



## Høring

### «Nasjonalt pasientforløp psykiske lidelser, barn og unge»

Høringssvar fra Nasjonalt implementeringsteam for FACT ung (v/ NAPHA)

**Dato: 02.05.2024**

**Vår ref.: 29/2014**

Nasjonalt implementeringsteam for FACT ung (NIT ung) vil takke for muligheten til å delta i høringen om Nasjonalt pasientforløp psykiske lidelser, barn og unge. Vårt innspill vil hovedsakelig bygge på vår kjennskap til FACT ung-teamene, som vi har fulgt med implementeringsstøtte helt siden det første teamet startet opp. Vi har hatt dialog med noen teamledere og med ungdomspanelet til NIT ung i forbindelse med høringsinnspillet.

Vi har organisert vårt innspill i to deler. Først kommer noen innledende kommentarer, og deretter våre innspill på de etterspurte områdene, organisert etter de ulike aktivitetene i pasientforløpet.

- Er endringene i tråd med målsettingen om å forenkle forløpsarbeidet for tjenestene?
- Er bruker- og pårørendemedvirkning ivaretatt i aktivitetene?
- Er samhandling ivaretatt i aktivitetene
- Er forløpet tilstrekkelig tilpasset den enkelte pasients situasjon, ønsker og behov?
- Dekker kodene det som er viktigst for å oppnå kvalitetsforbedring i tjeneste?
- Er innføring av endringene gjennomførbare, eller ser dere noen utfordringer ved implementering?

## Innledning

### Målsettinger og målgrupper bør beholdes

Først og fremst synes vi det er positivt at de opprinnelige målsetningene for pasientforløpet er beholdt. Dette er slik vi ser det gode mål på kvalitet, og gode mål å strekke seg etter.

Vi stiller oss også bak alle målgruppene som beskrives, og ønsker spesielt å trekke frem betydningen av at ansatte og ledere i kommunenes helse- og omsorgstjenester er tydelig definert som målgruppe. De er sentrale i mange av aktivitetene som beskrives. I tillegg gir det et viktig signal om at tjenesteutøvelsen i større grad bør skje på tvers av tjenestenivå, og at dette er et ansvar som påligger

både kommuner og spesialisthelsetjeneste. Dette er av særlig betydning for FACT ungs målgruppe, og for medarbeidere i FACT ung-teamene, som har ansettelse i begge tjenestenivå.

Det er også bra at det tydelig redegjøres for kunnskapsgrunnlaget, at klinisk kunnskap og brukerkunnskap er ilagt så stor vekt, og at det er åpenhet om vurderingene knyttet til manglende forskning.

## Helsedirektoratets publikasjoner bør gjenspeile sentrale helsepolitiske satsinger

I dokumentet «Notat om forenkling av registrering og rapportering i nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus» (s. 8) heter det at «Anbefalt forløpstid for utredning er ulik for ulike forløp og tilstander, og forskjellige avhengig av om pasienten mottar behandling i døgnbehandling eller i poliklinikk. FACT ung er verken døgnbehandling eller poliklinikk, men en betydelig helsepolitisk satsing på oppsøkende og samhandlende team, over flere år. For å understøtte satsingen bør FACT ung nevnes gjennomgående, på lik linje med døgnbehandling og poliklinikk. Det gjelder for så vidt både her og i alle helsepolitiske normerende publikasjoner.

## Er endringene i tråd med målsettingen om å forenkle forløpsarbeidet for tjenestene?

### Støtter mer fleksible forløpstider og mindre koding

Vi ser det som hensiktsmessig å endre til mer fleksible og differensiert forløpstider, og krav til koding. Det gjør det mulig tilpasse forløpet til den enkelte ungdom i større grad. Sett fra et FACT ung-perspektiv er det viktigste at fristene eller rekkefølgen ikke hindrer den fleksible og individtilpassede oppfølgingen, som er selve fundamentet til FACT ung-modellen.

De ulike fasene i pasientforløpet passer i utgangspunktet godt for FACT ung, og forløpet gjør det mulig å følge med på utviklingen, sikre fremdrift, og legge til rette for god kvalitet i behandlingen.

Tidskravene i det opprinnelige forløpet ble derimot oppfattet som urealistiske og stringente, og forløpene har derfor vært lite brukt i FACT ung. For korte tidsfrister har vært til hinder for å kunne følge pasientforløpene. Teamene har brukt lang tid på kontaktetablering, ofte på grunn av manglende tillit hos både ungdom og familier. Langvarige forløp uten fokus på avslutning er det vanligste. Noe av grunntanken i FACT ung er at ungdom ikke skal avsluttes så snart man ser bedring eller stabilitet, men at de skal ha det samme team/samme case-manager med seg over lang tid. Begrunnelsen er at fungering og symptomer ofte svinger for mange av ungdommene som har de mest komplekse og sammensatte problemene.

For FACT er det av grunnene nevnt over nødvendig å gjøre kartlegging, utredning, og arbeidet med behandlingsplan mye mer fleksibelt enn slik det opprinnelige pasientforløpet skisserte. Kartlegging, utredning, behandling og evaluering i FACT ung foregår som oftest mer dynamisk på «litt ulike steder» i forløpet. Det går litt «hånd i hånd», og mye skjer gjennom aktiviteter man gjør sammen med ungdommene. Kartlegging og utredning gjøres som hovedregel innen 6 uker, men kan også gå over år. Det er vanlig at man etter en innledende fase med relasjonsbygging ofte kommer over i en mer strukturert og målrettet del av forløpet. Kartlegginger, diagnostiske og behandlingsmessige vurderinger og beslutninger gjøres forløpende, samtidig som forståelsen og konklusjonen må gjøres sammen med ungdommen, i et riktig tempo.

Det er derfor fint at det er skisserte en rekkefølge på ulike aktiviteter, men at det samtidig tas høyde for at det kan være vanskelig å følge i en nøyaktig planlagt tidslinje. Det aller viktigste i oppstarten i FACT ung er å knytte kontakt og skape tillit. Å haste seg gjennom utredningstiden kan skape mindre tillit og føre til avbrutte pasientforløp.

Ved å beholde pasientforløpet, men med nye, mer fleksible, tidsangivelser mener vi at det kan være mulig å gjennomføre en utredning og en diagnostisk vurdering på en god måte, i FACT ung-teamene.

## Er bruker- og pårørendemedvirkning ivaretatt i aktivitetene?

### Kapittel 3 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

*Kartlegging i forbindelse med henvisning*

#### Kartleggingen ivaretar brukermedvirkning

Nasjonalt ungdomspanel for FACT ung mener det er bra at det tas utgangspunkt i barnets/ ungdommens og/ eller foreldrenes beskrivelse av situasjonen i kartleggingen og henvisningen. Det er fint at det fokuseres på å gi informasjon til ungdommen om hva som skjer når henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Punktene det er vist til i kartlegging og utarbeidelse av henvisning ivaretar brukermedvirkning på en god måte. Vi vil særlig trekke fram viktigheten av presiseringen av å kunne bistå ungdommen med å skriftliggjøre utfordringene, hva de ønsker hjelp med, og at dette kan legges ved henvisningen.

#### Man skal gi pasienten relevant informasjon om rettigheter og nasjonale pasientforløp i et språk/ format som barnet/ ungdommen forstår

I siste avsnitt står det: «Gi *eventuelt* pasienten relevant informasjon om deres rettigheter og nasjonale pasientforløp.» I det tidligere pakkeforløpet sto det blant annet at barnet og/ eller foreldre *skal* informeres om rett til å velge behandlingssted. Avsnittene som i det tidligere pakkeforløpet som omhandlet kartlegging og henvisning, og dialog med barnet og/eller foreldre, hadde i større grad fokus på viktigheten av informasjonsutveksling og dialog. Det ble presisert at informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger. Dialog og informasjon skulle være tilpasset barnets alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, og det skulle undersøkes om informasjonen ble forstått.

Disse presiseringene savnes i det nye pasientforløpet. Tilstrekkelig med informasjon er en forutsetning for i det hele tatt å kunne medvirke, og det er en rettighet. Vi mener derfor at man i revideringen av pasientforløpet må få inn at man *skal* gi pasienten relevant informasjon om rettigheter og nasjonale pasientforløp, og at denne informasjonen må gis i et språk/ format som barnet/ ungdommen forstår.

### Kapittel 4 Utredning i spesialisthelsetjenesten

*Første samtale*

#### Savner begrepet brukermedvirkning

I det tidligere pakkeforløpet ble det presisert at brukermedvirkning er en forutsetning for å sikre god utredning og eventuell behandling. I dette høringsutkastet blir begrepet brukermedvirkning

verken trukket fram i dette kapittelet eller i noen av de andre kapitlene. Vi mener at begrepet brukermedvirkning bør benyttes i pasientforløpet, særlig med tanke på at et av målene med pasientforløpet er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet.

#### *Utredning*

### **Alle mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i samarbeid med pasienten og/eller foreldre**

I det tidligere pakkeforløpet står det i kapittelet under utredning at *alle* mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i samarbeid med pasienten og/eller foreldre. Denne presiseringen savnes i revideringen av pasientforløpet. Det tidligere pakkeforløpet vektla også betydningen av at behandler skal bidra til å etablere en trygg ramme for åpenhet og tillit, og at behandler som hovedregel bør oppfordre til at foreldre deltar og medvirker i utredningen. Vi mener at fokuset på relasjonenes betydning har gått tapt i revideringen av pasientforløpet. Evalueringen av pakkeforløpene viser at en god relasjon til behandler kan være avgjørende for at brukerne tør å medvirke i behandlingen sin.

Under kulepunktene på sentrale tema for basisutredning savnes tidligere punkt fra pakkeforløpet: «Pasientens og/eller foreldres mål, ressurser, interesser og mestringsevne».

### **Kapittel 5 Behandling og oppfølging**

Det som tidligere er påpekt om brukermedvirkning under utredning gjelder også dette kapittelet. I tillegg mener vi at betydningen av å etablere en behandlingsrelasjon gått tapt, slik som også er presisert tidligere.

## **Er samhandling ivaretatt i aktivitetene?**

### **Kapittel 3 Henvisning til spesialisthelsetjenesten**

#### *Kartlegging i forbindelse med henvisning*

### **Støtter henvisninger til konkrete samarbeidsmodeller, tydeliggjøring av kommunenes rolle og felles inntak**

Vi mener det er bra at det vises til konkrete samarbeidsmodeller knyttet til henvisning og vurdering, og slik dette er beskrevet i veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge. Det er også fint at veilederen tydelig beskriver de kommunale helse- og omsorgstjenestene sitt ansvar for å identifisere psykiske plager, og sikre en helhetlig og koordinert kartlegging, før henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Vårt inntrykk er at felles, dialogbaserte inntak fungerer bra, og at man i all hovedsak blir enige, der de har dette. Dette tenker vi blir viktige prosesser og arenaer og lære av fremover, også i andre sammenhenger, hvor det er påkrevet en likeverdig og forpliktende samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Hva er de viktigste erfaringene? Hva er det som gjør at man får det til? Hva er viktige forutsetninger som må være på plass?

Vi tenker det er fint med en presisering av at eventuelle behov for oppfølging av andre aktuelle instanser skal vurderes ved avslag om videre utredning og behandling i psykisk helsevern. Og at det ligger en tydelig forventning om at det skal opprettes samarbeid med disse.

## FACT ung som et tidlig alternativ

Her er det kun kommunene det vises til. Vi mener at det bør fremgå tydeligere at FACT ung også bør være et «førstealternativ», på lik linje med poliklinikk og kommune, og allerede så tidlig som i første samtale. Tjenestemodellene FACT og FACT ung er en stor helsepolitisk satsing, og må fremgå som et tydelig tjenstealternativ i alle deler av forløpet.

Det vil være særlig relevant for FACT ung fordi noen ungdommer, noen ganger, raskt utvikler store og sammensatte problemer. Disse vil utvilsomt kvalifisere til hjelp i et FACT-team, også uten at de tidligere har mottatt, eller vil ha nytte av, standard behandling i BUP. Da er det ingen tid å miste. Da bør FACT ung være første alternativ. Slik det er beskrevet nå kommer FACT ung først inn som et alternativ under behandling/oppfølging, *etter at* standard kartlegging og utredning er gjennomført. Det kan ta lang tid og mange ganger føre til unødig frafall fra behandlingen. Som vi tidligere har påpekt vil kartlegging, utredning og behandling være prosesser som går «litt frem og tilbake» i FACT ung. For FACT ung målgruppen vil det være mer hensiktsmessig å legge til grunn en behandlingsnettverkstenkning, enn en behandlingsskjedetenkning, hvor begge tjenestenivå er til stede samtidig. Og for de som har et åpenbart behov for FACT ung, vil det være avgjørende at teamet kommer inn så tidlig som mulig. Da vil også forløpskoordineringen bli godt ivaretatt, siden teamet har felles eierskap på tvers av tjenestenivå.

## Kapittel 4 Utredning i spesialisthelsetjenesten

### *Diagnostisk vurdering, inkludert differensialdiagnostikk*

### Diagnose bør vurderes i tverrfaglige team

I dette punktet savner vi en sterkere anbefaling om at diagnose bør vurderes i tverrfaglige team. Psykolog/lege kan stå som ansvarlig, men det er behov for å se barnet og unge i et mer helhetlig perspektiv enn hva det multiaksiale diagnosesystemet legger opp til. Ved å benytte bio-, psyko-, sosial-modell og også vurdere aktuelle predisponerende, utløsende og opprettholdende og beskyttende faktorer i et tverrfaglig team, så utløser dette en bredere og mer helhetlig behandlingstilnærming.

### *Beslutning om videre oppfølging*

I første avsnitt er det utelukkende vist til overføring til kommune, som alternativ. Her bør det også vises til FACT ung-team, jf. tidligere begrunnelser.

### *Etter beslutning*

### Samarbeidsmøter må være regelen

I pkt. 2 er det presisert at man skal *vurdere* samarbeidsmøter med ungdommen, foreldre, henviser, fastleger og *eventuelt* andre instanser. Vi ser det som helt nødvendig å trekke inn de som *faktisk* skal fortsette å jobbe med ungdommen og familien videre i det daglige. Kommunene tillegges større og større ansvar, og det er helt essensielt å få overført og oversatt kunnskapen fra utredning, diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten til der barnet og ungdommene skal leve sine liv. Forståelsen av vanskene kan ikke bli værende mellom BUP og familien alene, og oppfølgingen kan ikke utelukkende overlates til foreldrene. Kunnskapen må forankres i det videre i laget rundt barnet som opplæringssystemet, i skolehelsetjenesten, i kommunale psykiske helseteam eller hos andre aktuelle instanser. Det vil være minst like viktig med tanke på å etablere et utgangspunkt for gjensidig dialog og likeverdig samarbeid fremover, og være i tråd med kunnskap om hva som har betydning for bedring, mestring og livskvalitet.

## Kapittel 5 Behandling og oppfølging

### *Behandling*

### Tydligere og mer konkrete anbefalinger om samarbeid med andre instanser og nettverk

I første avsnitt vises det til behandlingsplanarbeidet, og at man bør involvere «relevante instanser». Når en ungdom har fått rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er det veldig ofte behov for å samarbeide tett med andre, som har mer å gjøre med barnet eller ungdommen i hverdagslivet, enn det behandleren (-e) i BUP har. Ungdommene «lever med og i sine problemer» utover de få timene de er til behandling. Det vil være avgjørende for bedringsprosesser å kunne se og følge opp ungdommene i denne sammenhengen.

Pasientforløpet bør være enda tydeligere og konkret i anbefalingene om å samarbeide tett med de som jobber i skolen, og andre deler av livet til ungdommen, slik at man i større grad kan være likeverdige, samstemte, og gå i felles retning, mot samme mål. Det kan ha stor betydning for ungdommene at nettverket rundt de kan støtte opp, også etter at spesialisthelsetjenesten har avsluttet sitt arbeid. Det kan også være forebyggende med tanke på rehenvisning til spesialisthelsetjenesten.

I slike sammenhenger kan det være mer hensiktsmessig å tenke i form av behandlingsnettverk, og ikke behandlingsskjeder.

### *Samarbeid med ambulante tjenester og døgntjenester*

### Målgruppen for FACT ung beskrives ikke iht. Helsedirektoratets egne publikasjoner

I første punkt vises det til at det bør vurderes aktivt oppsøkende behandlingsteam for personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov. Å knytte oppsøkende behandlingsteam til alvorlige diagnoser er ikke i tråd med det Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i sin tid vektla når FACT ung skulle etableres. Da ble barnet og ungdommens *fungering i hverdagslivet* tillagt større vekt.

FACT ung bør også nevnes spesielt i overskriften, på samme måte som ambulante tjenester, og døgntjenester.

### *Planlegg overgang fra ungdom til voksen*

### Viktig at aldersgrensen for BUP fortolkes individuelt, ut fra ungdommens modenhetsnivå

Det er fint at det i andre punkt er presisert at man skal vurdere om behandlingsforløpet i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) kan fortsette inntil fylte 23 år. Og at dette skal vurderes ut fra faglige og relasjonelle hensyn, hvor pasienten er i forløpet og eventuelle andre forhold. Dette vil være særlig aktuelt ved overganger mellom FACT ung og ACT/FACT voksen. FACT ung har jo et aldersspenn på 12-25 år. Kanskje burde det vært nevnt spesifikt?

### *Ved avbrudd i behandling*

Det bør presiseres at man bør vurdere andre mulige tjenestetilbud som er bedre tilpasset ungdommens ønsker og behov

I tredje punkt bør det presiseres at man bør vurdere andre mulige tjenestetilbud *som er bedre tilpasset ungdommens ønsker og behov*. FACT ung bør nevnes spesielt siden FACT ung i all hovedsak er etablert som et tilbud for ungdommer med sammensatte problemer, som faller ut av, eller ikke får et individtilpasset, sammenhengende og forsvarlig tilbud i det øvrige tjenestetilbudet. Teamene er spesielt innrettet mot å styrke tillit og knytte kontakt over tid, og bruker fleksible metoder i sin tilnærming. FACT ung bør derfor være et tydeligere valg når det skjer avbrudd i behandling, fordi de ordinære tilbudene i liten grad er tilpasset FACT ungs målgruppe.

## Er forløpet tilstrekkelig tilpasset den enkelte pasients situasjon, ønsker og behov?

### Kapittel 5 Behandling og oppfølging

#### *Behandling*

#### Behandlingsplanen må utformes i samarbeid med ungdommen

Nasjonalt ungdomspanel for FACT ung ser på det som viktig at det utformes en behandlingsplan i samarbeid med ungdommen. Det er fint at det legges opp til at man kan vurdere å lage egne behandlingsplaner tilrettelagt for det enkelte barn/ ungdom, blant annet ved hjelp av tegninger, bilder o.l. Dette bidrar til et større eierforhold til planen, noe som igjen bidrar til et større eierforhold til egen behandling. Det er viktig å påpeke at arbeidet med behandlingsplanen ikke må oppleves som et press, men at det kan være en dynamisk plan, og at man kan gjøre litt etter litt.

#### Behov for endringer i beskrivelsen av innholdet i en behandlingsplan

Ungdomspanelet savner flere punkter som bør inn i behandlingsplanen og at rekkefølgen på punktene slik de står skissert nå bør gjøres om på. Lista over punkter som skal med i behandlingsplanen involverer mye av det de omtaler som «teknisk», men lite om hva som kan gjøres for at ungdommen skal bli bedre. Det bør fokuseres mer på pasientens egne ønsker og behov og at dette er noe som bør stå aller først i behandlingsplanen. Behandlingsplanen bør i større grad også ta for seg hva som er ungdommens ressurser, interesser og hobbyer. Det bør også være mer tydelig hva som er langsiktige og kortsiktige mål.

#### Dialog rundt avslutning

Ungdomspanelet påpeker at siste punkt, «kriterier for avslutning» kan oppleves som stressene og problematisk. Fokuset på avslutning er noe man må ha en dialog om underveis, og ikke noe som bør skrives i en behandlingsplan for tidlig i et behandlingsforløp. For hyppige evalueringer av behandlingsplan og IP kan virke mot sin hensikt i FACT ung. Det kan være demotiverende og påvirke ungdommenes håp om bedring negativt. For mange ungdommer kan det være lettere å se positive endringer litt mer over tid.



## Styrke recoveryperspektivet

Nasjonalt implementeringsteam for FACT ung mener at hele kapittel 5 gjenspeiler en underliggende forståelse som er preget av et diagnostisk perspektiv. Vi har fått veldig mye ny kunnskap i det siste om at bedring skjer på mange ulike måter, og at man må tenke nytt rundt hva som er god hjelp og behandling. Blant annet gjennom brukerperspektivet og recoverytenkningen. Den tradisjonelle oppfatningen av at individuell behandling er det beste for alle, bør utfordres mer i kapittel 5, men også i andre deler av pasientforløpet.

## Dekker kodene det som er viktigst for å oppnå kvalitetsforbedring i tjeneste?

De FACT ung-teamene Nasjonal implementeringsgruppe for FACT ung har vært i kontakt med har ikke meldt om utfordringer knyttet til de foreslåtte kodene. Det viktigste er at det er mindre koding. Det er fint at det skal registreres når det evalueres, og ikke et *eksakt tidspunkt* for *når* det skal evalueres.

## Er innføring av endringene gjennomførbare, eller ser dere noen utfordringer ved implementering?

### Støtter behovet for et implementeringskapittel

Nasjonal implementeringsgruppe for FACT ung mener et nytt kapittel som omhandler virksomhetslederens ansvar kan bidra til å styrke implementering av pasientforløpet. Kapitlet er godt og konkret beskrevet. Det er bra at virksomhetens ansvar er beskrevet i form av «skal - anbefalinger», noe som tydeliggjør hvilket ansvar man har for å følge opp normerende produkter, som pasientforløp er. Vi vet at det gjøres vanskelige prioriteringer i tjenestene, og at mye utover lovpålagte oppgaver nedprioriteres.

### Flere bør involveres i forbedringsarbeid

Vårt generelle inntrykk er at det i for liten grad er jobbet med en bred og helhetlig innsats knyttet til implementering av pasientforløpet. Dette vet vi er nødvendig, når så store endringer skal initieres, og når endringene vil få store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, men også for kommunene. Slik vi har lagt opp tjenesteytingen i Norge, med to tjenestenivå, er det umulig å se for seg store endringer ett sted, uten at det får store konsekvenser for det andre.

Flere bør være involvert i forbedringsarbeidet, og i arbeidet med å evaluere kvalitet i behandling. Både både på individ- og systemnivå. Eksempelvis kommunenes helse- og omsorgstjenester, barnevern og NAV. Og så har vi stilt oss spørsmålet om kommunenes rolle og ansvar som nære samarbeidspartnere også bør beskrives i det innledende avsnittet i kapittel 2.

Vi vil også foreslå at implementering av pasientforløpene blir en mer tydelig forventning til Helsefelleskapene fremover. De vil ha de beste forutsetningene for å styrke felles eierskap og samarbeid knyttet til pasientforløpet fremover, for både kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Gode prosesser rundt kontinuerlig forbedring på tvers av tjenestenivå vil forutsette at kodingen, og dataene knyttet til dette, også blir gjort lett tilgjengelig for tjenestene der endringen skal skje. Det vil



være avgjørende hvis man skal kunne legge opp til prosesser knyttet til lokal datadrevet tjenesteutvikling.