

Innspillsdokument – Utfordringsbildet psykiske helsetjenester]

Mental Helse er Norges største bruker- og medlemsorganisasjon innen psykisk helse. Med over 11 000 medlemmer fordelt over hele landet bidrar vi til å skape gode møteplasser og drifter relevante tjenester og prosjekter som bidrar til bedre psykisk helse. Vi drifter landets største døgnåpne hjelpetelefon (116 123) og chat som mottar 300 000 henvendelser i året. Våre 350 brukerrepresentanter bidrar til høy brukermedvirkning i helsetjenestene. Våre 150 lokallag drifter møteplasser over hele landet.

Mental Helse mener at arbeidet med helsereformen er både viktig og nødvendig, og vi ønsker å bidra med vår erfaring og kunnskap fra brukere og pårørende for å sikre at reformen treffer mennesker der de lever. Vi ser store utfordringer i dagens system, og understreker betydningen av å inkludere bruker- og interesseorganisasjoner som oss i utviklingen av fremtidens helsetjenester.

Psykisk helsevern i helseforetaksmodellen – når mål ikke får konsekvenser

Mental Helse ser med bekymring på utviklingen for psykisk helse forvaltet i helseforetaksmodellen. Det har i perioden siden foretaksmodellen ble innført i 2002 blitt satt høye mål innen området. Gjentatte målsettinger som vi år etter år ser ikke blir innfridd, uavhengig av hvem som har hatt politisk styring eller ikke. Vi mener foretaksmodellen er til hinder for en sterk og tydelig ledelse av de politiske målene Stortinget og regjering beslutter. Når oppdragsdokumentet er levert til de regionale helseforetakene (RHF), så blir «sørge for ansvaret» ut til helseforetakene (HF) for svake og ikke styrt nok.

I helseforetaksmodellen styres psykisk helsevern innenfor en forretningslogikk der det som måles, er det som blir gjort. Somatiske tjenester gir høyere inntekter og mer "lønnsom" drift. Psykisk helsevern, som krever tid, kontinuitet og relasjoner, faller ofte dårligere ut i systemer som belønner korte behandlingsforløp fremfor lengre. Dette skaper en situasjon der psykisk helse er underprioritert av systemet.

Når Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sender sine styringsmål og politiske mål til helseforetakene, møter de organisatoriske skott og fagområder som konkurrerer om samme midler. Kommunale tjenester forholder seg kun til økonomiske rammer. Innføringen av den «Gylne regel» for nærmere 10 år tilbake skulle være en mekanisme som sikret større vekst innen psykisk helsevern enn somatikk. Intensjonen var god, men når det ikke var tydeligere føringer med konsekvenser for helseforetakene, så valgte de fortsatt å prioritere slik de ønsket. Riksrevisjonen har flere ganger dokumentert at psykisk helsevern ikke når nasjonale mål for kvalitet, tilgjengelighet eller samhandling, uten at dette fører til strukturelle endringer.

Nedleggelse fra 2002 til 2023 er på ca 2200 døgnplasser. Vi ser en økning i poliklinisk behandling, men på ingen måte tilstrekkelig for de som er alvorlig syke. Bekymring for at terskelen til å fange opp pasienter som er i ferd med å utvikle alvorlige psykisk lidelser blir for høy. Avslag på henvisninger ser vi også har gått i prosent de siste årene.

Ett velkjent sitat fra helseministerne er «*Det skal ikke legges ned en eneste døgnplass innen psykisk helse på min vakt*». Et sitat som ikke holder mål noen av de siste årene. Første året med opptrappingsplanen i 2023 ble ytterligere 21 døgnplasser nedlagt, og ytterligere nedleggelse forventes innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), dette fordi man halverer anbefalt behandlingsopphold

Finansiering av sykehusbygg skjer i dag gjennom en modell der helseforetakene selv må dekke store deler av kostnadene innenfor eksisterende rammer. Dette gjør investeringer svært dyrt for driften og fører ofte til kutt i tjenester og redusert bemanning. Psykisk helsevern blir ofte en av budsjettpostene som skyves bakerst i køen. En bærekraftig finansieringsmodell for sykehusbygg må derfor sikre at driftssiden ikke tappes, og at psykisk helsevern ikke brukes som salderingspost.

Resultatet er at Norge har et psykisk helsevern der politiske ambisjoner og faktiske prioriteringer i tjenestene skiller seg fra hverandre. Det som på papiret er høyt prioritert, blir i praksis svekket av en organisering som belønner økonomi mer enn faglighet, aktivitet mer enn relasjon, og kortsiktighet mer enn lengre og gode behandlingsforløp.

Skal psykisk helsevern bli bedre, krever det en organisering som faktisk gjør det mulig å prioritere psykisk helse, og som skaper ansvarslinjer og konsekvenser når mål ikke følges opp.

- Innfør reelle konsekvenser når psykisk helsevern ikke når nasjonale mål, slik at politiske prioriteringer faktisk får gjennomslag i helseforetakene.
- Sikre bedre integrering mellom psykisk helse, rus og somatikk, slik at tjenestene ikke blir konkurrerende siloer innenfor samme foretak.
- Finansiering av nye sykehusbygg ikke svekker driftsbudsjettene, slik at investeringer i bygg og infrastruktur ikke presser ut midler som skulle gått til pasientbehandling – særlig innen psykisk helsevern, som historisk taper når sykehusene må kutte for å dekke kapitalkostnader.

Overganger – fra sykehus til kommune

Overgangene fra psykisk helsevern til kommunale tjenester er et av de mest sårbare punktene i hele behandlingsløpet. For mange med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusproblematikk stopper oppfølgingen brått ved utskrivelse, og Riksrevisjonen har vist at nettopp denne gruppen taper mest når tjenestene ikke henger sammen.¹

Dagens organisering gjør det uklart hvem som har ansvar når pasienten forlater sykehuset, og kommunene står ofte uten kapasitet eller tydelige rutiner for å ta imot. Dermed blir de første ukene etter utskrivelse, som egentlig burde være en trygg overgang, ofte en periode preget av brudd i behandling og risiko for tilbakefall.

En viktig del av utfordringen ligger i hvordan tjenestene er organisert mellom nivåene. DPS, kommunale tjenester, fastleger og sykehus jobber parallelt, men ikke som et felles lag. Ansvar, mandat og kapasitet er spredt ut på mange hender, og det finnes få forpliktende strukturer som sikrer samarbeid på tvers. For personer med sammensatte ROP-lidelser betyr dette at koordinering ofte overlates til dem selv eller til pårørende, og at behandlingen blir fragmentert. Når ingen har et tydelig ansvar for helheten, svekkes kvaliteten, og risikoen øker for at viktige tiltak rett og slett faller bort.

Svak organisering i overgangene gjør også at mange havner tilbake i krise. Riksrevisjonen peker på at manglende og uforutsigbar oppfølging bidrar til ustabile forløp, hyppige reinnleggelser og større bruk av tvang. Dette er ikke et resultat av sykdommen alene, men av et system som ikke klarer å gi kontinuitet og støtte på tvers av nivåer. Når oppfølgingen svikter, havner for mange i nye akutte situasjoner som kunne vært unngått med et mer helhetlig organisert tjenestetilbud. Derfor blir spørsmålet ikke bare hvordan vi gir hjelp, men hvordan vi organiserer oss for at hjelpen skal henge sammen.

- En ansvarlig aktør/team som følger pasienten gjennom hele overgangsfasen.
- Forpliktende samarbeid før utskrivelse mellom sykehus/DPS og kommunen.
- Felles tverrfaglig oppfølgingsplan som alle involverte tjenester forplikter seg på.
- Styrket kapasitet i kommunene slik at oppfølging kan starte umiddelbart.
- Tett oppfølging de første ukene for å forebygge tilbakefall, kriser og unødvendig bruk av tvang.

¹ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>

Tverrfaglige og tilgjengelige tjenester

Tverrfaglige og tilgjengelige tjenester bør være et grunnleggende prinsipp i psykisk helse og rusomsorg, særlig for personer med sammensatte og langvarige behov. NOU Tid for handling², sier som vi er kjent med, at vi over tid vil få et stort behov for helse- og omsorgspersonell, og peker på at gode strukturer for rekruttering, kompetanse og samarbeid er avgjørende for at tjenester skal være trygge og tilgjengelige over hele landet.

Erfaringene med tverrfaglige modeller som Individuell jobbstøtte (IPS)³ og FACT-team⁴ viser at det er mulig å organisere tjenester på en måte som gir koordinert oppfølging, som integrerer behandling med sosiale tjenester, og skaper stabilitet og forutsigbarhet for brukeren. IPS kombinerer helsetjenester med arbeidsrettet oppfølging i samarbeid med NAV, en modell som dokumentert hjelper personer med inn i ordinært arbeidsliv. Oppsøkende team, som FACT/ACT – kan fungere som bro mellom ulike tjenester, og bidra til at de som har behov får helhetlig støtte uavhengig av sektorgrenser.

Problemet i dagens system er imidlertid at lovverk, finansiering, kompetansekrav og forvaltningsstrukturer ofte hindrer at tverrfaglighet blir reell. Kommunale tjenester, spesialisthelsetjeneste, NAV, bolig, rusomsorg og frivillige organisasjoner opererer i stor grad i parallelle systemer, med egne mandat, prioriteringer og finansieringsordninger. Mange steder finnes det ikke arenaer eller strukturer for koordinering, og det rammer særlig de med sammensatte behov.

- Organisere tjenester i tverrfaglige team som følger brukeren og jobber på tvers av nivåer og sektorer.
- Gi teamene felles mandat, tid og ansvar, slik at samarbeid blir mulig i praksis – ikke bare i prinsipp.
- Sikre bedre strukturer for rekruttering og kompetanse, i tråd med anbefalingene i NOU Tid for handling.
- Etablere faste arenaer og strukturer for samarbeid, slik at ikke brukeren eller pårørende må binde tjenestene sammen.

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

³ <https://www.nav.no/ips>

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/act-og-fact-team>

DPS som bygges ned – en mulighet for interkommunalt samarbeid

Flere DPS legges ned fordi de ikke klarer å oppfylle dagens krav til bemanning og spesialistkompetanse. Når tjenestene svekkes lokalt, rammer det særlig brukere som trenger nærhet, kontinuitet og tilgjengelig behandling. Samtidig skaper denne situasjonen et rom for å tenke nytt om hvordan DPS er organisert og hvilken rolle de kan ha.

I stedet for å se nedbygging som et tap, kan DPS utvikles til felles samarbeidsarenaer for både kommuner og spesialisthelsetjeneste. For mange kommuner, særlig små, kan ikke dagens modell videreføres uten nye løsninger. Et interkommunalt DPS-team kan være et realistisk og bærekraftig alternativ. Kommuner kan gå sammen om kompetanse de ellers ikke ville klart å rekruttere. Dette vil også harmonere med utviklingen vi ser i andre deler av kommunale tjenester, der interkommunale samarbeid har gjort tjenester mer robuste og mindre sårbare. Dette vil gjøre DPS til et praktisk og lokalt tilgjengelig knutepunkt, i stedet for en tjeneste som svekkes når spesialistene ikke er nok i antall.

En slik organisering vil trolig kreve justeringer av enkelte krav i dagens regelverk, særlig knyttet til bemanning og fagkompetanse. Men det åpner også for mer fleksibel bruk av personell, bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og sterkere samarbeid mellom nivåene.

DPS kan få en tydelig rolle som interkommunalt samhandlingsnav, for å kunne sikre tjenester nær folk, også der det i dag er vanskelig å opprettholde et fullverdig DPS-tilbud alene. Dette gir større faglig bærekraft, mer samordnet behandling og bedre oppfølging for brukere som trenger kontinuitet fremfor fragmentering.

- DPS må videreutvikles som interkommunale samhandlingsnav, der kommune og spesialisthelsetjeneste deler ansvar, personell og fagmiljø.
- Bemannings- og kompetansekrav må tilpasses, slik at mangel på spesialister ikke brukes som begrunnelse for å legge ned eller svekke tilbud lokalt.
- Kommuner må få mulighet og insentiver til å etablere felles DPS-team, slik at små og sårbare kommuner kan tilby tjenester i fellesskap.
- DPS må få et tydelig mandat til å lede samarbeidet mellom fastleger, kommunale tjenester, sykehus og andre relevante aktører.

Behandlingsalternativer

Et av de største utfordringsområdene i psykisk helsevern er mangelen på reelle behandlingsalternativer. Mental Helse møter hver dag mennesker som etterspør mer enn en vei til bedring, men som likevel opplever at systemet i praksis tilbyr en inngang og en hovedretning. Fastlegen blir portvokter til alle tjenester, men uten kapasitet, tid eller verktøy til å kartlegge behov bredt nok. For mange stopper prosessen allerede her, lenge før de får tilgang på et behandlingsforløp som passer dem.

Det er et stort gap mellom tallene som presenteres i offentlige rapporteringer og det brukere faktisk erfarer. Der systemet rapporterer at det god dekning av behandlingsalternativer, rapporterer pasientene selv om manglende effekt, liten valgfrihet og mangel på tilbud som støtter deres egen forståelse av hva som skaper bedringsprosesser. Mange opplever også at medisinfrie alternativer, recovery-orientert praksis og mer helhetlige behandlingsformer enten er utilgjengelige eller kun eksisterer som små pilotprosjekter, ikke som reelle valgmuligheter.

Pasientrapporterte data brukes lite til styring, og vi mener at pasientopplevd kvalitet er ikke godt nok ivare tatt for hvordan tjenestene organiseres eller prioriteres. Det gjør at behandlingstilbudet ikke utvikles i takt med pasientenes behov eller erfaringer.

For at psykisk helsevern skal fungere etter intensjonen, må det finnes valgmuligheter som passer ulike mennesker og ulike forløp. Det innebærer både medisinske, psykologiske, sosiale og erfaringsbaserte tilnærminger, og modeller der pasienten selv har reell innflytelse på hva som prøves og evalueres. Pasientrapporter og brukeropplevd kvalitet må bli styrende prinsipper, ikke et tilleggsmoment. Når vi tar pasientenes erfaringer på alvor og bygger behandlingstilbud rundt de, øker både treffsikkerhet, tillit og muligheten for at folk faktisk blir bedre.

- Sikre reell valgfrihet i behandling, inkludert recovery-orienterte og medisinfrie alternativer.
- Styrke fastlegen som inngang, slik at pasienter får bredere kartlegging og flere veier videre enn i dag.
- Bruke pasientrapporterte data aktivt og gode medvirkningsprosesser for brukere, pasienter og pårørende, slik at tjenester må utvikles når brukererfaringene tilsier det.
- Utvikle flere helhetlige behandlingsforløp, der medisinsk, psykologisk og sosial støtte kombineres

Forebygging i helsetjenestene

Forebygging er et av de svakeste leddene i dagens psykiske helsetjenester, til tross for vi vet at det er noe av det viktigste vi kan gjøre. I praksis er ansvaret så fragmentert at ingen tar reelt eierskap. Kommunene får hovedansvaret, men uten tilstrekkelige ressurser eller tydelige strukturer. Sykehus og helseforetak ser på forebygging som noe som skjer andre steder, ikke som en integrert del av deres oppdrag. Resultatet er at forebygging reduseres til prosjekter drevet av ildsjeler, i stedet for å være en del av hele behandlingskjeden.

Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid er et satsingsområde i opptrappingsplanen som det er store variasjoner i våre 357 kommuner. Likevel klarer ikke tjenestene å følge økte rammetilskudd og føringer.

Mental Helses er tydelig på at forebygging må inn i alle ledd av helsetjenesten, og psykisk helse skal prioriteres like høyt som fysisk helse. Likevel ser vi at sektordelingen mellom sykehus og kommuner gjør dette vanskelig. Forebygging blir «alles ansvar» og dermed ingens ansvar. Det mangler faste strukturer, finansieringsordninger og krav til oppfølging. Det som burde vært styrt og finansiert systematisk, avhenger i dag av lokale initiativ og enkeltpersoners engasjement.

Det finnes i dag ingen tydelig mekanisme som følger opp om forebygging faktisk blir gjort. Nettopp derfor blir forebygging ofte stående som gode intensjoner i dokumenter og strategier, uten at det omsettes til praktisk handling. Skal forebygging bli mer enn fine formuleringer, må det bygges inn i selve styringen av helsetjenestene. Det innebærer at forebygging må integreres i tildelingsbrev, målstyring og resultatoppfølging, og at finansieringen må støtte innsats tidlig i forløpet, ikke bare behandling når problemene har blitt alvorlige. Først når forebygging blir en tydelig del av mandatet for både kommuner og helseforetak, kan helsetjenestene levere det de er ment å levere, hjelp før plagene blir verre, og støtte som forebygger nye kriser.

- Gjør forebygging til et tydelig krav i styring og finansiering, ikke bare et prinsipp i planer og strategier.
- Integrer forebygging i hele behandlingskjeden, slik at både kommuner og helseforetak har ansvar for tidlig innsats.
- Reduser sektordelingen mellom sykehus og kommuner, og sørg for felles ansvar og bedre samhandling.
- Innfør måling og oppfølging av forebyggingsarbeid, med tydelige krav og konsekvenser når det ikke prioriteres.

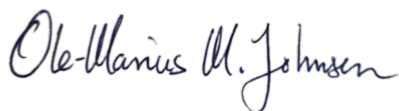
Avslutningsvis

Mental Helse forventer at Helsereformutvalget sikrer reell og forpliktende medvirkning fra bruker-, pasient- og pårørendeorganisasjoner i arbeidet med å reformere helsetjenestene. Erfaringer fra de som selv har stått i systemet må ikke bare lyttes til, de må gjøres til en integrert del av beslutningsgrunnlaget. Vi mener det må være faste representanter med brukererfaring i hovedutvalg og ekspertgrupper, på linje med fagpersoner og myndighetsorganer. Dette er avgjørende for å skape tjenester som er relevante, virksomme og tilgjengelige for dem det faktisk gjelder.

Vi vil også understreke at økonomi ikke kan brukes som begrunnelse for å ekskludere de som representerer brukernes stemmer. Gode medvirkningsprosesser er ikke en utgiftspost, de er en investering i treffsikker politikk, legitimitet og bærekraftige løsninger. En helsereform som ikke baserer seg på reell innsikt i hvordan systemet virker for de som bruker det, vil stå i fare for å gjenta de samme feilene vi ser i dag.

Helsereformen er en historisk mulighet til å skape helsetjenester som faktisk henger sammen, som prioriterer psykisk helse på lik linje med fysisk helse, og som gjør systemet tilgjengelig for alle, uansett økonomi, bosted eller diagnose. For å lykkes, må både strukturer og kultur endres. Mental Helse står klare til å bidra – med kunnskap, med løsninger, og med stemmene til dem som altfor ofte blir oversett.

Med vennlig hilsen



Ole-Marius Minde Johnsen

Landsleder
Mental Helse