

Vedlegg 2: 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. I dette vedlegget beskriver Psykologforeningen utfordringsbildet slik våre medlemmer erfarer det fra begge sider av grenseflaten, og peker på behovet for å prøve ut nye måter å organisere samarbeidet på – innenfor rammene av ansvarlig innovasjon. Vi løfter frem helsefellesskapene og samhandlingsbudsjetter som mulige verktøy, og understreker at kommunepsykologen må ha en plass i disse strukturene dersom de skal fungere for psykisk helsefeltet.

Et utfordringsbilde når det gjelder henvisinger til psykisk helsevern

Psykologforeningens medlemmer arbeider på begge sider av grenseflaten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og gir et sammensatt bilde av samhandlingen i praksis.

Det mangler ikke på normerende produkter og informasjon om hva en henvisning skal inneholde, eller hva som skal utredes før henvisningen sendes, som henvisningsveiledere, prioriteringsveiledere eller i Norsk elektronisk legehåndbok. Likevel har det over lengre tid vært vanskelig å få til god samhandling mellom kommuner og psykisk helsevern i psykisk helsefeltet, over lengre tid. Riksrevisjonen påpekte dette for eksempel i 2018¹, og problematiserte videre at psykisk helsevern avviste omtrent en av fem henvisninger, og at andelen henvisninger som avvises, varierer mellom ingen og halvparten av de mottatte henvisningene i 2021².

Psykologforeningen har våren 2026 fått innspill fra egne medlemmer knyttet til henvisninger og inntak i psykisk helsevern. Dette er basert på erfaringer fra ansatte i inntaksroller og innspill fra lokale tillitsvalgte, og omfatter poliklinikk, døgntilrettelagt behandling og samhandling med kommunehelsetjenesten. Basert på denne erfaringsinnhenting har vi identifisert en rekke utfordringer i dagens henvisningspraksis, som vi har oppsummert i punktene under:

- *Manglende informasjon om funksjonsnivå:* Henvisninger beskriver ofte symptomer, men mangler beskrivelse av hvordan tilstanden påvirker pasientens daglige fungering – noe som er avgjørende for å vurdere alvorlighetsgrad og rett til helsehjelp.
- *Uklart skille mellom situasjonsbetingede reaksjoner og behandlingstrengende tilstander:* Henviser skiller ofte ikke tydelig mellom forbigående reaksjoner på livshendelser, langvarige tilstander som kan følges opp i kommunen, og akutte tilstander som krever spesialistbehandling.

¹ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/henvisningspraksis.pdf>

² <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

- *Pasientens eget ønske og motivasjon fremgår ikke:* I mange henvisninger er det uklart om pasienten selv ønsker hjelp, og det forekommer at henvisninger sendes på initiativ fra pårørende eller samarbeidsinstanser uten at pasienten er informert eller samtykker.
- *Tidligere utredninger og tiltak er ikke beskrevet:* Henvisninger forholder seg ofte ikke til tidligere behandlingsforløp eller vurderinger, noe som fører til unødvendig dobbeltarbeid i spesialisthelsetjenesten.
- *Manglende innhenting av informasjon fra relevante instanser:* Opplysninger fra skolehelsetjeneste, PPT, kommunale psykiske helsetjenester eller andre relevante aktører er ofte ikke innhentet før henvisning sendes.
- *Ventetid i kommunen driver henvisninger til spesialisthelsetjenesten:* Når kommunale tilbud har lengre ventetid enn DPS, henvises pasienter til spesialisthelsetjenesten – ikke fordi de trenger spesialisert behandling, men fordi det kommunale tilbudet ikke er tilgjengelig i tide.
- *Kapasitets- og styringshensyn påvirker inntak:* Det finnes eksempler på at faglige vurderinger om avslag overstyres av implisitte eller eksplisitte føringer om hvor stor andel henvisninger som kan avslås, slik at kapasitetshensyn i praksis trumfer faglig vurdering.
- *Avklaringsansvaret forskyves til spesialisthelsetjenesten:* Når henvisningsgrunnlaget er mangelfullt, havner ansvaret for å avklare pasientens behov i praksis hos spesialisthelsetjenesten.
- *Henvisninger tilpasses tilbudet, ikke behovet:* Det forekommer at henviser etter avslag endrer innholdet i henvisningen slik at den passer bedre til tilbudene som finnes i spesialisthelsetjenesten, selv om det opprinnelige behovet er et annet.
- *Strukturelle barrierer mot dialog i forkant av henvisning:* Lavterskel konferering mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste – som kunne avklart problemstillinger uten henvisning – er underutnyttet, blant annet på grunn av begrenset telefontilgjengelighet og manglende faste kontaktpunkter.

Slik Psykologforeningen ser det er utfordringene i dagens henvisningspraksis i stor grad strukturelle, og kan ikke løses gjennom bedre innsats alene fra enkeltbehandlere eller fastleger. Skal ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes der de gir størst nytte, er det behov for endringer på systemnivå.

Ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør gjennomgås, med særlig oppmerksomhet på pasientgrupper som i dag faller mellom nivåene, enten fordi kommunale tjenester ikke er tilgjengelige i tide, eller fordi grunnleggende forutsetninger for behandling ikke er på plass når pasienten henvises.

Til sist vil vi peke på en mer grunnleggende utfordring som disse erfaringene samlet sett illustrerer: Det er ikke samsvar mellom forventningene som stilles til spesialisthelsetjenesten og ressursene som er tilgjengelige for å innfri dem. Dette skjer dels som følge av overordnede forventninger og politiske føringer om at alle skal få hjelp, målsetninger som i utgangspunktet er legitime, men som ikke er koblet til en realistisk vurdering av hva tjenesten faktisk har kapasitet til å levere. Dels skjer det gjennom en gradvis glidning fra at alle henvisninger skal vurderes, til at flere også tas inn, uavhengig av om henvisningen holder tilstrekkelig kvalitet eller om kapasiteten er til stede. At ansvaret for en mangelfull henvisning i praksis ligger hos mottaker og ikke avsender, forsterker dette ytterligere.

Resultatet er at spesialisthelsetjenesten gradvis brukes mer som et avklaringsapparat enn som et behandlingsapparat. Det er ikke et bærekraftig system, og det binder kapasitet i situasjoner hvor forutsetningene for behandlingseffekt ofte ikke er til stede.

Behov for innovasjon i relasjonen mellom forvaltningsnivåene

Samhandling mellom tjenestenivåer er i seg selv en form for arbeid som krever tid, ressurser, organisering og kompetanse. Psykologforeningen har med interesse fulgt Helsereformutvalgets arbeid, herunder «Prosjekt X»³, hvor hensikten er «å løfte frem utvalgte, innovative prosjekter hvor kommuner og sykehus i fellesskap tester ut nye måter å organisere tjenestene på».

Psykologforeningen forstår Prosjekt X som en metodikk hvor myndighetene bruker økonomiske virkemidler (tilskudd), juridiske virkemidler (mulige midlertidige endringer i forskrift og regelverk) og organisatoriske virkemidler (helsefellesskapene som arena for dialog mellom kommune og spesialisthelsetjeneste) til å utforske nye måter å arbeide på i relasjonen mellom forvaltningsnivåene. Psykologforeningen tror det er nødvendig at staten stiller med slik «risiko-kapital», ettersom ressursene i slike prosjekter også kan gå tapt, noe som vil være vanskelig, særlig for mindre, kommuner å bære.

Utfordringsbildet som er beskrevet over – med ansvarsforskyving, mangelfull henvisningspraksis og et system som ikke er tilpasset den kliniske virkeligheten – lar seg ikke løse gjennom instruksjoner og retningslinjer alene. Det trengs rom for å prøve ut andre måter å organisere overgangene på, og det trengs systematisk evaluering av hva som faktisk fungerer. Psykologforeningen mener at slik utprøving bør skje innenfor rammene av ansvarlig innovasjon: med tydelige mål, med god nok datainnsamling til å vurdere effekter, med reell involvering av fagfolk og brukere i utformingen, og med mekanismer for å justere kursen underveis dersom noe ikke fungerer som tiltent.

Psykologforeningen vil understreke at innovasjon i samhandlingen mellom nivåene kan ha ringvirkninger langt utover det som er tilsiktet. Endringer i hvordan henvisninger håndteres, hvordan inntak organiseres eller hvordan ansvar fordeles i grenseflaten mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, vil påvirke praksisen til fastleger, kommunale psykiske helsetjenester, DPS-er, døgnavdelinger med flere – ofte på måter som er vanskelige å forutse på forhånd. I følgeevaluering av slike innovasjonsprosjekter er det vesentlig at en belyser konsekvenser av endringer og tiltak overfor tilgrensende tjenester.

Innenfor slike rammer ser Psykologforeningen fram til å se resultatene av Prosjekt X. I denne sammenheng trekkes gjerne «En vei inn» i Vestfold inn, som et godt eksempelprosjekt. Psykologforeningen vil løfte fram at det også er et generelt innovasjonsbehov, og at det er også andre lokale initiativer for å bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, både innenfor og utenfor Prosjekt X-utprøvingene. Eksempelvis i Helse Fonna-regionen hvor «Barn og unges helseteneste»⁴ hvor en blant annet arbeider med en norsk videreutvikling av den danske STIME-tilnærmingen⁵.

³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/dette-er-prosjekt-x/id3145374/>

⁴ <https://www.helse-fonna.no/barn-og-unges-helseteneste/>

⁵ <https://ouh.dk/til-samarbejdspartnere/kommune/stime-tvaersektorielt-samarbejde-om-born-og-unges-mentale-sundhed>

Et annet område med interessant tjenesteinnovasjon gjelder pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern. Nordlandssykehuset, Bodø kommune og Rana kommune har nylig fått midler fra Helse Nord for å pilotere en trinnvis tjenstemodell som dekker hele kjeden fra sikkerhetspost via rehabilitering og overgangsboliger til kommunale tilbud – et av de første prosjektene i sitt slag⁶. Psykologforeningen følger slike prosjekter med interesse, og mener de representerer den typen innovasjon feltet trenger. Samtidig krever slike prosjekter åpenbart grundig evaluering, både med tanke på kvalitet i behandling, bedring i forløp og samarbeid, ivaretagelse av samfunnsvern og om kommunen har kompetanse og kapasitet til å fylle sin del av ansvaret over tid. Se også vedlegget om samfunnsvern og alvorlig psykisk syke om gode rammer for slike pasientgrupper.

Om helsefellesskap og andre overkommunale løsninger

Psykologforeningen er åpen for å utforske modeller med et styrket overkommunalt nivå – for eksempel gjennom mer forpliktende helsefellesskap med reelt ansvar og finansiering, innenfor rammene av ansvarlig innovasjon.

I dag er det 19 helsefellesskap med utgangspunkt i geografiske opptaksområder for helseforetakene⁷. Det er stor variasjon i hvordan helsefellesskapene fungerer og er organisert. De skal drive planlegging og utvikling gjennom tre nivå: partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

Helsefellesskapene fokuserer særlig på fem prioriterte pasientgrupper: Svangerskap, fødsel og barseltid, barn og unge, personer med flere kroniske tilstander, personer med alvorlig psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og eldre med skrøpelighet.

Psykologforeningen mener at i dette landskapet er det svært mange ukjente. Det er både stor variasjon i hvordan helsefellesskapene fungerer i dag, og Helsereformutvalget må også legge fram sin rapport før man kan se nærmere detaljene i hva som legges fram her.

Det Psykologforeningen allerede nå vil understreke, er at dersom helsefellesskapene skal fungere som en reell arena for psykisk helse, forutsetter det sterkere faglig og klinisk representasjon fra feltet. I dag er helsefellesskapene i stor grad bemannet med ledere fra kommune og helseforetak, fastlegerepresentant og brukerrepresentanter. For psykisk helsefeltet – som spiller over i flere av de prioriterte pasientgruppene – er denne representasjonen ikke tilstrekkelig.

Kommunepsykologen har en unik posisjon i dette bildet: det er den fagpersonen i kommunen som har bred klinisk kompetanse på psykisk helse, som kjenner det kommunale tjenestetilbudet, og som kan gå inn i faglig dialog med spesialisthelsetjenesten om henvisninger, forløp, oppfølging og ansvarsdeling. Uten slik representasjon risikerer helsefellesskapene å diskutere psykisk helse uten at de som kjenner feltet fra systemnivå og klinisk praksis i kommunen er til stede. Psykologforeningen registrerer at Legeforeningen og KS⁸ har utviklet en egen veileder for fastlegers deltakelse i helsefellesskap, og mener at det

⁶ <https://www.nordlandssykehuset.no/nyheter/18-millioner-til-innovasjonsprosjekt-i-sikkerhetspsykiatri/>

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsefellesskap>

⁸ <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/legetjenester/veileder-om-fastlegers-deltakelse-i-helsefellesskap/>

bør utvikles veiledningsmateriell for kommunepsykologers rolle og deltakelse – slik at kommunens kompetanse systematisk trekkes inn i helsefelleskapenes arbeid.

Dersom Helsereformutvalget anbefaler mer forpliktende overkommunale strukturer – det være seg styrkede helsefelleskap eller andre løsninger – vil dette være organisasjoner som fatter beslutninger med direkte konsekvenser for tjenestene og for de ansatte som jobber i dem. Psykologforeningen mener det er viktig at slike strukturer fra starten utformes med rom for reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte. Tillitsvalgte som kjenner den kliniske hverdagen på begge sider av grenseflaten har en unik mulighet til å fange opp utilsiktede konsekvenser av organisatoriske endringer – som bør sikres strukturelt, ikke til den enkelte enhets velvilje.

Samhandlingsbudsjetter

Både Sykehusutvalget⁹ og Forenkle og forbedre¹⁰ foreslo «samhandlingsbudsjetter», som midler kommuner og spesialisthelsetjeneste må samarbeide om. Psykologforeningen støttet dette forslaget i sine høringsvar^{11,12}, og ser tiltak som går i denne retningen som hensiktsmessig i psykisk helse-feltet.

Forslagene fra disse utvalgene ble foreslått med et smalere mandat enn Helsereformutvalget. Slike finansielle virkemidler kan en se for seg at legges til helsefelleskapene eller i andre løsninger, for å gjøre dette til mer reelle organisasjoner. Slik finansiering har potensial for å skape økt stabilitet i finansiering av mer spesialiserte team som FACT, ACT og IPS.

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.

9

www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf

10

https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf

¹¹ <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Høringer-og-policies/Høring-2023/300623psykologforeningenshøringssvartilNOU202308Felleskapetssykehus.pdf>

¹² <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Høringer-og-policies/Høring-2023/Forenkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern.pdf>

- 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 veiledningsmateriell 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.