

Helse- og omsorgsdepartementet
Ref. 22/2615

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)
Kjernerud 6.11.2023

Høring – «Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern»

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) viser til rapporten og oversender med dette vårt høringssvar.

NKROP har i en årrekke vært en sentral aktør i den nasjonale satsingen på implementering av ACT/FACT-team. I forbindelse med implementering av slike oppsøkende samhandlingsteam, har NKROP blant annet bidratt med nasjonale evalueringer, forskning, opplæring, bistått regionale nettverk og gjennomført måling av modelltrofasthet (fidelity) i over 50 team. NKROP har også hatt hovedansvaret for å oversette/tilpasse/oppdatere førende grunnlagsdokumenter for denne satsingen, som modellbeskrivelser og fidelityskalaer.

Innledningsvis vil vi gi ekspertutvalget honnør for et godt og grundig arbeid som har munnet ut i en svært viktig rapport med tydelige anbefalinger. I høringssvaret har vi primært konsentrert oss om rapportens beskrivelse av, konklusjoner og anbefalinger om ACT/FACT-team/modellen for voksne i Norge.

Om FACT Voksen

FACT voksen-team er tverrfaglige oppsøkende samhandlingsteam som skal jobbe i tråd med FACT-modellen for å sikre integrerte og helhetlige tjenester til personer (primært over 18 år) som har alvorlig og langvarig psykisk lidelse (eller mistanke om dette), enten alene eller i kombinasjon med rusproblemer. Videre er målgruppen til norske FACT-team mennesker som ikke nås av de ordinære tjenestene, som har alvorlig og omfattende svikt i praktisk og sosial fungering, med behov for koordinert og langvarig behandling og oppfølging fra store deler av hjelpeapparatet (kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten).

Kort oppsummert kan vi si at modellbeskrivelsen for FACT i Norge (2023) tilsier at teamene skal ha sitt fokus rettet mot en bred målgruppe hvor den enkeltes fungering innenfor sentrale

levekårsområder skal tillegges større vekt enn spesifikk diagnose med henblikk på inntak i teamet.

Det er en målsetting at teamene skal bestå av ansatte fra både kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste, ha teammedlem med egen brukererfaring og være opprettet gjennom en spesifikk forpliktende samarbeidsavtale som er forankret på toppnivå hos den enkelte part.

Et FACT voksen team skal i utgangspunktet gi de fleste tjenestene selv, men kan også aktivt samhandle med andre tjenester (som for eksempel hjemmebaserte tjenester i kommune/bydel, fastlege, bemannede botiltak med mer) og koordinere et slikt samarbeid. Formålet med FACT er å sikre målgruppen et helhetlig, integrert og sømløst tilbud, som motvirker fragmenterte tjenester og parallelle løp. Et svært sentralt element i en slik måte å organisere behandlings- og oppfølgingstilbudet på, er sikre at mennesker med omfattende hjelpebehov ikke skal falle mellom stoler i tjenesteapparatet.

Utvalgets konklusjon og anbefalinger knyttet til FACT-modellen og FACT-voksen team

Generelle kommentarer

-Behov for fortsatt samordnet implementeringsstøtte for utrulling av FACT-voksen team

Vi støtter varmt anbefalingene om å fortsatt å etablere, styrke og utvikle flere ACT, FACT-voksen, og FACT-ung team i Norge, samt anbefalingene om å bruke ACT/FACT som modell for oppbygging- og organisatorisk ramme for samhandlingsteam rettet mot pasienter med sammensatte pasientforløp.

I den sammenheng vil vi sterkt understreke viktigheten av at nasjonale- og regionale kompetansemiljøer gis en aktiv rolle i å understøtte denne satsingen gjennom konkrete og samordnede tiltak rettet mot allerede etablerte ACT/FACT-team, nye team som vil etableres og andre samhandlingsteam som opprettes med inspirasjon fra ACT/FACT modellen.

Det nasjonale støttesystemet har vært svært viktig i oppbygging og implementering av ACT/FACT-team i Norge, og vil fortsatt ha en helt sentralt rolle i en fortsatt satsing (utvikling og implementering) på slike samhandlingsteam i årene fremover. Dette gjelder alt fra statlige tilskuddsordninger, nasjonal bistand til å løse opp i ulike barrierer (juridiske, økonomiske, systembaserte med mer) opplæringsprogram, lokale- og regionale nettverk, forskning, ansikt-til-ansikt og nettbasert formidling av erfaring og kunnskap, nasjonale databaser, modelltrofasthetsmålinger (fidelity), utarbeidelse/administrasjon/ revisjon av sentrale grunnlagsdokumenter som modellbeskrivelser, håndbøker og fidelityskalaer med mer.

-Finansieringsordninger

Vi mener utvalget med rette peker på et meget viktig og kritisk punkt når de på siden 62 skriver: *Det er behov for finansieringsordninger som understøtter utviklingen av samhandlingsteam og integrerte tjenester på tvers av nivåer.* Og videre på side 64: *Utvalget mener at det er vesentlig at finansieringsordningen tilpasses ulike geografiske og demografiske forutsetninger, slik at det blir enklere å etablere integrerte tjenester på tvers av kommuner med ulik størrelse.*

Å sikre en likeverdig deltakelse mellom kommuner/bydeler og spesialisthelsetjenesten, er svært

viktig for å understøtte fundamentet i den norske versjonen av ACT/FACT: Ansatte fra begge nivåer i teamene. Det er av stor betydning at sentrale statlige instanser må være fremover lente, innovative og fleksible i å justere gamle/etablerte og nye ordninger tilpasset samhandlingsteam på tvers av nivå (som på mange måter i realiteten vil være halvannenlinjetjenester). I motsatt fall kan dette føre til at lokale initiativ kan visne på grunn av uoverkommelige og rigide systembaserte barrierer. Et øremerket samhandlingsbudsjett kan være en slik finansieringsordning. Fleksible ISF-løsninger og/eller 100% rammefinansierte team på tvers av nivå, kan være et annet.

Kapittel 6. Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet

-Trekke frem en femte pasientgruppe

På side 80 i høringsutkastet presiseres det at en for streng tematisk organisering knyttet til spesifikke diagnoser ikke vil være hensiktsmessig, og at man således må tolke «tematisk organisering» bredt for ikke å bare omfatte diagnosebaserte tilstander, men også behandlingsformater (f.eks. FACT-team), ulike aldersgrupper eller oppgaver som krever spisset kompetanse. Utvalget påpeker også at de i utgangspunktet vil fraråde en organisering basert på enkeltmetoder.

Videre ut i kapitlet presenterer utvalget fire diagnosegrupper som et eksempel på pasientgrupper som kan ha nytte av et mer spesialisert tilbud i psykisk helsevern ut fra forekomst, tilgang på kunnskapsbasert behandling og samlet ressursbruk. Utvalget presiserer at disse gruppene kun brukes som eksempler og at de ikke er viktigere å prioritere enn andre like alvorlige tilstander.

En av disse diagnosegruppene er psykoselidelser, hvor utvalget blant annet anbefaler: *For en del av pasientgruppen vil samhandlingsteam etter modell av ACT eller FACT være en god tematisk organisering. Slike team bør bygges ut og være tilgjengelige i hele landet.*

NKROP støtter at ACT og FACT team anbefales for denne gruppen.

Selv om ACT primært er utviklet for mennesker med psykoselidelse, vil vi igjen understreke at FACT som modell har en mye bredere målgruppe (jamfør innledningen av vårt høringsssvar). Mennesker med psykoselidelser er derfor en svært viktig målgruppe for FACT, men vi må være forsiktige slik at vi ikke skaper et bilde at også FACT primært bare er tiltenkt personer med psykoselidelser. Målgruppen er bredere og modellbeskrivelsen er tydelig på dette.

I lys av dette etterspør NKROP om det kan være hensiktsmessig å identifisere en femte pasientgruppe i denne sammenheng? En gruppe som i tillegg til å inneha en alvorlig psykisk lidelse (eller mistanke om dette) primært kjennetegnes gjennom alvorlige utfordringer knyttet til praktisk og sosial fungering, med behov for langvarig- og omfattende oppfølging fra både kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten. Altså pasienter som er "Hard to reach, hard to treat", og som i årtier har havnet mellom stoler i vårt komplekse tjenesteapparat. De er blitt offer for ansvarsfraskrivning og «skyvespill» mellom tjenester og nivåer, blitt «kasteballer» og ofte «svingdørspasienter» i systemet. Disse pasientene er kjernen i målgruppen til ACT og FACT, samt for andre oppsøkende tjenester i 1-2-linjetjensten.

Denne pasientgruppen fortjener et fremover lent, oppsøkende, sammenhengende- og sømløst tilbud, alla ACT og FACT. Derfor mener vi det er viktig at det settes et enda sterkere lys på denne gruppen i diskusjonen om en tematisk organisering av psykisk helsevern.

-IDDT

Vi applauderer også at utvalget på side 95 trekker frem IDDT som et godt rammeverk for integrert behandling av personer med ROP lidelser. Vi vil likevel tilføye at IDDT er langt mer enn et

«*manualbasert verktøy*». Det er derfor viktig å få frem at IDDT er en felles faglig tverretattlig grunnmur for forståelse, utøvelse og organisering av tilbudet rettet mot personer med ROP lidelser.

Kapittel 4.6: Samhandlingsteam og integrerte tjenester

Utvalget skriver på side 61 at: *En utfordring er at modellen ser ut til å være bedre egnet for store enn for små kommuner.* Vi støtter innspillene nasjonalt implementeringsteam for FACT-ung har gitt vedrørende dette temaet i sin høringsuttalelse, at det er andre faktorer som er viktigere for å sikre god implementering av FACT-modellen enn kommunestørrelse. Også små kommuner i rurale strøk, kan gjennom ulike tiltak og tilrettelegginger (empelvis interkommunalt samarbeid og teknologi) delta som en aktiv part i et FACT-team. Vi viser for øvrig til Kristin Tranes doktorgradsavhandling «FACT-modellen som del av komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. En kvalitativ studie», som også peker på mulighetsrommet til kommuner i rurale strøk for deltakelse i FACT-team.