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenester.

En sterkere venstreforskyving forutsetter at det følger økt finansiering til kommunene, og at det skjer en reell og langsiktig økonomisk opptrapping gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. NAPHA har i vårt høringsinnspill til opptappingsplanen presisert at en ønsket opptrapping av det lokalbaserte tilbudet, slik ambisjonene i opptappingsplanen legger opp til, vil være svært ressurskrevende.

Vi er bekymret for at opptappingsplanen har få nye ressurser, og ikke har øremerkede midler til kommunene for å ruste opp tilbudet. Den forrige opptappingsplanen 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. Kommunene har også fått et tydeligere behandlingsansvar for lettere og moderate lidelser. Prioritering av tilbudet til personer med langvarige og sammensatte utfordringer er heller ikke mulig uten samtidig forsterket boliginnsats.

Kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar for utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser må spesifiseres i nye faglige retningslinjer for kommunalt psykisk helsearbeid

Som utvalget påpeker mener NAPHA også at det er behov for å konkretisere og tydeliggjøre kommunenes lovpålagte ansvar. Vi ser behov både for en oppdatering av gjeldende retningslinjer, etablering av retningslinjer på de fagområdene som mangler, og et behov for å se disse i sammenheng. Istedenfor en egen retningslinje for kommunalt psykisk helsearbeid bør alle retningslinjer gi anbefalinger om hva hhv Psykisk helsevern, TSB og kommunalt psykisk helsearbeid skal tilby.

Vi ser også at det er et potensiale i mer utvidet bruk av lovpålagte samarbeidsavtaler, med tilhørende tjenesteavtaler, mellom regionale helseforetak/foretak og kommunene¹. I disse avtalene bør også felles kompetanseutvikling på tvers av tjenestenivåene beskrives.

Behov for et tydeligere og utvidet syn på behandling

En tydeliggjøring av behandlingsansvaret til kommunene vil gjøre det lettere å se tilbudene i kommuner og spesialisthelsetjeneste mer i sammenheng, tilby mer samordnede og samtidige tjenester, og bidra til ytterligere venstreforskyving av behandlingstilbudet til personer med lettere og moderate lidelser.

I ny [veileder for psykisk helsearbeid til barn og unge](#) er kommunenes lovbestemte ansvar, innenfor psykisk helse og rus, tydeliggjort. I tillegg til at behandlingsansvaret omfatter både behandling til barn og unge med milde og moderate lidelser, beskriver veilederen et utvidet behandlingsbegrep, som også omfatter foreldre, familie- og systembaserte tiltak og gruppetilbud og samhandlingstiltak

¹ Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder; Helse- og omsorgsdepartementet

En slik forståelse er helt i tråd med det NAPHA også forstår som behandling, og vi håper at et utvidet behandlingssyn også vil ligge til grunn for den kommende veilederen for psykisk helsearbeid til voksne. Her bør også arbeidsrettede tiltak (for eksempel IPS) være en del av det som inngår i kommunenes behandlingsansvar. I tillegg er det et viktig perspektiv at god helse først og fremst skapes utenfor helsetjenesten, som i arbeid, aktivitet og meningsfull fritid.

Kommunene har, som utvalget peker på, svært forskjellige forutsetninger for å tilby befolkningen tjenester innenfor psykisk helse- og rusområdet. Vi ser behov for insentiver for interkommunalt arbeid, innovasjoner og samarbeid med frivillige aktører i lokalsamfunnet.

Behov for ansvarsavklaring for utvalgte grupper

Utvalget har trukket fram stemningslidelser (bipolar lidelse og depressive lidelser) som eksempler på en gruppe som kan omfattes av en tematisk organisering.

Vi vil påpeke et behov for at tilbudene som beskrives også tar hensyn til tilbud i kommunal regi, som retter seg mot samme gruppe. Kommunens ansvar må avklares, og sees i sammenheng med spesialisthelsetjenestens oppgaver.

Rask psykisk helsehjelp-team (RPH) nevnes så vidt i rapporten. Disse er kommunale tverrfaglige behandlingsteam basert på den engelske IAPT-modellen. Teamene tilbyr lavterskel behandling for angst, depresjon, søvnvansker og begynnende rusproblemer. Per dags dato har i overkant av 70 kommuner og bydeler etablert et RPH-tilbud. I tillegg har mange kommuner et RPH-lignende tilbud. RPH et eksempel på at man har greid å tydeliggjøre hva behandling er i kommunal regi, og hva som er oppgaver for kommunene. Vi tar til orde for at disse tilbudene må ses i sammenheng med en eventuell tematisk organisering av tilbudet til personer med stemningslidelser (jf. rapporten).

En annen gruppe utvalget har trukket frem er psykoselidelser. Her er det også behov for å se de kommunale tilbudene som en del av hele behandlingkjeden / den tematiske organiseringen. ACT- og FACT-team, med ansatte fra kommune og spesialisthelsetjeneste er i mange kommuner et viktig tilbud til personer med psykoselidelser. Andre kommuner tilbyr kommunale samtaletilbud, ROP-team, «væresteder» og aktivitetstilbud, i tillegg til viktige oppfølgingstjenester knyttet til botilbud. De kommunale tilbudene er en sentral del av behandlingkjeden, og må inngå som likeverdige tilbud til personer med psykoselidelser.

Vi mener også at det er et behov for ansvarsavklaring for de som har store utfordringer, og behov for helhetlige tilbud på tvers av tjenestenivå og sektorer (for eksempel helse/NAV). Mange faller utenfor ACT/FACT/FACT ung-teamene, for eksempel personer med omfattende personlighetsproblematikk og personer med store utfordringer knyttet til utagering og voldsrisiko.

All aktivitet i kommunale psykisk helsetjenester, inkludert lavterskeltilbud, må innrapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Lavterskeltilbud skal i dag registreres til KPR på lik linje med øvrige helse- og omsorgstjenester. NAPHA har erfart at dette ikke er tilstrekkelig tydeliggjort overfor kommunene. Vi støtter ekspertutvalget i at data bør innhentes, men det er da vesentlig at data som innhentes er relevante for psykisk helse- og rustjenestene. I NAPHAs arbeid med RPH har vi et godt samarbeid med blant annet Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, og her pågår det et arbeid med en nasjonal registreringsordning/brukerreise for å kunne samle hensiktsmessige data. NAPHA støtter dette arbeidet, og tror det kan bidra til mer kvalitetssikrede og kunnskapsbaserte tjenester. Det er også en fordel om ordningen utvides til øvrige

lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid. Denne registreringen bør være tilstrekkelig for rapportering til KPR. Det er vesentlig at registreringen krever lite merarbeid.

Det bør styrkes og utvikles samhandlingsteam etter tilsvarende modell som ACT eller FACT for pasienter med sammensatte pasientforløp

NAPHA støtter anbefalingen om videreføring og videreutvikling av FACT og FACT ung. Vi har vært sterkt involvert i den nasjonale satsingen knyttet til disse teamene, og har sett at disse teamene gir et mer helhetlig og integrert tjenestetilbud for mange. Vi kan også stille oss bak de utfordringene som gjenstår, blant annet behovet for bedre løsninger for journalsystem på tvers av tjenestenivå, behovet for juridiske avklaringer av ansvar og roller på tvers av tjenestenivå, og behovet for finansieringsløsninger som er mer tilpasset tjenester på tvers av tjenestenivå.

Vi stiller oss derimot litt undrende til hvordan forskningen og implementeringsutfordringene knyttet til FACT ung er gjengitt. Vi mener blant annet det er godt belegg for å kunne si at det er mulig med lokale tilpasninger innenfor rammene av modellen, og at teamene når ut også til unge med oppfølging av barnevernet. Det nasjonale implementeringsteamet for FACT ung har skrevet en egen høringsuttalelse. NAPHA stiller seg bak denne.

Kommentarer knyttet til anbefalingene om implementering (kap. 7)

Vi har noen kommentarer knyttet til anbefalingene om implementering i kapittel 7 «Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet», det vil si følgende anbefalinger:

- *Ekspertutvalget anbefaler at ressursinnsats til implementeringsarbeid synliggjøres i foretakenes budsjetter*
- *Å bistå ledelsen i å igangsette og gjennomføre forbedringsprosjekter bør inkluderes i oppgavene til faglige rådgivere i psykisk helsevern*
- *Utvalget anbefaler kliniske ledere å benytte ressurser og metodikk fra pasientsikkerhetsprogrammet til å omhandle innhold i behandling*
- *Ekspertutvalget anbefaler at det opprettes et eget program for behandlingskvalitet for å stimulere til innovasjon, fagutvikling og forskning i psykisk helsevern.*

Vi stiller oss bak utvalgets anbefaling om at kompetanseutvikling bør skje mer på tvers av enheter og perspektiver, og gjerne i lærende nettverk. Vi ser et stort potensial for å utvikle mer kompetansehevende tiltak på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og tiltak som inkludere kunnskap og kompetanse utover de tradisjonelle helsetjenestene. NAPHA mener også at forskningsbasert kunnskap, og det kliniske perspektivet, dominerer i for stor grad. Brukerkunnskap og praksiskunnskap bør være like selvfølgelige deler av tjenesteutviklingen.

Det foregår for tiden en gjennomgang av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er behov for en sterkere nasjonal styring av kompetanseutviklingen både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kompetansestøtten bør i større grad gjenspeile tjenestenes behov, med mål om mer likeverdige tjenester. Hvis Helsefelleskapene styrkes, er det potensial for at de kan ha et utvidet ansvar for kompetanse- og tjenesteutvikling rettet mot både kommunene og spesialisthelsetjenesten i sitt område.

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, at helseforetakene og kommunene utarbeider felles kompetanseplaner, og gjennomføre disse sammen.

Et mer felles kunnskapsgrunnlag kan styrke samhandling og felles eierskap til utviklingen av et helhetlig lokalbasert psykisk helsearbeid på tvers. Mye av kompetansebehovene er overlappende. 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. Mange får også et tilbud begge steder.

NAPHA har i sitt høringsinnspill til opptrappingsplanen foreslått et nasjonalt evalueringsprogram som kan understøtte lokal kunnskapsutvikling i opptrappingsplanens periode. Dette kan med fordel innrettes som samskapende prosesser, på tvers av tjenestenivå og sektorer.