

Opptappingsplan for psykisk helse

- Innspill fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

Nasjonale kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) takker for invitasjon til å komme med innspill til ny opptappingsplan for psykisk helse. 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 ny Opptappingsplan for psykiske helse må ha et overordnet mål om å sikre bedre samsvar mellom befolkningens behov for nødvendig psykisk helsehjelp og de offentlige tjenestene som tilbys. Opptappingsplanen bør ha en særlig oppmerksomhet på personer med alvorlige, langvarige og sammensatte behov.

Helt sentralt er det at en ny opptappingsplan bidrar til varig styrking av det psykiske helsearbeidet i hele landet. Opptappingsplanen bør bidra til at psykisk helse og livskvalitet inngår i et nasjonalt og lokalt folkehelsearbeid, forebygging og tidlig intervensjon. Befolkningen må ha lik tilgang til nødvendig psykisk helsehjelp i sin kommune, og hvor det foreligger tilstrekkelig kompetanse til å utrede og behandle psykiske problemer og lidelser.

Den forebyggende innsatsen bør forsterkes, likeledes tidlig indentifisering av rus- og psykisk helseproblemer, særlig hos ungdom og unge voksne. Det bør blant annet innebære en forsterket innsats på de arenaene hvor ungdom oppholder seg til daglig og en styrking av allerede etablerte tiltak som blant annet SLT-ordningen, ungdomskontakt, skolehelsetjeneste med mer. I tillegg er det viktig å sikre kompetansen hos nøkkelpersonell og vektlegge oppsøkende virksomhet. Forebyggende tiltak må være organisert og dimensjonert slik at de oppleves som tilgjengelige av de som er brukere av tjenesten/ tilbudet.

Helsetjenestene må tilbys helhetlig og samtidig fra relevante tjenestenivåer, fagområder og sektorer. 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 like god helsehjelp. Fastlegene behandler svært mange særlig voksne mennesker med lettere psykiske plager og henviser til spesialisthelsetjenester for rus / psykiatri. En opptappingsplan for psykisk helse 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.

Hvis alle skal ha likeverdige tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi, alder og bosted, må utsatte grupper skjermes mot egenandeler. For utsatte grupper kan egenandelene føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy. Støtte til frikort og bedre og enklere tilgang til tannbehandling vil være gode tiltak.

Utfordringsbilde, risikoområder og innspill til forbedringer

Det finnes både organisatoriske, juridiske og økonomiske hindringer samt kunnskaps- og holdningsmessige hindringer som må løses for å legge til rette for et bedre og mer virksomt

tjenestetilbud for personer med rus og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Allianse, relasjonsbygging og det å hindre dropout må sees på som viktige mål for tjenestene når det gjelder disse gruppene. Tilbudet i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten må ses, organiseres og dimensjoneres i sammenheng. Det samme gjelder for døgntilbud, polikliniske og ambulante tjenester.

Det er viktig at en begrenser en «juridisk fryktkultur» i helsetjenestene. 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.

1: Fragmenteringen i helse- og velferdssektoren er en stor utfordring.

Det er sentralt å få presisert at alle innsatser 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 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.

Vi har i dag et tjenestesystem som vanskeliggjør oppfølging av personer med langvarige og komplekse lidelser fordi man ikke har tatt høyde for tidsperspektivet – at ting vil variere på vegen 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.

Organisering av tjenester i team på tvers av enheter og nivåer ville være et viktig bidrag for å forbedre den samlede tjenesten til brukere / pasienter. Det er gjort en rekke forsøk med ulike tjeneste- og samhandlingsteam, eksempelvis ACT og FACT team. Det er mye nyttig erfaring og kunnskap å hente ut fra disse forsøkene. Teamorganisering burde være normen og ikke unntakene når det gjelder tjenester til mennesker med sammensatte og omfattende behov. Så ligger det fortsatt noen 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 dette behov for tilgjengelighet kan sees opp mot arbeide 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 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 beskrives for eksempel i behandlingsmanualen for integrert behandling (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 et program som IPS (individuell jobb støtte), et program for arbeid til personer med alvorlig psykisk lidelse (og ofte rus), forstås som behandling og dermed helsehjelp. Vi henviser her til brev fra NKROP og NAPHA av 24. mai 2022: «Bekymring vedrørende fremtiden for individuell jobb støtte (IPS) i Norge».

En snever forståelse hvor en skiller på arbeid, aktivitet og helsehjelp er 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 og bedring av rus og psykiske lidelser.

2: Mennesker med ROP-lidelser har komplekse og sammensatte utfordringer

Psykiske lidelser kjennetegnes av sammensatte årsaksforklaringer. Ofte opptrer flere lidelser (somatiske, psykiatriske, rusmiddelmissbruk) 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 på mange måter sårbare mennesker. 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 «kasteball» i systemet hvor 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 underliggende 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 at 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) akutt opphold, 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.

I Riksrevisjonens gjennomgang 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 og NAV-arbeid hindres av juridiske, digitale og økonomiske forhold. Det er viktig at en ser på handlingsrommet, og hvilke løsninger som er mulig å for å komme i mål. Det er stort behov for digitale løsninger som fremmer samhandling, og dette utfordrer også jussen. Det er behov for en gjennomgang av jussen opp mot faglige samhandlingsbehov. Juss og pasientrettigheter er viktig, og lovverk bør utformes slik at det er en pådriver og fremmer muligheter for god faglig samhandling på et godt juridisk grunnlag.

I opptrappingsplanen må mennesker med ROP-lidelser vies særlig oppmerksomhet. Som gruppe er dette mennesker som i liten grad har tilgang til kunnskapsbasert behandling og oppfølging. Rapport fra FAFO viser at dette er en gruppe mennesker som har fått det verre 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. Det er behov for betydelig bedre koordinering mellom somatiske og psykiske helsetjenester. Det er en forutsetning for at mennesker med rus og psykisk helseproblemer får et likeverdig helsetilbud.

3: Adekvat og tilgjengelig behandlings- og tjenestekapasitet

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.

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 akuttinnleggelsler, og over tid et økt ressursbehov fra helsetjenesten. Resultatet er derfor både en dårligere behandlingsintervensjon og en dårlig utnyttelse av behandlingsressursene i tjenestene.

Innleggelse i døgnenheter er en helt nødvendig del av behandlingsforløpet for en stor del av ROP-pasientene. 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. 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. 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 mot pasienter som trenger nettopp det.

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. 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 viktig at involverte aktører og myndigheter ser på ulike muligheter, ikke bare begrensninger. 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.

I arbeidet med ACT/ FACT- opplæring og evaluering av teamene har man identifisert ulike utviklingstrekk og risikoområder som det er viktig å være oppmerksom på i det videre arbeidet med å etablere slike samhandlingsteam. Flg. utviklingstrekk og risikoområder vil en særlig gjøre oppmerksom på:

«Sidetunge» team: Arbeide for at teamene i størst mulig grad forblir likeverdige samhandlingsteam med ansatte fra både kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten. Demme opp for at team utvikler seg i en retning av å bli «rene» kommunale eller spesialisthelsetjeneste team. Det må flagges høyt at den formaliserte samhandlingen mellom 1-2.linjetjenesten er sentral i etablering og drift av ACT/FACT-team i Norge. Ved å ta i bruk slike modeller for denne gruppen innbyggere kan vi redusere risikoen for at de – slik situasjonen er i dag - «faller mellom stoler».

Manglende fokus på funksjon, rus og levekår: Sikre at FACT-team opprettholder et stort fokus på funksjon (dårlig fungering) ved inntak av brukere i teamene, at de også inkluderer personer med mistanke om alvorlig psykisk lidelse og personer med alvorlige rusproblemer. Teamene må i sin oppfølging ha en sterk innsats rettet mot sentrale levekårsområder til den enkelte bruker/pasient.

FACT-team med et overdrevent fokus på diagnose, og med en for snever behandlingstilnærming, kan av kommunene risikere å bli opplevd som for utilgjengelige og lite nyttige i forhold til de brukerne kommunene opplever størst behov for tett samhandling rundt.

For mange små deltidsstillinger umuliggjør et fleksibelt arbeid med intensivt kontakt i kritiske perioder. Det er også viktig å se på krisearbeid og integrering i lokalmiljøet med utgangspunkt i muligheten for kontinuitet i oppfølgingen. Hvis teamene kun er bemannet med små deltidsstillinger og kun er tilgjengelig i ordinær åpningstid vil de ikke kunne jobbe når målgruppen har behov. Ungdom skal inn i skolehverdag, og helst redusere fraværet i arbeidslivet, eller sørge for tilknytning der. Det går ikke når teamene kun er åpne fra klokka 08.00-16.00. Ungdommene ønsker hjelp til å benytte seg av ordinære fritidstilbud som kino, gå på fotballkamper, kulturelle arrangementer med mer. Dette skjer sjelden på dagtid mandag – fredag. Mange personer med alvorlig rusproblemer kan også ha utfordringer med å møte teamene i ordinær åpningstid. Dette er understreket i intervjuene som innhenter erfaringer fra brukere og deres pårørende.

Destruktiv bruk av prioriteringsveileder: Hindre at prioriteringsveilederen blir en barriere som hindrer personer med behov for FACT-oppfølging i å bli tatt inn i teamet ut i fra kost/nytte kriterier. Dårlig fungering, uavklart diagnostisk status, lang historikk med dropout/«ikke møtt» og en rekke tidligere behandlingsforsøk, kan og bør ofte være sentrale inntakskriter for å få oppfølging fra et FACT-team, fremfor å bli momenter som begrunner avslag på en henvisning.

Lavere antall brukere/pasienter i teamene: I Norge er det satt et lavere tak på antall brukere i FACT-team enn i Nederland. Den norske modelltrofasthetsskala anbefaler at team med 11-12 årsverk ikke har mer enn 100 brukere. Tilsvarende anbefalinger i Nederland er 200+. Denne norske tilpasningen er blant annet begrunnet i geografiske forhold (lange reiseavstander og opptaksområder med lavt innbyggertall), ulik organisering av helse- og sosialtjenester, samt for å sikre norske FACT-team rammevilkår som gjør at de kan oppfylle de samme kravene rundt teamtilnærming og kontaktfrekvens som nederlandske team.

Skalaen for måling av modelltrofasthet er endret nå i 2022. De fleste FACT-team i Norge (rundt 70-team per august 2022) er etablert med et utgangspunkt i det «gamle» taket på antall i teamene og antall stillinger per bruker. Endringen medfører at norske FACT-team i tiden fremover potensielt kan bli dyrere å drifte, målt per bruker i teamet. Fremover blir det derfor viktig at denne endringen gis ryggdekning fra sentrale myndigheter (eventuelt også gjennom økonomiske virkemidler) for å understøtte begrunnelsen for denne endringen og motvirke at team eventuelt risikerer å bli nedlagt fordi de oppleves å være for dyre i drift.

Manglende reduksjon av døgnplasser: Den nasjonale evalueringen (mai 2020) av de 7 første FACT-teamene i Norge, viste en betydelig nedgang i antall liggedøgn ved døgnavdelinger i psykiatrien for

brukere i FACT, særlig liggedøgn på tvang. Fremover er det viktig at vi ikke «ser oss blinde» på dette kriteriet i vurderinger av effekter for opprettelse av FACT-team. Det er en rekke andre faktorer som er vel så viktige å vektlegge, som eksempelvis brukere og pårørendes subjektive opplevelser rundt FACT-oppfølgingen: bedre fungering, bedre somatisk helse, økt tilknytning til sosiale nettverk, bedre og mer stabile boforhold med mer.

Det er viktig å understreke at norske FACT-team trenger god tilgang til døgnplasser, eksempelvis brukerstyrte senger. Etablering av team kan også medvirke til økt bruk av døgnplasser da teamene gjennom sin proaktive og oppsøkende arbeidsmetodikk «avdekker» behov som tidligere var skjult for slik statistikk. En manglende reduksjon i bruk av døgnplasser bør derfor ikke bli brukt som et argument for at teamet eventuelt ikke har en «effekt» - effekten kan være et mer tilpasset tilbud som over tid vil sikre fremgang for den enkelte.

Utfordringer knyttet til vold, farlighet og raskere utskrivninger fra sikkerhetspsykiatrien: Behandlingskapasiteten til sikkerhetspsykiatriske døgnplasser har stort sett ligget på samme nivå i lang tid. Samtidig dømmes flere til tvungent psykisk helsevern og andelen som følges opp utenfor døgninstitusjon er stigende. Norske ACT og FACT-team følger i dag opp mange personer med volds – og farlighetsproblematikk og det etableres egne sikkerhetspsykiatriske FACT-team. Fremover må vi følge tett med på denne utviklingen og parallelt sikre at ansatte i teamene har – og får nødvendig kompetanse, veiledning og støtte for å håndtere denne utviklingen på best mulig måte.

Krevende rekruttering av spesialister: psykiatere og psykologer: Mange FACT-team strever med å få rekruttert spesialister. ACT og FACT-team i Norge trenger på lik linje med mange andre behandlingstiltak i hjelpeapparatet i samme situasjon all den oppbakking de kan få fra sentrale helsemyndigheter for å bedre denne situasjonen og lette tilgangen på disse sentrale faggruppene. FACT-team uten disse funksjonene, vil i prinsippet ikke være reelle FACT-team. Det må også presiseres at psykiatere må ha kompetanse på rusbehandling, inklusive LAR.

Sårbarhet i oppbygging av felles faglig plattform: En utfordring knyttet til å ha spesialister i små prosentstillinger er at team tidvis kan streve med å få disse funksjonene med på sentrale opplæringsamlinger med formål å skape en felles faglig plattform blant alle ansatte i teamet rundt sentrale momenter i det å skulle være – og fungere som et ACT/FACT-team. Kostnader og tidsbruk knyttet til slik aktivitet kan av ledelsesnivåer bli ansett som mindre relevant enn tradisjonelle spesialistoppgaver og dermed bli nedprioritert. Ettersom en spesialist i ACT/FACT team ofte vil ha en fremtredende rolle i teamet, kan det bli en utfordring hvis denne ikke drar i samme retning/arbeider etter prinsippene i modellene. Det er derfor viktig å sikre tverrfaglig deltagelse, også gjennom tydelige statlige styringssignaler.

Eventuelle konsekvenser med «spissende» FACT-team: Målgruppebeskrivelsen for FACT er i utgangspunktet bredere enn målgruppen tiltenkt for ACT-team, og inkluderer dermed flere problemområder som ansees å være en alvorlig psykisk lidelse enn kun psykose og bipolaritet. I tråd med dette vil et FACT-team i utgangspunktet være et team som gir et tilbud til personer med en rekke ulike alvorlige psykiske lidelser, som parallelt har et lavt funksjonsnivå på mange livsområder.

Vi har mange slike team i Norge, men det er likevel en tendens at det også etableres stadig flere team som «spisser» seg mot enkelte diagnosegrupper, problemområder eller aldersgrupper (Eks.vis FACT-Psykose, FACT-Rus, FACT-ROP, FACT-Allmenn, FACT-Sikkerhet, FACT-Eldre, FACT-Ung). Dette trenger ikke være problematisk, men vi bør likevel følge med på utviklingen for å sikre at mennesker med behov for oppfølging fra et FACT-team, faktisk har en reell tilgang til et slik tilbud. Jo spissere målgruppe/inntakskriterier et FACT-team har, desto trangere nåløye skal brukeren igjennom for å kvalifisere seg inn i teamet.

Skjev fordeling av inntjening: ISF er en viktig inntektskilde for norske ACT/FACT-team som har sin forankring i spesialisthelsetjenesten. Selv om finansieringen av kommunene og spesialisthelsetjenesten er ulik, er det uheldig at inntjeningen kun tilfaller den ene parten i driften av slike samhandlingsteam (inntjening til spesialisthelsetjenesten for sine ansattes aktivitet i teamet). Det er samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten som er virksom.

Det bør diskuteres hvorvidt ISF-finansiering er en hensiktsmessig måte å delfinansiere driften av slike samhandlingsteam på, hvor intensjonen er at teamene har ansatte fra ulike tjenesteaktører.

Behov for forsterket oppfølging av innsatte: Det er behov for forsterket oppfølging av innsatte og bruk av alternativ straffeoppfølging og tilgjengelig behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Innsatte i fengsel tilbys i liten eller ingen grad utredning og behandling i fengsel. Det gir en fare for at en del personer har en ubehandlet alvorlige psykisk lidelse gjennom sin soning. Mer tilgang til kunnskapsbasert tilbud, behandlingspersonell og generell helsehjelp under soning vil øke sannsynligheten for bedring av livskvalitet etter soning, forebygge helsemessig tilbakefall, samt forebygge tilbakefall knyttet til kriminalitet / nye soninger.

I opptrappingsplanen for rusfeltet var et av hovedmålene å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsreformer. I den tredje statusrapporten fra opptrappingsplanen vises det til en positiv utvikling ved at det er etablert flere rusmestringsenheter i fengslene. Narkotikaprogram med domstolskontroll er blitt permanent, og er implementert i store deler av landet, det er flere iverksatte dommer og det er flere saker med ungdomsstraff og oppfølging. Men heller ikke her er det et entydig bilde. Det er en betydelig reduksjon i antall personer som soner utenfor fengsel etter straffelovens §12 – soning i behandlingsinstitusjon. Det er behov for en egen utredning av hvordan slike programmer kan utvikles videre. Samtidig bør det forskes på effekten av slike programmer.

I manualen for integrert behandling (IDDT) omtales løslatelse fra varetekt eller fengsel som en svært sårbar situasjon for personer med ROP-lidelser. De kan bli løslatt uten at de har nødvendig på plass blant annet bolig, inntekt, behandlingsopplegg, jobb med mer.