

## Psykologforeningen om helsereformutvalget - kortversjon

Dette er kortversjonen av Psykologforeningens omfattende innspill til Helsereformutvalget. Innspillet bygger på en bred intern prosess i foreningen, og løfter erfaringer fra psykologer i kommunale tjenester, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og i samhandlingen mellom nivåene.

Psykologforeningen mener at utfordringene på psykisk helsefeltet ikke primært er et spørsmål om modellvalg, men om manglende samsvar mellom behov og ressurser, svak samhandling og ustabil finansiering – særlig i kommunene. Foreningen er åpen for endringer, men mener at disse primært bør rettes mot kommunehelsetjenesten og samhandlingen mellom nivåene. Psykologforeningen ønsker å beholde i spesialisthelsetjenesten, men vil innføre rammefinansiering som hovedmodell på tvers av fagfelt både for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt et tydelig skille mellom drift og større investeringer, slik som sykehusbygg. To tverrgående prinsipper preger hele innspillet: ansvarlig innovasjon – at enhver reform må ha kapasitet til å korrigere kursen underveis – og reell medvirkning fra ansatte og fagmiljøer.

### Om kommunen

Psykologforeningen mener at kommunen er og må forbli den sentrale arenaen for forebygging, tidlig innsats og tverrsektoriell oppfølging innen psykisk helse. Samtidig viser dokumentasjonen at det kommunale psykiske helsetilbudet preges av store variasjoner, kompetansegap og ustabil finansiering – og at vi mangler grunnleggende styringsdata om hva som faktisk tilbys. Kommunepsykologer har en rekke ulike roller både som rådgiver i kommunalt plan- og utviklingsarbeid, som samarbeidspart i folkehelsearbeidet, som kliniker, veileder og samhandlingsaktør, og hvorfor stabil og forutsigbar finansiering trolig betyr mer for likeverdige tjenester enn valg av organisasjonsmodell.

Psykologforeningen mener:

- Kommunen er og må forbli den sentrale arenaen for forebygging, tidlig innsats og tverrsektoriell oppfølging innen psykisk helse. En helsereform må styrke kommunens evne til å fylle denne rollen, ikke bygge den ned.
- Statlig medfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester bør utredes og innføres. Psykisk helse er i dag det eneste feltet i kommunehelsetjenesten uten statlige finansieringsordninger som understøtter tjenestetilbudet.
- Systematisk datainnsamling fra kommunale psykiske helsetjenester, inkludert lavterskeltilbud, må prioriteres. Uten bedre styringsdata kan verken Helsereformutvalget eller Kommunekommisjonen vurdere hvilke modeller som faktisk virker.
- Psykologenes rolle i de kommunale tjenestene må tydeliggjøres, i tråd med anbefalingen fra «Forenkle og forbedre». Kommunepsykologen må være organisatorisk forankret på kommunens side, delta i plan- og utviklingsarbeid, og finansieres stabilt.

- Kommunale psykiske helsetjenester må bygges på robuste tverrfaglige team der ulike kompetanser utfyller hverandre. All økt kompetanse styrker feltet, og psykologens rolle i slike team er å bidra med spesifikk kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling, og samtidig løfte teamets samlede kompetanse gjennom veiledning og faglig drøfting.
- Det bør innføres psykologkompetanse tilknyttet fastlegekontor, med oppstart i distriktskommuner i region nord.
- Stabil og forutsigbar driftsfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester betyr trolig mer for likeverdige tjenester enn valg av organisasjonsmodell.
- Psykologforeningen mener det er behov for å fortsette arbeidet med å tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

## Overganger – utfordringer og muligheter i samhandling mellom kommune og psykisk helsevern

Det er i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste at mange av de mest konkrete utfordringene i psykisk helsefeltet oppstår. Pasienter som henvises uten tilstrekkelig grunnlag, pasienter som faller mellom nivåene fordi ingen tar ansvar, og spesialisthelsetjenester som bruker stadig mer kapasitet på avklaringer som kunne vært gjort i kommunen. Psykologforeningen ser behov for innovasjon i slik samhandling, og løfter frem helsefelleskapene og samhandlingsbudsjetter som mulige verktøy, og understreker at kommunepsykologen må ha en plass i disse strukturene dersom de skal fungere for psykisk helsefeltet.

Psykologforeningen mener:

- Utfordringene i samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i psykisk helse er i stor grad strukturelle og kan ikke løses gjennom retningslinjer alene. Det trengs rom for å prøve ut nye måter å organisere overgangene på, innenfor rammene av ansvarlig innovasjon.
- Psykologforeningen støtter Prosjekt X og ser behov for innovasjon og utprøving av nye samhandlingsmodeller, både innenfor og utenfor Prosjekt X-utprøvingene, og mener det er nødvendig at staten stiller med finansiering av slik utprøving, da risikoen ellers vil være for stor for den enkelte kommune å bære.
- Innovasjon i grenseflaten mellom nivåene kan ha ringvirkninger i hele tjenestekjeden. Følgeevaluering av nye samhandlingsmodeller må belyse konsekvenser av endringer og tiltak overfor tilgrensende tjenester.
- Dersom helsefelleskapene skal fungere som en reell arena for psykisk helse, må det sikres sterkere faglig og klinisk representasjon fra feltet. Kommunepsykologen bør ha en definert plass i helsefelleskapenes arbeid, og det bør utvikles veiledningsmaterieell for dette.
- Dersom det opprettes mer forpliktende overkommunale strukturer, må disse utformes med rom for reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte fra starten – slik at

utilsiktede konsekvenser av organisatoriske endringer kan fanges opp av de som kjenner den kliniske hverdagen.

- Psykologforeningen støtter forslaget fra Sykehusutvalget og «Forenkle og forbedre» om øremerkede samhandlingsbudsjetter, og mener slike midler kan gi økt stabilitet i finansieringen av integrerte team som FACT og andre.
- Styrket psykologkompetanse i kommunen vil bidra til mer treffsikre henvisninger og bedre bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten.

## Om psykisk helsevern

Psykologforeningen mener psykisk helsevern må organiseres som en sammenhengende behandlingsskjede med tilstrekkelig kapasitet på alle nivåer, der distriktpspsykiatriske sentre forblir i spesialisthelsetjenesten. En hovedutfordring er manglende samsvar mellom behovene og tilgjengelige ressurser i psykisk helsevern. Foreningen støtter bruk av rammefinansiering i hele tjenesten med lik finansiering på tvers av fagfelt, et tydeligere skille mellom drift og investeringer i sykehusbygg, og krav om psykisk helse- og ruskompetanse i styrene. Gjennomgående mener Psykologforeningen at åpenhet, faglig medvirkning og tydelig representasjon for psykisk helse og rus bør bygges inn som et strukturelt prinsipp i en fremtidig modell.

Psykologforeningen mener:

- Det samlede tilbudet i psykisk helsevern må styrkes og tilpasses befolkningens faktiske behov i alle helseregioner. Dette innebærer blant annet en økning i antall døgnplasser.
- Psykisk helsevern må organiseres som en integrert og differensiert behandlingsskjede, der poliklinikk, ambulante team, strukturert dagbehandling og døgnplasser henger sammen slik at behandlingsintensiteten kan tilpasses fleksibelt etter pasientens behov.
- Psykisk helsevern må ha rammer som gjør det mulig å tilpasse behandlingens varighet og intensitet til den enkelte pasients behov. Noen pasienter trenger kortvarig og intensiv behandling, andre trenger langvarige forløp over tid.
- DPS-ene må forbli en integrert del av spesialisthelsetjenesten, en eventuell overføring til kommunalt nivå vil innebære betydelig omstillingskostnader, risiko for mindre likeverdighet i tilbud og fare for å svekke fagmiljøer.
- Psykologforeningen støtter Sykehusutvalgets forslag om å innføre rammefinansiering som hovedmodell for både somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det er vesentlig at de ulike spesialisthelsetjenesteområdene finansieres likt, slik at det ikke er mer lønnsomt for helseforetakene å prioritere det ene fagfeltet over det andre. En omlegging av finansiering må skje innenfor rammene av ansvarlig innovasjon, med løpende oppfølging av utilsiktede vridningseffekter.
- Uintenderte vridningseffekter av finansieringsordninger håndteres gjennom transparens, offentlig innsyn og reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte – ikke gjennom organisatorisk utskilling av psykisk helsevern fra somatikken, som kan gjøre vridningseffektene mindre synlige uten at effektene blir borte av den grunn.
- Psykologforeningen mener det trengs mer utredning av effektene av fysisk samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk, som tydeliggjør de faglige gevinstene av dette.

- Psykologforeningen mener et tydelig skille mellom drift og større investeringer, slik som sykehusbygg, vil være fordelaktig og skjerme psykisk helsevern for risiko knyttet til rentehevinger og uforutsette økninger i byggekostnader, særlig når psykisk helsevern ikke har mulighet til å øke inntekter tilsvarende.
- Styrer i helseforetakene må ha helsefaglig kompetanse ut over ansatterepresentasjonen, og det bør innføres et krav om psykisk helse- og ruskompetanse i alle styrer.
- Åpenhet, faglig medvirkning og tydelig representasjon for psykisk helse og rus må bygges inn i selve strukturen i helsetjenesten – fordi historien har vist at det er helt nødvendig.

## Om tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært gjennom en betydelig faglig utvikling siden 2004, og har gitt en sårbar pasientgruppe rettigheter på linje med andre.

Psykologforeningen mener dette ansvaret må forbli i spesialisthelsetjenesten, og at den spesialiserte kompetansen som er bygget opp – inkludert psykologspesialisters bidrag til evidensbasert behandling – må videreføres og videreutvikles.

Psykologforeningen mener:

- Ansvaret for behandling av rus-lidelser opprettholdes som et spesialisthelsetjenesteområde, for å ivareta likeverdighet for pasientgruppen.
- Psykologspesialister spiller en sentral rolle i å sikre tilgang til evidensbasert behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

## Om samfunnsvern og alvorlig psykisk syke

Hvordan helsetjenesten organiseres rundt personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko er en lakmustest på om en modell leverer sammenhengende tjenester på tvers av nivåer. Psykologforeningen mener at god behandling er godt samfunnsvern, at oppsøkende team og forsterkede botilbud må sikres stabil finansiering, og at kommunen må ha egen kompetanse til å fylle sin del av ansvaret. Stabile rammevilkår over tid er viktigere enn modellvalg for denne gruppen.

Psykologforeningen mener:

- God behandling og rehabilitering er godt samfunnsvern. Behandlingen må ha et ressursfokus som ivaretar og behandler rus og psykisk lidelse samtidig, og som styrker pasientens funksjon, boevne og samfunnsdeltakelse.
- Oppsøkende team som FACT og FACT-sikkerhet må videreutvikles og sikres stabil driftsfinansiering i alle deler av landet – ikke som tidsbegrensede prosjekter, men som en varig del av tjenestetilbudet.
- Styrkede botilbud muliggjør reell rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet. Botilbudets rammer og innhold må være kvalitetssikret og faglig fundert, og inneha kompetanse som ivaretar kommunens ansvar for rehabilitering av alvorlig psykisk syke og samfunnsvern.
- Kommunen må ha tilknyttet egen kompetanse til å være en reell samhandlingspartner med spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av denne gruppen.

- Uansett modellvalg må en fremtidig reform gi stabile og forutsigbare nok rammer til at tilbud for denne pasientgruppen kan bygges opp og opprettholdes over tid. Kompetanse og samarbeidsrelasjoner som tar år å etablere, tåler ikke å bli bygget ned og opp igjen i takt med omorganiseringer.