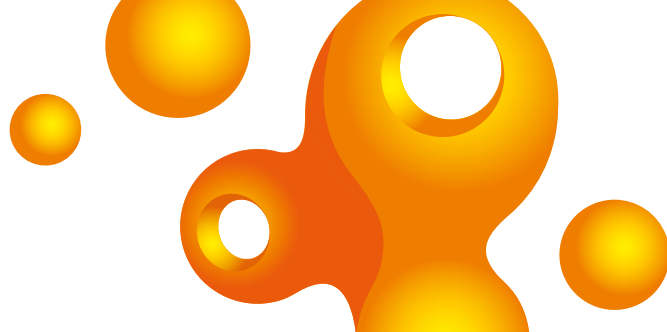


# NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR  
PSYKISK HELSEARBEID



## Potensialet for **Assertive Community Treatment (ACT)** og **Fleksibel ACT (FACT)** i Norge

**FORFATTERE:**  
Anne Landheim, Ellen Hoxmark,  
Amund Aakerholt, Kristian Aasbrenn

**Rapport nr. 3/2017**

**ROP**

Nasjonal kompetansetjeneste for  
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

 **HØGSKOLEN  
i INNLANDET**

  
**NAPHA**  
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR  
PSYKISK HELSEARBEID

**Utgitt:** 2017

**Utgiver:** Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP),  
Høgskolen i Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

**Forfattere:** Anne Landheim, Ellen Hoxmark, Amund Aakerholt, Kristian Aasbrenn

**Forside illustrasjonsfoto:** Colourbox

**ISBN:** 978-82-7570-528-8 (trykk)  
978-82-7570-529-5 (web)

**ISSN:** 1894-3756

**Design:** Melkeveien Designkontor

# FORORD

I ulike nasjonale retningslinjer og veiledere beskrives et utfordringsbilde vedrørende personer som har store og sammensatte problemer, blant annet rusproblemer og psykiske helseproblemer, og som har behov for tjenester fra mange instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Tjenestene er ofte fragmenterte og lite koordinerte, og mange av de berørte klarer ikke å nyttiggjøre seg de eksisterende tjenestene. Behovet for koordinerte, helhetlige og integrerte tjenester både innad i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er derfor stort. Blant annet fra evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse går det fram at det var ca. 4000 personer i Norge med alvorlige psykiske lidelser som ikke ble godt nok ivaretatt av de eksisterende tjenestene. Statistikk fra BrukerPlan 2015 viser at det er ca. 26 000 brukere i norske kommuner med rusproblemer og psykiske helseproblemer som har et svært lavt funksjonsnivå på flere og vesentlige områder i livet. Disse personene har behov for tjenester fra mange instanser i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Mellom 40 og 50 prosent av dem har verken individuell plan (IP) eller ansvarsgrupper. Tallene både fra BrukerPlan og Opptrappingsplanen for psykisk helse viser at det er en forholdsvis stor andel personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som har store og sammensatte problemer. Det å sikre disse personene kontinuerlige, helhetlige og integrerte tjenester er en viktig målsetting. I de siste årene har derfor helsemyndighetene satset på å prøve ut i første omgang ACT-team (Assertive Community Treatment) og deretter også FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). Begge modellene er utviklet i land med en annen kontekst, særlig når det gjelder befolkningstetthet og geografiske avstander. For å etablere slike team anbefales det et befolkningsgrunnlag på minst 40 000–50 000 innbyggere 18 år og eldre. De fleste ACT- og FACT-teamene som er etablert i Norge, finnes i mer sentrale strøk av landet. Det var derfor et ønske fra helsemyndighetene å få utredet hvor egnet

ACT- og FACT-modellene er også i mer spredtbygde strøk.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (N-ROP) har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å vurdere hvordan elementer fra ACT- og FACT-modellene kan benyttes i DPS-regioner med lav befolkningstetthet og store reiseavstander. Utgangspunktet for oppdraget var en antagelse om at bare et mindretall av landets DPS-regioner har et stort nok befolkningsgrunnlag for å kunne etablere ACT- eller FACT-team. Vi har i denne rapporten: 1) foretatt en systematisk vurdering av hvem og hvor mange som har behov for oppsøkende samhandlings-team, og 2) gjennomført regionale beregninger av potensialet for ambulerende, teambaserte tjenester rettet mot den aktuelle målgruppen gitt spesifiserte krav til befolkningsgrunnlag og aksjonsradius (maksimal reiseavstand) for teamene.

Oppdraget er gjennomført i et samarbeid mellom N-ROP og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunen (NAPHA) og med assistanse fra Høgskolen i Innlandet.

I tilknytning til arbeidet med rapporten har det vært etablert en arbeidsgruppe bestående av Kaja Cecilie Sillerud og Karin Gravbrøt fra Helsedirektoratet, Ellen Hoxmark fra NAPHA og Amund Aakerholt og Anne Landheim fra N-ROP.

Anne Landheim, Ellen Hoxmark og Amund Aakerholt har ført rapporten i pennen. Samfunnsgeograf Kristian Aasbrenn ved Høgskolen i Innlandet har utredet potensialet for ACT og FACT i Norge og har skrevet kapittel 6.

Vi håper rapporten kan gi viktige innspill til hvordan oppsøkende samhandlingsteam som ACT og FACT også kan benyttes i mindre sentrale områder av landet.

*Anne Landheim, forskningsleder Nasjonal kompetansetjeneste ROP  
Hamar, 8. september 2017*

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
Forståelse av oppdraget .....	7
Gangen i rapporten .....	8
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>9</b>
Statlige føringer .....	9
<b>3. Beskrivelse av ACT og FACT</b> .....	<b>11</b>
ACT-modellen .....	11
FACT-modellen .....	12
Forskningsresultater ACT og FACT internasjonalt og i Norge .....	14
<b>4. Brukere med behov for oppsøkende samhandlingsteam</b> .....	<b>16</b>
Hvor mange har omfattende og sammensatte problemer? .....	17
BrukerPlan .....	18
ROP-brukere .....	19
Tjenestetilbudet .....	19
Utfordringer i tjenesteapparatet .....	19
Vurdering av brukergruppen og tjenestetilbudet .....	20
<b>5. Implementering av ACT og FACT i en norsk kontekst</b> .....	<b>21</b>
Kjennetegn ved den norske konteksten .....	21
Utprøvingen av ACT og FACT i Norge .....	21
<b>6. Geografiske rammebetingelser for ACT og FACT i Norge</b> .....	<b>23</b>
Innledning .....	23
Datagrunnlaget .....	24
Hovedfunn .....	24
Kommuner og regioner som faller utenfor .....	27
Oppsummering .....	29

<b>7. Hvor stort er potensialet for ACT og FACT i Norge?</b> .....	<b>30</b>
Kriterier for å etablere ACT- eller FACT-team .....	30
I hvor mange DPS-regioner kan ACT-team etableres? .....	31
I hvor mange DPS-regioner kan FACT-team etableres? .....	31
DPS-regioner som kan etablere modifiserte FACT-team .....	32
Utfordringer og løsninger for FACT-team som har brukere utenfor nærområdet .....	32
Lange avstander – oppsøkende arbeid, teamtilnærning og krisesituasjoner .....	32
To rurale FACT-team .....	33
Lange reiseavstander – tavlemøtet, bru av IKT .....	33
DPS-regioner som ikke kan etablere FACT-team .....	34
Andre utfordringer for etablering av FACT-team i rurale strøk .....	34
Kompetanse .....	34
Flere team .....	35
Generelle utfordringer med etablering av ACT og FACT i Norge .....	35
Mangartet målgruppe og kunnskapsbaserte metoder .....	35
Hvor helhetlige tjenester skal ACT- og FACT-team gi? .....	35
<b>8. Avslutning og anbefalinger</b> .....	<b>37</b>
Oppsummering .....	37
Implementering av ACT og FACT i Norge .....	39
Konklusjoner .....	40
Anbefalinger .....	41
<b>Referanser</b> .....	<b>42</b>
<b>Vedlegg</b> Geografiske rammebetingelser for ACT- og FACT-team i Norge .....	<b>45</b>

# SAMMENDRAG

Helsedirektoratet ga høsten 2016 Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (N-ROP) i oppdrag å utrede potensialet for ACT- og FACT-team i Norge samt å vurdere en eventuell tilpasning av ACT- og FACT-modellene til rurale områder med store avstander og lav befolkningstetthet.

Med utgangspunkt i tall for kommunene som er skaffet til veie ved hjelp av BrukerPlan, er det beregnet at 26 000 personer i Norge (0,64 prosent av den voksne befolkningen) har behov for helhetlige og koordinerte tjenester fra kommunenes helse- og omsorgstjenester og fra spesialisthelsetjenestene innenfor psykisk helse og rus. Assertive Community Team (ACT) og Flexible Assertive Community Team (FACT) er anbefalt både internasjonalt og i nasjonale styringsdokumenter som organisering av slike helhetlige og koordinerte tjenester.

ACT-teamene gir tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser i psykospekteret med langvarige og ustabile sykdomsforløp, beregnet til ca. 4000 personer i Norge (0,1 prosent av den voksne befolkningen). FACT-teamene gir tilbud til personer med psykiske helseutfordringer ut over psykospekteret, inkludert målgruppen for ACT-teamene. Funksjonsnivå er like viktig som psykiske helseutfordringer, og inklusjon i teamet bygger på manglende mulighet til å nyttiggjøre seg det ordinære tjenesteapparatet samt behov for oppsøkende samhandlingsteam med et helhetlig ansvar for oppfølging og behandling.

ACT- og FACT-team i Norge er etablert som samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester. Teamene er flerfaglige og inkluderer spesialistkompetanse som psykolog og psykiater. Siden 2009 har helsemyndighetene gitt tilskudd til å opprette slike team.

## DENNE RAPPORTEN ANBEFALER:

1. Etablering ACT-team og/eller FACT-team i DPS-regioner med minst 40 000 innbyggere over 18 år og maksimum én times reisevei fra DPS-et til regionens ytterkanter. ACT-team bør opprettes når det er befolkningsgrunnlag for det. Befolkningsgrunnlaget i slike regioner utgjør 67 prosent av befolkningen. Et FACT-team i et område med 40 000 innbyggere vil ha ca. 250 potensielle brukere.
2. Etablering av FACT-team i DPS-regioner med minst 15 000 innbyggere og maksimum reisevei på én time fra DPS-et til regionens ytterkanter. Et FACT-team i et område med 15 000 innbyggere vil ha ca. 100 potensielle brukere.
3. Etablering av modifiserte FACT-team i DPS-regioner med minst 15 000 innbyggere og reisevei på over en time fra DPS-et til regionens ytterkanter. Former for modifisering beskrives i rapporten. 94 prosent av Norges befolkning bor slik at de kan nås av et ACT og/eller FACT-team.
4. I DPS-regioner som har færre enn 15 000 innbyggere, anbefales det å etablere samarbeid rundt de enkelte brukerne med utgangspunkt i prinsippene for FACT. 6 prosent av befolkningen bor i slike regioner, de fleste i Nord-Norge og på Vestlandet.

Etablering av team i det omfanget rapporten foreslår, forutsetter at dagens ressurser omdisponeres. Vellykket implementering av ACT- og FACT-modellene er imidlertid avhengig av stimulering både til utdanning av teammedarbeidere, til oppfølging av teamene og i noen tilfeller til opprettelse av team.

# 1 Innledning

Det er et uttalt politisk mål at brukere med behov for sammensatte tjenester fra flere tjenestenivåer får et likeverdig, helhetlig og integrert tilbud, uavhengig av kommunestørrelse, befolkningstetthet og reiseavstander. Behov for tjenester fra flere instanser må koordineres. De som har de største utfordringene med psykiske helse og rusproblemer, står i fare for ikke å få de tjenestene de har behov for, på den måten som er mest nyttig for dem (Ose og Kaspersen, 2017). Samtidig er det en fare for dobbeltarbeid når mange instanser er involvert. De som jobber i tjenestene, har behov for gjensidig veiledning når utfordringene blir komplekse. I sentrale strøk kan det være en utfordring at tjenestene er fragmenterte og vanskelige å få oversikt over. I rurale strøk er utfordringene heller avstanden til tjenestene og mangel på spesialister.

Fra 2007 har det vært etablert såkalte Assertive Community Treatment team (ACT-team) og senere Flexible ACT-team (FACT-team) i Norge, basert på gode erfaringer og positive forskningsresultater særlig fra Nederland, Storbritannia og USA. Teamene skal være et tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte med rusmiddelproblemer, og med store og sammensatte hjelpebehov. I Norge har disse teamene blitt etablert som forpliktende samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenestenivået. De fleste av disse er etablert i sentrale tett befolkede områder.

ACT- og FACT-modellene har vist gode resultater med hensyn til å fremme likeverdige, helhetlige og integrert tilbud til en målgruppe som det har vært vanskelig å gi et godt nok tilbud til i lokalsamfunnet. De viktigste elementene i ACT-modellen, den mest undersøkte av de to, er lav case-load, jevnlig hjemmebesøk som viktigste kontaktform, ansvar for både helse- og sosiale forhold, psykiater integrert i teamet og flerfaglige team (Molodynski og Burns, 2011).

Spørsmålet denne rapporten prøver å svare på, er

hvordan disse modellene kan benyttes i hele Norge, hvor reiseavstander, befolkningstetthet og tjenesteapparat er annerledes enn der modellene opprinnelig ble utviklet.

## Forståelse av oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ba i tildelingsbrevet for 2016 Helsedirektoratet om å vurdere hvordan elementer fra ACT- og FACT-modellene kunne nyttes i små kommuner eller distrikter med store reiseavstander og mindre befolkningsgrunnlag, der det ikke ville være naturlig å etablere ACT- eller FACT-team. Denne rapporten er svar på dette oppdraget.

Rapporten er avgrenset til å omhandle samhandlingsteam i form av ACT- og FACT-team rettet mot personer med psykisk helse- og/eller rusutfordringer som har behov for langvarige, helhetlige, integrerte og samtidige tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet la til grunn at kravet til befolkningsgrunnlag for ACT- og FACT-team gjør at slike team er aktuelle bare i de mest tettbygde områdene i landet. I denne rapporten blir denne forståelsen utfordret. I hvilken grad ACT- og FACT-modellen kan tas i bruk over hele landet, er avhengig av hvordan målgruppen for teamene defineres.

For å definere målgruppen tar vi i denne rapporten utgangspunkt i tall fra BrukerPlan<sup>1</sup>. I tillegg bygger definisjonen på erfaringer fra team som er etablert i rurale strøk. Potensielle team er definert ut fra DPS-enheter med tilgang på spesialister.<sup>2</sup>

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

1 Ved hjelp av BrukerPlan kan kommunenes helse- og omsorgstjenester kartlegge personer fra 16 år som er registrert med kommunale helse/omsorg/velferdstjenester, og som har hatt tjenester i løpet av de siste 12 måneder, og som fagpersonen vurderer til å ha et rusproblem og/eller et psykisk helseproblem. Problemet skal ha et omfang og karakter, som går alvorlig utover daglig funksjon og/eller relasjon til andre.

2 Definisjon av en DPS-enhet i denne sammenheng er «en poliklinisk voksenpsykiatrisk enhet». Valget er begrunnet med at disse skal ha god kompetanse med blant annet psykologspesialister og psykiatere.

innebar å trekke ut elementer fra ACT- og FACT-modellene for å tilpasse modellen til rurale strøk. I denne rapporten argumenteres det for at det er mulig å implementere en FACT-modell i rurale strøk, med en viss tilpasning, gitt at målgruppen for teamene defineres bredere. Det er vist at ACT-modellen er virksom, og FACT-modellen bygger på ACT-modellen. Rapporten viser at det bare er et fåtall aktuelle brukere som bor slik at de ikke kan omfattes av et ACT- eller FACT-team.

### **Gangen i rapporten**

I kapittel 2 beskrives bakgrunnen for oppdraget. Kapittel 3 gir en presentasjon av ACT- og FACT-modellene,<sup>3</sup> inkludert kunnskapsgrunnlaget og erfaringer som er gjort med bruk av modellene internasjonalt og i Norge. I kapittel 4 argumenteres det for hvilke brukere som trenger et helhetlig og oppsøkende tjenestetilbud, og antallet brukere estimeres. Vi presenterer implementeringen av

ACT og FACT i en norsk kontekst i kapittel 5. I kapittel 6 vurderes de geografiske rammebetingelsene for ACT- og FACT-team i Norge basert på befolkningsstørrelse og reiseavstand. I kapittel 7 tar vi utgangspunkt i ACT- og FACT-modellene og ser på potensialet for å etablere ACT- eller FACT-team der det er lavt befolkningsgrunnlag og store reiseavstander. Det blir gjort en vurdering av om elementer fra modellene kan benyttes der det ikke er grunnlag for å etablere slike team. I kapittel 8 oppsummerer vi hovedresultatene og viser til ulike implementeringstiltak som er iverksatt for å etablere ACT og FACT i Norge. Til slutt konkluderer vi og gir anbefalinger om veien videre for ACT- og FACT-team i Norge.

ACT- og FACT- modellene er utviklet i, og beregnet for, kommuner eller distrikter som er større og tettere befolket enn mange kommuner og distrikter i Norge. Denne utfordringen vil bli berørt særskilt i rapporten.

---

<sup>3</sup> Med modell mener vi beskrivelse av en helhetlig måte å organisere et tjeneste- og behandlingstilbud på, og med team mener vi den praktiske utformingen av modellen.



## 2 Bakgrunn

De siste 20 til 30 årene er antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten stadig blitt redusert. Samtidig har det foregått et mer eller mindre vellykket forsøk på å bygge opp lokale tilbud til brukerne<sup>4</sup> (Ose og Kaspersen, 2017). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rus, fikk tidligere stort sett behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Med dreiningen mot mer lokalbasert behandling og oppfølging er det i økende grad lagt vekt på at de to forvaltningsnivåene må samhandle for å skape helhetlige og integrerte tjenester, særlig til de brukerne som opplever de største utfordringene med tanke på psykiske helse- og rusproblemer.

### Statlige føringer

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) hadde som formål blant annet å svare ut utfordringen med at pasienters behov for helhetlige og koordinerte tjenester ikke ble godt nok ivaretatt. I sluttrapporten fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (Åm, 2015, s. 3) konkluderer utvalget blant annet med at: *«Spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester.»* Utvalget anbefalte at spesialisthelsetjenesten utviklet tjenester og samarbeidet tettere med kommunene, og at finansieringsordninger for ambulant virksomhet ble etablert.

Regjeringen la i 2015 fram stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Meldingen beskrev virkemidler som skulle bidra til å realisere pasientenes helsetjeneste, med økt brukermedvirkning og sammenhengende og koordinerte tjenester – i overensstemmelse med målene

i samhandlingsreformen. Regjeringen slo her fast at de ønsket å legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste i form av primærhelseteam med ansvar for grunnleggende helsetjenester til hele befolkningen og med oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og *Nasjonalt helse- og sykehusplan* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) bygger på samme tenkning om en teambasert helsetjeneste, der spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samhandler. I regjeringens strategi for god psykisk helse *Mestre hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), vil regjeringen sikre utbredelse av dokumenterte effektive arbeidsmåter, slik som ACT-team.

Helsetilsynet gjennomførte høsten 2015 en *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Helsetilsynet, 2016). Dette ble gjort ved at en gruppe anerkjente fagfolk gjorde kvalifiserte vurderinger av risikoforhold basert på litteratur og andre kilder. Områdene som ble vurdert som mest alvorlige, var mangel på integrert og samtidig behandling i psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), mangel på tilpasset bolig, mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering, mangel på tilpassede aktivitetstilbud og brukermedvirkning samt mangelfull vurdering av overdose, volds- og selvmordsrisiko.

I opptrappingsplanen for rusfeltet er oppfølgingsteam etter modell av ACT og FACT et av regjeringens forslag til prioriteringer i planperioden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 45): *«Regjeringen vil arbeide videre med spørsmålet om videre implementering av aktivt oppsøkende behandlingsteam. Et av de sentrale suksesskriteriene for aktivt oppsøkende behandlingsteam er at teamene er etablert som et organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom tjenestenivåene. Samtidig forutsetter ACT- og FACT-modellene et befolkningsgrunnlag, som gjør at det kun er grunnlag for å etablere team etter disse modellene i et mindretall av norske kommuner.»*

<sup>4</sup> Vi bruker både begrepene pasient og bruker i denne rapporten. Pasient brukes om personer som mottar helsetjenester, personer som mottar alle andre tjenester, blir brukere av offentlige tjenester. Derfor omtaler vi personer som behandles i og følges opp av ACT/FACT, som pasienter.

Ifølge IS 24/8-rapporteringen for 2016 (Ose og Kaspersen, 2017) bruker norske kommuner 61 prosent av sine ressurser innen psykisk helse og rusarbeid til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser (hovedforløp 3, i Helsedirektoratet, 2014). Likevel synes de største manglene, ifølge rapporten, å gjelde nettopp tilbudet til denne gruppen. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid øker, men de med de mest alvorlige og langvarige lidelsene er målgruppen flest kommuner mener ikke får et godt nok tilbud. Samtidig har døgntilbudet til den samme gruppen i spesialisthelsetjenesten de senere årene blitt bygget kraftig ned. Ifølge rapporten oppgir 106 kommuner (25 prosent) at de har oppsøkende team. Andelen med oppfølgende team stiger systematisk med kommunestørrelse. Det ble ikke flere team fra 2015 til 2016, noen team ble etablert og noen lagt ned. Kommunenes erfaringer med oppsøkende team er i all hovedsak gode, men spesialisthelsetjenesten er involvert i bare halvparten av oppfølgingsteamene.

Ulike veiledere og retningslinjer innenfor psykisk helse og rusfeltet fra de siste årene har tatt opp i seg oppsøkende samhandlingsteam som svar på utfordringene tjenesteapparatet har i samhandling og i møte med brukere med store utfordringer og som er vanskelige å nå.

Veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) peker på to forhold som er viktige når det gjelder å møte brukere med omfattende funksjonstap og sammensatte lidelser. Det ene er at tjenestene skal være varierte og lett tilgjengelige

også for personer som selv ikke oppsøker hjelp. Dette innebærer at oppsøkende virksomhet må være en tydelig del av den metodiske tilnærmingen innen lokalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre må kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeide om å styrke lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Veilederen understreker DPS som nøkkelstruktur i en desentralisert spesialisthelsetjeneste.

I *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser* (Helsedirektoratet, 2013, s. 21) står det: «*Det anbefales at personer med alvorlige psykoselidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen.*» Det samme står i ROP-retningslinjene, anbefaling 39 (Helsedirektoratet, 2012).

Helsedirektoratet utga i 2015 en *Utviklingstrekk-rapport* (IS-2314), der man ser på utviklingen av psykisk helsetjenester i et internasjonalt perspektiv. OECD framhever at Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig påpeker OECD en del forbedringspotensialer, blant annet når det gjelder oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser.

Helsemyndighetene har fra 2009 stimulert til utprøving og drift av både ACT- og FACT-team gjennom egne stimuleringsmidler. For 2017 ble det bevilget i overkant av 225 millioner kroner til blant annet utprøvingen av de to modellene.

# 3 Beskrivelse av ACT og FACT

Hensikten med både ACT- og FACT-modellen er å gi et samlet og helhetlig behandlings- og oppfølgingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med ruslidelse og med alvorlig svikt i sosial fungering. Tilstanden vil i hovedsak være gjennomgripende og langvarig, og behovet for tjenester vil kunne variere fra intensiv daglig oppfølging til oppfølging hver 14. dag eller sjeldnere. Behandling og oppfølging foregår der personen bor og har sitt nettverk.

## ACT-modellen

ACT-modellen ble utformet da de store psykiatriske sykehusene ble avviklet på begynnelsen av 1970-tallet i USA. Modellen ble utviklet for å møte behovene til psykosepasienter som det var vanskelig å etablere kontakt med, og som hadde mange mislykkede behandlingsopphold bak seg – ofte på tvang. I tillegg til psykoselidelse hadde de fleste som fikk tjenester fra ACT-team, et lavt funksjonsnivå og ulike tilleggsbelastninger som avhengighet av rusmidler. Målet med ACT-modellen var opprinnelig å forhindre at pasientene forble bostedsløse svingdørspasienter, og å sikre psykiatrisk oppfølging i deres nærmiljø.

I det første tilskuddsregelverket for etablering og drift av ACT-team i Norge (fra 2009) ble målgruppen for teamene beskrevet som: Personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, kognitiv svikt og/eller betydelig funksjonsnedsettelse med sammensatte og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad, og som har behov for særlig tilrettelagte tilbud. Videre ble målgruppen beskrevet som personer med langvarige og ustabile sykdomsforløp, langvarige

psykosesymptomer / schizoaffektive lidelser, alvorlige bipolare lidelser, ruslidelser og tentativt alvorlige psykiske lidelser, alvorlige psykiske lidelser og lett psykisk utviklingshemning. Andre kjennetegn ved målgruppen var blant annet manglende sosial støtte, gjentatte krisepregede innleggelses og store begrensninger i sosial fungering. Tidligere behandling hadde hatt begrenset effekt. Personer som kunne nyttiggjøre seg polikliniske tjenester, ulike dag-/lokalbaserte og ordinære tjenester innenfor psykisk helse- og rusarbeid, var ikke i målgruppen for et ACT-team.

Et ACT-team har maksimalt 100 pasienter og vil ha få brukere per behandler (1 : 10). Et fullt team vil kreve et opptaksområde på rundt 100 000 innbyggere, en promille av befolkningsgrunnlaget (Aakerholt, 2013). I regelverket fra 2009 ble et befolkningsgrunnlag på 45 000 satt som minimum.

Behandling i et ACT-team har et langsiktig perspektiv, teamet møter de mest sårbare og sykeste personene med alvorlige psykiske lidelser. Dette er personer som trenger lang tid på å bli trygge på teamet, som ofte har opplevd å «falle utenfor systemene», og som det kan være vanskelig å gi god behandling til. ACT-modellen har prosedyrer for overgang til mindre intensive tjenester, men er ikke et korttidstilbud.

Modellen ble utviklet gjennom bruk av fidelity-skalaer som beskrev hvordan teamet skulle driftes, strukturen i teamet, bemanning, teamets kjerneaktiviteter og øvrige kunnskapsbaserte aktiviteter og bruk av individuelt tilpassede behandlingsplaner. Den siste fidelityskalaen ble utarbeidet av Monroe De Vita, Moser og Teague i 2010, og oversatt til norsk i forbindelse med utarbeidelsen av ACT-håndboka og evalueringen av ACT-teamene i Norge (Aakerholt, 2013).

ACT-teamene yter en høyintensiv tjeneste der personen bor og i vedkommendes nærmiljø. Modellen handler om «training in community living», om å gi behandling og oppfølging i nærmiljøet. To viktige elementer i modellen er å arbeide *aktivt oppsøkende* og å bruke en gjennomført teammodell. Dette betyr at teamet har en offensiv tilnærming til det å komme i kontakt med den aktuelle personen: Hele teamet diskuterer hvordan dette kan gjøres uten at man trækker over personens grenser, og alle viktige avgjørelser og dilemmaer i kontakten med personen diskuteres i hele teamet. Tanken er at det er teamet som gir et tilbud, og at brukeren skal bli fortrolig med hele teamet.

En sentral arbeidsmetode er å bruke en tavle hvor alle brukere står oppført. Tavla inneholder informasjon som er nødvendig for daglig oppfølging og for å holde hele teamet orientert. Et team har daglige tavlemøter hvor alle brukerne på tavla blir gjennomgått og dagens aktiviteter blir planlagt.

Behandlingen er basert på en individuell behandlings- og oppfølgingsplan utarbeidet sammen med bruker, hvor det å vektlegge hans/hennes ønsker, ressurser og mål er viktig. Teamet utarbeider krisepplaner og følger brukeren forut for, under og etter eventuell innleggelse i døgnenhet.

ACT-teamene har fullt ansvar for psykiatrisk behandling, rehabilitering, behandling av rus og psykisk lidelse, fullt ansvar for å tilby brukeren arbeidstjeneste (IPS / Individuell jobbstøtte) og fullt ansvar for å styrke brukerens evne til å utvikle og ivareta egenomsorg og å styrke mestring av eget liv.

ACT-team skal tilby medikamentell behandling, kunnskapsbasert psykoterapi, engasjere og støtte brukerens sosiale nettverk og pårørende samt bistå brukerens med å finne egnet bolig. I de senere årene har recovery-orienterte programmer som *Illness Management and Recovery (IMR)* fått en sentral plass i ACT-modellen.

Bemanningen i et ACT-team består av to hovedgrupper: kjernebemanning og spesialistbemanning. Foruten leder, som selv deltar aktivt i behandlingsarbeidet, består kjernebemanningen av psykiater, sykepleiere og merkantilt ansatt. I spesialistbemanningen inngår minst en som er spesialist på behandling av ruslidelser, og minst en arbeidsspesialist

med kompetanse innen IPS (Individuell jobbstøtte). I spesialistbemanningen inngår også en brukerspesialist (medarbeider med brukererfaring) hvis rolle er å styrke brukerens recoveryprosess og å veilede øvrige teammedlemmer med hensyn til å tenke brukerinvolvering og å se behandlingen fra brukerens ståsted. Brukerspesialisten er et fullverdig medlem av teamet.

Antall ansatte vil variere med størrelsen på opp-taksområdet. I norske ACT-team bidrar faggrupper som ikke er nevnt i den amerikanske modellen – psykologer, vernepleiere og sosionomer – med en viktig og nødvendig kompetanse.

I og med at teamet tar et helhetlig ansvar for både behandling og oppfølging, vil det å tenke teamarbeid og å bruke teamets ressurser være avgjørende for å lykkes. Teamet bruker mye tid på å diskutere metoder for å arbeide oppsøkende, hvordan en skal nærme seg personer som vegrer seg for kontakt, håndtere eventuell bruk av tvang, osv.

### **FACT-modellen**

FACT-modellen ble utviklet i Nederland fra tidlig på 2000-tallet som en videreføring av ACT-modellen.

På 1980-tallet startet en gradvis nedbygging av de store psykiatriske sykehusene i Nederland og det ble etablert oppfølging via case management<sup>5</sup> og små enheter ikke ulike våre DPS. Erfaringene viste at de som jobbet som case managere, ofte ble utbrente og ofte ikke greide å fange opp de sykeste personene med sammensatte behov. ACT-team ble derfor etablert i de store byene på begynnelsen av 2000-tallet for å fange opp ustabile personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med ruslidelser og atferdsproblemer.

En fant ut at ACT-teamene var best egnet i store byer hvor mange hadde behov for intensiv oppfølging. Erfaringene med bruk av ACT-team viste at brukerne fikk det bedre og levde mer stabile liv. Når situasjonen hadde stabilisert seg, var videre behovet for intensiv oppfølging mindre. Det var derfor et ønske om å utvikle en mer dynamisk og

<sup>5</sup> Case Management: Koordinering av psykososialt arbeid; formidling og koordinering av eksisterende tjenester. CM som arbeidsmetode innen psykisk helsefeltet har antatt mange former fra land til land. Av den grunn er det ikke et entydig begrep (Helsedirektoratet, 2013).

kostnadseffektiv modell og samtidig bevare systematikken og det helhetlige teamansvaret fra ACT-modellen når det var behov for det. Derfor begynte en å utvikle team som skulle favne alle med alvorlige psykiske lidelser, selv om behovet for intensiv oppfølging varierte.

Modellen ble utviklet av van Veldhuizen og Bähler, som også startet arbeidet med å lage en FACT-fidelityskala. I 2003 ble det første FACT-teamet etablert. På oppdrag fra Helsedirektoratet ble en kortversjon av FACT-håndboka oversatt til norsk (Veldhuizen, 2014), og en uoffisiell oversettelse av FACT-fidelity-skalaen finnes i ACT-håndboka (Aakerholt, 2013). Opphavsrettighetene til FACT-skalaen ligger hos det nederlandske sertifiserings-senteret ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)), og bruk i forskning og evaluering må avtales der.

Hovedforskjellen mellom Fleksibel ACT og ACT handler om at FACT kombinerer case management med den intensive teambaserte oppfølgingen som kjennetegner ACT. I Nederland er FACT-teamene ment som et tilbud i psykisk helsevern til personer med alvorlig og omfattende psykisk lidelse som medfører alvorlige begrensninger med hensyn til fungering i samfunnet. Disse begrensningene er både årsak til og en følge av psykisk lidelse. Dette er tilstander som krever langvarig behandling og oppfølging.

Sammenlignet med ACT-teamene har FACT-teamene en videre målgruppe. Målgruppen er beskrevet som personer med alvorlig psykisk lidelse med klare begrensninger i funksjonsnivå. Det er ofte det siste som framheves.

En antar at målgruppen utgjør 200–220 personer i en region med 40 000–50 000 innbyggere. I henhold til FACT-modellen bør et team bemannes slik at det dekker behovene til ca. 200 brukere. Dette tilsvarer et årsverk for henholdsvis fulltidsansatt psykiater og psykolog. Forholdet mellom antall brukere og ansatte beskrives litt forskjellig, noen steder 1 : 10, andre steder 1 : 15 (i fidelity-skalaen).

FACT-fidelity-skalaen inneholder flere punkter om monitorering og forbedring av teammodellen, utvikle teamånd, reflektere rundt egen praksis og styrke det metodiske arbeidet inkludert recoverybaserte tjenester.

FACT-team skal ha den samme helhetlige og omfattende tilnærmingen som ACT-team og tar ansvar for de fleste av tjenestene. FACT-modellen vektlegger omfattende samhandling med brukerens nettverk og frivillige organisasjoner i nærmiljøet.

Hovedprinsippene i modellen handler om å arbeide «der personen ønsker å lykkes», oppsøke og forankre brukeren i tjenesteapparatet, støtte opp under inkludering og sosial nettverksbygging, tilby den oppfølgingen som er nødvendig, tilby behandling i tråd med retningslinjer og støtte opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp.

Metodene som brukes i teamet består av medikamentell behandling, psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi, Individuell jobbstøtte (IPS), arbeid med rus og psykisk lidelse (IDDT) og somatisk oppfølging.

FACT-teamene tar initiativ til innleggelse i døgnenhet og har ansvar for utskrivelse. Et FACT-team synes å ha mer myndighet vis-à-vis døgnenheter enn det som er vanlig i Norge.

Alle brukerne har en behandlingsplan som også inkluderer kriseplan. Denne beskriver hva teamet skal gjøre dersom behandlingen må intensiveres. Når teamet iverksetter intensiv oppfølging, føres aktuell bruker på FACT-tavla og får hele teamets oppmerksomhet. Som i ACT er tavlemetoden et svært viktig arbeidsinstrument. FACT-fidelity-skalaen beskriver klare prosedyrer for når en bruker skal på tavla, og når en går tilbake til case-management-oppfølging. Denne oppfølgingen kan dreie seg om besøk 2–4 ganger per måned og at psykiater eller psykolog trekkes inn ved behov.

Den intensive oppfølgingen (bruker på tavla) skiller seg lite fra den intensive oppfølgingen som beskrevet i ACT-modellen. Den kan vare i flere uker, inkludere kriseinnleggelse (brukerstyrt seng) og kanskje besøk hver dag.

Erfaringer med bruk av FACT-modellen i Nederland tilsier at ca. 20 prosent til enhver tid vil trenge intensiv ACT-oppfølging. De resterende 80 prosent får oppfølging i form av recovery-orientert case-management fra det samme teamet.

Bemanningen omfatter de samme faggruppene som er beskrevet i ACT-modellen, inklusiv brukerspesialist (medarbeider med brukererfaring), men

modellen inkluderer psykolog og sosionom eller en med kunnskap om sosialfaglige og juridiske forhold. Denne kompetansen finnes også i de norske ACT-teamene. I Nederland er det siste en spesialitet under sykepleiefaget. Merkantilt ansatt inngår ikke etter FACT-fidelity-skalaen.

Begge modellene understreker nødvendigheten av å ha en gjennomført teammodell og å ha medarbeidere som kan spisse eget fag, bidra til et flerfaglig perspektiv og forholde seg til teamets policy og beslutninger.

### **Forskningsresultater ACT og FACT internasjonalt og i Norge**

Foruten flere stater i USA er ACT-modellen spredt til Canada, Australia og flere europeiske land. Målgruppen for ACT-modellen har også etter hvert blitt utvidet til brukere med alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med samtidig ruslidelse. Det er forsket mye på modellen gjennom nærmere 40 år.

Den siste oppsummeringen fra Cochrane viser at Intensive Case Management inkludert ACT reduserer lengden på innleggelser (antall oppholds-døgn) sammenlignet med standard behandling, gir høyere global skår på GAF (sosial funksjon), gir høyere pasienttilfredshet, gir høyere andel som kommer i kontakt med og opprettholder kontakten med teamet og gir bedre bosituasjon. Jo høyere modelltrofasthet, desto bedre var resultatet når det gjelder reduksjon i antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern (Dietrich et al., 2011).

I Europa, med unntak av noen land, blant dem Norge, har en ikke funnet samme dramatiske nedgang i bruk av døgnplasser i psykisk helsevern som i USA og Australia (Killaspy et al., 2006, 2009; Burns et al., 2007; Sytema et al., 2007). Det kan være flere forklaringer på dette, knyttet til pasientvalg, grad av troskap mot modellen, allerede satsing på oppsøkende tjenester og variasjon i nedbygging av døgnplasser (Burns et al., 2001, Rosen et al., 2007, Johnson, 2008). I England hadde det vært stor satsing på Community Mental Health Teams, som arbeidet nokså likt ACT-team. De seneste årene har en del ACT-team i England blitt omgjort til FACT-team (Firn et al., 2012).

Det har vært reist spørsmål om hvilke elementer

i ACT-modellen som er mest virksomme (Burns, 2010). Wright et al. (2004) beskriver seks kjerneelementer i modellen:

1. Regelmessige hjemmebesøk
2. Lav caseload (ikke mer enn ti brukere per ansatt)
3. Oppsøkende virksomhet (høy andel av kontaktene skjer hjemme)
4. Teamet er ansvarlig for alle helse- og sosialtjenester
5. Psykiater er integrert i teamet
6. Teamene er flerfaglige (helse- og sosialfaglig bakgrunn)

Tom Burns har gjennomført en metaanalyse som inkluderer 64 randomiserte kontrollerte studier av ACT-team der utfallsmålet er reduksjon i innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern (Burns 2010). Resultatene fra denne metaanalysen viser at modelltrofasthet (totalskår) har betydning for reduksjon i innleggelser og antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern. Han viser også at de organisatoriske elementene i modellen har betydning for utfallet, slik som tverrfaglige team, oppsøkende virksomhet og jevnlig kontakt med brukeren, mens intensiteten på tjenestene og høyspesialiserte team ikke hadde betydning for utfallet.

Det samme gjaldt kravet om 24/7-tjeneste og at hele teamet skulle være i kontakt med brukeren. Burns argumenterer for at det er de organisatoriske elementene ved ACT-modellen som er de mest sentrale.

FACT-modellen er som nevnt utviklet i og tilpasset nederlandske forhold, og forskningen rundt modellen er begrenset. Likevel har modellen vakt interesse i flere europeiske land og prøves nå ut både i England, Norge, Sverige og Danmark. Satsingen på FACT-modellen i Norge startet i 2013 og vil bli gjenstand for evaluering lik den som er gjennomført av ACT-teamene.

En artikkel fra 2014 har oppsummert forskning fra de fem studiene som er publisert om FACT-team. Fire av studiene er fra Nederland og én fra Storbritannia. Oppsummeringen viser at det er vanskelig å finne signifikant bedring hos brukerne

når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå, men peker også på at det er knyttet metodiske svakheter til de fem studiene. Forfatterne vektlegger betydningen av å inkludere brukerne og brukernes ressurser i modeller som tar utgangspunkt i ACT-modellen (Norden og Norlander, 2014).

I Norge og Skandinavia visste en lite om nytten av ACT-teamene, og derfor ble det som nevnt innledningsvis satt i gang nasjonal forskningsbasert evaluering av ACT-satsingen her. Evalueringen omfattet 12 av 14 team og foregikk i perioden 2009–2014.

Resultatene tilsa at innføringen av ACT-modellen i Norge hadde vært vellykket, og det ble anbefalt at modellen burde videreføres i flere regioner i Norge.

De syv første FACT-teamene blir evaluert på samme måte som for ACT-teamene, og resultater fra denne evalueringen vil foreligge i 2019.

## **NOEN AV DE VIKTIGSTE KONKLUSJONENE FRA DEN NORSKE ACT-EVALUERINGEN VAR:**

- Teamene lyktes i å rekruttere målgruppen, og antallet brukere var som forventet i opptaksområdet.
- Teamene hadde i høy grad implementert drift, struktur og kjerneaktiviteter i henhold til modellen og hadde i stor grad fullt ansvar for psykiatriske tjenester, rehabilitering og å jobbe oppsøkende.
- Brukerne hadde oppnådd bedring på ulike livsområder to år etter inklusjon i ACT.
- Antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern ble halvert fra 17172 til 8792 i toårsperioden etter inklusjon i ACT sammenlignet med to år før inklusjon.
- Det ble registrert færre innleggelses under tvang i psykisk helsevern etter inntak i ACT. I toårsperioden før inntak i ACT dreide det seg om 11500 oppholdsdøgn på tvang, etter inntak 5200 oppholdsdøgn på tvang.
- Brukerne rapporterte høy tilfredshet med arbeidsmetodene i ACT-modellen, og pårørende var tilfreds med både omfanget av og innholdet i hjelpen som ble gitt. Brukere som var under tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold, var mest fornøyd med hjelpen de fikk fra ACT-teamene.
- Samarbeidspartene pekte på at ACT-teamene fikk en brobygger- og koordinatorkfunksjon både i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fra både tjenesteytere, brukere og pårørende ble det pekt på at ACT-teamene nådde en gruppe andre tjenester ikke når.

Landheim et al., 2014.

## 4 Brukere med behov for oppsøkende samhandlingsteam

Nedenfor følger to eksempler på brukere med behov for innsats fra flere tjenestenivåer hvor samhandling mellom tjenesteytere bør stå helt sentralt:

*Robert er 36 år og bor til vanlig hjemme hos sin mor og far.*

For noen dager siden ble han innlagt ved akuttenheten i psykisk helsevern. Forut for innleggelsen var han blitt mer og mer urolig. Han var sikker på at han ble forfulgt, og barriaderte seg i huset til foreldrene. Etter innleggelse fikk han behandling i skjermingsavsnittet, og han fikk medikamentell behandling. Nå har han roet seg, og personalet ved akuttenheten mener at de psykotiske symptomene hang sammen med at Robert hadde røyket hasj og brukt amfetamin forut for innleggelse.

Foreldrene er fortvilte for at Robert nå ikke skal få mer hjelp. Selv ønsker han å skrive seg ut så fort han har mulighet til det. Fram til Robert var tidlig i 20-årene, utviklet han seg tilsynelatende normalt. Han var en litt stille gutt som ikke hadde så mange venner, men han var god til å spille fotball og var en del av et miljø gjennom fotballen. Han var flink på skolen og fikk gode karakterer i de fleste fag. Etter videregående flyttet han hjemmefra til en annen by for å studere. Det var da han bodde hjemmefra at foreldrene først opplevde at han begynte å forandre seg. Når de snakket med ham på telefonen, ga han uttrykk for paraniode tanker. Han opplevde at noen alltid var ute etter han.

Robert kom seg gjennom det første året, men klarte etter hvert ikke å følge opp studiene. Huseieren der han bodde, tok også kontakt med foreldrene og sa at Robert ikke kunne bo der lenger. Han klarte ikke å følge husreglene, og huseieren var sliten av at han spilte høy musikk om natta. I begynnelsen av det andre studieåret reiste foreldrene til byen der Robert studerte, for å hente ham og tingene hans. Da de kom til hybelen hans, så de tegn på at han hadde røkt hasj. Han virket også påvirket da de møtte ham.

I de drøyt ti år som har gått fra første gang foreldrene ble bekymret, har Robert ikke ønsket å motta hjelp fra det offentlige. Med noe mellomrom i løpet av disse årene har han vært tvangsinnlagt etter at han har vært spesielt urolig. Som regel er han ute fra sykehuset innen få dager, med diagnosen rusutløst psykose. Han har også vært søkt til opphold ved en rusinstitusjon da han var akuttinnlagt, men søknaden ble avvist på grunn av Roberts psykiske helsetilstand. Robert har liten tiltro til hjelpeapparatet. En psykisk helsearbeider fra kommunen har prøvd å komme på hjemmebesøk, men Robert avviser all kontakt. Han bor hos foreldrene, som er svært slitne av hans mistenksomhet og av å se hvor vanskelig livet hans er blitt. De opplever at Robert bare får hjelp når han blir så psykotisk at han må tvangsinnlegges.



Lise er 30 år og ble innlagt ved observasjonsavdelingen på det somatiske sykehuset for tredje gang på én måned etter forgiftning med tabletter, alkohol og opiater.

I Lises oppvekst hadde foreldrene hennes utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, en gjentakelse av deres egen oppvekst. Lises bror flyttet til en onkel da han var 10 år. Han er i jobb, og har bare moderate utfordringer med alkohol. Barnevernet var tidlig oppmerksom på familien. Det tok noen år før Lise flyttet i fosterhjem, etter langvarige forsøk på tiltak i hjemmet. Som ungdom bodde hun i flere fosterhjem og på institusjon. Lise rømte flere ganger fra både institusjon og fosterhjem tilbake til foreldrene, ofte med hjelp av dem.

Lise har som voksen hatt tilbud om behandling ved ruspoliklinikk, psykiatrisk poliklinikk og på døgnenhet både innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og i psykisk helsevern. Hun har vært innlagt både med og uten eget samtykke. Et vanlig mønster har vært at hun ikke har kommet til avtaler ved poliklinikkene, og at hun har blitt skrevet ut fra døgnenhetene fordi hun har brutt reglene der. Lise har fått tilbud om behandling i gruppe, men har hatt vanskelig for å tilpasse seg reglene i slike grupper. Et individuelt tilbud har fungert bedre, fram til behandleren sluttet og ingen andre hadde kapasitet til å overta. Spesialisthelsetjenesten har den senere tiden forsøkt å følge opp Lise ambulant, men på grunn av utstrakt vagabondering har hun vært vanskelig å nå. Lise har hatt ulike tilbud om boliger fra kommunen, men har hatt vansker med å følge opp kravene i husleiekontrakten. Etter et behandlingsopphold i psykisk helsevern ble Lise skrevet ut med diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse, men andre behandlere har tenkt i retning av affektiv lidelse i kombinasjon med ustabile personlighetstrekk. Det har også vært stilt spørsmål ved Lises kognitive kapasitet, uten at det har vært utredet nærmere. Hun har hatt utfordringer

knyttet til rus siden hun var ungdom, og bruker nå særlig opiater, alkohol og tabletter.

Nå diskuterer kommunen og spesialisthelsetjenesten hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av Lise. Foreldrene sier at noen må gjøre noe, de orker ikke mer. Kommunen mener Lise trenger omfattende behandling, spesialisthelsetjenesten sier hun primært trenger et tett omsorgstilbud. Kommunen ønsker utredning av funksjonsnivå. Psykisk helsevern mener at dette primært er en TSB-bruker. TSB mener Lise har for omfattende psykiske problemer til at de kan gi et forsvarlig tilbud. LAR-behandling blir antydnet, men da må kommunen ha et godt oppfølgingstilbud på plass først.

### **Hvor mange har omfattende og sammensatte problemer?**

Veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014) beskriver tre hovedforløp i dette arbeidet. De to første forløpene omhandler milde og kortvarige problemer og kortvarige alvorlige lidelser og langvarige mildere lidelser. Forløp 3 omhandler personer med alvorlige langvarige problemer eller lidelser. Beskrivelsen av brukernes problemer er ikke ulik målgruppebeskrivelsene for ACT- og FACT-teamene. Størrelsen på målgruppene vil bl.a. variere utfra hvordan alvorlig psykisk lidelse beskrives. Slik ACT-modellen definerer målgruppen, beregner en at den utgjør ca. 1 promille av den voksne befolkningen 18 år og eldre. I Norge vil det si ca. 4000 personer. Erfaringer fra Nederland tilsier at det er 180–220 FACT-brukere i et distrikt med 50 000 innbyggere, noe flere i storbyområder (Veldhuizen og Bähler, 2013).

Når det gjelder andelen i Norge som har behov for oppsøkende behandlingsteam / FACT-team, er beregningene mer utfordrende. Det er et spørsmål hvor stor andel av den voksne befolkningen som har alvorlige psykiske lidelser ut over psykosespekteret, og som samtidig har et svært lavt funksjonsnivå, ulike tilleggsbelastninger og trenger oppsøkende tjenester. Tall over forekomst av psykiske lidelser i

befolkningen viser at det er mellom 1 og 2 prosent av den voksne befolkningen som til enhver tid har en psykoselidelse. I tillegg er det ca. 1 prosent av den voksne befolkningen som har en bipolar lidelse, mens mellom 4 og 7 prosent har alvorlig depresjon. De fleste personer med slike alvorlige psykiske helseproblemer har ikke behov for oppsøkende behandlingsteam, og bare en avgrenset andel behandles i spesialisthelsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2014). For andelen i befolkningen som har skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (ruslidelse), er livstidsforekomsten på ca. 20 prosent, mens andelen som til enhver tid har en ruslidelse er på ca. 12 prosent (Kringlen et al., 2001). De færreste av disse er også i behandling, men flere enn personer med psykiske helseproblemer (Folkehelseinstituttet, 2014). Disse tallene sier lite om funksjonsnivå og hvor mange som har behov for oppsøkende tjenester basert på samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Det nærmeste vi kan komme en beregning av hvor mange personer i norske kommuner som har rus- og/eller psykiske helseproblemer, og som samtidig har et svært lavt og alvorlig funksjonsnivå, er tall fra BrukerPlan (Lie et al., 2016). Som vist senere i dette kapitlet, er det beregnet ca. 26 000 personer i norske kommuner med sammensatte helseproblemer og som har vansker på de fleste livsområder. Dette er personer som vil ha behov for koordinerte, helhetlige og ofte langvarige tjenester. Mange tjenesteytere er inne i bildet, men vi stiller spørsmål om disse tjenestene er for fragmenterte og for lite preget av helhetlig tenkning.

Vårt tall er et estimat beregnet ut fra den faktiske kartleggingen i BrukerPlan. En svakhet med BrukerPlan er at den trolig ikke fanger opp brukere med psykiske helseproblemer og/eller problemer med bruk av rusmidler som bare har kontakt med fastlege og eventuelt spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det et spørsmål om ikke disse vil ha en bedre levekårsindeks enn brukere som fanges opp av NAV eller kommunens helse- og sosialtjeneste og derfor faller inn under den nevnte veilederens to første forløp.

## BrukerPlan

BrukerPlan er et kommunalt kartleggingsverktøy for kommuner som ønsker å kartlegge sine brukere fra 18 år og eldre som har en problematisk bruk av rusmidler og (fra 2015) psykiske helseproblemer. Helse Stavanger ved KORFOR har det faglige og tekniske ansvaret for bruken av verktøyet i hele landet. I 2016 deltok 264 kommuner i kartleggingen av brukere med rusproblemer og med alvorlige psykiske helseproblemer kombinert med rusproblemer (ROP). Dette dekker 80 prosent av landets befolkning fra 18 år og eldre og omfatter 20 500 brukere. 129 kommuner (63 prosent av befolkningen) kartla også brukere med bare psykiske helseproblemer. Det siste omfatter 26 300 brukere 18 år og eldre.

I BrukerPlan kartlegges ulike demografiske data, ressurser og tjenestetilbud. En sentral del av kartleggingen er en vurdering av alvorlighetsgrad for den enkelte på åtte funksjonsområder (bolig, arbeid/aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk). Alvorlighet graderes som grønt (relativt god funksjon), gult (betydelige konsekvenser for fungering) og rødt (alvorlige konsekvenser for fungering). BrukerPlan utarbeider en indeks for samlet vurdering for den enkelte (levkårsindeks). Indeksen vektet de ulike funksjonsområdene og gir en samlet skåre for hver bruker. Indeksen har kodene grønn, gul, rød og blålys. Den siste er uttrykk for et kritisk dårlig funksjonsnivå, mens rød skåre markerer alvorlige konsekvenser for brukeren. I denne rapporten tas det utgangspunkt i at det først og fremst er brukere med rød eller blålysfungering som er i målgruppen for ACT- og FACT-teamene. Indeks for samlet funksjonsnivå viser bare små forskjeller mellom kommunene.

Blant kartlagte brukere som har en problematisk bruk av rusmidler skårer 59 prosent rødt eller blålys på indeks for samlet vurdering. Dette utgjør et estimert antall på vel 15 000 brukere. Mer enn 75 prosent av disse har både rusproblemer og psykiske helseutfordringer. Blant kartlagte brukere med bare psykisk helseutfordringer skårer 26 prosent rødt eller blålys på indeks for samlet vurdering. Dette utgjør et estimert antall på nesten 11 000 brukere. Til sammen blir dette 26 000 brukere – 0,64 prosent av den voksne befolkningen.

I dette dokumentet tar vi altså utgangspunkt i at i hvert fall 26 000 brukere kartlagt i BrukerPlan med enten rusmiddelproblemer, kombinasjonen rus og psykiske helseproblemer eller bare psykiske helseproblemer, vil trenge helhetlig oppfølging og hjelp knyttet til livsområder som arbeid, bolig, økonomi, psykisk og fysisk helse, bruk av rusmidler og fungering i samfunnslivet. Det store flertallet av denne gruppen sliter med mangelfull sosial kompetanse utenfor sitt daglige miljø og har et begrenset nettverk. Den samlede høye totalskåren på funksjonsnivå vil ofte handle om strukturelle forhold som mangel på arbeid eller meningsfull aktivitet og dårlige boforhold, i kombinasjon med dels omfattende bruk av rusmidler og omfattende psykiske problemer. Dette er personer som har behov for koordinerte, helhetlige og oppsøkende tjenester. Mange vil ha problemer med å forholde seg til ulike hjelpetjenester slik de nå er organisert.

### **ROP-brukere**

I BrukerPlan defineres en undergruppe av brukere med rusproblemer som ROP-brukere. Disse inngår i gruppen på 26 000 brukere som beskrevet ovenfor. ROP-brukere utgjør 23 prosent av alle mottakere med rusproblemer (i underkant av 6000 personer) og skårer på kombinasjonene rød/rød og rød/gul når det gjelder rus- og psykiske helseproblemer. På samlet levekårsindeks skårer 57 prosent blålys, resten rødt. Funksjonsskårene innebærer at praktisk talt ingen er i arbeid eller på skole, de fleste har stor uorden på økonomien, og mange er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter. Svært få har meningsfull aktivitet, alle har marginale sosiale relasjoner og marginal sosial kompetanse. Bruken av rusmidler er svært omfattende og kan beskrives som grenseløs. Brukerne har alvorlige og langvarige psykiske problemer som medfører alvorlige påkjenninger både for den enkelte og for de nærmeste rundt. Denne brukergruppen tilsvarende på mange måter det som ble antatt som målgruppe for ACT-teamene i Norge (Helsedirektoratet, 2008).

### **Tjenestetilbudet**

BrukerPlan kartlegger tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Langt de fleste brukere med samlet funksjonsskåre på rødt og blålys mottar tjenester fra både kommune og NAV. I gjennomsnitt mottar brukerne henholdsvis tre til fire kommunale tjenester fra fastlege, bo-oppfølgere, psykisk helsearbeidere, hjemmetjenester, NAV med flere. Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling er inne i bildet for omtrent halvparten av brukerne med funksjonsnivå rødt og blålys, oftest er det snakk om overlappende tjenester i form av poliklinisk kontakt og døgntilrettelagt behandling. Et klart mindretall mottar ambulante tjenester eller ACT.

Ifølge BrukerPlan har vel 30 prosent av brukerne med både rus- og psykiske helseproblemer og samlet funksjonsnivå på rødt eller blodrødt verken IP, kriseplan, andre planer eller ansvarsgruppe. Mellom 50 og 60 prosent har verken tiltaksplan eller ansvarsgruppe, og et lite mindretall har kriseplan. Vel en fjerdedel av brukerne med bare psykiske helseproblemer og samlet funksjonsnivå på rødt og blodrødt mangler IP, kriseplan eller tiltaksplan. Dette er brukere som har et klart behov for et samlet eller samordnet tjenestetilbud.

### **Utfordringer i tjenesteapparatet**

De siste års politiske og faglige utvikling i dette feltet har endret på rollefordelingen når det gjelder oppfølging av den gruppen som blir beskrevet som målgruppe her. Kommunene har fått et større ansvar, samtidig som viktig kompetanse (for eksempel i form av legeressurser) stort sett er i spesialisthelsetjenesten. Resultatene fra BrukerPlan kan tolkes dit at brukere får mange tjenester som ikke framstår som helhetlige og i form av en plan. Mange tjenester fra ulike instanser kan framstå som uoversiktlige for den enkelte brukeren og for de pårørende. Dersom bruker samtidig sliter innenfor mange livsområder og særlig i sosiale relasjoner kan han eller hun lett melde seg ut av hjelpesystemene fordi «ingenting nytter og ingen forstår noe som helst». Brukerne kan oppfattes som lite motiverte av tjenesteytere. Dermed blir oppfølging stilt i bero til neste krise kommer.

Tre vesentlige fellesfaktorer i god tjenesteutøvelse er å gi tjenester som er preget av tilgjengelighet,

kontinuitet og individuell tilrettelegging (Aakerholt og Nesvåg, 2012; Helsedirektoratet, 2014). Ut fra tallene fra BrukerPlan er det relevant å stille spørsmål ved hvor systematisk oppfølgingen og behandlingen av brukere med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå er. Basert på intervjuer med ansatte i Arbeids- og velferdsetaten peker Selseng og Ulvik (2016) på at brukere med rusmiddelproblematikk ofte oppfattes som enten uhåndterlige eller med stadige kriser. Tilbudet kan da lett bære preg av gjentatt brannslukking og mangel på langsiktige planer. Denne brukergruppen trenger tjenester som er fleksible og lett tilgjengelige, men som også er knyttet sammen i en helhetlig oppfølgings- og behandlingsplan. Ifølge BrukerPlan er det mange tjenesteytere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten som gir tjenester til brukere med omfattende problemer. En kan derfor spørre om det vil være mer tjenelig for brukerne og mer kostnadseffektivt for samfunnet om en instans eller et team hadde et tydelig definert og helhetlig ansvar for både oppfølging og behandling.

### **Vurdering av brukergruppen og tjenestetilbudet**

Ved hjelp av tall fra BrukerPlan har vi identifisert en brukergruppe med omfattende helseproblemer, med hensyn til både rusproblemer og psykiske helseproblemer. Brukerne sliter på de fleste livsområder og har problemer knyttet til sosiale ferdigheter. Dette er gjennomgripende problemer som krever samordnet oppfølging over tid og innsatser fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I kommunen er det behov for at ulike tjenester samordnes og at en instans har et helhetlig ansvar. Innsatsen fra spesialisthelsetjenesten vil handle om å gi brukerne utredning, ta hånd om kriser og å gi beskyttelse og eventuelt å gi ulike behandlingstilbud på lengre sikt. Kommunene vil trenge spesialister å rådføre seg med og ikke minst, veiledning i det å stå i situasjoner som krever mye innsats, tålmodighet og optimisme. Dette vil særlig gjelde mindre kommuner med små ressurser. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten kan arbeide i og sammen med kommunen rundt brukere som krever omfattende innsats over tid.

Denne brukergruppen er preget av er preget av mange kriseinnleggelse og har ofte opplevd at tjenester ikke henger sammen. Å samle ansvar på ett sted blir derfor viktig. Fordi brukerne har mange og sammensatte livsproblemer, vil en behandling og oppfølging som tar utgangspunkt i læring og rehabilitering der den enkelte bor og har sitt nettverk, ofte være avgjørende for å lykkes. Det er viktig at all oppfølging og behandling tar utgangspunkt i den enkeltes egne ønsker og tanker om hva som vil være til hjelp for han eller henne.

De tallene fra BrukerPlan som er presentert i dette kapitlet, gjelder hele landet. Ved å gå inn på den enkelte kommune og de kommuner som er i opptaksområdet til DPS-et, kan en mer eksakt beregne hvor mange brukere med samlet rødt funksjonsnivå som trenger langvarig intensiv oppfølging, og hvilke brukere som vil kreve intensiv oppfølging i perioder.

# 5 Implementering av ACT og FACT i en norsk kontekst

Det vil være noen utfordringer med å implementere modeller som ACT og FACT, utviklet i andre land og under andre rammebetingelser, til en norsk kontekst og ulike norske kontekster. I dette kapitlet vil vi beskrive noen av disse utfordringene. Vi vil også kort beskrive utprøvingen av de to modellene i Norge.

## Kjennetegn ved den norske konteksten

Sammenlignet med både USA og Nederland har Norge noen geografiske og administrative rammebetingelser som skiller seg ut. Norge er kjennetegnet av lav befolkningstetthet, mange kommuner med få innbyggere, store reiseavstander, to forvaltningsnivåer som har ansvar for å gi helse- og omsorgstjenester, og ikke minst godt utbygde kommunale tjenester. I 2016 var det om lag 11 000 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne (SINTEF 2017).

I Helsedirektoratets rapport om internasjonale utviklingstrekk i psykiske helsetjenester (Helsedirektoratet, 2015) fremhever OECD at Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig påpeker OECD en del forbedringspotensialer, blant annet når det gjelder oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser.

Både ACT- og FACT-teamene krever i utgangspunktet store opptaksområder, og det er derfor et spørsmål om vi i Norge har de geografiske rammebetingelsene som skal til for å opprette slike team. I tillegg har vi administrative utfordringer med det store mangfoldet av kommunale tjenester, særlig i urbane strøk. I rurale strøk kan det være et problem at det er få tjenesteytere og langt til spesialisthelsetjenesten. I tillegg gis tjenestene innen psykisk helse- og rusfeltet på ulike tjenestenivåer, og behovet for samordning er stort.

Norge har over 70 DPS, og enda flere DPS-enheter. Hvert DPS har en eller flere kommuner/

bydeler i sitt opptaksområde. Det er en stor grad av kommunalt selvstyre, og innenfor kommunene kan det være lang vei mellom ulike enheter som psykisk helse- og rustjenestene og NAV. Det er ulike finansieringsløsninger og lovverk på de forskjellige forvaltningsområdene (kommunenes helse- og omsorgslovgivning, spesialisthelsetjenestelovgivningen). Dette påvirker for eksempel taushetsplikt samt utøvelse av ulike oppgaver som utforming og oppfølging av tvangsvedtak. Ulike kulturer og fagtradisjoner skal samarbeide, og det dannes ulike forventninger til hva et ACT/FACT-team skal gjøre. Enkelte team har blitt avvirket blant annet fordi det har vært uenighet om målgruppe og prioriteringer.

Selv om det er økt oppmerksomhet på oppsøkende arbeid innenfor videre- og etterutdanningene, er det både vår og teamenes erfaring at oppsøkende arbeid er fraværende som arbeidsmetode innen grunnutdanningene. Særlig gjelder dette for utdanning av leger og psykologer. Fortsatt er behandling i poliklinikk og døgnenheter det en forbinder med behandling av psykiske lidelser og ruslidelser. Som konsekvens av dette er det utfordrende å rekruttere spesialister til ACT og FACT, og særlig i mindre sentrale strøk.

Med utgangspunkt i de rammebetingelsene som her er nevnt, har det vært stilt spørsmål om de to modellene lar seg implementere på en måte som gjør at kravene i modellene kan ivaretas.

## Utprøvingen av ACT og FACT i Norge

Mellom 2007 og 2012 ble det etablert 14 ACT-team i Norge. Det første teamet startet i Mosse-regionen høsten 2007. De andre 13 ACT-teamene startet med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet fra desember 2009 og fram til 2012. ACT-teamene var geografisk plassert fra Tromsø i nord til Jæren og Kristiansand i sør. Samtlige ACT-team ble etablert som en forpliktende samhandling

mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og en eller flere kommuner/bydeler. De fleste teamene valgte en modell der ACT-teamet var organisatorisk forankret i DPS, og der alle teammedlemmene var ansatt ved DPS. Teamene i Oslo, Trondheim og Tromsø valgte en delt arbeidsgivermodell med ansatte fra begge nivåer.

Det er relativt store forskjeller mellom teamene når det gjelder størrelsen på opptaksområdet. De største opptaksområdene har i overkant av 100 000 innbyggere, mens de minste har omtrent 40 000 innbyggere. ACT-team i små opptaksområder ble organisert som et samarbeid mellom ett DPS og flere kommuner. ACT-teamene var tverrfaglig sammensatt, og de fleste ansatte hadde helse- og sosialfaglig utdanning med lang yrkeserfaring. Antallet brukere varierte mellom ACT-teamene. De største teamene hadde opp mot 100 brukere, og de minste under 50 brukere.

De 12 første norske ACT-teamene ble evaluert, og resultatene tilsa at innføringen av ACT-modellen i Norge hadde vært vellykket, og det ble anbefalt at modellen burde videreføres i flere regioner i Norge. To og et halvt år etter oppstart viste teamene moderat til høy modelltrofasthet på de fleste områdene i ACT-modellen, særlig når det gjaldt de organisatoriske elementene (Landheim et al., 2014). En innvending mot satsingen på ACT-modellen var at den i all hovedsak skulle inkludere personer med psykoselidelse. I evalueringen kom det fram at kommunene opplevde at også andre brukere med store og sammensatte problemer hadde behov for oppsøkende samhandlingsteam, men at disse brukerne fortsatt ikke fikk et koordinert og helhetlig nok tjenestetilbud (Landheim et al., 2014). I tillegg anbefales ACT-modellen i større opptaksområder på minst 50 000 innbyggere 18 år og eldre. Det innebærer at modellen egner seg best for DPS-regioner<sup>6</sup> med en viss befolkningstetthet. På bakgrunn av blant annet disse innvendingene mot ACT-modellen ønsket helsemyndighetene at en også prøvde ut FACT-modellen.

FACT-modellen retter seg mot en bredere målgruppe og inkluderer f.eks. alvorlig angst og

depresjon i kombinasjon med alvorlig svikt i sosial fungering. Modellens fleksibilitet handler om at intensiteten på tjenestene som gis fra teamet, er tilpasset den enkelte brukers aktuelle situasjon. FACT skal også inkludere ACT-gruppen. På grunn av en utvidet målgruppe fordrer ikke FACT-modellen et like stort opptaksområde som ACT-modellen. Begge modellene er primært et tilbud til personer med svak funksjonsevne, dårlige levekår og store og sammensatte tjenestebehov.

De siste årene er det opprettet FACT-team flere steder i Norge, og det er i dag flere FACT-team enn ACT-team (ca. 15). Vi ser at disse teamene inkluderer ulike målgrupper med alt fra bare personer med psykoselidelser i noen team til en mer utvidet målgruppe i andre team. I rurale strøk defineres ofte målgruppen mer vidt enn i de urbane teamene, noe som begrunnes med behovet for å få et stort nok antall brukere i teamet. FACT-teamene har blitt tilpasset lokale forhold med hensyn til både målgruppe, antallet brukere i teamet, hvordan teamet er organisert, og hvordan de samhandler og samarbeider med kommunen. Det er etablert FACT-team i både urbane og rurale områder, og det minste opptaksområdet er på ca. 20 000 innbyggere 18 år og eldre. De største FACT-teamene har opptaksområder på over 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Etter hvert som både ACT-modellen og FACT-modellen er tatt i bruk i Norge, er det også etablert både ACT- og FACT-team i mer rurale områder med mindre befolkningstetthet og store reiseavstander til noen av brukerne. Dette er team med forholdsvis få brukere sammenlignet med forutsetningene i modellen. Teamene er likevel fullt bemannet og arbeider for å følge kravene i modellen, ofte med lokale tilpasninger.

Erfaringer med utprøvingen av ACT og FACT i Norge viser at disse to modellene kan benyttes både i urbane og i mer rurale områder. Det kan imidlertid stilles spørsmål om hvor mange DPS-regioner i Norge som kan opprette slike team. Svaret på dette spørsmålet er avhengig av kravene som stilles til befolkningsgrunnlag og reiseavstander. I neste kapittel vil dette spørsmålet bli utredet og belyst.

<sup>6</sup> En DPS-region er DPS-enhetens opptaksområde, uavhengig av om enheten dekker én eller flere kommuner.

# 6 Geografiske rammebetingelser for ACT og FACT i Norge

## Innledning

ACT- og FACT-modellene er utviklet under andre rammebetingelser enn i Norge, ikke minst når det gjelder bosettingsmønster og kommunikasjonsforhold. På denne bakgrunnen har arbeidsgruppen bestilt en delrapport om de geografiske rammebetingelsene for en bredere implementering av ACT- og FACT-team i Norge. Nærmere bestemt er det etterspurt beregninger av *hvor store og hvilke deler av Norge som har forutsetninger for å opprette slike team, og hvor stor andel av befolkningen som vil falle innenfor og utenfor teamenes operasjonsområde – alt under forutsetning av gitte krav til befolkningsgrunnlag og maksimal aksjonsradius målt i reisetid.*

Slike grenseverdier kan naturligvis bare betraktes som teoretiske. De bygger på to underforståtte antakelser:

1. *Overkapasitetsproblematikk.* Teamene blir uforholdsmessig kostnadskrevende å drifte dersom befolkningsgrunnlaget – underforstått antall brukere av tjenestene som er underlagt teamet – faller under et visst nivå.
2. *Avstandshåndteringsproblematikk.* Et team som dekker et lite geografisk område, rekker over flere brukere enn et team som skal dekke et stort geografisk område. Jo lengre reiseavstander, desto mer av teamets samlede arbeidstid vil bli spist opp av reising – til slutt så mye at ressursbruk per bruker blir uforholdsmessig stor.

Arbeidsgruppen har bedt om å få laget beregninger basert på følgende kriterier:

1. Hvor mange av kommunene i landet og hvor stor andel av befolkningen som er 18 år og eldre (heretter kalt befolkningen/innbyggerne) som

tilhører DPS-regioner<sup>7</sup> som oppfyller kravene til ACT-team (40 000 innbyggere 18 år og eldre)

2. Hvor mange av kommunene og hvor stor andel av befolkningen som tilhører DPS-regioner som oppfyller kravene til FACT-team med henholdsvis 20 000 og 15 000 innbyggere
3. En aksjonsradius for teamene (regnet fra DPS-enhetens geografiske lokalisering) på inntil henholdsvis 60 minutter, 90 minutter og 120 minutter én vei. Prinsippet for beregningene (9 alternativer) som er utført, kan illustreres i følgende tabell:

BEFOLKNINGS-GRUNNLAG	REISETID		
	Inntil 60 min	Inntil 90 min	Inntil 120 min
> 40 000 innb.	LAVEST POTENTIAL		
> 20 000 innb.			
> 15 000 innb.			HØYEST POTENTIAL

I tillegg er det beregnet hvor mange kommuner og hvor mange innbyggere som faller utenfor ordningen uansett krav til *befolkningsgrunnlag* fordi de ligger utenfor den aksjonsradiusen som er lagt til grunn for beregningene, eller fordi de tilhører DPS-enheter som ikke har en tilstrekkelig befolkning til at det anses hensiktsmessig å etablere team

<sup>7</sup> DPS-region er i denne sammenheng definert som DPS-enhetens opptaksområde uavhengig om det er en eller flere kommuner. Definisjon av en DPS-enhet i denne sammenheng er «En poliklinisk voksenpsykiatrisk enhet».

4. I tillegg til nasjonale tall er det også beregnet tall for landsdeler (det sentrale Østlandsområdet, Innlandet, Sørlandet, Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge). Disse tallene finnes i vedleggsrapport 1.

### Datagrunnlaget

Til grunn for beregningene er det benyttet offisielle tall fra Statistisk sentralbyrå for folketallet i kommunene 18 år og eldre per 1. januar 2016.

DPS-enhetene, 103 i tallet, er definert på bakgrunn av dokumentasjon levert av Helsedirektoratet januar 2017, og etter drøfting i arbeidsgruppen.

Data for reiseavstander er levert av Helsedirektoratet og er basert på tallmateriale som i utgangspunktet ble laget for Akuttutvalget (ref. Håkon Haaheim).

Tallene er teoretiske og basert på at utgangspunktet for reisen er den DPS-enheten som den enkelte kommunen tilhører, og de er beregnet på grunnlag av en kjørehastighet som tilsvarer 90 prosent av maksimalt tillatt kjørehastigheten på de aktuelle strekningene.

Alle beregninger som presenteres her, er teoretiske. Forutsetningene som er lagt til grunn, bygger imidlertid på erfaringer, både av hvor stort befolkningsgrunnlag *faktiske* team opererer med i ulike deler av landet, og hvor lang faktisk reisetid det opereres med i de aktuelle tilfellene (jf. pågående evalueringer av etablerte team).

Det understrekes at alle tall er beheftet med en viss usikkerhet. Beregningsgrunnlaget samsvarer ikke alltid med måten de etablerte teamene i praksis organiserer sin hverdag på, eller med måten team som måtte bli etablert, *kan* organisere sin hverdag på. Lokale tilpasninger vil kunne påvirke bildet. Eksempelvis kan en DPS-region «låne» én eller flere kommuner fra en annen region for å fylle opp til kapasitetsgrensen. I prinsippet kan også to DPS-regioner slå seg sammen og danne en felles teamløsning, forutsatt at ikke reiseavstandene blir for store. Andre steder kan det etableres flere team innenfor en og samme DPS-region. I slike tilfeller vil naturligvis de beregnede tallene for både befolkningsgrunnlag og reiseavstander påvirkes. Det er heller ikke gitt at teamets deltakere alltid har, eller *må* ha, DPS-enheten som utgangspunkt for reisene, slik beregningene som er presentert her legger til grunn. Eksempelvis kan teamet kan ha

en annen base enn den offisielle DPS-enheten, eller medlemmene i teamet kan rekrutteres fra ulike deler av DPS-regionen og vil følgelig ha ulike reiseavstander til en og samme bruker eller potensiell bruker.

### Hovedfunn

Gitt en *maksimal reiseavstand på 60 minutter* kan 2,7 millioner innbyggere (66 prosent) nås av team med krav om befolkningsgrunnlag innenfor operasjonsområdet på 40 000 innbyggere. 110 kommuner (26 prosent av alle) vil kunne inkluderes i slike regioner.

Med 20 000 innbyggere som krav og reiseavstand på 60 minutter øker tallet på innbyggere som kan nås, til 3,3 millioner (81 prosent). Tallet på kommuner som inkluderes, øker til 185 (43 prosent av alle).

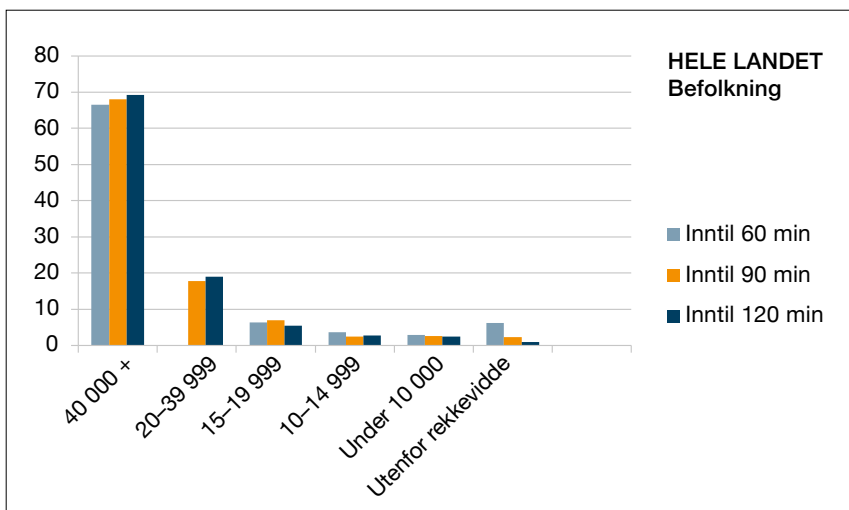
Med 15 000 innbyggere som krav til befolkningsgrunnlag øker andelen av befolkningen som kan nås innenfor en maksimal reisetid på 60 minutter, til 3,5 millioner innbyggere (87 prosent av alle). 237 kommuner (58 prosent av alle) vil være inkludert.

Økes den maksimale reisetiden til 120 minutter, kan mer enn 2,8 millioner personer (69 prosent av alle 18 år og eldre) og 143 kommuner (33 prosent av alle) nås av team med et befolkningsgrunnlag på 40 000 innbyggere innenfor en reiseavstand på 120 minutter.

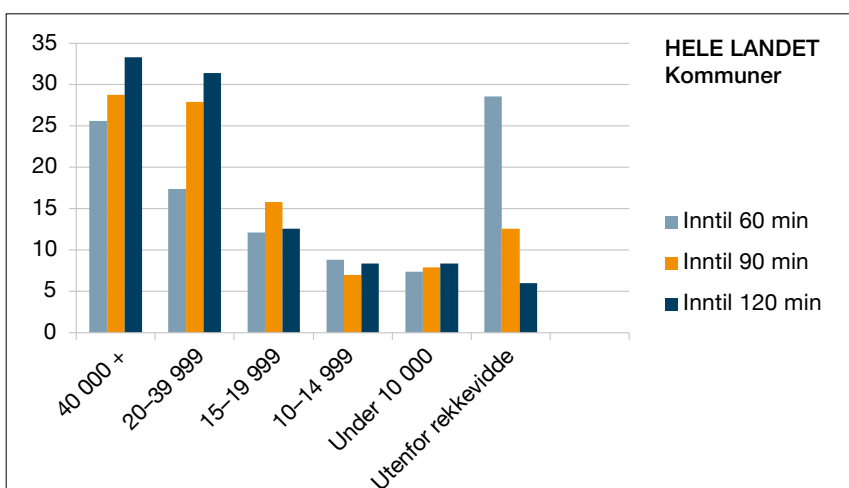
Med 15 000 innbyggere som krav til minimums befolkningsgrunnlag og med en reisetid på inntil 120 minutter vil en befolkning på 3,8 millioner (94 prosent av alle) kunne nås av team. 332 kommuner (78 prosent av alle) vil inngå.

Beregningene gjengis i fire søylediagrammer nedenfor. Først vises hvor mange innbyggere og hvor mange kommuner som faller inn under ordningen gitt ulike krav til befolkningsgrunnlag og maksimal reisetid. Deretter vises de samme funnene kumulativt, det vil si hvor mange innbyggere og kommuner som inkluderes totalt dersom minstekravet til et befolkningsgrunnlag settes til henholdsvis 40 000, 20 000 og 15 000 innbyggere, og under forutsetning av henholdsvis 60, 90 og 120 minutter som maksimal reisetidsavstand. Anslagene over hvor mange personer og kommuner som under ulike forutsetninger faller utenfor ordningen, kommenteres i et eget avsnitt nedenfor.

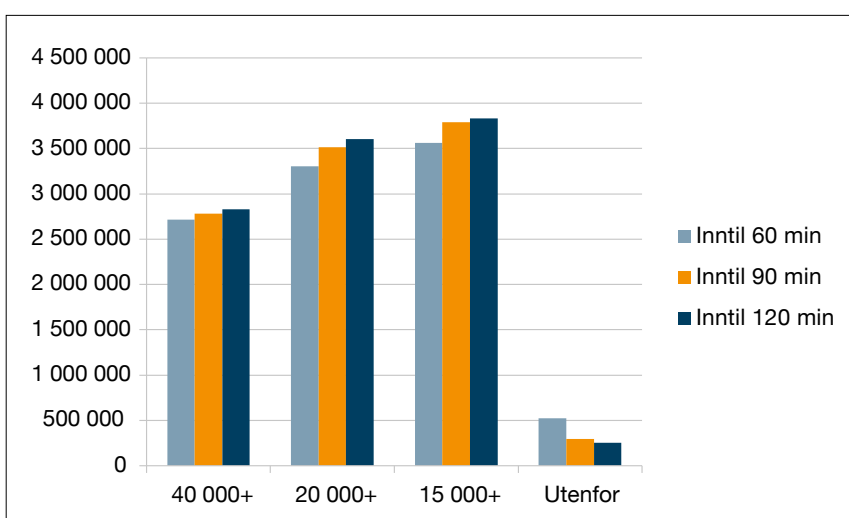




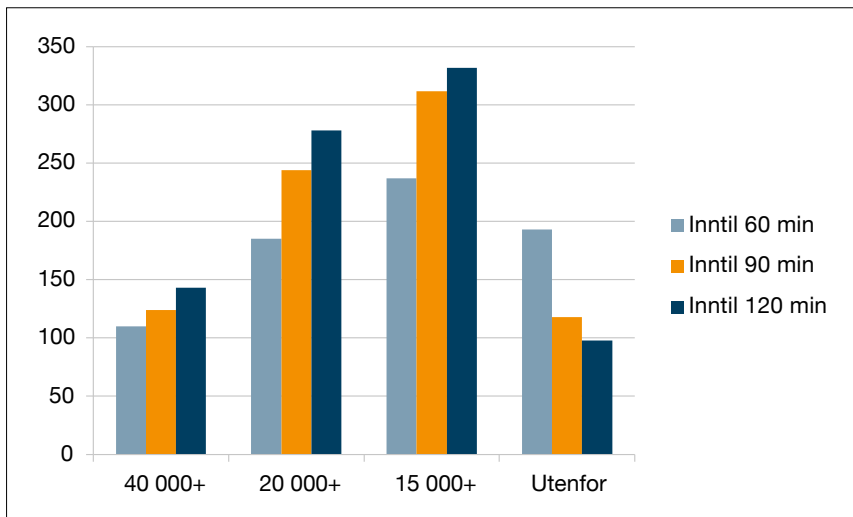
**Figur 6.1** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Prosentandel av befolkningen 18 år og eldre som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter).



**Figur 6.2** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Prosentandel av kommunene som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter).



**Figur 6.3** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40 000, 20 000 og 15 000 innbyggere 18 år og eldre samt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. Hele landet.

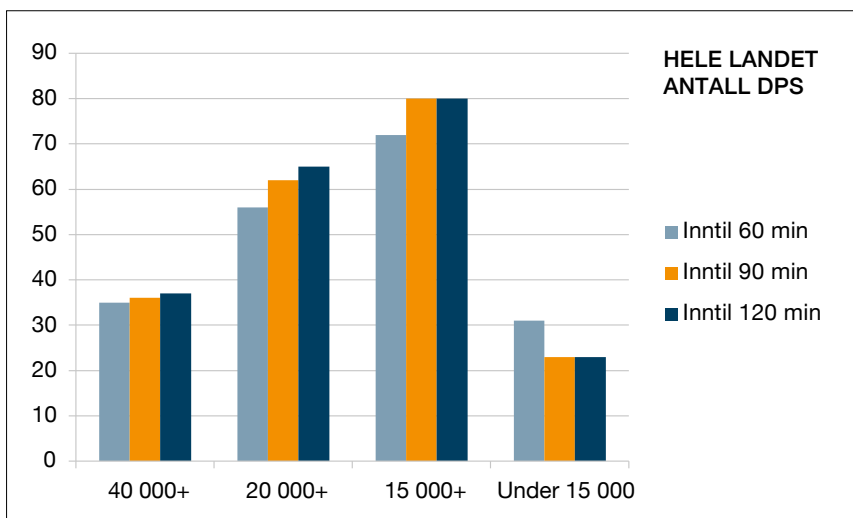


**Figur 6.4** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40 000, 20 000 og 15 000 innbyggere 18 år og eldre samt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. Hele landet.

Hvor mange av DPS-regionene i landet (etter oversikten fra Helsedirektoratet i januar 2017, 103 enheter) har et potensial for å etablere ACT- eller FACT-team? På tilsvarende måte som ovenfor illustreres svaret kumulativt i figur 6.5 nedenfor. Svaret avhenger, som man vil se, mye av kravene som stilles til befolkningsgrunnlag og reisetid. Stilles et krav om minimums befolkningsgrunnlag på 40 000 innbyggere, vil 35 DPS-regioner ha et tilstrekkelig tettbodd nærområde til å etablere team – ett eller flere – innenfor en aksjonsradius på 60 minutter. Tallet øker til 80 DPS-enheter dersom en reduserer kravet til befolkningsgrunnlag til 15 000 og utvider aksjonsradiusen til 120 minutter. Under en slik forutsetning

vil bare 22 av de 103 DPS-enhetene ha for få innbyggere innenfor sin aksjonsradius til at team kan etableres. Dette tallet reduseres til 20 dersom hele DPS-regionens innbyggertall 18 år og eldre, og ikke bare de som er innenfor 120-minnuttensgrensen, legges til grunn for fastsettelse av den kritiske verdien.

For illustrasjonen er det gjennomført beregninger for hvor mange *DPS-regioner* som teoretisk har forutsetninger for å etablere team med minst 50 000 innbyggere og innenfor en aksjonsradius på 60 minutter. 8 av de 35 DPS-regionene som oppfyller kravet til minst 40 000 innbyggere, vil da falle fra og i stedet havne i gruppen med et befolkningsgrunnlag som ligger mellom 40 000 og 49 999 innbyggere.



**Figur 6.5** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40 000, 20 000 og 15 000 innbyggere 18 år og eldre samt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. Hele landet. Kumulativ framstilling.

### Kommuner og regioner som faller utenfor

Prinsipielt kan det være to ulike grunner til at en kommune – og dermed kommunens innbyggere – faller utenfor en potensiell teamorganisering.

*Kriterium 1:* Kommunen/bostedet kan falle utenfor aksjonsradiusen til den lokale DPS-enheten.

*Kriterium 2:* DPS-regionen som bostedskommunen tilhører, kan ha for få innbyggere/potensielle brukere til at det vurderes som hensiktsmessig å etablere team.

Det at flere og flere kommuner skaller av fra de respektive DPS-regionene etter hvert som kravene til maksimal reiseavstand skjerpes (fra 120 til 90 minutter og fra 90 til 60 minutter), fører samtidig til at flere *DPS-regioner* faller under de ulike grenseverdiene for befolkningsgrunnlag. Et eksempel: En DPS-region med 20 500 innbyggere innenfor en aksjonsradius på 120 minutter som «mister» en

kommune med 3000 innbyggere i det maksimal reiseavstand reduseres fra 120 til 90 minutter, faller fra kategorien 20 000–39 999 innbyggere til kategorien 15 000–19 999 innbyggere. Følgelig vil en skjerping av kravet til maksimal reiseavstand føre til at flere kommuner kommer utenfor rekkevidde (kalt kriterium 1 ovenfor), og *samtidig* bidra til at flere DPS-regioner faller under den definerte, kritiske verdien for befolkningsgrunnlag (kriterium 2). Denne dynamikken er viktig å ha i bevisstheten når tallmaterialet skal tolkes.

Legger vi til grunn at team kan etableres med et befolkningsgrunnlag på 15 000 innbyggere innenfor to timers reiseavstand, får vi følgende resultater for hvor mange og for hvor stor prosent av kommunene som faller utenfor uten særskilte grep for organiseringen:

Kommuner som faller utenfor:	Antall	Prosent av kommunene
Maksimalt 60 minutters reisetid	193	44,8
Maksimalt 90 minutters reisetid	118	27,4
Maksimalt 120 minutters reisetid	72	22,8

Tallene viser altså at dersom det stilles krav om 60 minutter som maksimal reiseavstand, vil hele 45 prosent av kommunene falle utenfor ordningen mot 23 prosent dersom vi aksepterer dobbelt så lang reisetid; 120 minutter.

Mønsteret er at befolkningsmessig små og tynt befolkede periferikommuner er i klar overvekt blant dem som faller utenfor. Derfor blir bildet av hvor ekskluderende kravene til befolkningsgrunnlag og maksimal reiseavstand virker, et nokså annet og langt mindre dramatisk om vi i stedet for å se på

hvor mange *kommuner* som ekskluderes under ulike krav til befolkningsgrunnlag og maksimal reiseavstand, ser på hvor stor andel av *befolkningen* som gjør det.

Dersom vi fortsatt bruker 15 000 innbyggere innenfor to timers reiseavstand som minstekrav for å etablere team, får vi følgende resultater for hvor mange *personer* og hvor stor prosent av *befolkningen* som faller utenfor, uten særskilte grep for organiseringen:

Personer som faller utenfor:	Antall	Prosent av befolkningen
Maksimalt 60 minutters reisetid	524 048	12,8
Maksimalt 90 minutters reisetid	294 685	7,3
Maksimalt 120 minutters reisetid	255 819	6,2

Vi ser altså at gitt et minstekrav til befolkningsgrunnlag på 15 000, vil andelen av befolkningen som ekskluderes fra ordningen bli ca. 13 prosent gitt en maksimal reiseavstand på 60 minutter, men bare 6 prosent dersom inntil 120 minutters reisetid aksepteres.

En uforholdsmessig stor andel av kommunene, og dermed personene, som ikke inkluderes i områder som nås av teamløsninger, ligger i Nord-Norge, to av tre kommuner og mer enn hver tredje innbygger. Ikke uventet peker Finnmark seg ut som et fylke med spesielt store utfordringer (se vedleggsrapport 1).

**Tabell 6.1** Hvor mange kommuner og innbyggere vil havne utenfor ordningen under forutsetning av et krav for å etablere team på minimum 15 000 innbyggere innenfor en rekkevidde på inntil 120 minutter. Landsdeler.

Landsdel	Kommuner		Personer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Det sentrale Østlandsområdet	0	0	0	0
Innlandet	14	30	29 575	10
Agder	4	13	14 164	6
Vestlandet med Rogaland	12	10	43 513	4
Trøndelag	12	24	28 372	8
Nord-Norge	56	65	140 195	37
<b>Hele landet</b>	<b>98</b>	<b>23</b>	<b>255 819</b>	<b>6</b>

I denne sammenhengen kan det være grunn til å ta med i betraktningen at forholdsvis mye av tiden vil gå med til reising i områdene med størst reiseavstand. Denne tiden vil vanskelig kunne benyttes fullt ut til arbeid med brukerne, journalarbeid osv. Dermed vil kapasitetsgrensen nås raskere. Et lavere minstekrav til befolkningsgrunnlag / antall potensielle brukere bør derfor kunne diskuteres for slike regioner.

Tendensen i tallmaterialet er like klar som selvinnlysende: Jo høyere krav som stilles til befolkningsgrunnlaget, og jo kortere maksimal reisetid som aksepteres, desto mer ekskluderende vil kriteriene være. Men fordi *kommunene* som faller utenfor gjennomgående er mindre målt i befolkning enn de som forblir innenfor, blir tallene for hvor mange *kommuner* som ekskluderes under ulike forutsetninger for maksimal reiseavstand og befolkningsgrunnlaget, vesentlig høyere enn tallene for hvor stor

andel av *befolkningen* som ekskluderes. De ekskluderte områdene vil med andre ord ruve vesentlig mer på kartet enn i befolkningsstatistikken.

Arbeidsgruppen har også bedt om å få beregnet de tallmessige konsekvensene av en mer pragmatisk løsning som lar *alle kommunene som inngår i DPS-regioner der det eksisterer et befolkningsgrunnlag for å etablere team (minst 15 000 innbyggere)*, bli plassert under teamets ansvarsområde, også de som ligger utenfor 2-timersgrensen. Mer presist er det framsett et ønske om å få tall for hvor mange personer og kommuner som under en slik forutsetning vil havne innenfor en teamløsning og i følgende soner:

1. Med inntil 60 minutters reiseavstand
2. I intervallet 60–120 minutters reiseavstand
3. Med over 120 minutters reiseavstand

Med en slik tilnærming vil enda noen flere kommuner og potensielle brukere kunne bli integrert i en teamløsning. Det forutsettes her at teamet vil kunne forholde seg noe ulikt til brukere avhengig av hvilken avstandssone de bor i. Beregningene gir følgende resultat:

1. Inntil 60 minutters reiseavstand:  
261 kommuner med 90,2 prosent av befolkningen
2. 60–120 minutters reiseavstand:  
78 kommuner med 4,5 prosent av befolkningen
3. Over 120 minutters reiseavstand:  
18 kommuner med 0,7 prosent av befolkningen

Totalt vil en slik tillempling av modellen bety at 357 kommuner, 83 prosent, kan inngå i en teamløsning, noe som dermed vil innbefatte 95 prosent av befolkningen. Man får med andre ord med noen kommuner og innbyggere ekstra i ordningen, men fordi de fleste «nye» kommunene har få innbyggere, betyr det ikke så mye i tall. 83 DPS-enheter vil kunne etablere en teamløsning.

Legges disse kriteriene til grunn, vil antall DPS-regioner med for lavt befolkningsgrunnlag dermed reduseres til 20 (19 prosent av alle). 71 kommuner (17 prosent) vil havne utenfor teamordninger, og ca. 5 prosent av befolkningen.

### **Oppsummering**

Hovedkonklusjonen røkkes det ikke ved: Forutsatt at den kritiske grensen for at team kan etableres settes til 15 000 innbyggere, kan det store flertallet av befolkningen (90 prosent) nås av ACT- og FACT-team uten at reiseavstandene overskrider

60 minutter. Ytterligere 5 prosent av befolkningen integreres dersom rekkevidden utvides til 120 minutter. De ekstra innbyggerne en kan nå ved å integrere alle kommuner i DPS-regioner der kravet om minst 15 000 innbyggere er oppfylt, også der reiseavstanden er over to timer, er forholdsvis få og utgjør godt under 1 prosent av alle innbyggerne.

Dersom en forutsetter at andelen potensielle brukere utgjør anslagsvis 6,4 promille av befolkningen 18 år og eldre i alle regioner (totalt 26 000), betyr dette at 24 700–24 800 brukere bor i DPS-regioner der det er grunnlag for å etablere FACT-team. For 1 400–1 500 av disse kan det være aktuelt å lage modifiserte løsninger ettersom reiseavstanden overskrider 60 minutter. 1 200–1 300 brukere bor i DPS-regioner der det er lite aktuelt å etablere FACT-team.

# 7 Hvor stort er potensialet for ACT og FACT i Norge?

I forrige kapittel har vi beregnet potensialet for ACT og FACT ut fra befolkningsstørrelse og reiseavstander. Vi har spurt om hvor store og hvilke deler av Norge som har forutsetninger for å opprette slike team, og hvor stor andel av befolkningen som vil falle innenfor og utenfor teamenes operasjonsområde, alt under forutsetning av gitte krav til befolkningstetthet og maksimal aksjonsradius målt i reisetid. I dette kapitlet vil vi diskutere potensialet for ACT og FACT med og uten modifikasjoner av modellene, hvilke utfordringer rurale regioner har, og hvordan utfordringene kan håndteres. Det vil vises til eksempler på hvordan rurale FACT-team håndterer store reiseavstander og lav befolkningstetthet. Vi viser også til andre utfordringer med å implementere ACT og FACT i en norsk kontekst, og hvordan det kan håndteres.

## Kriterier for å etablere ACT- eller FACT-team

Hvor vi setter grensen for befolkningsstørrelse for å etablere ACT- og FACT-team, er avhengig av hvordan vi definerer målgruppen. Når det gjelder ACT-modellen, er målgruppen definert som personer med alvorlige psykiske lidelser (alvorlig psykoselidelse, alvorlig bipolar lidelse), lavt funksjonsnivå og store og sammensatte problemer, og som ikke nås av de ordinære tjenestene. En beregner at målgruppen utgjør ca. 1 promille av den voksne befolkningen 18 år og eldre. I Norge vil det si ca. 4000 personer. For å etablere ACT-team anbefaler en et opptaksområde på minst 50 000 innbyggere 18 år og eldre (Landheim et al., 2014). Når det gjelder FACT-modellen, er målgruppen også definert som personer med alvorlige psykiske lidelser, men inkluderer tilstander ut over psykosespekteret. Målgruppen har store og sammensatte problemer, nås ikke alltid av de ordinære tjenestene og vil ha behov for oppsøkende samhandlingsteam med

et helhetlig ansvar for oppfølging og behandling. Mer utfordrende er det å beregne andelen i Norge som har behov for oppsøkende behandlingsteam / FACT-team. Som vist i kapittel 4, vurderer vi det slik at antallet som kan ha behov for oppsøkende behandlingsteam som FACT/ ACT, tilsvarer 0,64 prosent eller 6,4 promille av den voksne befolkningen (26 000 av 4,1 million).

Gitt definisjonen av målgruppen i kapittel 4, vil regioner med ulik befolkningsstørrelse ha varierende antall potensielle brukere for ACT og FACT:

- En DPS-region med 15 000 innbyggere 18 år og eldre vil ha ca. 100 aktuelle brukere.
- En DPS-region med 20 000 innbyggere 18 år og eldre vil ha ca. 130 aktuelle brukere.
- En DPS-region med 30 000 innbyggere 18 år og eldre vil ha ca. 195 aktuelle brukere.
- En DPS-region med 40 000 innbyggere 18 år og eldre vil ha ca. 260 aktuelle brukere.

Det er gode grunner til å bruke funksjonsnivå og ikke diagnose som inklusjonskriterium, men det vil også kreve at et FACT-team må foreta en god analyse av belastningene i den enkelte kommune og så tilpasse sin oppfølging deretter.

I henhold til FACT-modellen skal det være maksimum 200 personer i et FACT-team. Det er flere eksempler fra Norge der det er langt færre brukere i etablerte FACT-team. De største FACT-teamene har mellom 100 og 150 brukere, mens de minste er nede i ca. 50. I DPS-regioner med lav befolkningstetthet (under 15 000) vil det være vanskelig å etablere team med mange nok brukere. Det er imidlertid et spørsmål om hvor få brukere et team bør ha før det blir for kostnadskrevenende. Vi tar i denne rapporten utgangspunkt i at det er mulig å

etablere FACT-team i DPS-regioner med en befolkning på over 15 000 innbyggere.

Når det gjelder reiseavstand, har vi tatt utgangspunkt i DPS-regioner med tilhørende kommuner med reiseavstand i tre soner: 1) på inntil én time, 2) innenfor to timer og 3) over to timer. Vi vurderer det slik at DPS-regioner med et befolkningsgrunnlag på minst 15 000 innbyggere 18 år og eldre og med en reiseavstand på maksimum én time kan etablere FACT-team uten at det går ut over kravene i modellen. Reiseavstand ut over dette kan håndteres på ulike måter uten at det går vesentlig ut over FACT-modellen. De fleste DPS-regioner i Norge vil ikke kunne etablere FACT-team med bare én kommune med unntak av de store kommunene. Vi forutsetter derfor at det kan etableres FACT-team mellom DPS og flere kommuner i opptaksområdet. Eksempler på dette er blant annet FACT Folgefonn og FACT Lister. Det er også eksempler på DPS som har etablert flere FACT-team, slik som ved Kronstad DPS i Bergen. Flere DPS med tilhørende kommuner vil ha noen kommuner og brukere innenfor én times reiseavstand, og noen kommuner og brukere utenfor én times reiseavstand.

Vi vil i det følgende presentere antallet potensielle ACT- og FACT-team i de ulike sonene og hvor stor andel av befolkningen i voksen alder som kan inkluderes i slike team. Videre vil vi diskutere utfordringer med store reiseavstander til brukere som bor flere timer fra der teamet er lokalisert, og mulige løsninger for disse brukerne, med eller uten FACT-team i sin region. Vi vil også komme inn på utfordringer med å etablere ACT- og FACT-team i en norsk kontekst og hvordan dette kan håndteres.

### **I hvor mange DPS-regioner kan ACT-team etableres?**

Våre beregninger viser at med et befolkningsgrunnlag på over 40 000 innbyggere og maksimum én times reiseavstand vil 35 DPS og tilhørende kommuner/bydeler kunne etablere ACT-team eller FACT-team. Totalt sett dekker de 35 DPS-ene et opptaksområde på 2,7 millioner innbyggere 18 år og eldre, noe som utgjør 69 prosent av landets befolkning, samt 143 kommuner. Hvis vi beregner at 1 promille av befolkningen har behov for

ACT-team, vil det utgjøre 2600 potensielle brukere. Hvis vi går ut fra at det er 0,64 prosent som har behov for FACT-team, vil det være 17 200 aktuelle brukere for FACT-team i disse DPS-regionene.

**Tabell 7.1** Befolkningsgrunnlag over 40 000 innbyggere og inntil én times reiseavstand

Andel av befolkningen	2,7 millioner (69 prosent) innbyggere 18 år og eldre
Antall kommuner	143
Antall DPS	35/103
Antall brukere	17 200 / 26 000

Det er ingen geografiske hindringer (befolkningsstørrelse eller reiseavstand) for å etablere minst 35 ACT-team i DPS-regioner med et innbyggertall på 40 000 eller mer og maksimum én times reiseavstand. Potensialet for å etablere FACT-team er imidlertid høyere, og disse kan bestå av mer enn ett team i de største DPS-regionene. Når team har maks reiseavstand på én time, vil ikke reiseavstand være et hinder for å følge kriteriene i ACT- eller FACT-modellen. Disse DPS-regionene ligger i mer sentrale strøk av landet (se vedlegg).

### **I hvor mange DPS-regioner kan FACT-team etableres?**

Hvis vi senker kravet til befolkningsgrunnlag til 15 000 innbyggere som er 18 år og eldre, og holder fast ved en reiseavstand på fortsatt maksimum én time, vil 72 av 103 DPS-enheter kunne etablere FACT-team, og i noen tilfeller ACT-team. De 72 DPS-ene dekker en befolkning på ca. 3,7 millioner innbyggere 18 år og eldre og 261 kommuner innenfor den gitte reiseavstanden. Hvis vi går ut fra at det er 0,64 prosent av befolkningen som har behov for oppsøkende behandlingsteam, vil det være 23 680 aktuelle brukere for FACT-team i disse DPS-regionene. Med et befolkningsgrunnlag på 15 000 innbyggere vil det være potensielt 100–150 aktuelle brukere i ett FACT-team. Minst 72 DPS-enheter vil kunne etablere modelltro FACT-team innenfor disse DPS-regionene. Disse DPS-enhetene kan etablere FACT-team med minst 100 brukere og

en reiseavstand på maksimum én time, og de kan i prinsippet velge om brukere utenfor 60-minuttersgrensen skal inkluderes i teamet eller ikke. Dersom teamet skal operere utenfor 60-minuttersgrensen, er det aktuelt å differensiere arbeidsmåten.

**Tabell 7. 2** Befolkningsgrunnlag over 15 000 innbyggere og inntil én times reiseavstand

Andel av befolkningen	3 687 903 (90 prosent) innbyggere 18 år og eldre
Antall kommuner	261 (61 prosent)
Antall DPS	72/103
Antall brukere	23 680 / 26 000

### DPS-regioner som kan etablere modifiserte FACT-team

Enkelte DPS kan oppfylle kravet til 15 000 innbyggere i opptaksområdet dersom kommuner og brukere utenfor 60-minuttersgrensen inkluderes. De kan dermed etablere FACT-team der det arbeides modelltrofast overfor brukere i nærområdet, mens modellen tilpasses for de som bor lenger borte (se nedenfor). Elleve DPS befinner seg i denne kategorien. Hvis vi forutsetter at alle kommuner i avstandssonen mellom én og to timer inkluderes i teamenes opptaksområde, vil ytterligere 78 kommuner med 4,5 prosent av befolkningen bli en del av FACT-teamet. Hvis vi inkluderer kommuner og brukere som tilhører DPS-regioner med minst 15 000 innbyggere, men der reiseavstanden er mer enn to timer, inkluderes ytterligere 18 kommuner med til sammen 0,7 prosent av befolkningen.

### Utfordringer og løsninger for FACT-team som har brukere utenfor nærområdet

Dersom FACT-teamene skal tilpasses tynt bosatte områder, er det avgjørende at også brukere utenfor nærområdet inkluderes. Det gjelder uansett om det er tilstrekkelig antall brukere for å etablere et FACT-team eller ikke innenfor en DPS-enhet. En forholdsvis stor andel FACT-team vil måtte forholde seg både til brukere i nærområdet og til brukere som bor lenger borte.

### Lange avstander – oppsøkende arbeid, teamtilnærming og krisesituasjoner

Lange reiseavstander vil ha noen følger for oppsøkende behandlingsteam som FACT-team. Modellen legger opp til oppsøkende virksomhet, og for brukere på tavla kreves det tett og intensiv oppfølging når de har behov for det, og minst fire ganger per uke. For brukere som ikke står på tavla, skal også kontaktfrekvensen være høy, og etter modellen minimum én kontakt per uke (gjelder bare FACT). Modellen legger også opp til at flere i teamet skal møte den enkelte brukeren i løpet av en gitt tidsperiode (teamtilnærming). Det vil si at 90 prosent av brukerne skal møte minst tre teammedlemmer i løpet av to uker. Disse kravene til intensitet i tjenesten samt teamtilnærming vil være vanskelige å innfri når det gjelder de brukerne som bor lengst unna. Det vil gå med for mye tid til å reise ut til dem, og det vil gå ut over muligheten til å følge dem opp intensivt nok.

Håndtering av akutte krisesituasjoner der det er forventet at teamet skal være raskt på plass, vil også være en utfordring ved store reiseavstander. I henhold til modellen skal teamet være tilgjengelig innen to timer dersom det oppstår en krise. Dersom krisen oppstår utenfor kontortiden, skal det være konkrete avtaler med akuttjenestene. De fleste brukerne vil kunne nås innen to timer hvis det skulle oppstå en krisesituasjon. En begrensning i rurale strøk kan være at det ikke eksisterer akuttjenester som teamet kan spille på og samarbeide med. Utfordringene med store reiseavstander handler først og fremst om at teamet bruker forholdsmessig lang tid på å nå enkelte av brukerne, og at en enten må ha få brukere i teamet for å oppfylle kravet til intensitet, eller at andre tjenesteytere kompenserer og supplerer teamet. Vi har ulike eksempler på hvordan store avstander håndteres.



## FACT LISTER

FACT-teamet i Lister har et befolkningsgrunnlag på ca. 28 000 18 år og eldre og i overkant av to timers reiseavstand én vei til flere av sine brukere. Teamet er faglig og administrativt under SSHF ved DPS Lister. Seks kommuner inngår i teamet sammen med DPS Lister. Den forpliktende samhandlingen mellom kommunene og DPS er organisert ved at kommunene finansierer stillinger med ansatte i kommunen inn i FACT-teamet. De fire største kommunene går inn med 100 prosent stilling fra hver kommune, men der ansettelsesforholdet er ved DPS-et. De to minste kommunene går inn med en 20 prosent stilling fra hver kommune, og de er fortsatt ansatt i kommunen. Det innebærer en forpliktende samhandling mellom DPS og kommunene der ansatte i teamet er fra både kommune og DPS. Ellers er teamet tverrfaglig sammensatt og skal fungere som et team. Ved å ha ansatte i teamet fra kommunene kan disse personene ha et hovedansvar for brukere

i «sin kommune», og andre i teamet kan hentes inn ved behov. Ved behov for intensiv oppfølging kan den kommunalt ansatte ha et særskilt ansvar for å følge opp brukeren i «sin» kommune, og med teamet i ryggen. Store reiseavstander håndteres ved at ansatte i respektiv kommune utfører tjenester ved kriser og ved behov for tett oppfølging. Teamansatte har også ansvar for å gi tjenester til brukere i andre kommuner. På denne måten sikres teamtilnærmingen og at ansatte fra både kommunen og DPS er en del av teamet. I tillegg har de ansatte i teamet optimale arbeidsverktøy som tilgjengelige biler, bærbar PC og mobiltelefon. De skal også i gang med å prøve ut videomøter med samarbeidspartnere både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er også ønskelig med tavlemøte ved bruk av digitale løsninger. Teamet ønsker også å prøve ut videomøter eller bruk av FaceTime med sine brukere. Dette vil kunne kompensere for store reiseavstander.

## FACT FOLGEFONN

FACT Folgefonn har et befolkningsgrunnlag på ca. 20 000 18 år og eldre og i overkant av to timers reiseavstand én vei til flere av sine brukere. Fire kommuner inngår i teamet sammen med DPS Folgefonn. Teamet er organisatorisk forankret i DPS-et med samarbeidsavtaler med kommunene. De har tett samarbeid med flere kommunale instanser, og de har faste koordineringsmøter og kontaktpersoner i de ulike kommunene. FACT-teamet har behandlings- og koordineringsansvaret, men involverer ansatte i kommunene direkte i den praktiske og kliniske oppfølgingen der det vurderes som nødvendig. Teamet håndterer store reiseavstander ved at kommunene der brukeren bor og oppholder seg, utfører tjenester som teamet ellers ville gjort. Det vil si at noen typer tjenester delegeres til kommunene, men der teamet fortsatt skal ha et overordnet ansvar for tjenestene. En tjeneste som er vanlig å delegere til kommunen, er administrering av medisiner. En slik ordning krever at teamet har oversikt over hvilke tjenester brukeren får fra kommunen, og at teamet har et ansvar for å koordinere tjenestene slik at de framstår som helhetlige. Reiseavstand betraktes ikke som «dødtid» da teamet er tilgjengelig på telefon for samarbeidspartnere, brukere og pårørende. Det blir imidlertid påpekt at tilgangen til mange nok biler, smarttelefon og bærbar PC er nødvendig for å kunne jobbe effektiv med oppsøkende arbeid i rurale områder.

### *To rurale FACT-team*

Eksemplene illustrerer to måter å håndtere store reiseavstander på. I FACT Listers tilfelle gir fortsatt teamet helhetlige tjenester ved at det består av både kommunalt ansatte og ansatte fra spesialisthelsetjenesten. I FACT Folgefonn utfører kommunene flere av arbeidsoppgavene som teamet ideelt sett skal gjøre, men der teamet har det helhetlige ansvaret. Samhandlingen er skriftliggjort gjennom samarbeidsavtaler mellom teamet og respektive kommuner. Begge tilnærmingene kan gi helhetlige og integrerte tjenester, men det krever mer koordinering av teamet der flere tjenester delegeres til og utføres av kommunen.

### *Lange reiseavstander – tavlemøtet, bruk av IKT*

En viktig metode for å oppnå at alle i teamet kjenner alle brukerne, er tavlemøtet og gjennomgang av samtlige brukere på tavla hver dag. I de tilfellene der teamansatte oppholder seg i kommuner med stor reiseavstand til teamet, og der de ikke er fysisk til stede i teamet hver dag, kan dette være vanskelig å få til. En måte å håndtere dette avviket fra modellen på er at noen av de daglige tavlemøtene gjennomføres ved bruk av telekommunikasjon eller IKT-løsninger, for eksempel bruk av Skype eller Helsenett. ACT-teamene i Sunnmøre og i Romsdal

har gjort gode erfaringer med å kompensere for store avstander ved å bruke PC og nettbrett oppkoblet til egne systemer, og de har tavlemøte ved hjelp av videokonferanse når det er nødvendig.

For å håndtere store reiseavstander er digitale løsninger og telefon viktige virkemidler. Teamansatte kan kommunisere med hverandre, med samarbeidspartnere og med brukerne. For å kunne håndtere store reiseavstander er det også viktig at teamene har tilgang til biler, og at de kan skrive journal mens de er på reisefot. Dette vil gjøre hverdagen mer effektiv, og de kan utføre oppdraget sitt på en mer hensiktsmessig måte. IKT-løsninger som Helsenett eller Skype og telefon kan ikke minst benyttes for å samhandle med kommunene og eventuelt deler av spesialisthelsetjenesten, også når det handler om kriseintervensjoner og veiledning. Gitt at disse forutsetningene dekkes, vil en kunne håndtere store reiseavstander i et FACT-team. Vi har eksempler fra Nederland der flere FACT-team kommuniserer med sine brukere via PC eller nettbrett. Brukeren kommuniserer fra der han eller hun oppholder seg, og den teamansatte fra sitt kontor. Brukerne har fått installert et program på sin PC eller nettbrett der de kan kommunisere ansikt til ansikt med teamansatte. Dette er en tjeneste som kommer i tillegg til vanlig kontakt ansikt til ansikt, og som er tilgjengelig hele døgnet og hele uka (24/7). Tjenesten benyttes av mange brukere og er en måte å håndtere store reiseavstander på, og situasjoner der brukeren har behov for å snakke med en teamansatt på kort varsel. Slike løsninger er ikke en erstatning for kontakt ansikt til ansikt, men et supplement.

### **DPS-regioner som ikke kan etablere FACT-team**

20 DPS-regioner har et opptaksområde på under 15 000 innbyggere, uansett reiseavstand. De fleste av disse er lokalisert i Nord-Norge. Det er snakk om 71 kommuner og et befolkningsgrunnlag på 188 000 personer. Utfordringen i slike regioner er at det vil være få aktuelle brukere for å etablere et FACT-team. Et fullsatt team vil være kostnadskreven, og med få ansatte vil ikke teamet kunne ha den tverrfagligheten som kreves i modellen, og det kan være vanskelig å få tilgang til psykiater og

psykolog i teamet. En mer hensiktsmessig tilnærming kan her være å bygge opp en samhandling mellom DPS og aktuell kommune rundt den enkelte bruker som bygger på prinsippene i FACT-modellen, og at samhandlingen skriftliggjøres. Tilgangen til spesialisthelsetjenester kan på denne måten styrkes, og samhandlingen kan koordineres gjennom felles behandlingsplan, individuell plan og at det etableres ansvarsgruppe. Det er viktig at oppfølgingsteamets ansvar er klart definert, og at teamet kan arbeide høyintensivt i perioder. Dersom teamet erstattes av fast kontaktperson eller koordinator, må vedkommendes rolle og ansvar tydeliggjøres. En bør ta i bruk kryptert videokommunikasjon for nettbasert veiledning og case-drøftinger ved behov.

### **Andre utfordringer for etablering av FACT-team i rurale strøk**

Vi har i avsnittene over beskrevet utfordringen med store reiseavstander og hvordan slike utfordringer kan håndteres. Videre har vi diskutert hvilke utfordringer DPS med lav befolkningstetthet har for etablering av FACT-team. Det er også et spørsmål om det er deler av FACT-modellen som er spesielt vanskelig å etterleve i rurale strøk, ut over avstandshåndtering og befolkningstetthet. Vi vil kort omtale og drøfte disse utfordringene her.

#### *Kompetanse*

FACT-modellen understreker nødvendigheten av å ha medarbeidere som kan spisse eget fag og bidra til et flerfaglig perspektiv. I henhold til FACT-modellen skal et team bestå av ulike yrkesgrupper som sykepleier/vernepleier, sosionom, psykolog og psykiater. I rurale strøk kan det være vanskelig å få til å etablere team som består av de ulike yrkesgruppene. I opprettelsen av FACT-team bør en derfor forsøke å legge til rette for en så god flerfaglighet som mulig. Små kommuner kan ha få ansatte i sine rus- og psykiske helsetjenester og vil ha utfordringer knyttet til å skaffe tilstrekkelig bredde og dybde i kompetansen. Etter FACT-modellen skal ansatte i teamet tilby kunnskapsbaserte metoder og inneha såkalte spesialistfunksjoner som arbeidsspesialist, rusfaglig spesialist og brukerspesialist. Det er ikke nødvendigvis slik at de ansatte har denne

kompetansen på de ulike områdene. En konsekvens kan være at de ansatte i teamet vil arbeide mer som generalister enn som spesialister. Dette kan håndteres ved at ulike personer i teamet tildeles ulike ansvarsområder, og at det utarbeides en kompetanseplan som reflekterer kravene i modellen og behovene til målgruppen. Behov for spesialkompetanse bør også vurderes samlet ved eventuelle nyansettelser. Det er viktig at DPS supplerer med kompetanse kommunen ikke har. Det skal være både psykolog og psykiater i et FACT-team. DPS i rurale strøk vil ha varierende tilgang til spesialistkompetanse, selv om de skal ha psykolog og psykiater blant de ansatte. Flere DPS sliter med å rekruttere disse faggruppene. Fra 2020 er det lovbestemt at det også skal være ansatt psykolog i alle norske kommuner. De fleste av FACT-teamets målgruppe er allerede brukere av DPS, enten poliklinisk eller i form av innleggelse i døgnenhet. Psykiater og psykolog kan ved å være en del av teamet i større grad ivareta målgruppens behov ute i lokalsamfunnet. På denne måten jobber psykiater og psykolog på en annen måte og mer oppsøkende enn det som er vanlig mange steder i landet. Tilgangen til psykolog- og/eller psykiaterkompetanse kan også skje via kryptert videokommunikasjon for nettbasert veiledning og case-drøftinger. I rurale strøk bør derfor alle kommuner og DPS ha etablert et videokonferanserom med krypterte linjer.

#### *Flere team*

Det er viktig å tenke gjennom hvilke psykisk helse- og rusteam som trengs i kommunen. Det er for eksempel ikke hensiktsmessig med mange team i små kommuner, og i større og mer uoversiktlige kommuner er det viktig å skape forutsigbarhet for brukerne. Kommunene bør derfor i samarbeid med DPS vurdere om eksisterende oppfølgings- og/eller behandlingsteam, som for eksempel ambulante akutteam, skal ses i sammenheng med et team etter FACT-modellen.

#### **Generelle utfordringer med etablering av ACT og FACT i Norge**

Det vil i tillegg til de rurale utfordringene være noen generelle utfordringer med å implementere

ACT og FACT i en norsk kontekst. Vi vil kort omtale og drøfte disse her.

#### **Mangeartet målgruppe og kunnskapsbaserte metoder**

En faglig utfordring i arbeidet med å implementere ACT og FACT i Norge handler om å kombinere ulike kunnskapsbaserte metoder i et og samme team. ACT ble i utgangspunktet utviklet for å møte pasienter med psykoselidelse utenfor institusjon, og metodene ble tilpasset deretter. Det samme var utgangspunktet for FACT-modellen, men i Nederland har en arbeidet med å utvide metodegrunnlaget bl.a. ved å etablere team tilpasset pasienter med primært personlighetsforstyrrelse og pasienter som soner fengselsdom (Forensic ACT). Den samme prosessen er påbegynt i USA. Etablering av særlig FACT-team i det omfang rapporten legger opp til, innebærer en målgruppe som har svak sosial fungering til felles, men samtidig mange og varierende diagnoser. Kunnskap om ulike målgrupper og de særskilte utfordringene de sliter med, ikke minst problemer med rusmidler, er mer utfordrende med en bred målgruppe. Når det gjelder behandling, må teamene kunne beherske mange terapeutiske tilnærminger og metoder. Det vil kreve mer av spesialistene i teamet enn i tradisjonelle ACT-team, både når det gjelder behandling, og når det gjelder veiledning. Ved ansettelser i og opplæring av teamene er det viktig å ha oppmerksomhet på et mangfold av kunnskapsbaserte metoder.

#### **Hvor helhetlige tjenester skal ACT- og FACT-teamene gi?**

Sammenlignet med både USA og Nederland er den norske velferdsstaten kjennetegnet av mange instanser og tjenester i kommunen. Behovet for samhandling mellom tjenestene er stort, særlig for brukere med store og sammensatte problemer. I tillegg er det stort behov for at spesialisthelsetjenesten og kommunene samhandler om personer med slike sammensatte problemer. Bruk av ACT- og FACT-team er en måte å sette samhandlingen i system på. I henhold til begge modellene skal alle tjenestene gis fra teamet (helhetlige tjenester). Det er en diskusjon om det er hensiktsmessig at de norske

teamene skal følge dette kravet, og om det lar seg gjøre. Resultater fra evalueringen av de første norske ACT-teamene viste at det varierte i hvor stort omfang ulike tjenester ble utført av andre instanser enn ACT, som f.eks. oppfølging i eller framskaffelse av bolig og økonomiske ytelser. Det ble også sett på som hensiktsmessig at kommunene utførte noen tjenester som for eksempel daglig administrering av medisiner. Uansett om andre tjenester var involvert, hadde ACT-teamet det overordnede ansvaret. Hvis andre tjenester utføres for mange av tjenestene et ACT- eller FACT-team i utgangspunktet skal gjøre, følges ikke lenger kriteriet om at teamet skal gi helhetlige tjenester, og det er ikke lenger et ACT- eller FACT-team, men en annen type samhandlingsteam.

Når en implementerer modeller fra land med en annen kontekst, er det viktig å åpne opp for tilpasninger og justeringer av modellene dersom det er mer hensiktsmessig. Faren kan være at modellene vannes ut, og at de ikke lenger inneholder sentrale og viktige kjerneelementer. ACT-modellen har vært mye utprøvd og evaluert, og det er ingen

entydig evidens for at alle elementene i modellen er virksomme (Burns, 2010). En metaanalyse viser imidlertid at modelltrofasthet, særlig når det gjelder de organisatoriske elementene i ACT-modellen, har betydning for reduksjon i innleggelse og oppholdsdøgn i psykisk helsevern. Implementering av ACT- og FACT-modellen til norske forhold bør integrere de viktigste elementene i modellene, selv om en åpner opp for lokale tilpasninger. Det bør være et mål at elementene som er beskrevet i kapittel 3, ivaretas i de norske teamene, enten det er ACT- eller FACT-team, i urbane eller rurale områder. I tillegg er det viktig at de andre elementene, både i ACT-modellen og i FACT-modellen, ivaretas, slik som bruken av evidensbaserte metoder som Arbeid med støtte (IPS), Integreert dobbeltdiagnosebehandling, psykoedukative tiltak med mer. Evalueringen av både ACT- og FACT-teamene vil forsøke å gjøre en vurdering av i hvor stor grad de ulike elementene i modellene er implementert, og om det er noen elementer som ikke kan eller ikke bør implementeres i en norsk kontekst.

# 8 Avslutning og anbefalinger

Vi vil i dette kapitlet oppsummere vurderingen av potensialet for ACT og FACT i Norge. Videre vil vi konkludere og gi noen anbefalinger om satsningen på og implementeringen av ACT og FACT.

## Oppsummering

Vi har i denne rapporten vurdert potensialet for å ta i bruk samhandlingsmodellene ACT og FACT med utgangspunkt i at Norge er et land med liten befolkningstetthet og store geografiske avstander. Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet har vært å vurdere hvordan elementer fra ACT-modellen og FACT-modellen kan nyttes i små kommuner eller distrikt. Målet var å videreutvikle modellene for oppsøkende behandlingsteam som ACT- og FACT-team, slik at de bedre kan egne seg for bruk også i kommuner og regioner med mer spredt befolkning og mindre befolkningsgrunnlag. Dette med bakgrunn i ulike statlige føringer om opprettelse av slike team, senest Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Da vi startet dette arbeidet var en målsetting å vurdere hvor stort potensialet var for å etablere slike team innenfor dagens geografiske rammer når det gjelder befolkningsstørrelse og reiseavstander. Hvor mange DPS-enheter kunne etablere slike team gitt en viss befolkningsstørrelse? Til vår overraskelse så vi at de fleste DPS-enhetene vil kunne etablere ACT- eller FACT-team. Befolkningsstørrelse var ikke den største barrieren for etablering av ACT- og FACT-team, og stort sett ikke store reiseavstander. Hovedkonklusjonen er at ved de aller fleste DPS-enheter i Norge vil det være befolkningsgrunnlag og akseptabel reiseavstand for å etablere slike team i samarbeid med én eller flere kommuner.

Når det gjelder målgruppen for ACT-team, er denne definert til å gjelde personer med alvorlige psykoselidelser, lavt funksjonsnivå og som ikke klarer å nyttiggjøre seg eksisterende tjenester. Målgruppen utgjør ca. 4000 personer på landsbasis. For å etablere ACT-team med ca. 100 brukere, som er maksimum, fordrer det et befolkningsgrunnlag

på minst 40 000 innbyggere 18 år og eldre. Beregningene vi har gjort, viser at det er 35 DPS-enheter som har et slikt befolkningsgrunnlag. Per i dag er det ca. 10 ACT-team i Norge, og det er derfor et potensial for å etablere flere slike team. ACT-modellen har gjennom evalueringer både i Norge og internasjonalt vist at antallet oppholdsdøgn er redusert kraftig etter inntak i et ACT-team. Med de gode erfaringene vi har med ACT-team i Norge, bør de regionene som har et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag, etablere slike team. En vil da sikre at personer med alvorlige psykoselidelser, ofte rusmisbruk og lavt funksjonsnivå, ikke faller utenfor hjelpeapparatet, og at de mottar tjenester som viser seg å virke. ACT-team kan etableres ved at ressurser fra kommunalt psykisk helse- og rusarbeid samt polikliniske ressurser i DPS som i dag brukes til oppfølging av personer med psykoselidelser og svært sammensatte problemer, brukes i et slikt oppsøkende team.

Når det gjelder FACT-team, er målgruppen definert bredere, og vi har i denne rapporten tatt utgangspunkt i tall fra BrukerPlan. Estimater viser at det er ca. 26 000 personer i Norge med rus- og psykiske helseproblemer som har et svært lavt funksjonsnivå på mange områder, og som har behov for tjenester fra mange ulike instanser, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Disse brukerne vil trolig ha stor nytte av at *ett* team har et helhetlig ansvar for tjenestene de både trenger og ofte har krav på. Brukere som sliter med å etablere stabile relasjoner og å forholde seg til mange systemer, trenger *ett* team å forholde seg til. Teamet kan innta rollen både som formidler av og døråpner til tjenester som naturlig ikke ligger til teamet. Mange av de nevnte brukerne vil oppleve tjenestesystemene som vanskelige og uoversiktlige og vil trenge en instans som både kan ha en «advokat»- og en «oversetter»-rolle.

Vi har også pekt på at brukerne allerede mottar mange kommunale tjenester og tjenester fra psykisk helsevern og TSB. Det vil etter vår vurdering være

samfunnsøkonomisk fornuftig og ressurs sparende å organisere tjenestene på en annen måte. Dette ved å legge ressurser som nå brukes til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og til polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten, inn i et oppsøkende team som har et helhetlig ansvar for oppfølging og behandling. FACT-team kan således være et viktig tjenestetilbud til størsteparten av denne gruppen. Det er foreløpig gjort lite forskning på FACT-modellen, men det er viktig å poengtere at FACT-modellen i stor grad bygger på prinsippene i ACT-modellen. Vi har i denne rapporten argumentert for at det kan opprettes et FACT-team i tilknytning til DPS-enheter med et befolkningsgrunnlag på 15 000 eller mer. Det vil si at i de fleste regioner vil slike team kunne etableres som et forpliktende samarbeid og samhandling mellom en DPS-enhet og én eller flere kommuner. Vi viser også at for de fleste team vil ikke reiseavstand være noen stor barriere, selv om noen brukere vil bo mer enn én time fra der teamet er lokalisert. Store reiseavstander kan håndteres ved at kommunene utfører flere av tjenestene, og der teamet har det helhetlige og koordinerende ansvaret. Slike forhold kan tas inn og utdypes av partene i samarbeidsavtalen for etablering og drift av teamet. IKT-løsninger kan og bør tas i bruk som en kommunikasjonsform mellom teamet, samarbeidspartnere og brukerne. FACT-team i rurale strøk bør også sikre seg at teamet er flerfaglig sammensatt og om nødvendig bygge opp en slik kompetanse over tid. Tilgangen til lege- og psykologspesialister kan også være en utfordring. Det er ca. 15 FACT-team i Norge per dags dato, mens det er grunnlag for langt flere. Det er derfor et stort potensial for å etablere flere slike team. De siste årene er det blitt opprettet FACT-team flere steder i Norge. Begrunnelsen for å etablere FACT-team har vært at de skulle favne om flere personer med alvorlig psykiske lidelser, også de som ikke

hadde behov for like intensive tjenester som ACT-brukerne (Firn et al., 2012). I tillegg krever denne modellen et mindre opptaksområde og er slik sett mer tilpasset norske forhold.

Etablering av ACT-team og FACT-team bør, som nevnt over, ikke komme som et tillegg til eksisterende tjenester, men som en ny og mer hensiktsmessig måte å organisere eksisterende tjenester på.

Det vil være noen DPS-enheter som har en befolkning på under 15 000 i sitt opptaksområde. De utgjør en liten andel av antallet DPS-enheter, dekker en liten del av den totale befolkningen og er lokalisert til Nord-Norge. For disse regionene anbefaler vi at det etableres oppfølgingsteam rundt den enkelte bruker, bestående av personer fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

### **Implementering av ACT og FACT i Norge**

For å stimulere til implementering av ACT- og FACT-modellene i Norge er det iverksatt ulike tiltak, de fleste initiert og finansiert av Helsedirektoratet. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP) og Nasjonal kompetansetjeneste for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA) har på oppdrag fra Helsedirektoratet fått ansvaret for å gjennomføre og drifte flere av implementeringstiltakene. Når et stort potensial for ACT- og FACT-team er til stede, er det et spørsmål om tiltak skal iverksettes for å stimulere til at slike tjenester bygges ut. Det vil si lokalt baserte oppsøkende team der både spesialisthelsetjenesten og kommunen samhandler. Slike tjenester er i tråd med samhandlingsmodellen, og det handler om å arbeide på en annen måte med de ressursene en har, ute i lokalsamfunnet der brukeren bor og oppholder seg. Det er planlagt eller iverksatt flere tiltak for å implementere ACT- og FACT-modellene i Norge.

# IMPLEMENTERING AV ACT OG FACT I NORGE

- *Stimuleringsmidler for utprøving av ACT- eller FACT-modellene.* Fra 2016 er det årlig satt av i overkant av 200 millioner kroner på statsbudsjettet til blant annet utprøvingen av ACT- og FACT-modellene. Fylkesmennene tildeler disse midlene fra 2016.
- *Håndbøker for ACT- og FACT-modellene.* Det er utarbeidet håndbøker både for ACT-modellen og for FACT-modellen. Disse er tilgjengelige både digitalt og i papirversjon.
- *Eget opplæringsprogram.* Det er igangsatt et eget opplæringsprogram for ansatte i nye team og i etablerte team. Opplæring i modellen og de kunnskapsbaserte metodene er sentralt.
- *Teamledernetverk.* Det er etablert et eget teamledernetverk som samler teamledere fra ACT- og FACT-team. Formålet er å utveksle erfaringer og å legge til rette for en dialog mellom Helsedirektoratet og praksisfeltet/teamene.
- *Følgeforskning av ACT- og FACT-team.* Evalueringsresultatene fra både ACT- og FACT-teamene skal blant annet bidra til å belyse hvilke elementer ved modellen som kan omsettes til en norsk kontekst.
- *Samlinger med fylkesmannsembetene.* Det har vært avholdt samlinger med fylkesmannsembetene, KoRusene og RVTs-ene for å informere om ACT- og FACT-modellene.
- *Årlige erfaringskonferanser.* Det er ønskelig med erfaringskonferanser for ansatte i ACT- og FACT-team og deres samarbeidspartnere. Den første konferansen blir gjennomført desember 2017.
- *Hefte for etablering av ACT- og FACT-team.* N-ROP og NAPHA planlegger utgivelse av et etableringshefte for ACT- og FACT-team.
- *Auditorteam.* Det er planlagt etablering av auditorteam som gjør modelltrofasthetsvurderinger. Formålet er å bidra til at modellene blir implementert, og at teamene kan få bistand og veiledning.

# KONKLUSJONER

- Det er ca. 26 000 personer i Norge med rus -og psykiske helseproblemer og med store og sammensatte problemer som har behov for helhetlige og koordinerte tjenester. Funksjonsnivå er like viktig som diagnoser.
- Det er potensial for etablering av ca. 35 ACT-team i Norge. Dette gjelder hovedsakelig i de største byene, og vil gi et tilbud til ca. 4000 brukere.
- Det er potensial for å etablere minst 83 FACT-team hvis vi forutsetter et befolkningsgrunnlag på 15 000 eller mer og aksepterer de reiseavstander som er nødvendig.
- FACT-team med store reiseavstander til flere av brukerne kan håndtere avstandene på følgende måte:
  - \* Etablere et samarbeid med kommunene om å gi tjenester, forutsatt at teamet har et hovedansvar for at brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester.
  - \* FACT-team der kommunalt ansatte inngår som en del av teamet, vil sørge for en teamtilnærming og en fornuftig håndtering av store reiseavstander.
  - \* Det må tas i bruk IKT-løsninger slik at teamet kan kommunisere med respektive kommuner, spesialisthelsetjenesten og brukerne.
  - \* Teamene må ha tilgang til nødvendig utstyr som støtter opp om det oppsøkende arbeidet (bil, PC, mobiltelefon ol.)
- Det er 20 DPS- regioner som har færre enn 15 000 innbyggere, og som dermed ikke har grunnlag for å etablere FACT-team. For aktuelle brukere i slike regioner kan det etableres oppfølgingsteam rundt den enkelte bruker med representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som bygger på prinsippene i FACT-modellen. Samarbeidet skal reguleres gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og felles behandlingsplan for brukeren.
- FACT-team i rurale strøk har også andre utfordringer enn reiseavstand som må håndteres:
  - \* Mangel på flerfaglig kompetanse fordrer langsiktig planlegging når det gjelder teamsammensetning og kompetanseutvikling.
  - \* Mange områder opplever en mangel på spesialister, særlig psykiater og psykolog. Bruk av IKT kan gjøre at psykiateren og/eller psykologen kan være fysisk plassert et annet sted enn resten av teamet.



# ANBEFALINGER

- ACT-team bør etableres der det er stort nok befolkningsgrunnlag.
- FACT team bør etableres som et forpliktende samarbeid mellom DPS-enheter og aktuelle kommuner i de fleste DPS-regioner.
- IKT-løsninger må tas i bruk for å håndtere store reiseavstander, tilføre kompetanse og bidra til teamtilnærming.
- I DPS-regioner med befolkningsgrunnlag under 15 000 innbyggere bør det etableres et samarbeid mellom DPS-enheten og den aktuelle kommunen om den enkelte bruker. Samarbeidet bør reguleres gjennom skriftlige samarbeidsavtaler og koordineres gjennom en felles behandlingsplan.
- ACT-team og FACT-team bør etableres ved at en organiserer eksisterende tjenester på en annen måte.
- Ved etablering av ACT-team eller FACT-team kan det bli nødvendig å vurdere om andre eksisterende team kan erstattes av, integreres i eller inngå i nært samarbeid med et FACT- eller ACT-team.
- BrukerPlan bør benyttes for å kartlegge hvor mange det er i DPS-regionen som vil ha nytte av oppsøkende samhandlingsteam.

# REFERANSER

- Burns T.** (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, April 2010; 22(2): 130–137.
- Burns, T. et al.** (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52 (5): 631–636.
- Burns, T. et al.** (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and metaregression. *British Medical Journal*, 335, 336–43
- Dietrich, M. et al.** (2011). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Firm, M. et al.** (2012). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACVT model, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48: 977–1003.
- Folkhelseinstituttet** (2014). *Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Helse- og omsorgsdepartementet** (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet** (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud – Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak*. IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser*. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. IS-2314. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet** (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. Oslo: Helsetilsynet.
- Håland M.E., Lie T., Nesvåg S. & Stevenson, B.** (2016). *Brukere med rus- og psykiske helseproblem i norske kommuner. BrukerPlan – statistikk 2015*. Helse Stavanger. KORFOR-rapport 2016.
- Johnson, S.** (2008). So what shall we do about assertive community treatment? *Epidemiologia E Psychiatria Sociale*, 17(2), 110–112.
- Killaspy, H. et al.** (2006) The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in North London. *British Medical Journal*, 332, 815–18.
- Killaspy, H. et al.** (2009) Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 195 (1), 81–82.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V.** (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158 (7), 1091 – 1098.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V.** (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 713–719.
- Landheim A., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K., Stuen, H.K. & Ruud.T.** (2014). *Utprøving av ACT-teamene i Norge. Hva viser evalueringen?* Rapport, Sykehuset Innlandet.
- Lie, T., Håland, M.E., Stevenson, B. & Nesvåg, S.** (2017). *Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblem i kommunene*. BrukerPlan – årsrapport 2016. Helse Stavanger.

- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2014). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Meld. St. 19 2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2014). *Fremtidens helsetjeneste – nærhet og helhet*. Meld. St. 26 2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Meld. St. 11 2016–2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Molodynski, A. & Burns, T.** (2011) i Williams, C., Firn, M., Wharne, S. & Macpherson, R. (red.) (2011). *Assertive Outreach in Mental Healthcare: Current Perspectives*. Wiley-Blackwell, Chichester. UK.
- Monroe-DeVita M., Moser, L.M. & Teague, G.B.** (2010) *The tool for measurement of assertive community treatment (TMACT)*. Unpublished measure.
- Norden, T. & Norlander, T.** (2014). Absence of positive results for flexible assertive community treatment. What is the next approach? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014,10,87–91.
- Ose, S. & Kaspersen, S.** (2017). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Trondheim: SINTEF.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Prop. 15 S. (2015–2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rosen, A. et al.** (2007) Assertive community treatment – Issues from scientific and clinical litterature with implications for practice. *J Rehabilitation Research and Developement* 44 (6).
- Selseng, L.B. & Ulvik, O.S.** (2016). Talking about change – positioning and interpretative repertoires in stories about substance abuse and change. *Qualitative Social Work*, 1473325016660187.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2008). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Meld. St. 47 2008–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sytema, S. et al.** (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 116, 105–112.
- Veldhuizen, J.R. & Bähler, M.** (2013). *Manual: Flexibel Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organization*. The Netherlands: Manual Flexible ACT. www.factfacts.nl
- Veldhuizen, R. van** (2014). *FACT, Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet HF.
- Wright, C. et al.** (2004). A systematic review of home treatment services; classification and sustainability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 789–796.
- Aakerholt, A. & Nesvåg, S.** (2012). *Forløp og kunnskapsoppsummering: kontinuitet, tilgjengelighet og individualisering*. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.
- Aakerholt, A.** (2013). *ACT-håndbok*. (2. utg.). Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet HF.
- Åm, T.** (2015). *Råd for vegen videre. Sluttrapport*. Trondheim: Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen.



# Geografiske rammebetingelser for ACT- og FACT-team i Norge

## **Vedleggsrapport**

20. mars 2017

Kristian Aasbrenn  
Høgskolen i Innlandet

# Innhold

<b>Forord</b> .....	47
<b>1. Innledning</b> .....	48
<b>2. Datagrunnlaget</b> .....	50
<b>3. Hovedfunn: Hvor inkluderende kan teamordningene bli?</b> .....	51
<b>4. Kommuner og regioner som faller utenfor</b> .....	55
<b>5. Regionale oversikter</b> .....	57
5.1 Landsdelsvise tall for ulike volumkategorier av DPS-enheter .....	58
5.2 Landsdelsvise tall – kumulative beregninger .....	65
<b>6. Hvor mange DPS-enheter har teoretiske forutsetninger for å etablere team?</b> .....	72
<b>7. Hvor bor personene som faller utenfor ordningene?</b> .....	76
<b>8. Etterord</b> .....	78

## Forord

I forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets bestilling av en utredning om mulighetene for en bredere implementering av ACT- og FACT-team i Norge, har gruppen som gjennomfører utredningen ønsket en systematisk belysning av noen geografiske rammebetingelser for en slik prosess. Arbeidet presenteres i denne rapporten.

ACT- og FACT-team er under etablering i Norge. Modellene er utviklet andre steder og under til dels under nokså andre rammebetingelser enn her til lands. Ikke minst byr bosettingsmønsteret og kommunikasjonsforholdene mange steder i Norge på spesielle utfordringer for tjenester som forutsettes å skulle oppsøke brukerne hyppig og ofte på kort varsel. Men hvor store er utfordringene, og i hvilke områder gjør de seg sterkest gjeldende? Formålet med arbeidet som ligger til grunn for denne rapporten har vært å foreta en systematisk belysning av disse spørsmålene? Rapporten inneholder få konklusjoner. *Hensikten har først og fremst vært å beregne og illustrere sammenhengen mellom hvor strenge krav som settes til minimums befolkningsunderlag og maksimale reiseavstander for teamene, og hvor utbredte teamordningene teoretisk sett har forutsetninger for å bli.* Hva blir resultatet, teknisk sett, av å legge inn ulike krav til hvor mange brukere et team skal betjene, og hvor lange reiseavstander som skal aksepteres?

- Hvor mange DPS-enheter har under ulike forutsetninger for terskelkrav (befolkningsgrunnlag) og aksjonsradius (maksimal reisetid) potensial for å etablere team av ulike typer?
- Hvor mange innbyggere vil kunne inkluderes i slike ordninger?
- Hvor mange kommuner vil kunne inkluderes?
- Hvor i landet finner vi områdene der forholdene ligger godt til rette for etablering av team, og hvor fins områdene der forholdene ligger mindre godt til rette?

Rapporten skal først og fremst fungere som en datakilde. Den består i hovedsak av tabeller og visualiseringer, ispedd korte, verbale oppsummeringer. I hovedsak er den bygd opp slik at man først presenteres for nasjonale tall. Deretter blir tilsvarende tall presentert landsdelsvis. Supplerende data kan gjøres tilgjengelige for utredergruppen som Excel-filer slik at de om ønskelig kan brukes til enda flere beregninger og som grunnlag for dialog med beslutningstakere og med praksisfeltet.

Arbeidet med rapporten er gjort mulig gjennom et godt og smidig samarbeid med Helsedirektoratet og utredergruppen. En spesiell takk til Håkon Haaheim, som har skaffet alle tall for reiseavstander og som har utarbeidet tilgjengelighetskart med utgangspunkt i DPS-enhetene lokalisering. Denne bistanden har vært helt avgjørende for gjennomføringen av arbeidet.

Høgskolen i Innlandet

Mars 2017

Kristian Aasbrenn

# 1. Innledning

I forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets bestilling av en utredning om mulighetene for en bredere implementering av ACT- og FACT-team i Norge, og for å underbygge beslutningsgrunnlaget, har gruppen som gjennomfører utredningen ønsket en delrapport om noen geografiske rammebetingelser for en slik prosess. Nærmere bestemt er det etterspurt beregninger av *hvor store og hvilke deler av Norge som har forutsetninger for å opprette slike team, og hvor stor andel av befolkningen som vil falle innenfor og utenfor teamenes operasjonsområde – alt under forutsetning av gitte krav til befolkningsunderlag og maksimal aksjonsradius målt i reisetid.*

Slike grenseverdier kan naturligvis bare betraktes som teoretiske. De bygger på to underforståtte antakelser:

(1) *Overkapasitetsproblematikk.* Teamene blir uforholdsmessig kostnadskrevende å drifte dersom befolkningsunderlaget – underforstått antall brukere av tjenestene som er underlagt teamet – faller under et visst nivå.

(2) *Avstandshåndteringsproblematikk.* Et team som dekker et lite geografisk område rekker over flere brukere enn et team som skal dekke et stort geografisk område. Jo lengre reiseavstander, desto mer av teamets samlede arbeidstid vil bli spist opp av reising – til slutt så mye at ressursbruk pr. bruker blir uforholdsmessig kostnadskrevende.

Utredningsgruppen har bedt om å få utført beregninger basert på følgende kriterier:

1. Hvor mange av landets kommuner og hvor stor andel av befolkningen 18 år og eldre (heretter kalt befolkningen/innbyggerne) tilhører DPS-regioner som oppfyller kravene til ACT-team (40.000 innbyggere 18+)?
2. Hvor mange av kommunene og hvor stor andel av befolkningen tilhører DPS-regioner som oppfyller kravene til FACT-team (20.000 innbyggere). Subsidiært er det ønsket å få beregninger for et minimums befolkningsgrunnlag på 15.000 innbyggere.
3. I utgangspunktet er det bedt om beregninger som forutsetter en aksjonsradius for teamene (regnet fra DPS-enhetens geografiske lokalisering) på inntil 1 time (60 minutter) en vei. I tillegg er det bedt om beregninger for konsekvensene av å utvide aksjonsradiusen til henholdsvis 90 og 120 minutter.



4. For å gjøre oversikten mer nyansert er DPS-regionene splittet opp i undergrupper:

Regioner med mer enn 40.000 innbyggere innenfor rekkevidde

Regioner med 20.000-39.999 innbyggere innenfor rekkevidde

Regioner med 15.000-19.999 innbyggere innenfor rekkevidde

Det er også utført beregninger for DPS-regioner i størrelsesklassen 10-14.999 innbyggere og i størrelsesklassen under 10.000 innbyggere.

I tillegg er det beregnet hvor mange kommuner og hvor mange innbyggere *som faller utenfor ordningen uansett krav til befolkningsunderlag* fordi de ligger utenfor teamenes aksjonsradius (henholdsvis 60, 90 og 120 minutter).

5. I tillegg til nasjonale tall er det i delrapporten også presentert tall for landsdeler (Det sentrale Østlandsområdet, Innlandet, Sørlandet, Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge). Utelatt fra denne rapporten, men tilgjengelige for utredergruppen, er basistall for enkeltkommuner og samtlige DPS-regioner.

## 2. Datagrunnlaget

Til grunn for beregningene er det benyttet offisielle tall fra Statistisk sentralbyrå for folketallet i kommunene 18 år og eldre pr. 1. januar 2016.

DPS-regionene er definert på bakgrunn av dokumentasjon levert av Helsedirektoratet januar 2017.

Data for reiseavstander er levert av Helsedirektoratet, og er basert på tallmateriale som i utgangspunktet ble laget for Akuttutvalget (ref. Håkon Haaheim). Tallene er teoretiske og baseres på at utgangspunktet for reisen er den DPS-enheten som den enkelte kommunen tilhører, og beregnet med basis på en kjørehastighet som tilsvarer 90 prosent av den maksimale tillatte kjørehastigheten på de aktuelle strekningene.

Alle beregninger som presenteres her er, som poengtert ovenfor, teoretiske. De bygger på forutsetningene som er lagt til grunn for beregningene, og som er redegjort for ovenfor. Disse forutsetningene bygger imidlertid på erfaringer, både erfaringer av på hvor stort befolkningsgrunnlag *faktiske* team opererer med i ulike deler av landet, og hvor lang faktisk reisetid det opereres med i de aktuelle tilfellene (jf. pågående evalueringer av etablerte team).

Det understrekes også at alle tall er beheftet med en viss usikkerhet. Beregningsgrunnlaget samsvarer ikke alltid med måten etablerte teamene i praksis organiserer sin hverdag på, eller team som måtte bli etablert *kan* organisere sin hverdag på. Lokale tilpasninger vil kunne påvirke bildet. Eksempelvis kan ett DPS-område «låne» en eller flere kommuner fra en annen region for å fylle opp til kapasitetsgrensen. I prinsippet kan også to DPS-områder slå seg sammen og danne en felles teamløsning, forutsatt at ikke reiseavstandene blir for store. Andre steder kan det etablere flere team innenfor en og samme DPS-region. I slike tilfeller vil de beregnede tallene for både befolkningsunderlag og reiseavstander påvirkes. Det er heller ikke gitt at teamets deltakere alltid har, eller *må* ha, DPS-enheten som utgangspunkt for reisene, slik beregningene som er presentert her legger til grunn. Eksempelvis kan teamet kan ha en annen base enn den offisielle DPS-enheten, eller medlemmene i teamet kan rekrutteres fra ulike deler av DPS-regionen, og vil følgelig ha ulike reiseavstander til en og samme bruker eller potensiell bruker.

Utredningsgruppen legger til grunn at anslagsvis 27.000 personer, i overkant av 6,5 promille av befolkningen 18 år og eldre, har behov for teamenes tjenester (den potensielle brukergruppen). Andelen vil høyst sannsynlig, og av ulike grunner, variere noe fra kommune til kommune.

Det er ikke gjort forsøk på å regne om de regionale tallene fra *innbyggere* til *potensielle brukere*. Et anslag kan imidlertid enkelt beregnes ved å multiplisere befolkningstallene for den enkelte kommune, det enkelte DPS-område eller landsdel med den andelen av innbyggerne som forutsettes å trenge tjenester fra teamene, eksempelvis 0,0065 (6,5 brukere pr. 1000 innbyggere), subsidiært et høyere eller lavere tall dersom en ønsker å vurdere konsekvensen av utvide eller snevre inn målgruppa.

### 3. Hovedfunn: Hvor inkluderende kan teamordningene bli?

Nasjonalt: Gitt en *maksimal reiseavstand på 60 minutter* kan 2,7 millioner innbyggere (66 prosent) nås av team med krav om befolkningsgrunnlag innenfor operasjonsområdet på 40.000 innbyggere. 110 kommuner (26 prosent av alle) vil potensielt kunne inkluderes i slike regioner.

Med minst 20.000 innbyggere som krav, øker tallet på innbyggere som kan nås til 3,3 millioner (81 prosent av alle). Tallet på kommuner som inkluderes øker til 185 (43 prosent av alle).

Med 15.000 innbyggere som krav til befolkningsunderlag øker andelen av befolkningen som kan nås innenfor en maksimal reisetid på 60 minutter til 87 prosent. 237 kommuner (58 prosent av alle) vil være inkludert.

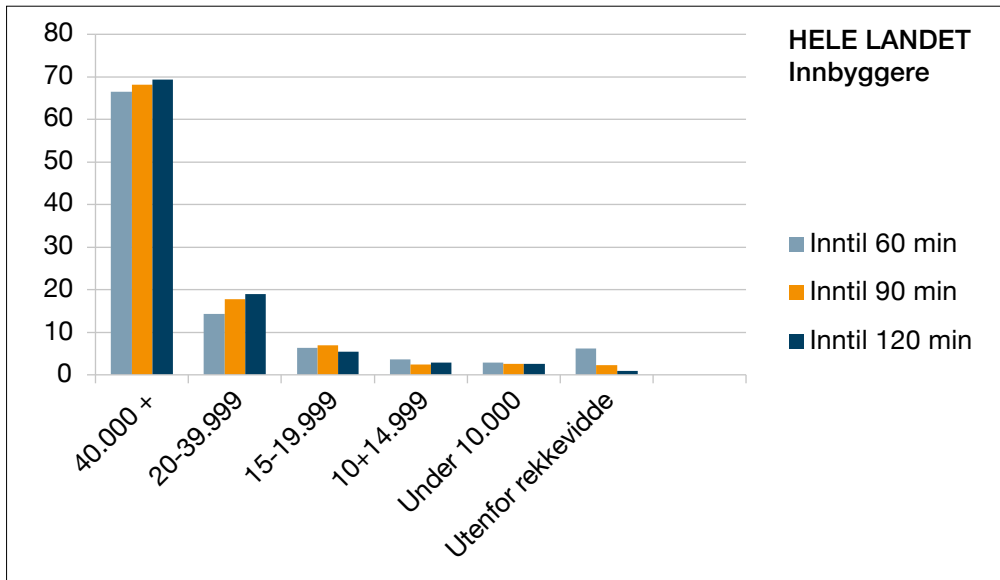
Økes den maksimale reiseavstanden til *120 minutter* kan mer enn 2,8 millioner personer (69 prosent av alle) og 143 kommuner (33 prosent av alle) nås av team med et befolkningsgrunnlag på 40.000 innbyggere. Tilsvarende tall, om vi tar som utgangspunkt at teamene skal ha et befolkningsunderlag på minst 20.000 innbyggere er 3,6 millioner innbyggere (88 prosent av alle) og 278 kommuner (65 prosent av alle)

Dersom kravet til befolkningsunderlag senkes ytterligere, til 15.000 innbyggere og en reisetid på inntil 120 minutter aksepteres, vil en befolkning på 3,8 millioner (94 prosent av alle) kunne inkluderes i ordningen. 332 kommuner (78 prosent av alle) vil inngå.

Beregningene visualiseres i søylediagrammene nedenfor. Først vises hvor mange innbyggere og hvor mange kommuner som faller inn under ordningen i hver enkelt volumkategori av DPS-regioner (hvor mange som hører hjemme i DPS-regioner med mer enn 40.000 innbyggere innenfor operasjonsområdet, DPS-regioner med mer enn 20.000 innbyggere innenfor operasjonsområdet osv.) under ulike forutsetninger om maksimal reisetid (figur 3.1 og figur 3.2).

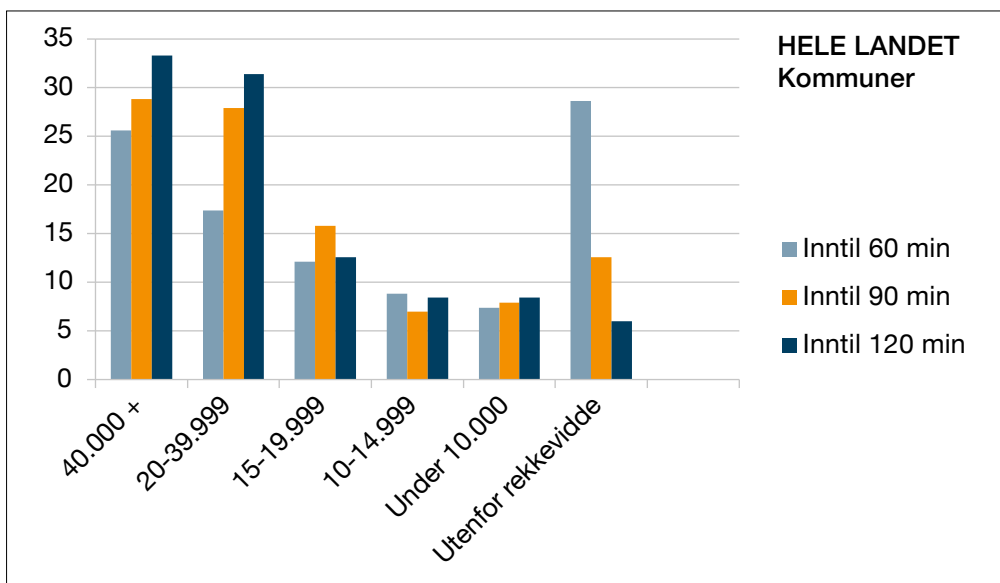
Figurene 3.3 og 3.4 presenterer de samme funnene *kumulativt*, det vil si hvor mange innbyggere og hvor mange kommuner som inkluderes *totalt* dersom minstekravet et befolkningsunderlag settes til henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere, og under forutsetning av henholdsvis 60, 90 og 120 minutter som maksimal reisetidsavstand. I tallene for hvor mange innbyggere og kommuner som inkluderes gitt et minstekrav til befolkningsgrunnlaget på 15.000 innbyggere inngår med andre ord også de som inkluderes om kravet settes til 20.000 eller 40.000. I tallene for hvor mange som inkluderes dersom kravet settes til 20.000 innbyggere inkluderes også alle som inkluderes om kravet settes til 40.000 osv.

Anslagene over hvor mange personer og kommuner som under ulike forutsetninger faller utenfor ordningen illustreres også, og kommenteres i eget avsnitt nedenfor.

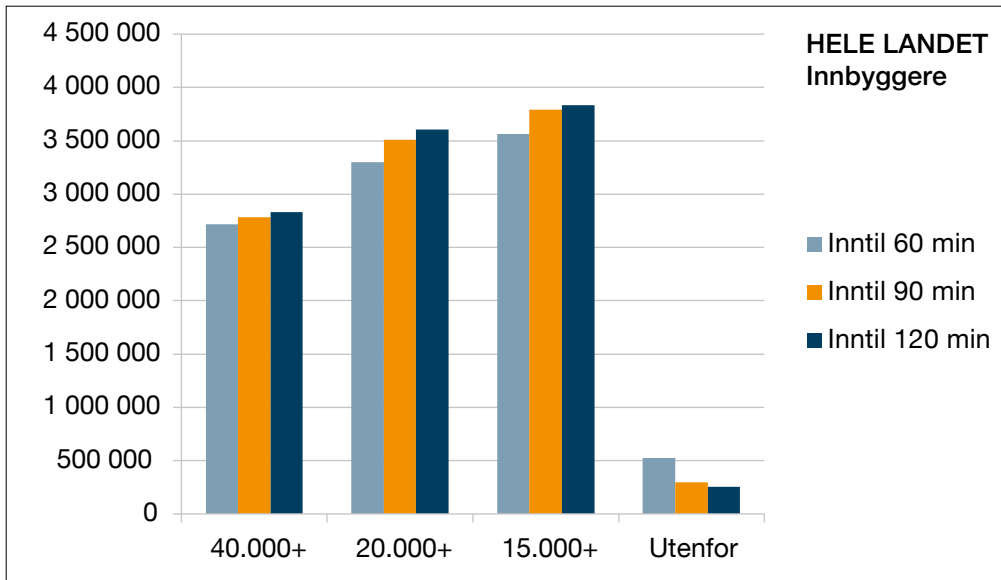


**Figur 3.1.** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Prosentandel av befolkningen 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter).

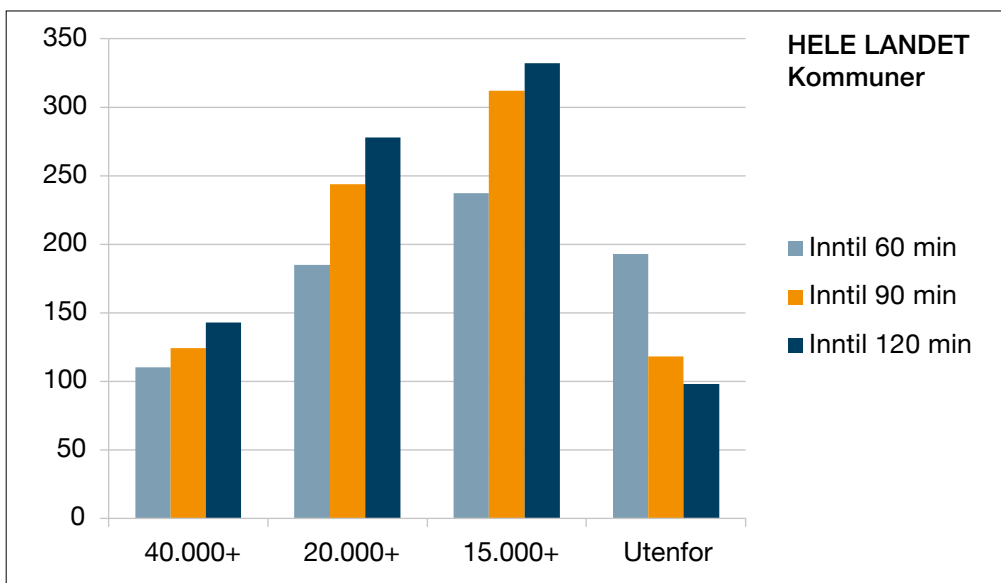
**Hele landet.**



**Figur 3.2.** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Prosentandel av kommunene som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Hele landet.**



**Figur 3.3.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Hele landet.**



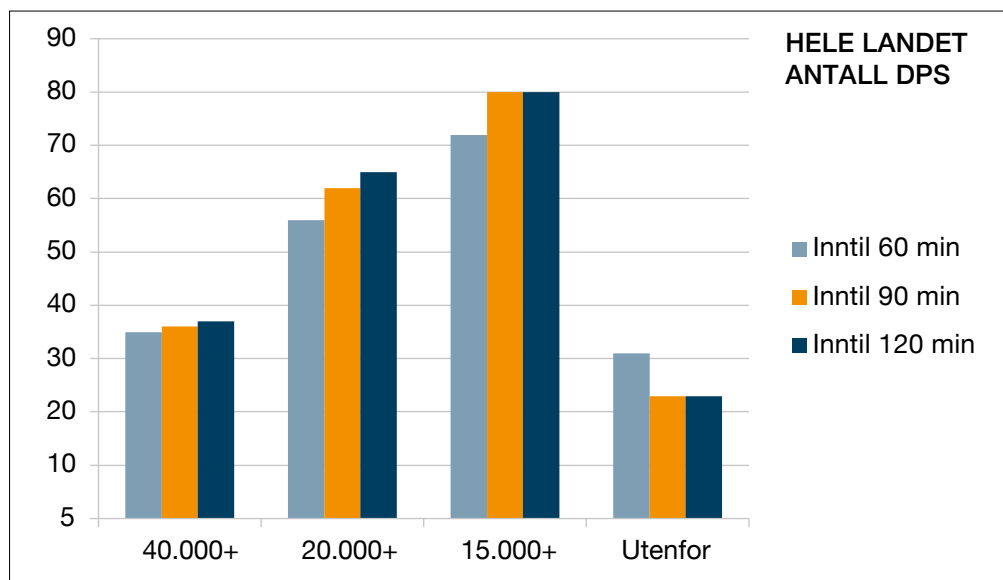
**Figur 3.4.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Hele landet.**

Hvor mange av DPS-regionene i landet (etter oversikten fra Helsedirektoratet januar 2017, 103 enheter) har et potensial for å etablere ACT- eller FACT-team? På en tilsvarende måte som ovenfor illustreres svaret kumulativt i figur 3.5 nedenfor. Svaret avhenger, som man vil se, mye av kravene som stilles til befolkningsunderlag og reisetid. Det ene ytterpunktet: Stilles et krav om minimums befolkningsgrunnlag på 40.000 innbyggere, vil 35 DPS-regioner ha en tilstrekkelig tettbodd nærområde til å etablere team – ett eller flere – innenfor en aksjonsradius på 60 minutter. Det andre ytterpunktet: Kravet til befolkningsunderlag settes til 15.000 innbyggere og aksjonsradiusen utvides til 120 minutter. Under en slik forutsetning kan 80 DPS-enheter potensielt etablere team. Bare 23 av de 103 DPS-enhetene vil ha for få innbyggere innenfor sin aksjonsradius til at team kan etableres.

For illustrasjonens skyld er det også gjennomført beregninger for hvor mange *DPS-regioner* som teoretisk har forutsetninger for å etablere team med minst 50.000 innbyggere og innenfor en aksjonsradius 60 minutter. 8 av de 35 DPS-regionene som oppfyller kravet til minst 40.000 innbyggere vil da falle fra og i stedet havne i gruppe med et befolkningsunderlag som ligger mellom 40 og 40.999 innbyggere.

**Tabell 3.1** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. Hele landet. Kumulative tall.

	40.000+	20.000+	15.000+	Under 15.000
Inntil 60 min	35	56	72	31
Inntil 90 min	36	62	80	23
Inntil 120 min	37	65	80	23



**Figur 3.5.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Hele landet.** Kumulativ framstilling.

## 4. Kommuner og regioner som faller utenfor

Rent regneteknisk kan det være to ulike grunner til at en kommune – og dermed kommunens innbyggere – faller utenfor en potensiell teamorganisering.

*Kriterium 1:* Kommunen/bostedet kan falle utenfor aksjonsradiusen til den lokale DPS-enheten

eller

*Kriterium 2:* DPS-regionen som bostedskommunen tilhører kan ha for få innbyggere/potensielle brukere til at det vurderes som hensiktsmessig å etablere team.

Grensen for befolkningsunderlag *må* ikke være 40.000 eller 20.000 innbyggere. Derfor er det, som redegjort for ovenfor, gjort beregninger for hvordan utfallet vil bli dersom en reduserer kravet til henholdsvis 15.000 eller 10.000 eller også tar med regioner med enda lavere befolkning. Underforstått: Man ser bort fra eventuell overkapasitetsproblematikk, og lar tiltaket koste det det må koste. For hvert av disse tilfellene er det også gjort beregninger for hvordan det vil slå ut om en regner henholdsvis 60, 90 eller 120 minutter som maksimal reiseavstand.

Det at flere og flere kommuner skaller av fra de respektive DPS-regionene etter hvert som kravene til maksimal reiseavstand skjerpes (fra 120 til 90 minutter og fra 90 til 60 minutter), fører samtidig til at flere *DPS-regioner* faller under de ulike grenseverdiene for befolkningsunderlag. Et eksempel: En DPS-region med 20.500 innbyggere innenfor en aksjonsradius på 120 minutter som mister en kommune med 3.000 innbyggere i det maksimal reiseavstand reduseres fra 120 til 90 minutter, faller fra kategorien 20-39.999 innbyggere til kategorien med 15-19.999 innbyggere. Følgelig vil en skjerping av kravet til maksimal reiseavstand føre til at flere kommuner kommer utenfor rekkevidde (kalt kriterium 1 ovenfor) og *samtidig* bidra til at flere DPS-regioner faller under den definerte, kritiske verdien for befolkningsunderlag (kriterium 2). Denne dynamikken er viktig å ha i bevisstheten når tallmaterialet skal tolkes.

Forholdsvis mange kommuner faller utenfor (kriterium 1 og/eller kriterium 2) dersom en legger kravene om et befolkningsgrunnlag på 20.000 og maksimal reiseavstand på henholdsvis 60, 90 og 120 minutter til grunn. Spesielt bidrar et krav om maksimal aksjonsradius på 60 minutter til at mange skaller av (figur 3.2).

Når vi bruker 20.000 innbyggere som minstekrav, får vi følgende resultater for hvor mange og hvor stor prosent av kommunene som faller utenfor uten særskilte grep for organiseringen (i parentes tallene som kommer fram om vi senker kravet til befolkningsunderlag fra 20.000 til 15.000 innbyggere 18+ i DPS-regionen):

<b>Kommuner som faller utenfor:</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av kommunene</b>
Maksimalt 60 minutters reisetid	245 (193)	56,9 (44,8)
Maksimalt 90 minutters reisetid	186 (118)	43,3 (27,4)
Maksimalt 120 minutters reisetid	198 (72)	35,5 (22,8)

Tallene viser altså at dersom det stilles krav om 60 minutter som maksimal reiseavstand vil hele 57 prosent av kommunene falle utenfor ordningen, 36 prosent dersom vi aksepterer dobbelt så lang reisetid; 120 minutter. Denne andelen reduseres til 23 prosent dersom kravet til befolkningsunderlag reduseres fra 20.000 til 15.000.

Mønsteret er at befolkningsmessig små og tynt befolkede periferikommuner er i klar overvekt blant de som faller utenfor. Derfor blir bildet av hvor ekskluderende kravene til befolkningsgrunnlag og maksimal reiseavstand virker, et nokså annet og langt mindre dramatisk om vi i stedet for å se på hvor mange *kommuner* som ekskluderes under ulike krav til befolkningsunderlag og maksimal reiseavstand, ser på hvor stor andel av befolkningen som gjør det (figur 3.1).

Når vi bruker 20.000 innbyggere som krav får vi følgende resultater for hvor mange personer og hvor stor prosent av befolkningen som faller utenfor, uten særskilte grep for organiseringen (i parentes tallene som kommer fram om vi senker kravet til befolkningsunderlag fra 20.000 til 15.000 innbyggere 18+ i DPS-regionen):

<b>Personer som faller utenfor:</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av befolkningen</b>
Maksimalt 60 minutters reisetid	785.306 (524.048)	19,2 (12,8)
Maksimalt 90 minutters reisetid	575.585 (294.685)	14,2 (7,3)
Maksimalt 120 minutters reisetid	479.754 (255.819)	11,7 (6,2)

Vi ser altså, at gitt et minstekrav til befolkningsunderlag på 20.000, og med det mest ekskluderende kravet til reisetid: 60 minutter, vil omtrent 20 prosent av befolkningen falle utenfor ordningen, synkende til cirka 12 prosent dersom reisetiden forlenges til 120 minutter. Reduseres kravet til befolkningsunderlag til 15.000 vil andelen av befolkningen som ekskluderes fra ordningen bli cirka 13 prosent gitt en maksimal reiseavstand på 60 minutter, men bare 6 prosent dersom inntil 120 minutters reisetid aksepteres.



## 5. Regionale oversikter

Norges geografi spenner over store, regionale variasjoner i befolkningstetthet. På den ene siden har vi de tett befolkede områdene rundt Oslofjorden og regionene rundt større byer der forholdene ligger godt til rette for å danne team med et befolkningsgrunnlag på 40.000 eller mer. I den andre enden av skalaen befinner utkantområdene seg, med en forholdsvis stor andel av innbyggerne i befolkningsmessig små og tynt bosatte kommuner, og gjerne med lang vei til nærmeste senter av en viss størrelse. Slike områder fins det mye av i Innlandet og deler av Trøndelag, langs store deler av kysten og i de nordligste delene av landet, med Finnmark som et ytterpunkt. I tillegg til tynn bosetting i utkantene, kommer ofte de stedlige kommunikasjonsforholdene som en begrensning for hvor mange som kan nås innenfor en gitt reiseavstand: dårlige veier, dårlig vær, strekninger med ferjer og fjelloverganger.

I dokumentasjonen nedenfor er det valgt å presentere oversiktstall i form av søylediagrammer av samme type som de landsdekkende oversiktene i figur 3.3 og 3.4, for følgende regioner:

1. *Det sentrale Østlandsområdet (Oslo, Akershus, Østfold, Vestfold, Buskerud og Telemark)*
2. *Innlandet (Hedmark og Oppland)*
3. *Sørlandet (Aust- og Vest-Agder)*
4. *Vestlandet (Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal)*
5. *Trøndelag (Nord- og Sør-Trøndelag)*
6. *Nord-Norge (Nordland, Troms og Finnmark)*

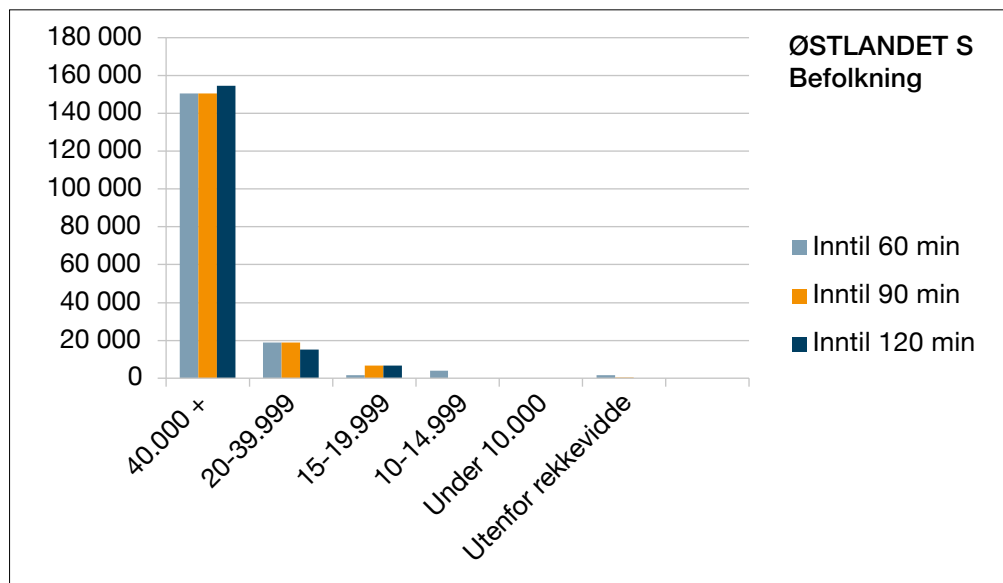
I avsnitt 5.1 presenteres en serie av figurer (figur 5.1.1 til 5.1.14) som viser mange *innbyggere* og hvor mange *kommuner* som potensielt faller inn under ordningen i hver enkelt volumkategori av DPS-regioner (hvor mange som hører hjemme i DPS-regioner med mer enn 40.000 innbyggere innenfor operasjonsområdet, DPS-regioner med mer enn 20.000 innbyggere innenfor operasjonsområdet osv.) under ulike forutsetninger om maksimal reisetid.

Figurene 5.2.1 og 5.2.14 presenterer de samme funnene *kumulativ* (avsnitt 5.2). Tallene for 15.000-kategorien gjelder for alle DPS-enheter som oppfyller dette kravet og *tillegg* alle DPS-enheter som oppfyller strengere krav til befolkningsgrunnlag, alle som nås innenfor en reiseavstand på 120 minutter inkluderer også alle som nås på kortere tid, osv.

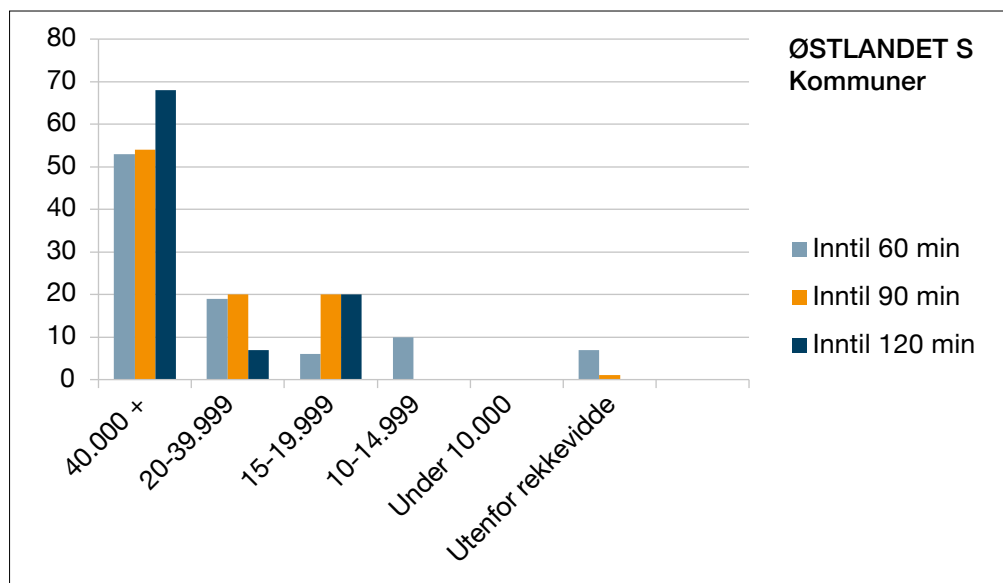
I noen tilfeller presenteres tall for Finnmark separat, for å illustrere den spesielle situasjonen dette fylket representerer.

## 5. 1. Landsdelsvise tall for ulike volumkategorier av DPS-enheter

### Det sentrale Østlandsområdet

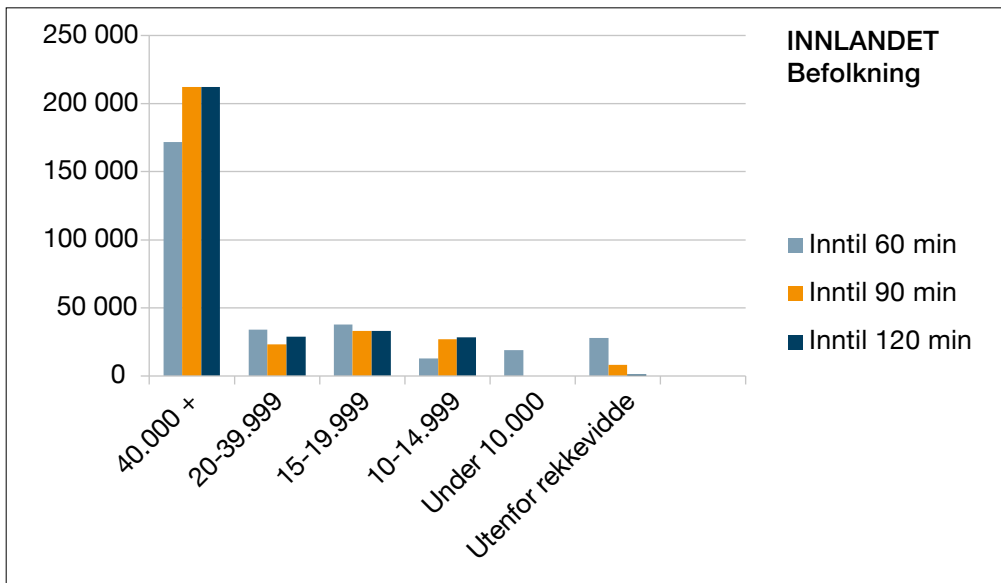


**Figur 5.1.1.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter).  
**Det sentrale Østlandsområdet.**

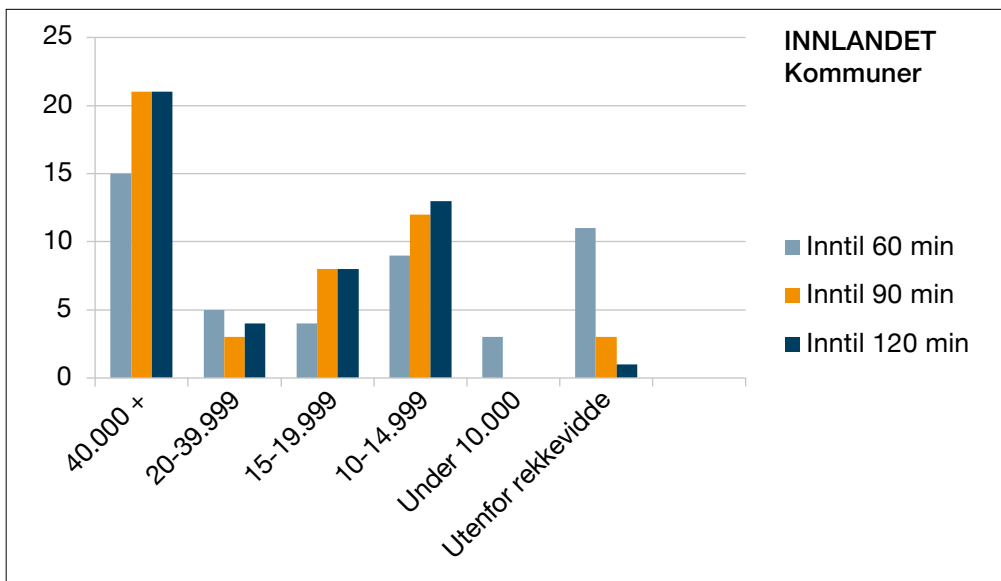


**Figur 5.1.2.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter).  
**Det sentrale Østlandsområdet.**

### Innlandet

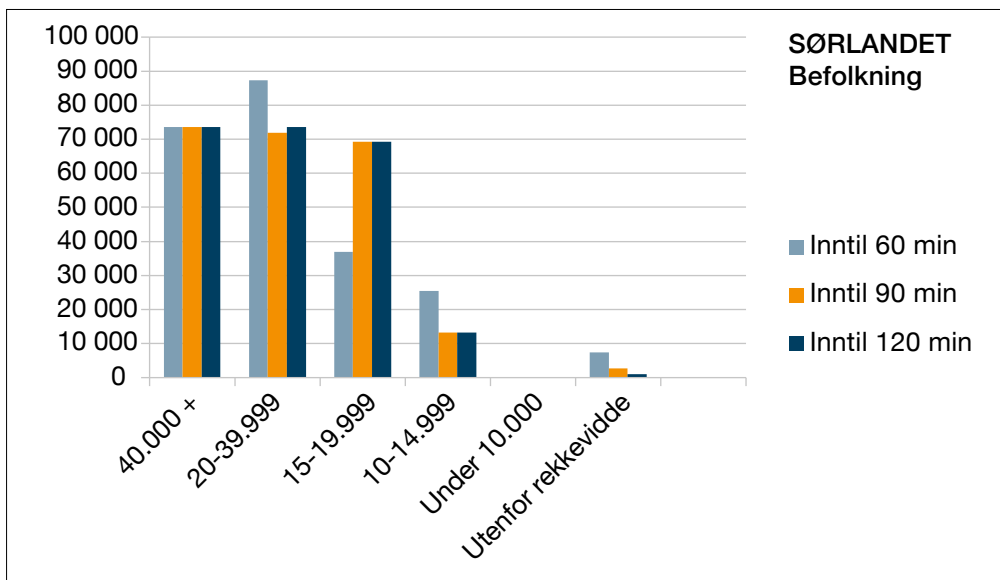


**Figur 5.1.3.** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Innlandet.**

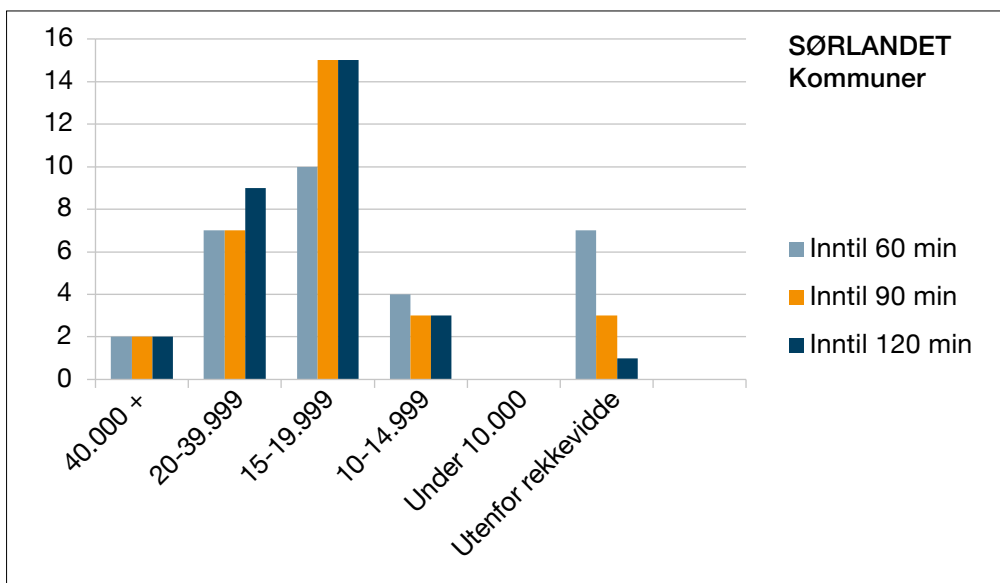


**Figur 5.1.4.** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Innlandet.**

## Sørlandet

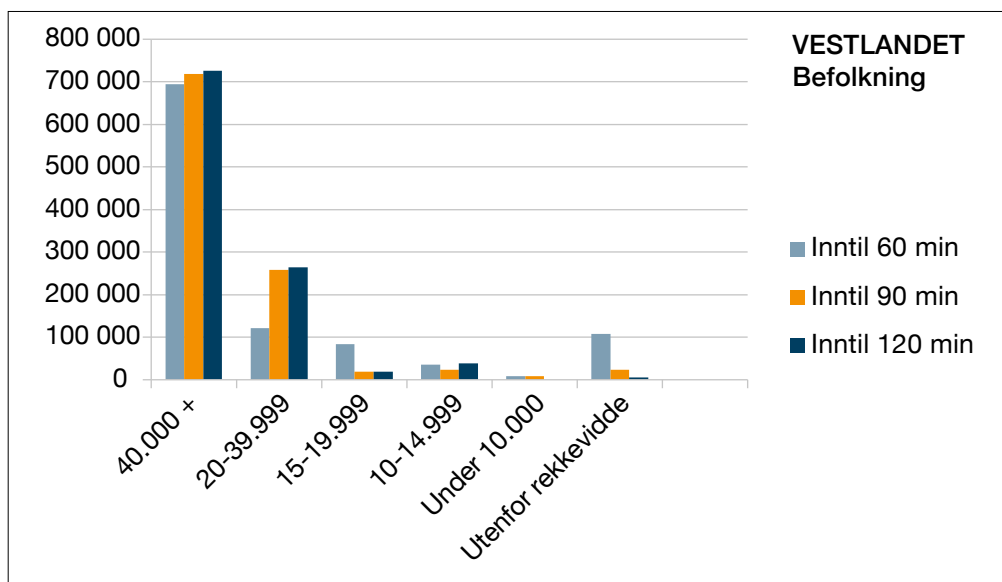


**Figur 5.1.5.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Sørlandet.**

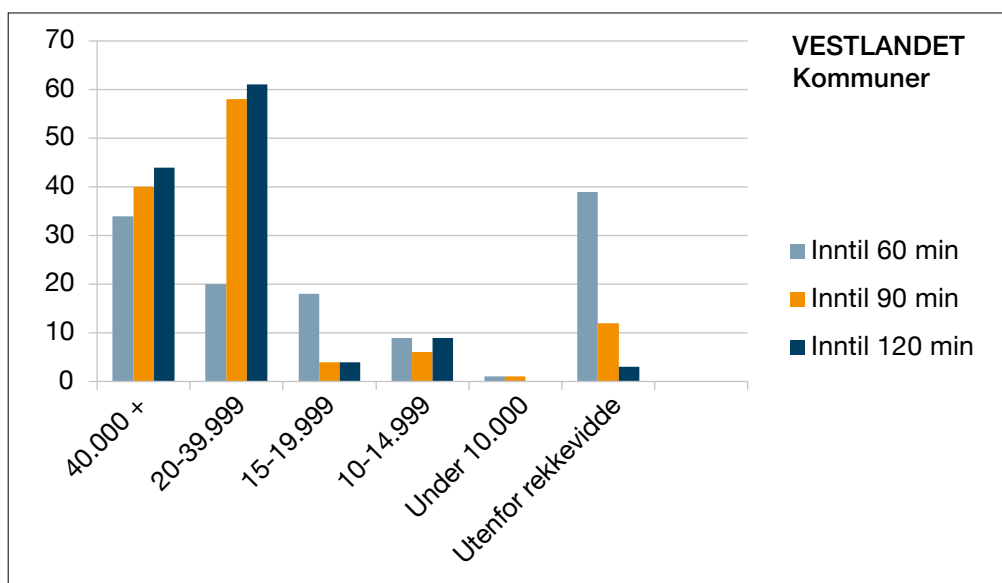


**Figur 5.1.6.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Sørlandet.**

## Vestlandet

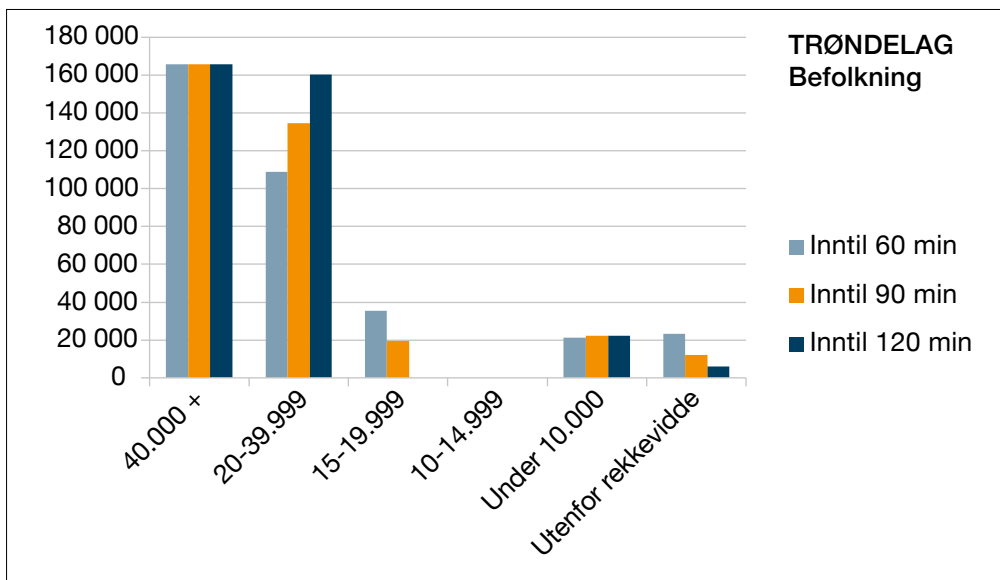


**Figur 5.1.7.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Vestlandet.**

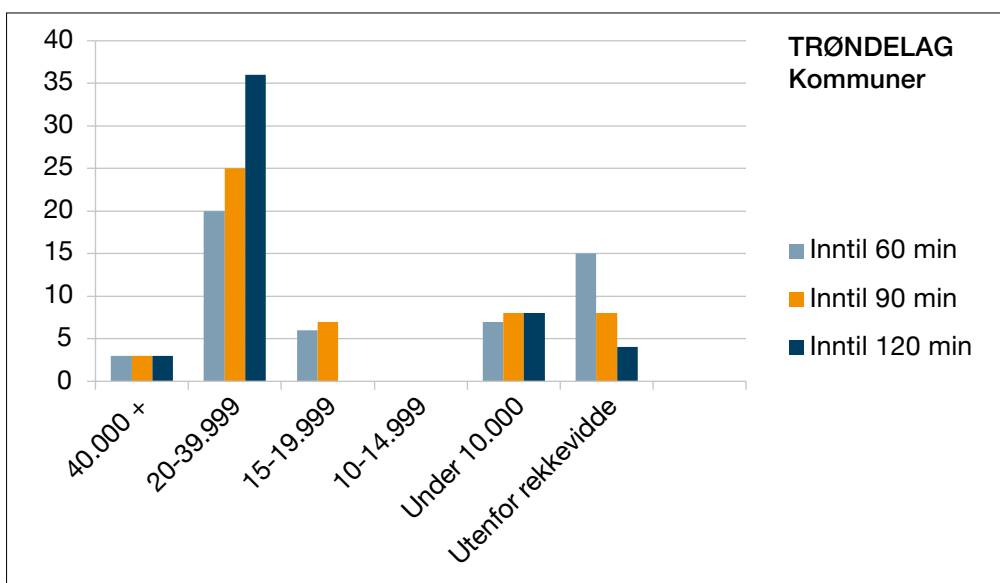


**Figur 5.1.8.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Vestlandet.**

## Trøndelag

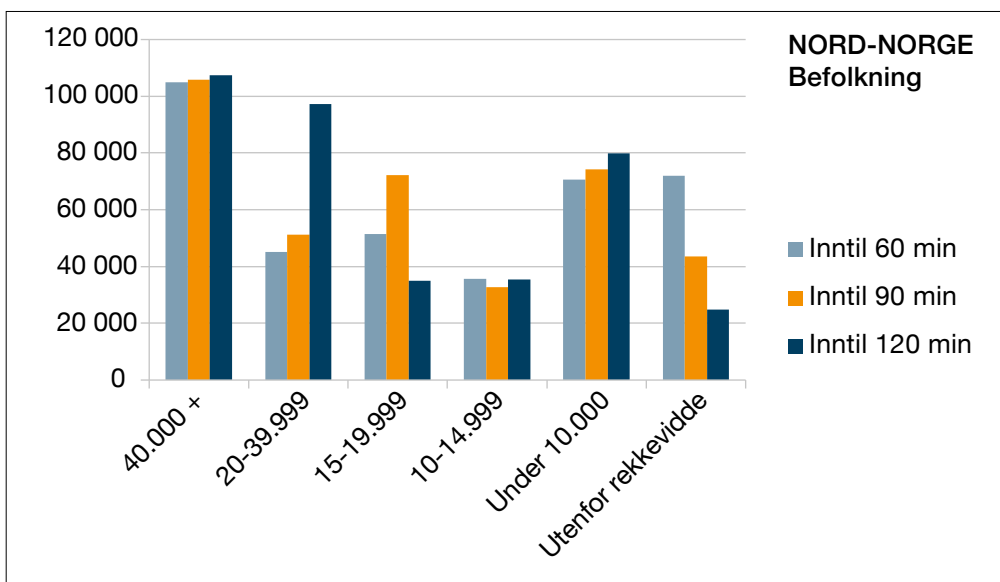


**Figur 5.1.9.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Trøndelag.**

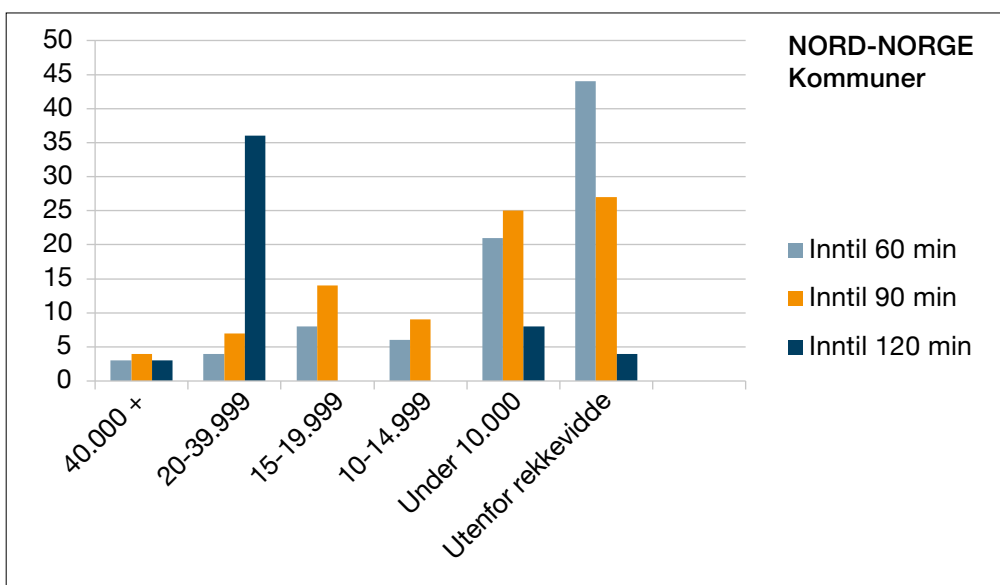


**Figur 5.1.10.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Trøndelag.**

## Nord-Norge

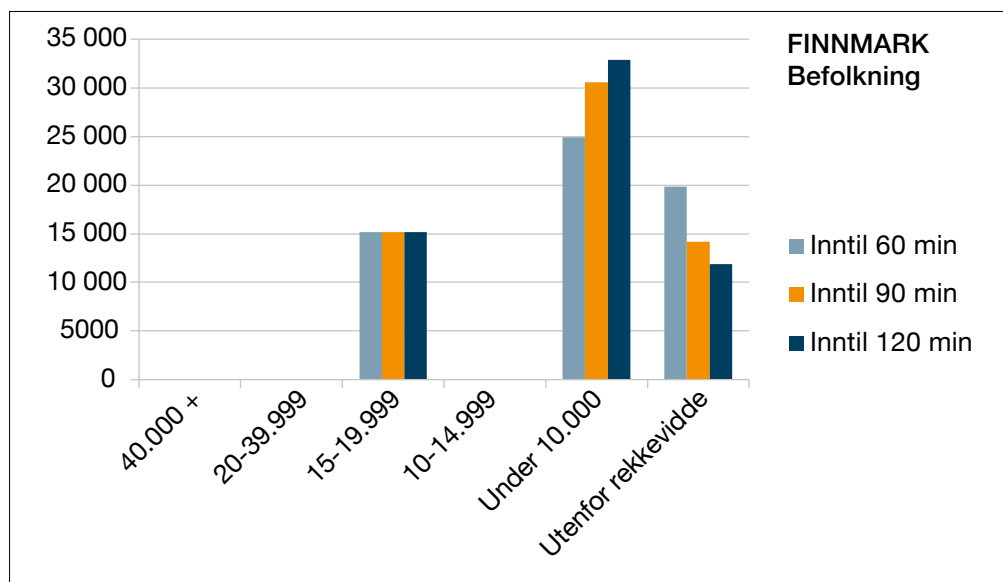


**Figur 5.1.11.** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Nord-Norge.**



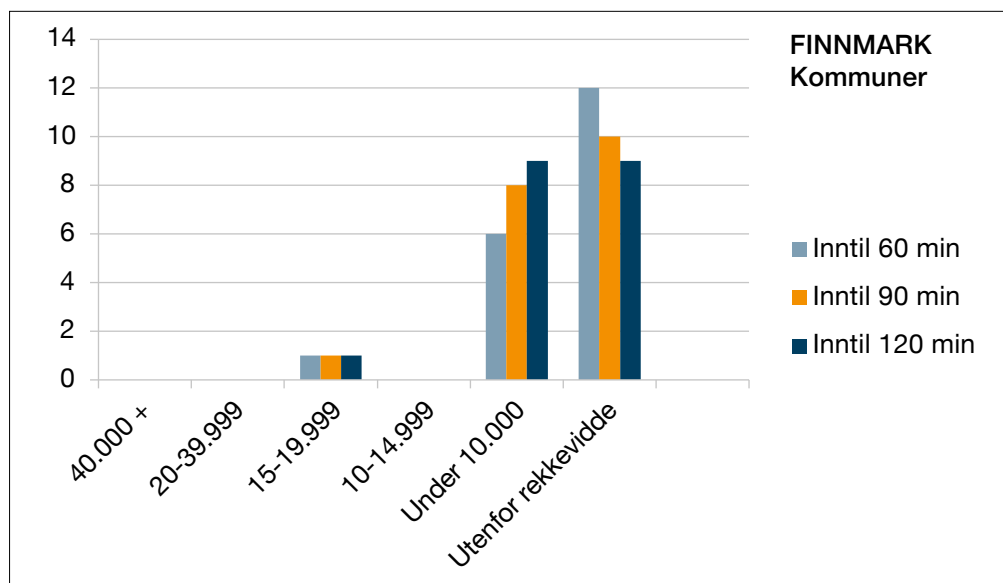
**Figur 5.1.12.** Befolkningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Nord-Norge.**

## Finmark<sup>1</sup>



**Figur 5.1.13.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall personer 18+ som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Finmark**

<sup>1</sup> Skilt ut fra Nord-Norge for illustrasjonens skyld, men inngår også i tallene for landsdelen Nord-Norge (se foregående side).

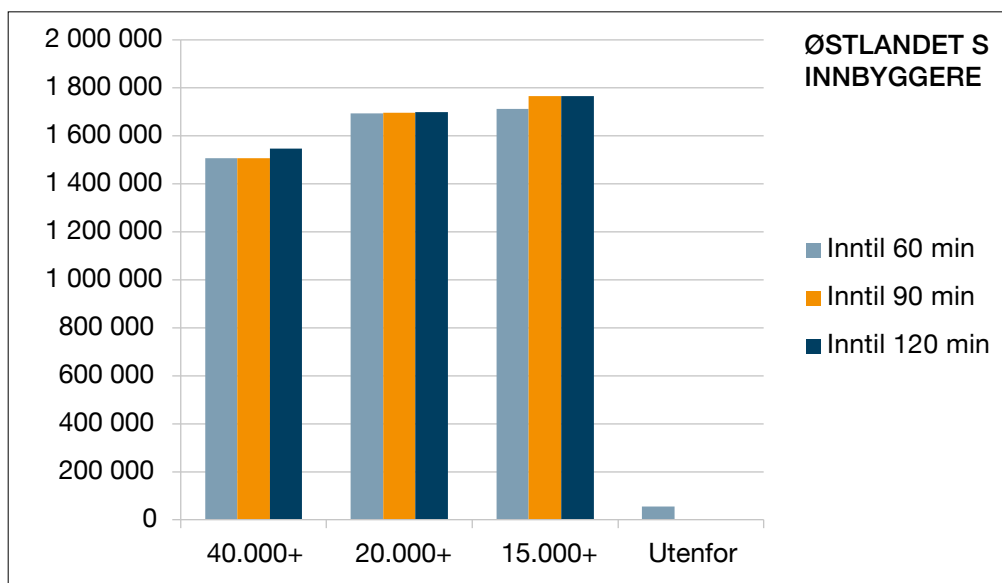


**Figur 5.1.14.** Befolningsgrunnlag i DPS-regionene. Antall kommuner som faller inn under ulike volumkategorier under ulike forutsetninger om maksimal reiseavstand (60, 90 og 120 minutter). **Finmark.**

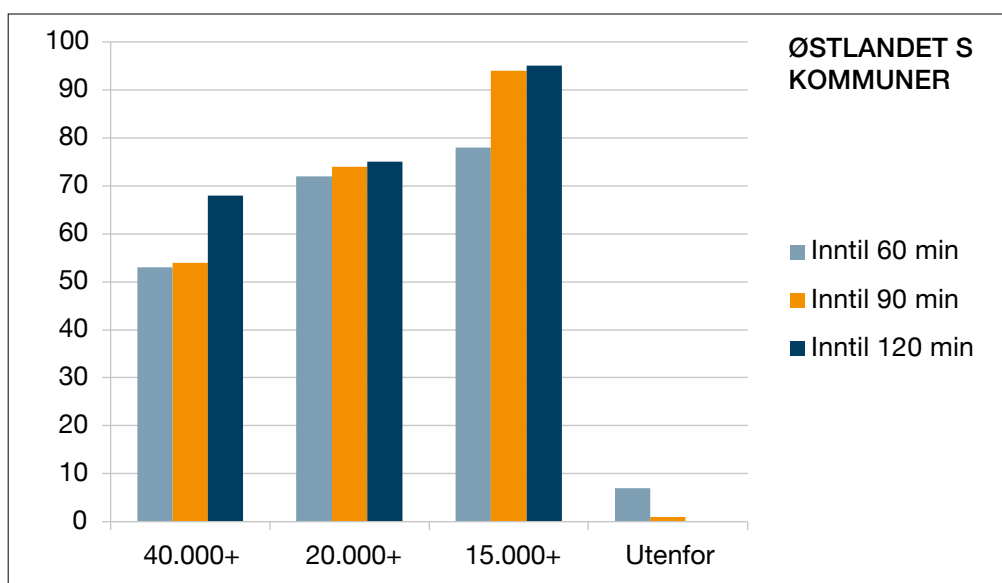


## 5. 2 Landsdelsvise tall. Kumulative beregninger

### Østlandet S

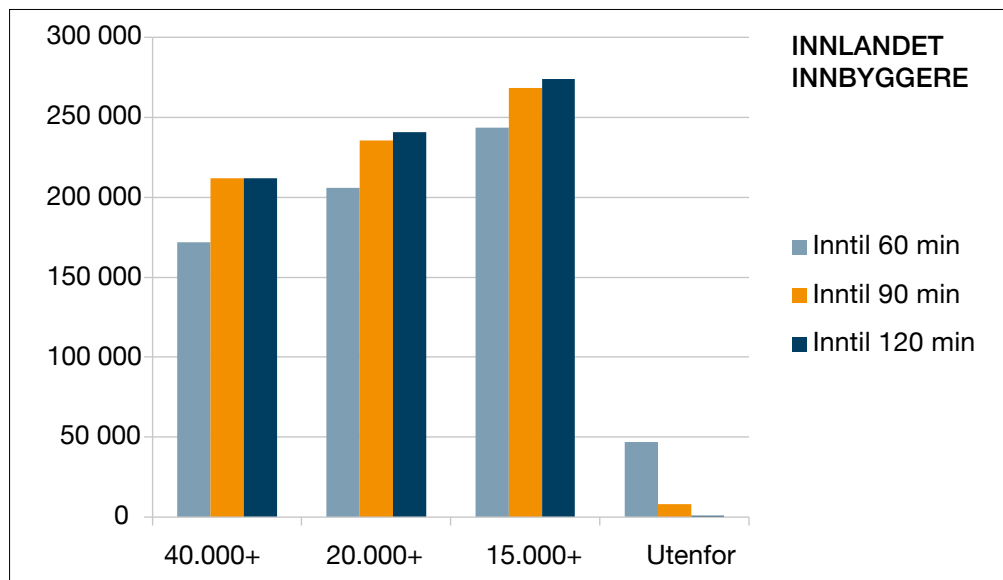


**Figur 5.2.1.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Det sentrale Østlandsområdet.**

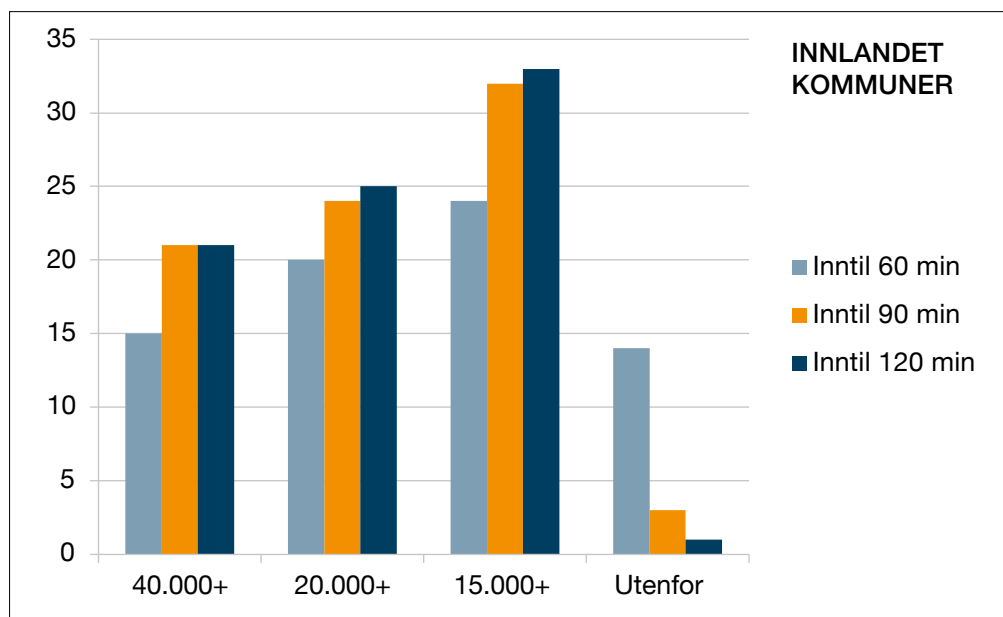


**Figur 5.2.2.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Det sentrale Østlandsområdet**

## Innlandet

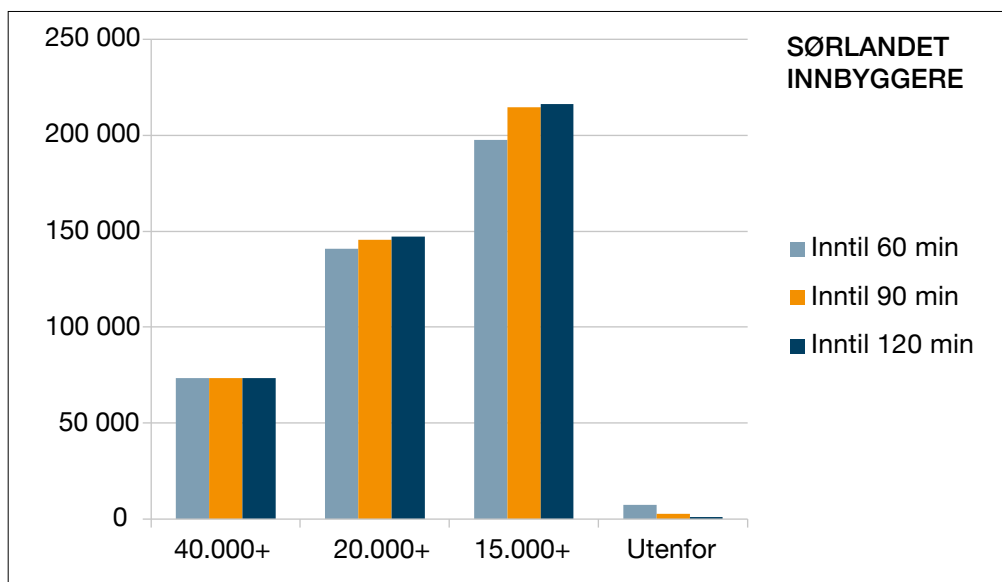


**Figur 5.2.3.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Innlandet.**

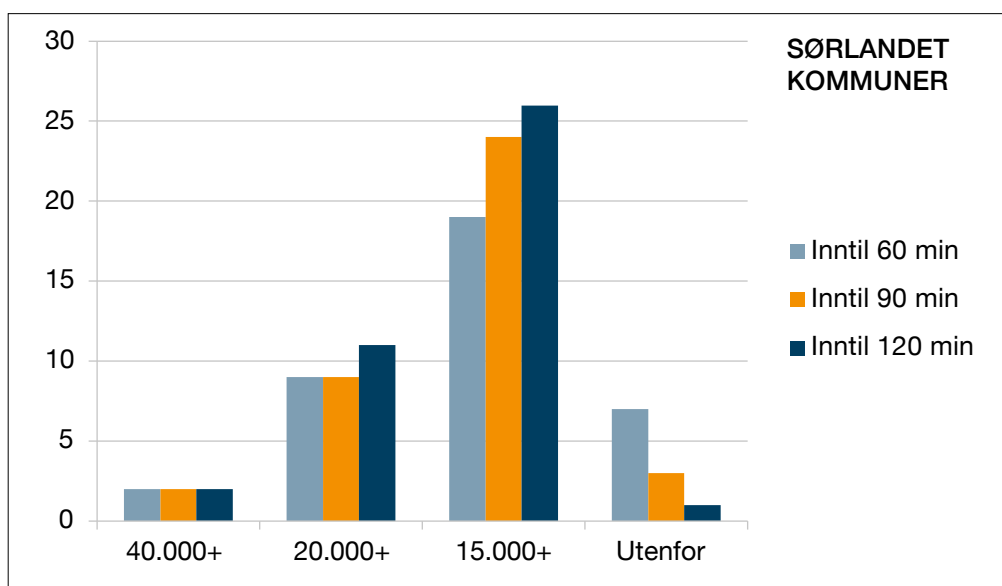


**Figur 5.2.4.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Innlandet.**

## Sørlandet

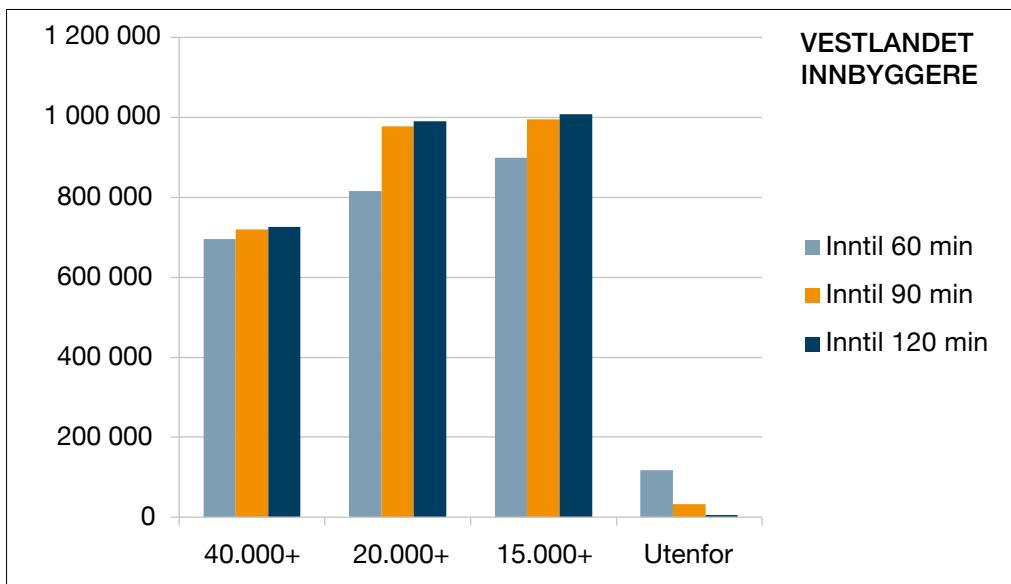


**Figur 5.2.5.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Sørlandet.**

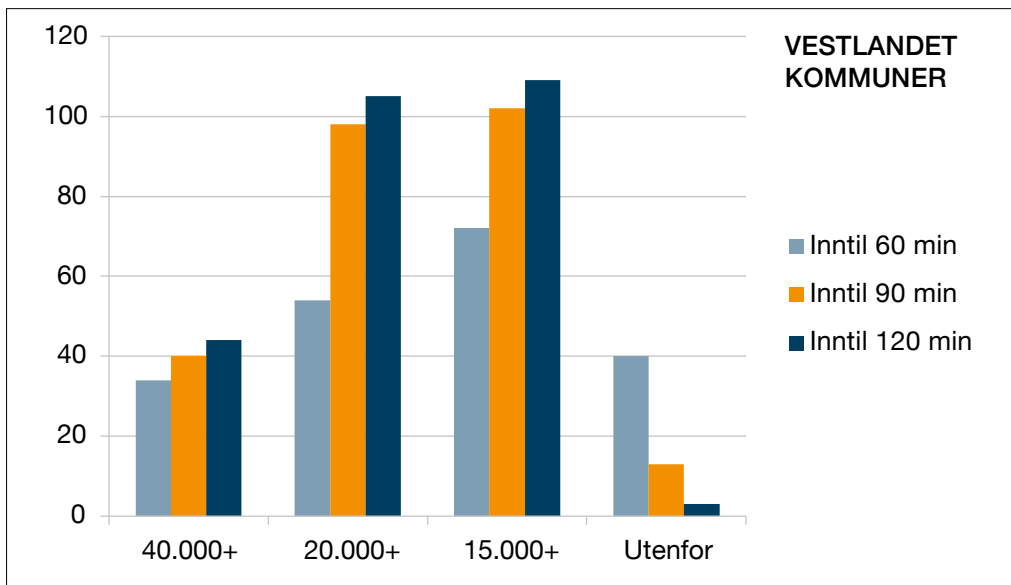


**Figur 5.2.6.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Sørlandet.**

## Vestlandet

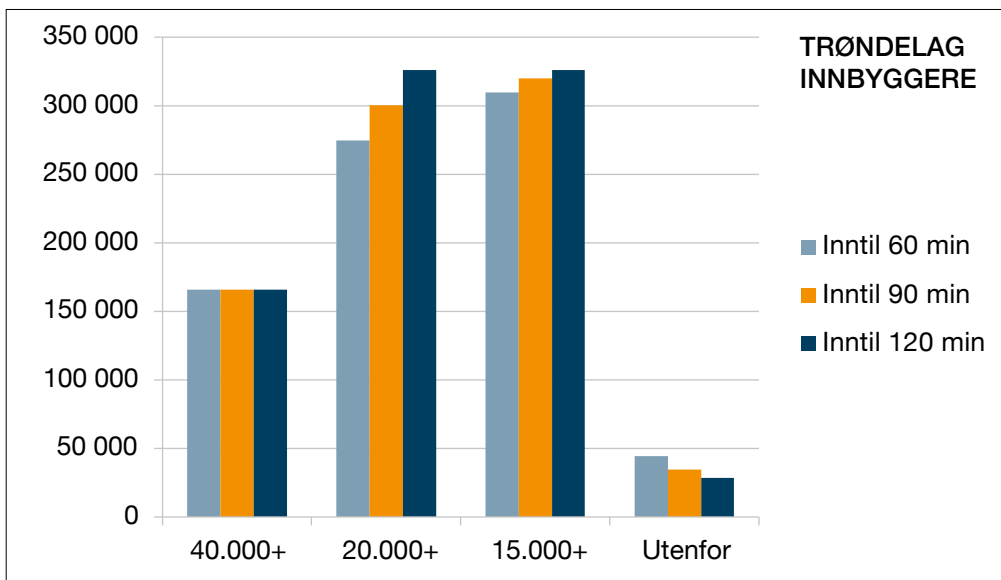


**Figur 5.2.7.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Vestlandet.**

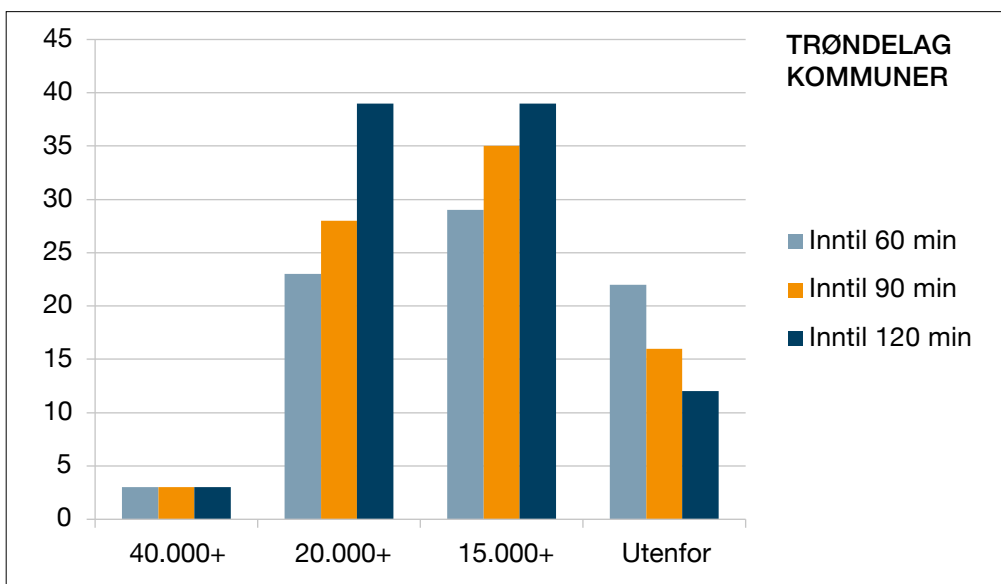


**Figur 5.2.8.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Vestlandet.**

## Trøndelag

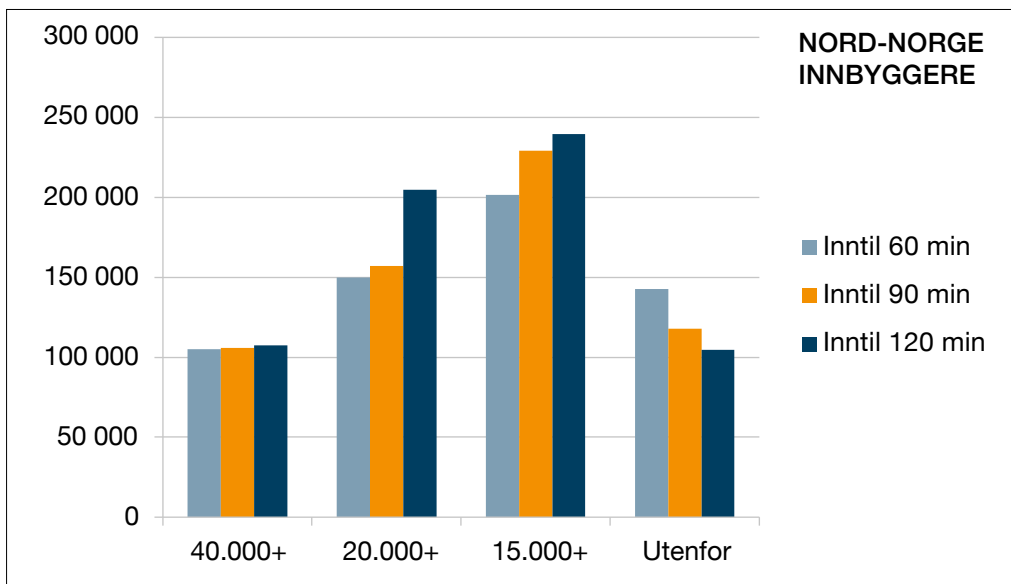


**Figur 5.2.9.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Trøndelag.**

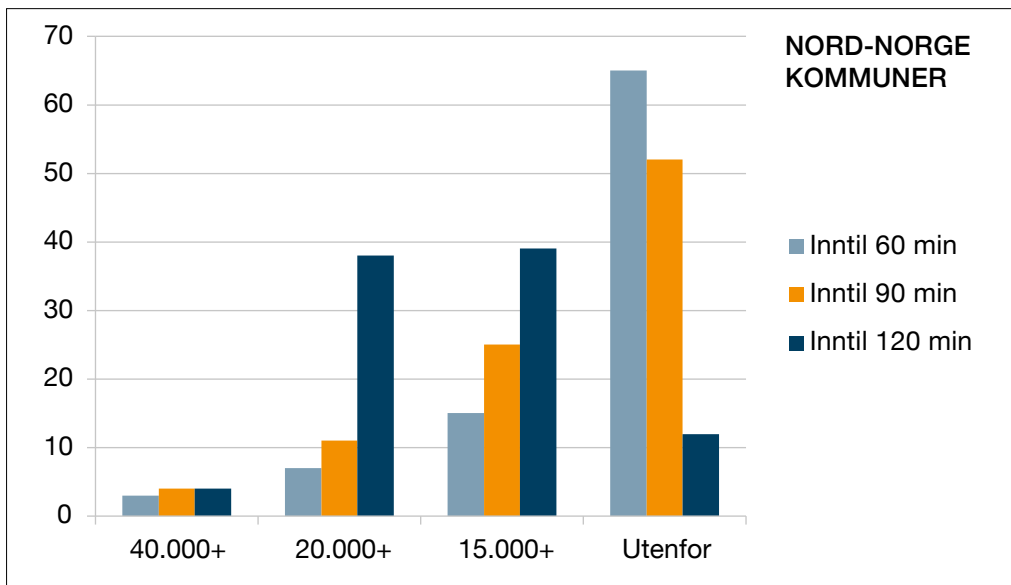


**Figur 5.2.10** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Trøndelag.**

## Nord-Norge

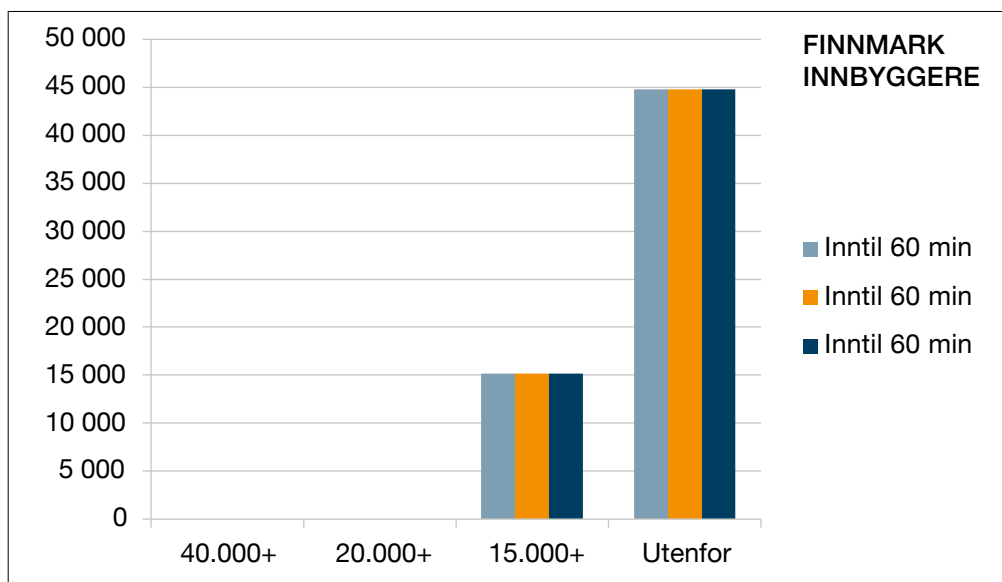


**Figur 5.2.11.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Nord-Norge.**

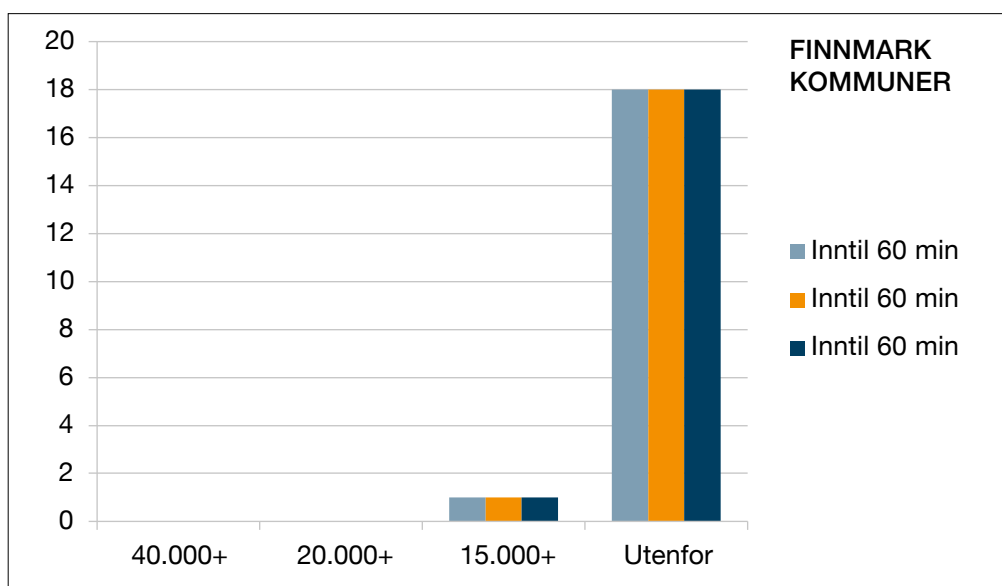


**Figur 5.2.12.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Nord-Norge.**

## Finnmark



**Figur 5.2.13.** Kumulativt antall personer som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Finnmark.**

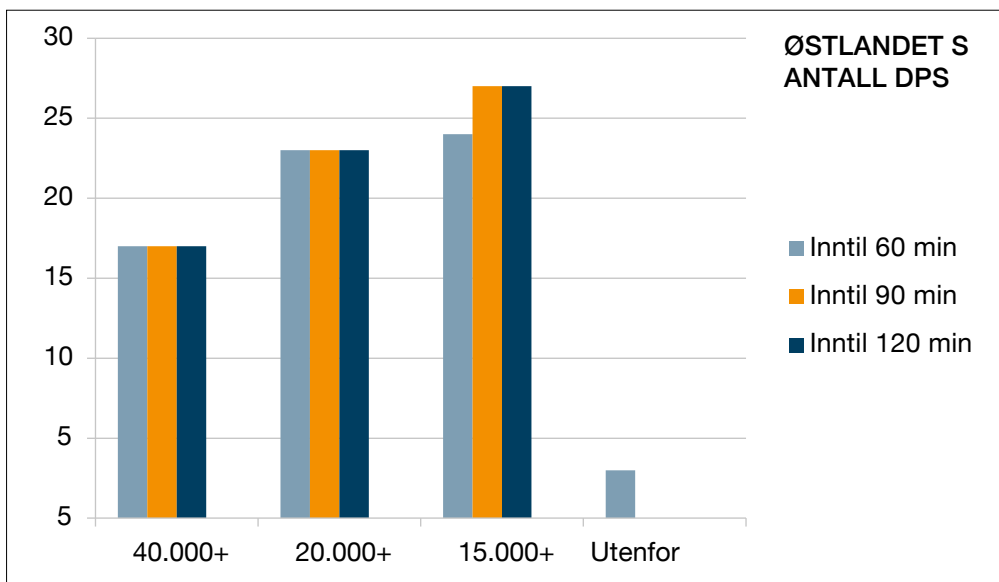


**Figur 5.2.14.** Kumulativt antall kommuner som kan inkluderes i ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Finnmark.**

## 6. Hvor mange DPS-enheter har teoretiske forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team

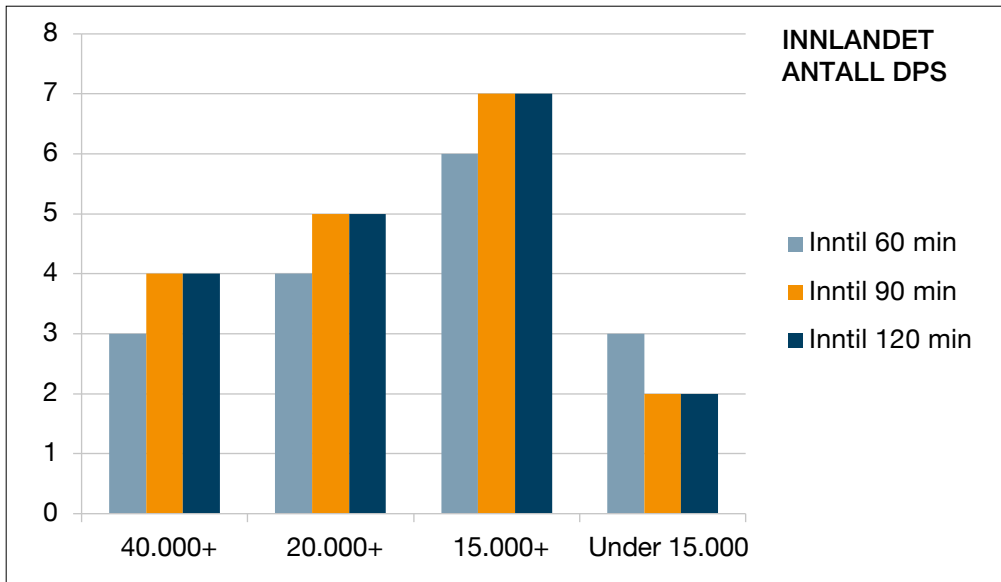
### Landsdelsvise oversikter

Ovenfor er det presentert nasjonale tall for hvor mange *DPS-regioner* som under ulike forutsetninger om minste befolkningsgrunnlag og maksimal aksjonsradius målt i reisetid som har teoretiske forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team, ett eller flere. Nedenfor er tilsvarende beregninger utført for de enkelte landsdelene. Det er grunn til å minne om at materialet kan inneholde unøyaktigheter, og at slike unøyaktigheter vil gi et forholdsvis større utslag når vi går ned på landsdelsnivå, enn når vi opererer på nasjonalt nivå. Det gjøres derfor uttrykkelig oppmerksom på at oversiktene er omtrentlige.

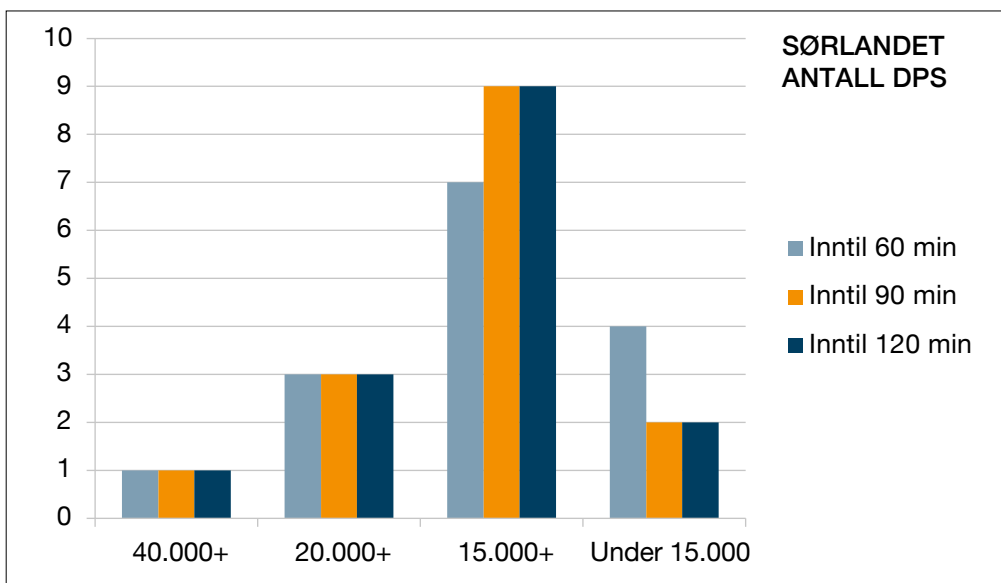


**Figur 6.1.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter? Det sentrale Østlandsområdet (**Oslo, Akershus, Østfold, Vestfold, Buskerud og Telemark**).

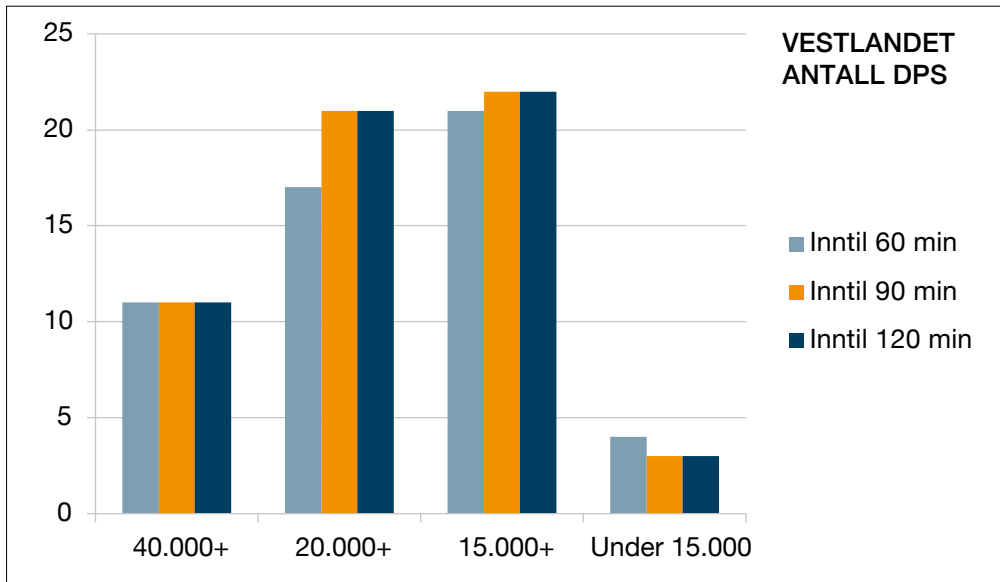




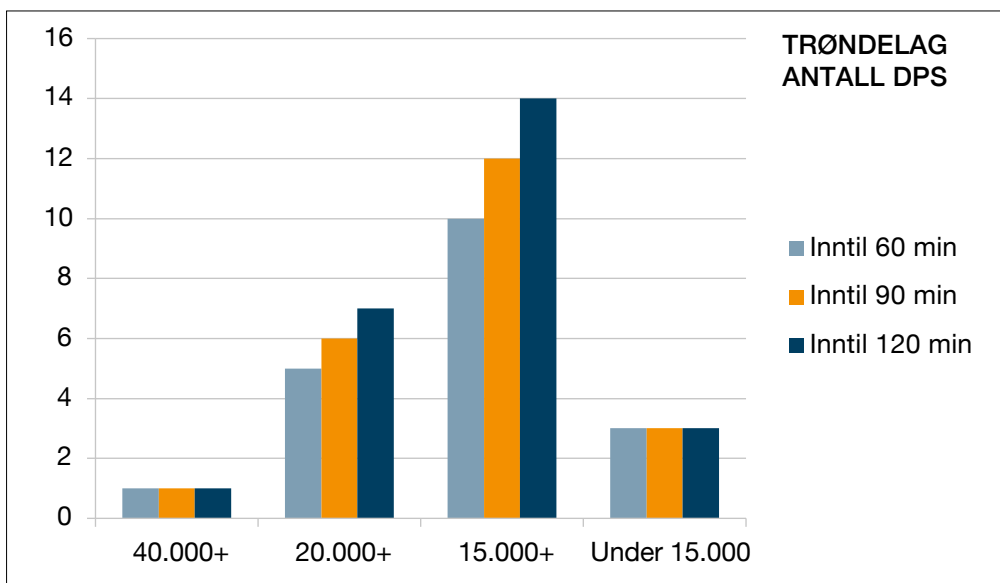
**Figur 6.2.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter? **Innlandet.**



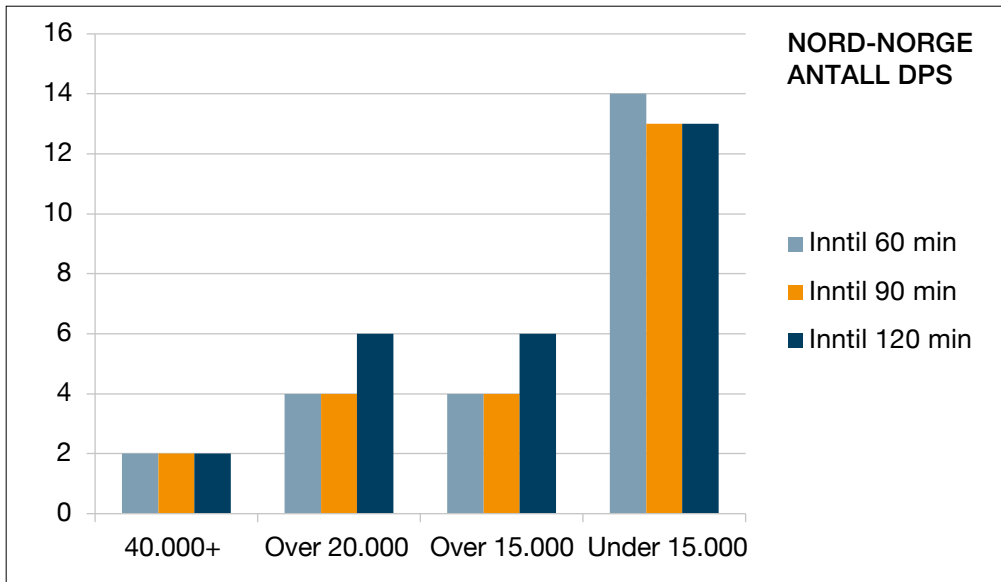
**Figur 6.3.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter. **Sørlandet.**



**Figur 6.4.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter? **Vestlandet.**



**Figur 6.5.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter? **Trøndelag.**



**Figur 6.6.** Hvor mange DPS-enheter har forutsetninger for å etablere ACT- eller FACT-team gitt et befolkningsgrunnlag på henholdsvis 40.000, 20.000 og 15.000 innbyggere 18+, og gitt en aksjonsradius på 60, 90 eller 120 minutter? **Nord-Norge.**

## 7. Hvor bor personene som teoretisk faller utenfor ordningen?

Tabell 7.1 nedenfor viser beregninger av hvor, i betydningen i hvilke *landsdeler* de som teoretisk *faller utenfor ACT/FACT-ordningen*, bor – gitt henholdsvis 120, 90 og 60 minutters reiseavstand. Tabellen illustrer også hva det betyr for resultatet å redusere kravet til befolkningsunderlag fra 20.000 til 15.000.

**Tabell 7.1.** I hvilke landsdeler bor personene som faller utenfor ordningen? Antall og prosentandel av alle på nasjonalt nivå faller utenfor, gitt ulike krav til befolkningsunderlag og maksimal reiseavstand

Maksimal reiseavstand		Krav: 20.000 innbyggere		Krav: 15.000 innbyggere	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
120 min.	Østlandet S	68159	14,2	0	0
	Innlandet	62726	13,1	29575	11,6
	Sørlandet	83389	17,4	14164	5,5
	Vestlandet	62017	12,9	43513	17
	Trøndelag	28372	5,9	28372	11,1
	Nord-Norge	175091	36,5	140195	54,8
	<b>HELE LANDET</b>	<b>479754</b>	<b>100</b>	<b>255819</b>	<b>100</b>
90 min.	Østlandet S	70219	12,2	2060	0,7
	Innlandet	68112	11,8	34961	11,9
	Sørlandet	85106	14,8	15881	5,4
	Vestlandet	75152	13,1	56648	19,2
	Trøndelag	54185	9,4	34512	11,7
	Nord-Norge	222811	38,7	150623	51,1
	<b>HELE LANDET</b>	<b>575585</b>	<b>100</b>	<b>294685</b>	<b>100</b>
60 min.	Østlandet S	71910	9,2	55268	10,5
	Innlandet	97727	12,4	60031	11,5
	Sørlandet	69758	8,9	32900	6,3
	Vestlandet	236057	30,1	152884	29,2
	Trøndelag	79972	10,2	44573	8,5
	Nord-Norge	229882	29,1	178392	34
	<b>HELE LANDET</b>	<b>785306</b>	<b>100</b>	<b>524048</b>	<b>100</b>
120 min	Finnmark	59925	12,5	44758	17,5
90 min.	Finnmark	59925	10,4	44758	15,2
60 min.	Finnmark	59925	7,6	44758	8,5

Uansett om vi velger 20.000 eller 15.000 som minimums befolkningsgrunnlag, og uansett om den maksimale reiseavstanden settes 60 eller 90 eller 120 minutter, finner vi gjennomgående at Nord-Norge – sin beskjedne andel av totalbefolkningen til tross (9 prosent)– er den landsdelen som veier tyngst i kategorien «personer som faller utenfor ordningen». Som vi har sett utmerker ikke Vestlandet seg spesielt med en stor *andel* av befolkningen som faller utenfor ordningen. Men det er en folkerik landsdel. Derfor utgjør de personene som berøres likevel en nokså stor andel av alle som faller utenfor, når en ser landet under ett. Også Innlandet og Trøndelag (med henholdsvis 7 prosent og 9 prosent av totalbefolkningen) utmerker seg med forholdsvis høye sifre, sett i denne målestokken. Sørlandets bidrag til gruppen som havner utenfor ordningen nasjonalt er i de fleste regneeksemplene mindre enn landsdelens andel av befolkningen (6 prosent) skulle tilsi.

I motsatt ende av skalaen finner vi, ikke uventet det sentrale Østlandsområdet, som med nær 45 prosent av befolkningen bare har fra 0 til 13 prosent av innbyggerne i kategorien «utenfor ordningen», avhengig av hvilke krav som settes til befolkningsgrunnlag og maksimal reiseavstand.

Den regionale gjennomgangen av tallmaterialet bekrefter det nokså opplagte: At det er i utkantene de geografiske utfordringene med å organisere teambaserte tjenester som ACT og FACT framstår som mest krevende. I en større sammenheng kan en gjerne si at dokumentasjonen er med på å *definere* «utkantproblemer» som et samlebegrep for visse hverdagsutfordringer som har med demografi og geografi, og dermed med tjenesteorganisering og avstandshåndtering å gjøre.

Dokumentasjonen illustrer samtidig betydningen av å inkludere *geografi* i forståelsen av samhandlingsbegrepet: Samhandling handler ikke bare om samhandling mellom personer og organisasjoner og forvaltningsnivåer, men om organisering av tjenesteprosesser i tid og rom – innenfor en geografisk virkelighet der sentrumsområdene bare i begrenset grad kan stå modell for periferien, og der erfaringer fra land med en helt annen geografi enn Norge bare i begrenset grad kan implementeres uten en forutgående «oversettelse» til norsk virkelighet.

## 8. Etterord

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet som ligger til grunn for utredningsarbeidet heter det:

«... ACT- og FACT-modellene (forutsetter) et befolkningsgrunnlag, som gjør at det kun er grunnlag for å etablere team etter disse modellene i et mindretall av norske kommuner» (red. understrekning).

Funnene som presenteres i denne rapporten står på mange måter i kontrast til denne antakelsen.

*Til tross for at relativt mange innbyggere og dermed potensielle brukere, og et enda høyere antall kommuner vil være utsatt for å havne utenfor ordningen, iallfall dersom strenge krav til modelltrofasthet skal kreves, viser beregningene at det store flertallet av DPS-enhetene bør ha anledning til å etablere team. De vil kunne inkludere flertallet av kommunene og en enda større andel av befolkningen. Bosettingsmønsteret og kommunikasjonsforholdene synes står ikke i veien for at teamløsninger kan bli den dominerende måten å møte den aktuelle målgruppen på, både sentralt og i store deler av det som i dagligspråket benevnes som «distriktene», spesielt om man aksepterer en viss «fornorskning» av modellene, og viser vilje og evne til å utvikle lokalt tilpassede løsninger.*

Det kan meget vel hende at andre typer utfordringer enn de som angår bosettings-mønster og kommunikasjonsforhold vil vise seg å bli mer kritiske. Utfordringer som har med ressurser å gjøre, både økonomi, bemanning og kompetanse, og utfordringer som har å gjøre med at enhver innovasjon utfordrer etablerte strukturer: etablerte organisasjonsformer, etablerte rutiner og relasjoner. Og ikke minst berøres interesselandskapet: interessene til personer, organisasjoner, regioner og kommuner. Erfaringen viser, at i distriktene spesielt, men ikke bare her, vil enhver forandring som berører lokalisering av oppgaver og arbeidsplasser forventes på vekke debatt og utløse dragkamper.

Innovasjoner kan planlegges og simuleres fra et tegnebord, men må implementeres i et komplekst landskap der mennesker og organisasjoner befinner seg, ikke som passive brikker på et sjakkbrett, men som aktører med egne mål og interesser og virkemidler.



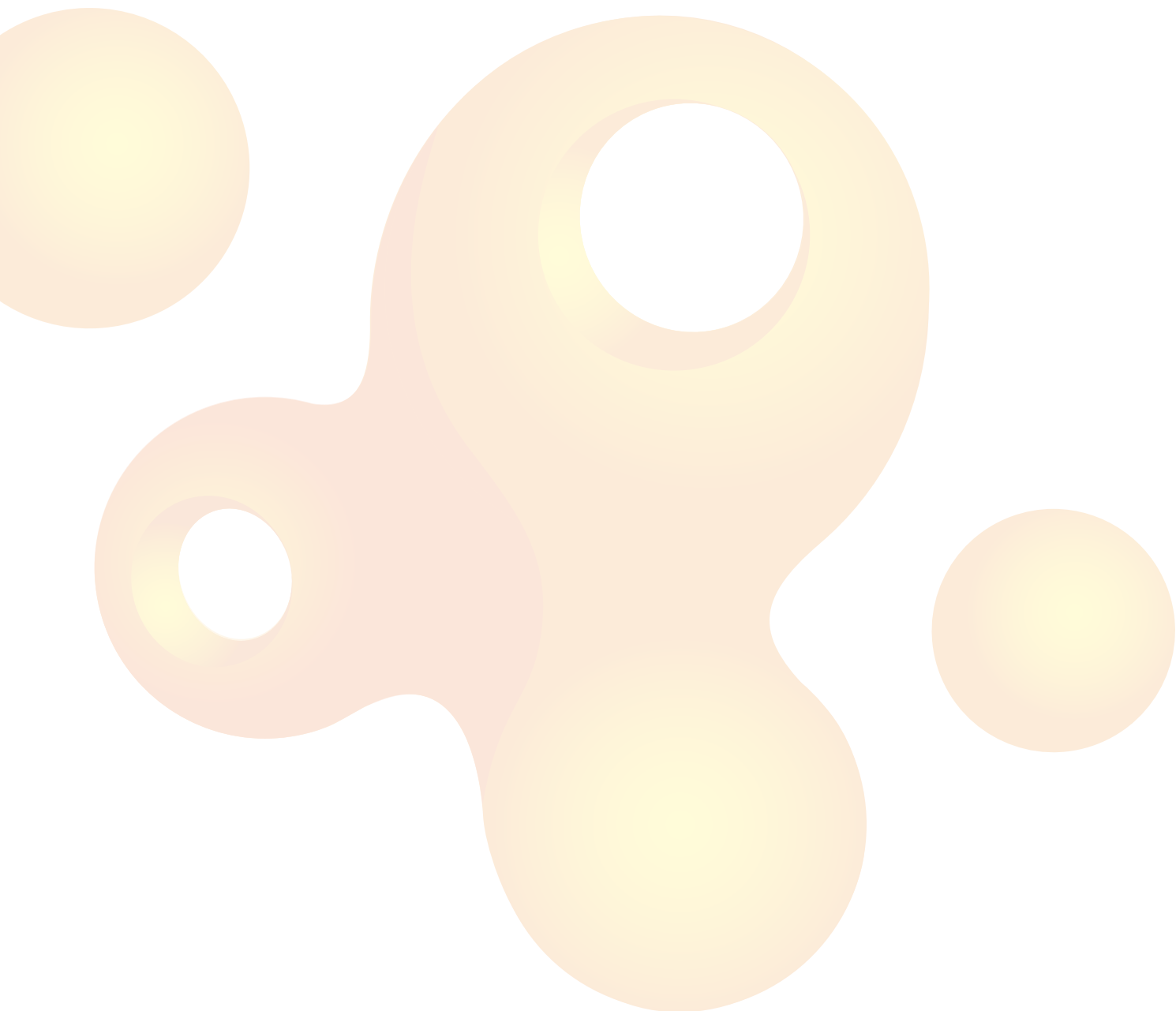
© 2017 NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – en avdeling i NTNU Samfunnsforskning AS

7491 Trondheim

Telefon: 73 59 00 60 • E-post: [kontakt@napha.no](mailto:kontakt@napha.no)

Nettside: [www.napha.no](http://www.napha.no)

Last ned rapporten som pdf fra [Napha.no](http://Napha.no)



Nasjonal kompetansetjeneste for  
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

