

Kjernerud, 2. mai 2023

Svar på høring fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) om Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

NKROP takker for muligheten til å gi våre innspill til denne offentlige utredningen. I svaret har vi vektlagt områder vi mener er spesielt viktig for vår målgruppe: tjenester til mennesker med et samtidig rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse. Vårt svar er bygget opp rundt følgende overskrifter:

Utdanning og kompetanseutvikling

- Personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser (ROP) har ofte store og sammensatte problemer, og de trenger innsats fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Mange har behov for tjenester fra ulike tjenesteaktører på begge forvaltningsnivåene. En av de største utfordringene for denne gruppen er det fragmenterte tjenesteapparatet og behovet for at tjenestene samarbeider og samhandler. Dette utfordringsbildet er beskrevet i ulike offentlige utredninger og i forskning. Samhandling krever samhandlingskompetanse, og at tjenestene har de nødvendige rammebetingelsene (lovverk, digitale kommunikasjons-systemer, tverrfaglig kompetanse mm). Det er viktig at personer med ROP får lik tilgang til tjenestene, og at kvaliteten på tjenestene er like gode som for andre samfunnsborgere. For personer med ROP er det spesielt viktig med tverrfaglighet i tjenestene, og at de får dekket ulike behov. Det krever tverrfaglig kompetanse og kunnskap som ofte gis fra ulike profesjoner. Dette bør berøres eksplisitt i utredningen.
- Det er behov for å videreutvikle tverrfaglig kompetanse i kommunene og spesialisthelsetjenesten, særlig når det gjelder tilbud til personer med ROP og som har store og sammensatte problemer. Vi vil framheve kunnskap om modeller for integrert behandling som ACT, FACT og integrert dobbeltdiagnosebehandling (IDDT) som rammeverk og plattform for helse- og velferdstilbudet til personer med ROP-lidelser. Det er viktig å sørge for at denne typen kunnskap og kompetanse gjøres tilgjengelig, både i urbane og rurale regioner.
- Flere av avsnittene berører **samhandling og tverrfaglighet**: Det blir viktig å sørge for helse- og sosialfaglig kompetanse tilknyttet FACT-team og andre samhandlingsmodeller, særlig i rurale regioner. Det er behov for å styrke tilgangen til sosialfaglig personell. Videre er det sentralt å se utover helse- og omsorgstjenestene for en helhetlig forståelse

av tilbudet til personer med ROP-lidelser. Betydning av arbeid og boforhold for psykisk helse og rusmiddelbruk, som for eksempel IPS-konsulenter i helsetjenestene, tverrfaglige samarbeid med kriminalomsorgen for å sikre god oppfølging av helse for personer i kontakt med kriminalomsorgen, og for å sikre overganger som for eksempel løslatelse fra fengsel. Vedrørende riktig bruk av kompetansen til de ansatte og styrking av generalistrollen er det viktig å dra nytte av erfaringer fra ACT og FACT som viser at det er nettopp styrking av spesialistrollene som ikke er tradisjonelle fagdisipliner, som er utfordrende. Det bør være noen med ekspertise innen et felt i tverrfaglige samarbeid, men som er fleksibel og kan gjøre generalistarbeid. Det bør i så fall være oppmerksomhet på at man opprettholder fokuset på både spesialist- og generalistrollen. Dette bør også gjenspeiles i utdanninger av personell som skal eller allerede jobber i tjenester til personer med ROP-lidelser.

- Vi etterlyser at det står mer om behovet for å styrke og verdsette egenerfaring i tjenestene (egenerfaring som bruker og pårørende), og som kan supplere tverrfagligheten. Erfaringskonsulenter bør få formelt tilbud om utdanning (grunnutdanninger, videreutdanning) som et eget karriereløp. Det er viktig for å videreutvikle erfaringskompetansen, og det kan være en viktig tilførsel for å ivareta oppgavene i tjenestene. Erfaringskonsulenter utvider tverrfagligheten, særlig for personer med ROP. En kan også på denne måten få inn nye erfaringskonsulenter.
- Unge med store og sammensatte problemer og unge (psykiske problemer, skole, sosialt, rusproblemer mm) krever tverrfaglighet og høy kompetanse, og at tjenestene samhandler (vertikalt og horisontalt). Innstillingen bør si noe mer om hva som kreves for å få til godt forebyggende arbeid (primær-, sekundær og tertiærforebygging). Dette inkluderer også en gjennomgang av juridiske og teknologiske problemstillinger som hindrer godt samarbeid mellom tjenester i ulike enheter og forvaltningsnivå, og en helhetlig forståelse som inkluderer de unges nettverk.

Digitalisering og teknologisk utvikling

- Digitalisering er spesielt krevende for ROP-gruppa da de ikke har nødvendig tilgang til digitale hjelpemidler eller nødvendig kunnskap om bruk av løsningene. De er ofte i krisesituasjoner, og i situasjoner som krever ansikt til ansikt-kontakt. Det finnes gode digitale løsninger som kan benyttes i samspeillet mellom ansatte i de kommunale tjenestene, brukeren selv og spesialisthelsetjenesten. FACT-team i rurale regioner er gode eksempler på dette. Det er stort behov for en gjennomgang av det juridiske rammeverket og de digitale løsningene som skal brukes. Erfaringer fra ACT og FACT viser til store juridiske hindringer for å bruke aktuelle digitale løsninger for å komme i og beholde kontakt med personer som er vanskelige å nå for de ordinære, ofte kontorbaserte tjenestene.

Organisering av helse- og omsorgstjenestene

- Vi synes det er et godt forslag at en opphever skillet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. ROP-gruppa blir ofte kasteballer i et fragmentert tjenestesystem, og er spesielt skadelidende i dagens tjenestesystem. Tjenestene bruker mye ressurser på samhandling.

- Finansieringsordninger hindrer samhandling, tverrfaglighet og kunnskapsbasert oppfølging og behandling, og det gjelder særlig for ROP-gruppa. Et eksempel: i Ansvarsgruppemøte med to personer fra spesialisthelsetjenesten, kan det kun registreres én refusjon av HELFO-takst. Det er også kun en takst hvis to fra et samhandlingsteam reiser ut til pasienten. Dette fører til at tverrfagligheten reduseres.

Rekruttere og beholde ansatte i tjenesten

- «Hus-hytte» - kombinerte stillinger kan være et viktig tiltak, men erfaring fra FACT-team er at man ikke bør ha for små stillinger spredt rundt på for mange tjenestesteder eller enheter. Slike stillinger kan medføre ansvarspulverisering, lav grad av tilfredsstillelse for helsepersonell, økt gjennomtrekk av ansatte i enheten eller teamet og ustabilitet i kontakt med personer i ROP-gruppa, som er særlig sårbare for diskontinuitet i kontakten.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester

- Kommentarer til spesielt tre forhold: i) at personellmengden i helse- og omsorgstjenestene ikke skal økes, og ii) at visse typer behandling skal prioriteres ned. Dessuten kanskje et tredje forhold: iii) at tjenesteyting fra det offentlige (stat/kommune) likestilles med private tjenester.

Til disse tre punktene:

- i)** Behovet for personell vil sannsynligvis øke, dels pga. økende antall eldre og pleietrengende (vi har ikke nådd toppen av "eldrebølgen" og den vil vare en lengre periode enda) og økende muligheter for å behandle alvorlig sykdom (som livsforlengende behandling ved kreft og andre potensielt dødelige sykdommer). Anbefalingen om at personellmengden ikke skal øke, er mer en politisk prioritering enn en demografisk eller økonomisk nødvendighet. Tilrettelegging for økt sysselsetting i samfunnsnyttige sektorer (som helse/omsorg) kan gjøres (lønn, arbeidsforhold, bemanning, vaktordninger osv.) samtidig som det politisk kan settes begrensninger for lite samfunnsnyttige sektorer (luksuspregede tjenester osv.). Positive virkemidler med bedre forhold i offentlig samfunnsnyttig tjenesteyting vil være viktigst, men begrensning av f. eks. private helsetilbud kan være aktuelt for å begrense personelltap i det offentlige.
- **ii)** Den medisinske utviklingen vil fortsette og det å gi befolkningen muligheter for å ta del i disse framskrittene innenfor en i hovedsak gratis offentlig helse/omsorgstjeneste er svært viktig. Dette gjelder både avansert behandling som kreftbehandling, men også bedre behandling til folk med lidelser som medfører fattigdom og sosial marginalisering som ruslidelser, psykiatri og ikke minst ROP-lidelse. Det å sikre befolkningen tilgang til slik god behandling er viktigere enn å begrense offentlige ressurser til unødvendig og ikke evidensbasert behandling (selv om dette også vil være aktuelt). Å begrense eller redusere delen av den samfunnsøkonomiske "kaka" som skal gå til helse og omsorg, vil være et politisk valg, ikke en økonomisk nødvendighet.

- **iii)** Likestilling av offentlig og privat tjenesteyting i helse/omsorgs-sektoren. Dette kan lett føre til en utarming av offentlig satsing i denne sektoren, noe som særlig kan ramme marginaliserte grupper som trenger omfattende og ressurs- og personellkrevende behandling, som ROP-gruppa. Det vil alltid være folk med midler og ressurser som kan kjøpe private tjenester, og dette vil kunne føre til en tapping av personell fra offentlige tjenester til det private. Dette vil igjen i sterkeste grad ramme de mest marginaliserte. Dette vil i bunn og grunn dreie seg om vi skal ha et” velferdssamfunn bygd på likeverd og like rettigheter” eller et” forskjellssamfunn der penger og ressurser er bestemmende for hvilke tjenester man kjøper seg”.