

## Møtereftrat

<b>Møte i Helsedirektoratets sektorråd 6. september 2019</b>
<b>Helsedirektoratets lokaler, Vitaminveien 4, Oslo</b>
<b>Deltakere:</b> Leder: Helsedirektør Bjørn Guldvog, Helsedirektoratet Forbundsleder Eli Gunhild By, Norsk sykepleierforbund Prosjektleder/ fremtidig rådmann Camilla Dunsæd, Kristiansand kommune (KS) Avdelingsdirektør psykisk helsevern og rusbehandling Cecilie Skule, Helse Sør-øst RHF Kommunaldirektør helse og velferd Helge Garåsen, Trondheim kommune (KS) Rådmann Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune (KS) Generalsekretær Tove Gundersen, Rådet for psykisk helse Administrerende direktør Lasse Hansen, KS President Marit Hermansen, Den norske legeförening Forbundsleder Mette Nord, Fagforbundet Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) Områdedirektør Trygve Ottersen, Folkehelseinstituttet Generalsekretær Mina Gerhardsen, Nasjonalforeningen for folkehelsen Seksjonsleder psykisk helse og rus Jon Tomas Finnsson, Helse Nord RHF Leder Camilla Lyngen, Helsedirektoratets brukerråd Assisterende fagdirektør Ola Jøsendal, Helse Vest RHF
<b>Forfall/ikke representert:</b> Direktoratet for e-helse v/ direktør Christine Bergland, Helse Midt RHF v/ administrerende direktør Stig A Slørdahl
<b>Inviterte observatører med talerett i møtet:</b> Visepresident Heidi Tessand, Norsk Psykologforening Assisterende generalsekretær Ole Alexander Opdalshei, Kreftforeningen
<b>Innledere i møtet:</b> Linda Granlund, divisjonsdirektør Helsedirektoratet Helge Garåsen, kommunaldirektør i Trondheim kommune (KS) Jon Tomas Finnsson, seksjonsleder psykisk helse og rus i Helse Nord RHF Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse Johan Torgersen, divisjonsdirektør Helsedirektoratet
<b>Fra sekretariatet i Helsedirektoratet:</b> Direktør virksomhetsstyring Nina Aulie Seniorrådgiver Nina Bachke Seniorrådgiver Tove Ringerike
<b>Saksliste:</b> Sak 04/2019: Styrke sammenkobling av psykisk helse og somatikk Sak 05/2019: Pakkeforløp kreft Sak 06/2019: Erfaringsrefleksjoner rundt Helsedirektoratets sektorråd

Bjørn Guldvog ønsket velkommen til møtet og redegjorde for dagsorden og forfall. Han ønsket spesielt velkommen til de som møtte for første gang.

Referat fra forrige møte i Helsedirektoratets sektorråd 11. april 2019, godkjent per e-post 24. mai 2019, ble tatt til orientering.

## **Sak 04/2019 Styrke sammenkobling psykisk helse og somatikk**

Som bakgrunn for diskusjonen ble det lagt frem fire forberedte innledninger om problemstillingen:

- Divisjonsdirektør Helsedirektoratet Linda Granlund
- Kommunaldirektør Trondheim kommune Helge Garåsen
- Seksjonssjef Helse Nord Jon Tomas Finnsson
- Generalsekretær Rådet for psykisk helse Tove Gundersen

Etter de fire presentasjonene ble det minnet om hvilke spørsmål direktoratet ønsket tilbakemeldinger på. Selv om drøftingen i møtet kun delvis var delt opp etter disse spørsmålene, er de tilbakemeldingene som ble gitt i møtet forsøkt oppsummert under det enkelte spørsmål.

### **Er beskrivelsene av utfordringsbildet dekkende?**

I all hovedsak ble det gitt tilslutning til utfordringsbildet, med noen tilleggskommentarer. Viktigheten av også å inkludere normalpsykologiske perspektiv ble trukket frem innledningsvis. Hvilke psykologiske konsekvenser har det å leve med langvarig somatisk sykdom; diabetes, smerter og lignende? Det ble også pekt på at pasienter med demens er eksempler på pasienter som hører til både innenfor psykisk helse og somatikk.

Det ble stilt spørsmål ved om mange av de pasientene vi er bekymret for i tilstrekkelig grad tas på alvor. Faktorer som ofte medfører lav prioritet i det daglige; forebygging, psykisk helse, lav sosial status gjelder ofte disse pasientene.

### **Tilstrekkelig kunnskap og faktagrunnlag er sentralt for å kunne gjøre de riktige prioriteringene.**

#### **• Hvordan sikrer vi kunnskaps- og forskningsgrunnlag på nasjonalt nivå?**

Det var enighet i rådet om at det er behov for bedre kunnskapsgrunnlag – bedre analyser og gode norske data for å se sammenhenger/samspill. Samtidig ble det trukket frem at det er viktig ikke å utsette de gode tiltakene

Det ble pekt på at dataene våre er i silo, som er en utfordring. Det ble pekt på rett bruk av "en innbygger, en journal" vil være riktig vei å gå.

#### **• Har vi tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å bestemme hvilke pasientgrupper det vil være særlig viktig å rette innsatsen mot?**

Det ble understreket behov for å skaffe mer kunnskap ved å se på koblinger og sammenhenger. Dette har vært gjort i for liten grad.

### **Hvilke større endringsgrep er det behov for (organisatoriske, finansielle, Kompetanse, kulturelle o.a.)?**

Flere trakk fram at det kan være aktuelt å vurdere større endringer. En god del kan likevel løses ved å gjøre tilpasninger. For mange pasienter dreier det seg om praktiske hindringer for å få den helsehjelpen de har behov for.

Som eksempler ble det vist til utfordringer med å håndtere bestilling av time, oppmøte, betaling og lignende. Tidligere manglende oppmøte eller manglende betaling kan gjøre at det er vanskelig å søke om hjelp selv om det oppstår et behov. Det ble i denne sammenhengen også stilt spørsmål ved hensiktsmessigheten ved at arrestanter må betale for legetjenester selv.

Flere rådsmedlemmer pekte på at vi på organisatorisk nivå fortsetter å bygge siloer. Det ble ytret ønske om at myndighetene ser nærmere på dette og henter inn mer kunnskap om betydningen av dagens modell.

Det er ikke gitt at psykisk helse alltid skal være "noe eget". Alternativet er at psykisk helse omtales naturlig inn sammen med andre sykdommer og helsetjenester. Det ble samtidig pekt på at utfordringen er at dersom det skal integreres i alt det andre så forsvinner det helt. Psykisk helse og somatikk er forskjellig, og det er ikke sikkert det er til det beste å hoppe over at det er en forskjell.

### **Hvilke nye tiltak er det behov for? Er det pågående tiltak som bør styrkes?**

Det er forutsatt at "Den gylne regel" skal gjelde når ressurser fordeles i helsetjenesten, likevel lykkes vi ikke med å oppnå målsettingen om høyere vekst for områdene psykisk helse/TSB enn for somatikken. Det ble pekt på at det derfor er sentralt å forstå hva som opprettholder denne skjevheten.

Det hjelper lite å si at en gruppe skal prioriteres dersom dette ikke nedfelles i alle de daglige rutinene og retningslinjene som får konsekvenser for hvilke pasienter som behandles hvor, når og på hvilken måte. Det er behov for konkretisering og systematisering, gjerne ved hjelp av de virkemidlene vi allerede har. Det ble vist til at det finnes måter å prioritere tilgang til somatiske helsetjenester for pasienter som har utgangspunkt i psykiatri, gjennom prioriteringsveiledere og ulike former for avtaler mellom de som har ansvar for forskjellige deler av behandlingen.

Det ble trukket fram at sykdom kan medføre et behov hos pasienten og hos pårørende for å ha noen å snakke med, både ved oppstått sykdom og ved kronisk sykdom. Dette tilbys i for liten grad. Det behøver ikke alltid å være spesialister som skal stå for disse samtalene.

Oppsøkende tjenester ble trukket frem som et vellykket tiltak, men det ble samtidig innvendt at tjenestene kommer ofte for sent. Vi har generelt i for stor grad en oppfatning som gjør at du må være ganske syk før du får hjelp.

Det ble trukket frem at det er for lite fokus på forebyggende arbeid blant barn og unge. Det finnes ulike tiltak/prosjekter, slik som Navigatorprosjektet, som er basert på tanken om at frivillige (organisasjoner) kan bistå som navigatører for de som har behov for bistand til å møte og komme seg gjennom helsetjenesten. Dette er tiltak som viser gode resultater for pasientene og som kan avlaste helsetjenesten.

Det ble trukket fram noen enkelttiltak spesielt som ønskes innført, bygget ut eller forbedret:

- Spesialisering i klinisk helsepsykologi
- Kommunepsykologer
- Primærhelseteam
- Kontaktlegeordningen

- Fastlegeordningen

Det er viktig at de tiltakene som finnes, som vi har testet ut og som virker, får fortsette. Det er ikke alltid et behov for stadig nye forsøksprosjekter, men at en bygger videre på de erfaringene en har gjort.

### **Hvordan kan vi styrke tverrfaglig integrert utredning og behandling i spesialist- og kommunale helse- og omsorgstjenester?**

Det er mange ulike utfordringer som ligger til grunn når det er vanskelig å jobbe sammen og på tvers. Kulturforskjeller ble trukket fram av flere som en stor utfordring. Det var et ønske om konkrete verktøy for bedre samhandling på tvers og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten; et "pakkeforløp for samhandling". Det må jobbes med konkrete tiltak som kan bringe oss forbi kultur- og språkforskjeller.

Flere pekte på at det tverrfaglige og integrerte må ses i sammenheng med mestring. For å få til mestring avhenger det ofte av andre faktorer enn helsetjenesten, og hviler ofte på tilrettelegging i kommunene – av bolig, arbeid, nettverk osv. Det synes som om mange mestringstilbud bygges ned, heller enn opp. Frisklivssentralene skulle romme også mestringstilbud til kronikere, men det trekkes fram fra et rådsmedlem at det har blitt for lite dette i praksis.

Tverrfaglighet tar tid. Gjør vi en feil ved å hele tiden være så opptatt av liggetiden? Flere rådsmedlemmer spurte om vi kommet så langt at det ikke er "lønnsomt" med dagens tidlige utskrivning? Det må gis rom for samarbeid og samarbeid tar tid. Ofte er organiseringen av det daglige arbeidet til hinder for god og tett oppfølging av pasientene. Det går både på tidspress og på lite kontinuitet, eksempelvis ved mye bruk av deltid. Da blir ansvaret fragmentert. Ofte er det mange ulike yrkesgrupper inne rundt den enkelte pasient, men uten at helheten ivaretas gjennom god organisering og koordinering.

Det ble spilt inn at det er viktig med kompetanseheving, men at det ikke må glemmes at den må gjelde alle de yrkesgruppene som møter pasientene, også på assistentnivå.

Flere pekte på at det finnes mange erfaringer som viser at samarbeid kan bli veldig bra når det satses på og det gis rom.

Ett konkret eksempel som ble nevnt var hjelpemiddelet "Hjertefrisk", et skjema for helsepersonell til å identifisere og følge opp de med økt risiko for diabetes eller hjerte-karsykdom hos personer med alvorlige psykisk lidelse.

### **En tydelig og definert ansvarsoverføring ved overgang fra spesialisthelsetjeneste til kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig. Hvilke tiltak vedrørende helsetjenestenes organisering vil være viktige?**

Overganger og samhandling er ekstra krevende når det gjelder pasienter som har behov for tjenester fra både psykisk helsevern og somatikk. En styrking av sammenkoblingen vil kun finne sted om vi virkelig ønsker det, ble det understreket fra rådet, forutsatt tydelig nasjonal og politisk styring

Flere pekte på mestringsperspektivet som sentralt, og at her finnes de fleste tiltakene i kommunesektoren. Det er viktig å se psykisk helse som en del av denne helheten. Det er behov for et mer integrert tjenestetilbud. Det ble pekt på at mange av tiltakene som er viktige for pasientene ligger utenfor helsetjenesten, og at slike kan ha behandlende effekt. Ett eksempel er Livsmestringsprosjekter i skolen har vist god effekt.

## **Sak 05/2019 Pakkeforløp kreft**

Som bakgrunn for diskusjonen ble det lagt fram en forberedt innledning om problemstillingen:

- Divisjonsdirektør Helsedirektoratet Johan Torgersen

Etter presentasjonen ble det minnet om hvilke spørsmål direktoratet ønsket tilbakemeldinger på. Selv om drøftingen i møtet kun delvis var delt opp etter disse spørsmålene, er de tilbakemeldingene som ble gitt i møtet forsøkt oppsummert under det enkelte spørsmål.

### **Er målene om 70% inkluderte og 70% som gjennomfører til frist satt på rett nivå?**

Ingen av rådsmedlemmene tok aktivt til orde for å endre målsettingene om 70 % inkluderte eller 70 % som gjennomfører til frist for de etablerte pakkeforløpene. Det var imidlertid flere som etterspurte hva som blir gjort for å følge opp der målsettingene ikke nås og der det identifiseres flaskehalsen som gjør at forløpene ikke gjennomføres i henhold til forløpstidene.

Det ble tatt til orde for betydningen av en stadig oppmerksomhet rundt forløpstidene. Det ble vist til de endringene som nylig er gjort i pakkeforløp for prostatakreft der det er innført mulighet for å avvente behandling for enkeltpasienter der dette er riktig, og at det er viktig å kunne gjøre slike endringer der det er behov for det. Ett rådsmedlem var bekymret for om det i tilstrekkelig grad er rom for individuelle løsninger og gode samvalg i pakkeforløpene slik de fungerer i dag.

Det ble minnet om at selv om pakkeforløpene slik de er i dag jevnt over oppleves som en forbedring, er det kun deler av pasientenes reelle forløp som er inkludert i pakkeforløpene.

Det ble stilt spørsmål ved om det er heldig at det som måles er andel inkludert og gjennomført til tid, og at dette er kvalitetsindikatorer. Det er usikkert om god måloppnåelse på disse indikatorene reelt medfører bedret kvalitet for pasientene.

Ett rådsmedlem var opptatt av å unngå at pakkeforløpene knyttes direkte opp mot finansiering.

### **Bør det settes i gang tiltak for å sikre kunnskap og oversikt knyttet til konsekvenser av pakkeforløpene for andre pasienter?**

Det var mange av rådsmedlemmene som tok til orde for bedre kunnskap om konsekvensene av pakkeforløp, både for andre pasienter og for de pasientene som er inkludert. Per i dag har vi ikke tilstrekkelig kunnskap og oversikt. Flere ga uttrykk for at det å innføre så omfattende tiltak uten tydeligere krav til evaluering ikke er heldig.

Det ble eksempelvis uttrykt bekymring for hva pakkeforløpene medfører for kronikergrupper som ikke har pakkeforløp. Det ble av flere vist til at det per i dag ikke er mulig å vite om det er grunn til bekymring, og at den typen kunnskap burde vi hatt.

Vi har oversikt når det gjelder gjennomføringsgrad, men så langt ikke noe feedbacksystem på om pasientene får det bedre.

### **Finnes det erfaringer knyttet til pakkeforløpene for kreft som det er viktig å ta med inn i det videre arbeidet med pakkeforløp?**

Det ble trukket fram at det stort sett er gode erfaringer, men at det er noe varierende syn ute blant de som jobber med dette. Særlig er det varierende syn på og erfaringer med pakkeforløpene på

psykisk helse og rus- området, selv om disse ikke har vært i bruk så lenge. Det synes eksempelvis å være større oppslutning om pakkeforløp for TSB enn for psykiske lidelser barn og unge.

Det som særlig nevnes som faktorer for å lykkes er at forutsigbarheten ivaretas. Spesielt pekes det på forløpskoordinatorene som avgjørende for at pakkeforløpene gir gode erfaringer.

Flere uttrykte støtte til tanken om at fremtidige pakkeforløp på områder med svakere faglig grunnlag for å konkludere når det gjelder "rett behandling", i større grad bør konsentrere seg kun om logistikk og forløp.

Det kan se ut som om det er skapt et bilde av at det gir økt prioritet og større trygghet dersom en er omfattet av pakkeforløp. Det ble innvendt at dette bildet kan medføre falsk trygghet og at det ikke er heldig dersom alle sykdomsgrupper får inntrykk av at pakkeforløp er en garanti for bedre behandling og høyere prioritet. Jo flere pakkeforløp som innføres jo vanskeligere kan det oppleves å ikke være omfattet eller inkludert.

Det ble spesielt pekt på at det bør vurderes pakkeforløp for ROP-pasienter, fordi det for disse pasientene er særskilt behov for bedret logistikk.

### **Sak 06/2019 Erfaringsrefleksjoner rundt Helsedirektoratets sektorråd**

Rådsleder redegjorde for at det vil bli gjort en vurdering i Helsedirektoratet etter det neste møtet i januar om rådet skal videreføres eller ikke. Det vil bli gjennomført en mer systematisk evaluering, men han ønsket noen umiddelbare tilbakemeldinger allerede i dette møtet. Han understreket at det er viktig at det oppleves som nyttig å delta i møtene.

Det var mange som ga uttrykk for at de synes det er både lærerikt og interessant å delta i Helsedirektoratets sektorråd. Særlig ble det pekt på verdien av å få kunnskap om andres perspektiver. At den norske helsetjenesten er delt i to nivåer skaper et behov for å forstå hverandre.

Selv om flere ga uttrykk for at møtene ga utbytte som er verdifullt inn i arbeid i egen virksomhet slik at møtene representerer gjensidig nytte, var mange opptatt av om Helsedirektoratet opplevde at rådet ga tilstrekkelig verdi gitt de ressursene som benyttes. Det ble understreket at direktoratet selv må vurdere om rådets tilbakemeldinger og innspill har verdi i arbeidet med de ulike sakene.

Flere var opptatt av viktigheten av å velge de riktige sakene. Det ble vist til at sakene i rådet har variert fra å være svært overordnede, på systemnivå, til noe mer detaljerte. Ett medlem minnet om at det er krevende å få til gode, konkrete drøftinger på et systemnivå, selv om dette kan være nyttig. Saker på et mer detaljert nivå, slik som saken om persontilpasset medisin som ble behandlet i april, kan gjøre det mer krevende å få gode tilbakemeldinger fordi det forutsetter en del kunnskap om temaet for å kunne gi gode råd. Da blir hensikten med møtet en annen, nemlig å nærme seg en ny og krevende problemstilling i fellesskap. Nivået på sakene og hvordan sakene innrettes bør være et viktig tema i diskusjonen omkring videreføring av rådet.

Det ble vist til at rådet er stort, og bredt sammensatt, og har forholdsvis sjeldne møter. Om en hadde valgt færre deltakere og tettere kontakt, ville det ha gitt et annet resultat.

Manglende samkjøring med Helsedirektoratets brukerråd ble pekt på som en utfordring, men Brukerrådets leder ga samtidig uttrykk for at det i stor grad skyldes manglende innspill fra Brukerrådets medlemmer.

Rådsleder avsluttet runden med å si at det kan synes å være et behov for at Helsedirektoratet blir enda tydeligere internt på hvordan og til hva en skal bruke rådet.

Det kom ingen tilbakemeldinger til spørsmålet om hvilke problemstillinger på feltet kompetanse og personell som bør løftes på det neste møtet, men det er mulig for rådsmedlemmene å ta kontakt for å be om perspektiver på dette området som de ønsker drøftet.