

## Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Innspill fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) takker for invitasjon til å komme med innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. NKROP vil i sitt innspill i hovedsak ha fokus på forhold som i særlig grad er viktige for personer med samtidige utfordringer og behandlingsbehov knyttet til både rusmisbruk og psykisk lidelse.

### Innledning

En god helse-, -omsorgs og velferdstjeneste er avhengig av at det eksisterer en felles forståelse av det samlede samfunnsoppdraget, en hensiktsmessig og omforent oppgavefordeling og god samhandling mellom ulike instanser og tjenester. Tjenestene ytes i et samspill og rammebetingelser, roller og kompetanse må være kjent.

Tjenestefeltet er i økende grad blitt oppdelt både mellom nivå og på tvers av tjenester innen samme nivå. Dette skaper en stor samhandlingsutfordring som krever nye «grep». Ikke minst er det viktig å skape en felles forståelse av denne utfordringen og samarbeide om nye tjenesteformer og løsninger.

I en rekke dokumenter og planer framheves viktigheten av helsetjenestene må tilbys helhetlig og samtidig fra relevante tjenestenivåer, fagområder og sektorer til alle pasienter. Et viktig utgangspunkt er at personer med psykiske lidelser blir ivaretatt i primærhelsetjenesten på lik linje med personer som har en somatisk lidelse. En velfungerende fastlegeordning er navet i vårt helsevesen. Uten en fastlege som kjenner pasientene blir presset på spesialisthelsetjenesten større. Fastlegeordningen er også viktig for å sikre alle lik tilgang på helsehjelp. Fastlegene behandler svært mange særlig voksne mennesker med lettere psykiske plager og henviser til spesialisthelsetjenester for rus / psykiatri. Ny helse- og samhandlingsplan og ny opptrappingsplan for psykisk helse, som etter planen skal komme i 2023, er lite verdt hvis ikke fastlegeordningen sikres. Spesialisthelsetjenesten må på sin side ha faglige og ressursmessige rammebetingelser til å jobbe kunnskapsbasert, individuelt tilpasset og intensivt med pasienter og ikke minst ha gode rammer for å samhandle aktivt med andre deler av helsetjenesten.

Hvis alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi, alder og bosted, må utsatte grupper vies særlig oppmerksomhet, og tjenestetilbudet må skreddersys til den enkeltes behov.

### Utfordringsbilde, risikoområder og innspill til forbedringsområder

Utfordringsbilde for tjenestene til mennesker med rus og psykiske lidelser er beskrevet i diverse rapporter og vel kjent, og blir derfor ikke gjengitt her.

Det finnes både organisatoriske, juridiske og økonomiske hindringer samt kunnskaps- og holdningsmessige utfordringer som må løses for å legge til rette for et bedre og mer virksomt tjenestetilbud for personer med rus og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Noe av disse hindringene blir omtalt nedenfor.

Psykisk helse feltet har endret seg betydelig gjennom de siste tiårene, både gjennom forrige opptrappingsplan for psykisk helse og tiden etter at den var avsluttet. Bl.a. har tjenester på psykisk helse- og rusfeltet i økende grad blitt kommunens ansvar. Men nasjonale planer sier likevel lite om

hvordan kommunene skal organisere sine tjenester for å sikre at tjenestene framstår som helhetlige og integrerte. De sier også lite om hvordan integrasjonen og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skal foregå. Dette bidrar bl.a. til stor tjenestevariasjon, uavklarte grenseflater og ansvarsområder, samtidig som det bidrar til å svekke faglig forsvarlighet og kvalitet

### *Fragmenteringen i helse- og velferdssektoren er en stor utfordring.*

Det er sentralt å få presisert at alle innsatser og instanser som inngår i et tjenestenettverk har delansvar for hele nettverket, slik at hver enhets eller instans sitt bidrag må ses i sammenheng med helheten. Ledere har ikke bare ansvar for sitt eget område, men også medansvar for helheten. Overgangene og samhandling tjenester imellom har også et behov for ledelse, det vil si at «ledelse av mellomrom» både må defineres og beskrives som et tydelig lederansvar. Et slik lederansvar bør tydeliggjøres i offentlige dokumenter. Ledere på tvers av etater har ansvar for å ta initiativ til å utvikle og drifte tjenester som kan gi samtidig og integrerte tilbud til personer som har behov for dette. Personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelse skal etter nasjonale føringer nettopp ha et slikt tilbud.

Samarbeidsavtaler er ikke en tilstrekkelig betingelse for å sikre samarbeid på tvers av nivåer og ulike tjenester. Det er behov for et mer omfattende samarbeid som må foregå på alle nivåer, helt fra helsefelleskap til det operative nivået.

Ulike pasient- / og brukergrupper har behov for forskjellig omfang av tjenestesamarbeid og dermed behov for ulike tjenestemodeller, nettopp utformet ut fra forskjellig behov, bl.a. avhengig av om det er behov for tjenester fra få eller flere/ mange ulike instanser, ulike nivåer etc.

Vi har i dag et tjenestesystem som vanskeliggjør oppfølging av personer med langvarige og komplekse lidelser fordi man hverken har tatt høyde for behov for samtidighet eller tidsperspektivet – at ting vil variere på veien mot bedring. Typiske forløp for mennesker med ROP-lidelser er nettopp et varierende forløp med tilbakefall, kriser og bedring som gjerne avløser hverandre og gjentas. I slike situasjoner er det viktig at helsetilbudet preges av kontinuitet, og ikke fragmentering. Skal en oppnå det må tjenestene ha nødvendig fleksibilitet, evne å tilpasse seg hverandre og være villige til å «steppe inn» for hverandre ved behov. Gjensidig tilpasning bør være en sentral koordineringsmekanisme.

Organisering og tjenesteutforming er avgjørende for å lykkes med å jobbe integrert og helhetlig. Derfor bør den også være gjennomtenkt, utformet og etablert basert på de behov ulike pasientgrupper har, og de tjenestene som inngår i modellen må være med i utformingen slik at det er enighet om hvordan praksis skal være. Det er viktig å styrke konsensusbaserte arbeidsformer, og det må etableres tverretattlig samforståelse av hva fasespesifikk tenkning betyr i praksis.

Tilbudet i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten må ses, organiseres og dimensjoneres i sammenheng. Det samme gjelder for døgntilbud, polikliniske og ambulante tjenester.

Organisering av tjenester i team på tvers av enheter og nivåer ville være et viktig bidrag for å forbedre den samlede tjenesten til mange brukere / pasienter. Dette er nødvendig særlig for pasienter med omfattende behov og som har behov for integrerte og samtidige tjenester. Da bør tjenestene inneha felles forståelse av utfordringsbilde og være enige om hva den samlede behandlingsinnsatsen skal inneholde og hvordan en skal arbeide.

Det har i flere år vært en stor nasjonal satsning på ulike tjeneste- og samhandlingsmodeller, eksempelvis ACT og FACT team. Det er mye nyttig erfaring og kunnskap å hente ut fra disse utprøvingene. Teamorganisering burde være normen og ikke unntakene når det gjelder tjenester til mennesker med sammensatte og omfattende behov. Hvis en ikke etablerer faste team slik ACT og FACT er et eksempel på, så bør en som et minimum ha en gjennomtenkt måte å gi tjenester på til ulike grupper med forskjellig og ofte varierende behov gjennom et forløp. Det bør da utarbeides en omforent operativ tjenestemodell som tas i bruk.

Så ligger det fortsatt flere utfordringer som må løses. I evaluering og forskning på ACT og FACT i Norge ser vi eksempelvis at manglende tilgang til felles journal, behandlings- og kriseplaner er store hindre for tilgjengelige tjenester på tvers av forvaltningsnivå og i krise-/ akutsituasjoner. Det bør avklares hvordan behovet for tilgjengelighet kan sees opp mot arbeidet med kjernejournal som vil bli tilgjengelig etterhvert. I flere helseforetak arbeides det med å utvikle en kjernepakke for basisutredning til bruk i klinisk arbeid. Det er en stor utfordring at slike verktøy ikke tas i bruk i de ordinære tjenestene, og at resultatene ikke brukes systematisk (på individ- og systemnivå). Det er også et stort behov for å videreutvikle digitale løsninger som fremmer samhandling.

Det er nødvendig å ha et bredt fokus på hva som er helsehjelp og behandling. Helsefremmende intervensjoner bør forstås i et helhetlig perspektiv, slik som de beskrives for eksempel i behandlingsmanualen for integrert behandling (<https://rop.no/kompetanseheving/iddt/>). Det vil si at ulike tiltak har som mål å begrense skade, hindre forverring eller utvikling av kriser, og skape rom for mestring som på sikt kan ha positiv virkning på den psykiske helsen og/eller rusmiddelbruk.

Eksempelvis må en metode som IPS (Individuell jobbstøtte), anses som et sentralt element i behandling av personer med ROP-lidelse og dermed bli definert som helsehjelp. Vi viser her til brev til helseministeren (24.mai 2022) fra NKROP og NAPHA «Bekymring vedrørende fremtiden for individuell jobbstøtte (IPS) i Norge», vedlagt dette innspillet.

En snever forståelse der arbeid ikke er definert som helsehjelp er direkte motstridende med forskning og erfaring fra rus og psykisk helsefeltet. Forskning og erfaringer viser nettopp at arbeid og meningsfylte aktiviteter er viktig, gjerne et første skritt mot mestring før en ser en bedring av rus og psykiske lidelser. Økt funksjonsnivå er assosiert med mestring, bedre selvfølelse og er således viktig for bedringsprosessen, m.a.o er arbeid en svært viktig del av behandlingen. Tverrfaglig team-arbeid må ikke hindres av lovverk, samtidig som det må være tydelig hvilken kompetanse som forventes av hvem i hvilken sammenheng.

### *Mennesker med ROP-lidelser har komplekse og sammensatte utfordringer*

Psykiske lidelser kjennetegnes av sammensatte årsaksforklaringer. Ofte opptrer flere lidelser (somatiske, psykiske, rusmisbruk) samtidig og kan medføre funksjonstap på sentrale områder i livet som arbeid, sosial samhandling, boevne med mer. Mennesker med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse er sårbare. Muligheten for å gjøre valg i tråd med egen interesse, kan være redusert som følge av både ruslidelsen og den psykiske lidelsen, spesielt når begge er til stede i alvorlig grad samtidig. Ved ruslidelser er det ofte en betydelig ambivalens. Dette gjenspeiles ofte av et langsiktig ønske om å komme bort fra avhengigheten samtidig med manglende evne til å gjøre daglige valg som er i tråd med dette ønsket.

Mange personer opplever eksempelvis at rusmisbruk blir en hindring for å få hjelp av psykiske helsetjenester og motsatt at psykisk lidelse blir en hindring for å få hjelp av rustjenestene. Det fører

til at de kan bli «kasteballer» i systemet og situasjonen kan forverre seg og utvikle seg og bli akutt/en krise før noen griper inn. En erfarer også at pasienter med «rusrelatert atferd» i akuttavdeling skrives ut uten at primær og samtidig alvorlig psykisk lidelse blir identifisert. Identifisering av slik lidelse gjennom grundig kartlegging og diagnostikk krever at pasienter kan få et lengre opphold i døgnavdeling.

Det er kjent at kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og bruk av rusmidler gir en økt risiko for bruk av vold. Styrket oppfølging av denne pasientgruppen, særlig med tett ambulant oppfølging i tverrfaglige samhandlingsteam, er derfor viktig for å forebygge slike alvorlige voldshendelser.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-retningslinjen) tydeliggjør at det er psykisk helsevern som har ansvar for å gi behandlingstilbud til personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse. Mange tilsyn har vist dårlig og mangelfull etterlevelse av dette og retningslinjen for øvrig. Det må sikres at psykisk helsevern har nødvendig kompetanse og tilbud for å ivareta denne pasientgruppen. Det er derfor behov for å tydeliggjøre ansvaret psykisk helsevern har for pasienter med alvorlige ROP-lidelser. De blir ofte ikke ivaretatt med adekvat utredning og behandling i psykisk helsevern utover (korte) akutttopphold, ofte med rusutløst psykose og manglende avklaring på mulig primær psykose. Faren med en slik tilnærming er etablering av en «svingdørsproblematikk» hvor en driver en form for «brannslukking» uten mulighet til mer grunnleggende behandling og oppfølging av pasientens lidelse fra spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig å presisere at det ansvaret psykisk helsevern har, også omfatter pasienter med en uavklart diagnose eller pasienter som såkalt «dropper ut» av et tilbud. Hvis en har en mistanke om og en bekymring for at pasienter kan ha en primær psykisk lidelse, så bør psykisk helsevern ta ansvar for å avklare dette på forsvarlig måte. Pasienter som dropper ut har like stor rettighet til utredning og behandling og til å bli tatt hånd om på forsvarlig vis.

Riksrevisjonens gjennomgang av psykiske helsetjenester (Dokument 3:13 (2020-2021) synliggjør en rekke utfordringsområder, bl.a. nevnes eksempelvis ungdommer med samtidig psykiske lidelser og rusproblemer som en av fire grupper der tjenestene ikke er gode nok. FACT ung-modellen er et godt rammeverk for mange i denne målgruppen, men det skapes utfordringer når samarbeid med barnevern, skole og NAV-arbeid hindres av juridiske, digitale og økonomiske forhold. Det er viktig at en ser på handlingsrommet, og hvilke løsninger som er mulige for å komme i mål. Det er stort behov for digitale løsninger som fremmer samhandling og kommunikasjon. For mange, og kanskje særlig ungdomspopulasjonen, er andre måter enn telefonsamtaler og direkte møter viktig, eksempelvis ulike digitale arenaer. Juridisk er dette utfordrende. Det er behov for en gjennomgang av jussen opp mot faglige kommunikasjons- og samhandlingsbehov. Juss og pasientrettigheter er viktig, og lovverk bør utformes slik at det er en pådriver og fremmer muligheter for god faglig samhandling og bedre tilgjengelighet og styrkede kommunikasjonsmuligheter - på et godt juridisk grunnlag. Da er det viktig at involverte aktører og myndigheter ser på ulike muligheter, ikke bare begrensninger

Mange planer, både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå løfter fram tjenester til mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser som et prioritert område. Men på tross av at helhetlige og integrerte tjenester har vært mål i lang tid framstår tjenestene fortsatt som oppsplittede, ukoordinerte og varierende i omfang og kvalitet. I kommende helse – og samhandlingsplan og i ny opptrappingsplan for psykisk helse må derfor mennesker med ROP-lidelser vies særlig oppmerksomhet. Som gruppe er dette mennesker som i liten grad har tilgang til kunnskapsbasert behandling og oppfølging. Rapporter fra FAFO (Evaluering av opptrappingsplan for rusfeltet) viser at dette er en gruppe mennesker som ikke har fått det bedre de siste årene, til tross for at det er

iverksatt flere tiltak. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har eksempelvis en forventet levealder som i gjennomsnitt er 20-25 år kortere enn den øvrige befolkningen. Nesten 60% av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer med et stort potensiale for å forebygge, som bl.a. hjerte-karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner. ([www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/psykisk-syke-lever-kortere-tidsskrift-for-den-norske-legeforening](http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/psykisk-syke-lever-kortere-tidsskrift-for-den-norske-legeforening)). Det er behov for betydelig bedre koordinering og sammenheng mellom somatiske og psykiske helsetjenester, inkl. tannhelsetjeneste. Det er også nødvendig med en styrket oppfølging av det somatiske helsetilbudet. Det er en forutsetning hvis mennesker med rus og psykisk helseproblemer skal få et likeverdig helsetilbud.

### *Adekvat og tilgjengelig behandling.*

Tid og adekvate rammer for behandling er viktige faktorer. I dag ser det ut til at dimensjonering av tilgjengelige døgnplasser har svingt for langt mot polikliniske tilbud. Ambulante og polikliniske tilbud kan i perioder for noen pasienter ikke tilby tilstrekkelige rammer for en virksom behandling. Det er viktig å understreke at ambulante/ polikliniske tilbud og døgnbehandling ikke er noe «enten eller», men et «både og» for å gi mennesker med alvorlig rus- og psykisk helseproblemer et helhetlig tilbud, ikke minst fordi forløpet kjennetegnes av ulike faser av bedring og forverring.

For mennesker med komplekse og sammensatte problemer kan det ta tid å oppnå stabil bedring. For mange vil det da være bedre å ha ett lengre opphold som gir muligheter til å arbeide grunnleggende med egne problemstillinger, enn å ha mange korte opphold som kun fører til kortvarig bedring med fare for tilbakefall og forverring. En slik «brannslukking» kan i seg selv skape behov for hyppige akuttinnleggelse, og over tid et økt ressursbehov fra helsetjenesten. Resultatet er derfor både en dårligere behandlingsintervensjon og en dårlig utnyttelse av behandlingsressursene i tjenestene. Det fører også til at det er vanskelig å få til integrering i lokalsamfunnet.

For en stor del av pasientene med ROP-lidelser er innleggelse i døgnenheter en helt nødvendig del av behandlingsforløpet. Derfor er det behov for å bedre sikre en fleksibel tilgang til døgnbehandling i alle foretak, og sørge for at disse drives med en utadrettet, samarbeidende og aktiv behandlingsprofil

IDDT har som mål å sikre et felles språk og felles tverretattlig forståelse (jfr. fasespesifikk tilnærming), og legger til rette for at alle tjenestene har samme basiskunnskap og mål for behandling av ROP-lidelser. Denne tilnærmingen fremstår underfokusert både politisk og ute i tjenestene, tatt i betraktning omtalen i ROP-retningslinjen som kom ut i 2012. IDDT-manualen er pasient- og recoveryorientert, og legger opp til at tjenesteyterne skal jobbe sammen for at pasientene skal nå sine livsmål. Samtidig inneholder den nyttige verktøy for å få til integrert behandling – oppgaver for administrative og kliniske ledere, fagpersoner, pasienter og pårørende. IDDT-rammeverket er godt fordi det har et omfattende og konkret implementeringsopplegg, samtidig som det stiller krav til opplæring og veiledning av helse- og omsorgspersonell. Tjenestene må prioritere å sette av tid til kompetanseheving. Endringer i tjenestene er svært krevende og ledere må bevisst jobbe for å øke kunnskapsgrunnlaget og ferdighetene hos sine medarbeidere.

Det er særlig viktig for personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse at det arbeides oppsøkende. Her bør det trekkes veksler på kunnskap og erfaring fra ACT- og FACT-team. Slike oppsøkende samhandlingsteam skal nå ut til målgrupper som det er utfordrende for det ordinære helseapparatet å nå. En viktig målsetting framover må være å opprettholde satsingen på drift og oppbygging av oppsøkende behandlingsteam (ACT/FACT) for personer med alvorlig ROP-problematikk. Det blir da avgjørende viktig at det stilles ressurser til rådighet slik at

samhandlingsteam får arbeide i henhold til modellen. Her er det også viktig å nevne at slike team ikke «fylles opp» av andre pasientgrupper der det er hensiktsmessig med lik tilnærming og som kommunene sliter med å gi et godt nok tilbud til, men som ikke er i primærmålgruppen for FACT.

En ser en risiko for at særlig FACT –Ung teamene kan få hovedansvar for ungdom med utviklingsforstyrrelser, skolevegring, har kontakt med barnevern osv., men i mindre grad ungdom som sliter med samtidig rus og psykiske lidelser.

### *Styrings- og kvalitetsindikatorer*

Styrings- og kvalitetsindikatorer og ISF finansiering bør utvikles slik at de understøtter den utviklingen som er nødvendig for å bedre tilbudet til personer med ROP-lidelser. Dagens styringsmekanismer fungerer kontraproduktivt for ROP-pasienter som trenger langvarige forløp og omfattende tjenester. Eksempel på det er at ulike etater, inkludert spesialisthelsetjenesten ikke har eller gis anledning til å arbeide oppsøkende. Styringsmekanismene medfører også ofte at helsepersonell har for stor «case load» pr ansatt i daglig arbeid og over lang tid. Det medfører manglende fleksibilitet og tilgjengelighet, redusert tid til samhandling, for stort arbeidspress og opplevelse av å ikke gi godt nok behandlingstilbud til pasientene.

Det har vært en dreining mot økt kommunalt ansvar, uten økte ressurser og ofte manglende kompetanse. Skal tjenestetilbudet fungere bedre i praksis må det driftsmessig legges til rette for at poliklinikker i spesialisthelsetjenesten kan arbeide oppsøkende – sammen med resten av lokalt hjelpeapparat.

Det er behov for å vurdere om skjerming for inntektskrav kan være hensiktsmessig. Et alternativ kan også være å endre kriterier for honoreringer/ inntjening slik at mange mindre omfattende pasientkontakter vektas mot langvarig og sammensatt innsats for pasienter som trenger nettopp det. Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus må ikke ha makstid på forløpene. Det kan fort bli en hindring for å gi et adekvat og virksomt tilbud til personer med langvarige og sammensatte behov. Eksempelvis kan det for personer med ROP-lidelser ta flere måneder, i verste fall kanskje år, før man kommer et steg videre utover å skape en samarbeidsplattform, hindre kriser med mer.

Det er viktig at en begrenser en «juridisk fryktkultur» i helsetjenestene, som typisk kan være assosiert med behandlingsarbeid knyttet til selvmordsfare, alvorlig selvskading, overdoser, og fysisk utageringspotensiale, og der tjenestene jobber «sjekklisterbasert», ofte for «å dekke egen rygg» men ikke tar høyde for den enkelte pasient sitt individuelle behov. Grunnlaget for beslutninger må hvile på helsefaglige vurderinger og en kunnskapsbasert praksis. Rammene er hensynet til pasienten og dennes omgivelser. Det ligger likevel en fare i å bruke for mye energi på å beskytte seg mot negative tilbakemeldinger eller unngå å ta ansvar for personer som har vedvarende risiko knyttet til seg. Dette kan utløse ansvarsfraskrivelse og ansvarspulverisering mellom tjenester og øker risikoen for ikke å ta i bruk rett tjenestenivå og manglende helhetlige intervensjoner, og kanskje også økt bruk av tvang, for å være på den sikre siden.