

«MOTTAKERNAVN»
«ADRESSE»
«POSTNR» «POSTSTED»
«UTLANDSADRESSE»

«KONTAKT»

Dykkar ref.: «REF»
Vår ref.: 2024/1170 - 15952/2024

Saksbehandlar:
Børge Tvedt

Dato:
06.05.2024

Høring fra Helsedirektoratet av "Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne"

Kva er realistiske forventningar til kommunane?

Helse Førde tvilar på om nokon kommune i opptaksområdet vårt kan oppfylle forventningane direktoratet har til omfanget av arbeidet kommunane skal stå for, eller kvalifikasjonane til dei som arbeider der. Alt i dag har mange kommunar for stor pågang til å ta imot alle som treng hjelp. Ved å komplisere tenestene med ytterlegare krav til kartleggingar, utgreiingar og «kunnskapsbaserte» behandlingar, vil tilstanden forverrast. Direktoratet legg opp til at kommunane langt på veg skal arbeide etter dei same linene som spesialisthelsetenesta, men med kortare ventetider og lågare terskel for å få hjelp. Vi skulle ønskje at direktoratet i større grad la vekt på signal frå WHO og brukarorganisasjonar om personsentrerte og recovery-orienterte tenester.

Berekraftige tenester

Føretaket kjenner seg ikkje trygge på at små og mellomstore kommunar kan oppfylle krava som vert stilte i rettleiaren. Ein står med framlegg til rettleiar i fare for å legge eit grunnlag for å kritisere tenester som aldri kan leve opp til krava direktoratet stiller. Skal tenestene nå ut til dei som treng dei, og vere berekraftige, lyt ein tenkje andre tankar enn dei som direktoratet legg til grunn. Alt i dag slit helseføretaka med å ta unna dei mange pasientane som vert tilviste. Kapasiteten strekkjer ikkje til, og ventetidene kan bli lange og avslaga mange.

Helse Førde meiner at det store problemet i det kommunale arbeidet med psykisk helse og rus er pågangen av pasientar og mangelen på fagfolk. Det er vanskeleg å sjå at forslaga til direktoratet legg opp til effektive tenester, då svært mykje tid vil gå til omfattande kartleggingsarbeid i kommunane, sjølv før ein skal kunne delta i lågterskeltilbod.

Det vert ikkje drøfta kvar kompetansen og dei tilsette skal kome frå. Helsepersonellkommisjonen sin rapport tyder på at alle instansar kjem til å slite med rekrutteringa. Då er det uheldig å leggje opp til meir personell-intensive tilbod enn det som trengst. Den manglande berekrafta i denne måten å normere tenestene på, vert ikkje kommentert. Det er ein alvorleg veikskap.

Helse Førde er samd i direktoratet si understreking av fastlegen sin viktige rolle i arbeidet med psykisk helse. [Brukarundersøkinga](#) som Sintef nyleg har gjort på vegner av Helsedirektoratet om pasientar i

poliklinisk behandling, syner at 94 prosent (PHV) og 92 prosent (TSB) har kontakt med fastlege. Dette understrekar viktigheita av fastlegen si rolle. Vi er samde i at fastlegane må kjenne det kommunale tenestetilbodet.

I styringsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til helseføretaka er det gitt oppdrag til helseføretaka om å kritisk vurdere krav til rapportering og bruk av indikatorar. Dette kravet er særleg uttrykt innanfor psykisk helsevern. Oppdragsdokumentet slår òg fast at regjeringa har eit mål om samla redusert rapportering i helse- og omsorgstenestene. Vidare skriv departementet: "Det er også stilt likelydande krav i tildelingsbrev til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om å leggje ein plan for regelmessig å gjere ein kritisk gjennomgang av indikatorar og rapportering, med sikte på å redusere den samla rapporteringa." Direktoratet sitt forslag til retningslinje seier lite eksplisitt om rapportering, men det er openbert at så detaljerte krav til kommunalt psykisk helsearbeid vil medføre at både kommunedirektørar, kommunestyre, statsforvaltar og direktoratet sjølv må krevje omfattande rapportering for å sikre at kommunane følgjer forskrifta for leiing og kvalitetsforbetring. Dette er slik vi kan sjå det, ikkje i samsvar med regjeringa sine intensjonar.

Lågterskeltilbod og kartlegging

Kommunane skal tilby sine tenester som «kunnskapsbaserte lågterskeltilbud» som er gratis og med kort eller ingen ventetid, og som har opningstider tilpassa målgruppene. Her skal dei ha personell som er kompetente i kartlegging, diagnostisering, behandling og oppfølging. Samstundes skal ein arbeide i eit recovery-perspektiv, og ha eit familie- og nettverksperspektiv.

Kartlegginga er nærare omtala i kapittel 3. Her er det vår vurdering at kartlegginga ein legg opp til er svært omfattande. Alle som skal ha kommunale tenester, skal kartleggast. Dei som kartlegg, skal vere sertifiserte for kartleggingsverktøya dei nyttar. Kartlegginga dekkjer somatiske helseplager, rus- og alkoholvaner og psykiske vanskar, og skal alltid omfatte sjølvskading og valds- og sjølvmondsrisiko – i tillegg til helsekompetanse, screening for nedsett kognitiv funksjon, tannhelse, ernæringsstatus, seksuell helse, livskvalitet, levevanar, digital kompetanse, fysisk aktivitet, økonomi, tilgang til kjøkken og utstyr til matlaging, symptom og samsjukdomar. Vi finn det ikkje tilrådeleg med så omfattande kartlegging, sjølv før pasientar i hovudforløp 1, som i første instans skal nytte lågterskeltilbod. Rett nok seier direktoratet at kartlegginga skal vere tilpassa i omfang og metode etter brukaren, men dette først etter 18 omfattande kulepunkt om kva kartlegginga inkluderer.

Denne omfattande og motstridande kartlegginga skal altså gjennomførast straks, eller med kort ventetid, før folk kan få lågterskeltilbod, og ein skal nytte standardiserte screening- og kartleggingsverktøy. Med så omfattande kartleggingskrav eller råd er det vanskeleg å sjå at terskelen for tenester blir låg. Det bør gjerast grundig vurdering for kva ein vil oppnå med så omfattande kartlegging, om vi stiller spørsmål ved om slik kartlegging er i samsvar med at ein skal «unngå unødig behandling eller sykeliggjøring»?

Direktoratet legg til slutt i kapittelet om kartlegging til grunn at «Kartleggingen fokuserer på «Hva er viktig for deg?» heller enn «Hva er i veien med deg?»». Vi meiner gode, opne og enkle spørsmål som set pasienten sin situasjon og oppleving i sentrum, står i openberr motsetnad til den omfattande kartlegginga som er skissert.

Direktoratet skriv at ein lyt ha tilstrekkeleg fagleg kompetanse for å gjere alt dette. «Kommunene må selvsørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester» og legg til grunn at personalet må vere sertifisert for kartleggingsverktøy. Dette inneber ei normering og eit kompetansekrav som er nokså uklart, men som mange kommunar truleg vil ha vanskar med å ha kompetanse til å fylle.

Hovudforløpa

Helse Førde er glad for at tanken om hovudforløp frå *Sammen om mestring* vert vidareført. På side 26 står det at målet med hovudforløp 2 mellom anna er å forhindre behandling i spesialisthelsetenesta. Då er det litt rart at ein like over skriv at alle personar som fell inn under dette forløpet, skal tilvisast til nasjonale pasientforløp i spesialisthelsetenesta. Slike sjølvmotseiingar skapar inntrykk av at tilrådingane ikkje er fullt ut gjennomtenkte.

Valdsrisiko

Helse Førde undrar seg over kor stor plass valdsrisikovurderingar får i dokumentet. Det vert slått fast at valdsrisikoutgreiing, valdsrisikovurdering og valdsrisikohandtering først og fremst er spesialisthelsetenesta sitt ansvar, «mens løpende vurdering og -handtering gjeres i kommunen av personell med kompetanse, nødvendig kunnskap og rutiner». Grundig valdsrisikovurdering er omfattande, komplisert og vanskeleg. Enkel valdsrisikovurdering ved bruk av t.d. V-risk eller BVC (Brøset violent checklist) eller annan metode har låg presisjon når dei blir gjort i populasjonar der frekvensen av slike vanskar er låg. Retningslinja legg til grunn at kommunen skal gjere valdsrisikovurdering i hovudforløp 1. Innleiingsvis i kapittelet om kartlegging legg direktoratet til grunn at ein god relasjon er den viktigaste ramma for god kartlegging. Vi saknar ei drøfting av kva det gjer med relasjonen mellom brukar og tenesteytar at ein alltid skal kartleggje valdsrisiko. Når ein person som er i sorg kjem til eit kommunalt lågterskeltilbod, meiner ein altså at det er vesentleg å kartleggje valdsrisiko med det same. Det er vanskeleg å tru at dette vil gje betre behandling og tryggare samfunn.

Konklusjon

Interessa for kva som er viktig for den einskilde synest vanskeleg å finne ved å påleggje også kommunane ansvar for omfattande og unødvendig omfattande kartlegging. Vi er tilhengar av at ein held på hovudforløpa.

Dokumentet kunne med fordel vore korta ned. Det er svært mange lenkjer til gode og opplysende, men òg mindre relevante kjelder. Dette gjer det vanskeleg å halde oversyn, og å vite kva som er klare krav og forventningar, og kva som er lenkjer til informasjon eller tips. Helse Førde har funne 149 lenkjer i dokumentet – i tillegg til 32 referansar. Vår vurdering er at dette er unødig komplisert og lite brukarvennleg.

Rettleiaren stiller store og detaljerte krav til psykisk helsearbeid i kommunane. Dersom ein vil erstatte *Sammen om mestring*, bør ein gå ut med realistiske føresetnader for kva kommunal sektor kan få til ut frå tilgjengelege ressursar, bemanning og kompetanse. Vi kan ikkje sjå at kommunane kan leve opp til forventningane utan vesentleg auka ressursbruk, både økonomisk, fagleg og administrativt. Det burde vore utgreidd og omtalt.

På bakgrunn av våre samla innspel kan vi ikkje tilrå at retningslinja blir vedteken slik den ligg føre.

Vennleg helsing
Psykisk helsevern

Børge Tvedt
Direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Digital kommunikasjon

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptekne av at informasjon, også underlagt teieplikt, skal kunne sendast på ein rask og sikker måte. Vi ber derfor om at eit eventuelt svar på denne førespurnaden blir sendt gjennom ein av desse kanalane:

- Privatpersonar og private verksemdar: [eDialog](#)
- Offentlege verksemdar: eFormidling (via eige saks-/arkivsystem)

Asle Kjørlaus
Helsedirektoratet
Helse Vest RHF