



# Utkast til regional plan for psykisk helse

Helseregion Vest

2011–2015



## Innhold

1. INNLEIING .....	5
2. NASJONALE OG REGIONALE FØRINGAR.....	6
2.1 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE 1999–2006/2008 .....	6
2.2 HELSE 2020 – STRATEGI FOR HELSEREGIONEN .....	7
2.3 NASJONAL STRATEGIGRUPPE.....	7
2.4 SAMHANDLINGSREFORMA.....	8
3. MÅL OG UTFORDRINGAR .....	9
3.1 SJØLVSTENDE OG EVNA TIL Å MEISTRE EIGE LIV.....	9
3.2 BRUKARMEDVERKNAD SOM BERANDE PRINSIPP .....	9
3.3 SAMHANDLING – EI SAMANHENGANDE TENESTE .....	10
3.4 TILGANG OG TIDLEG INTERVENSJON .....	11
3.5 UTVIKLING I BEHOV FOR TENESTER .....	11
4. TENESTER TIL BARN OG UNGE.....	13
4.1 MÅL OG OPPGÅVER .....	13
4.2 STATUS FOR UTVIKLINGA .....	13
4.2.1 Dekningsgrad, personell og produktivitet .....	13
Dekningsgrad .....	13
Personell.....	14
Produktivitet .....	14
4.2.2 Døgnplassar for barn og unge .....	15
4.2.3 Ventetider og fristbrot .....	15
4.2.4 Kvalitet og prioritering.....	16
4.3 UTFORDRING .....	17
4.3.1 Kapasitet og tilgang.....	17
4.3.2 Prioritering .....	18
4.3.3 Kvalitet på tenestene .....	19
4.3.4 Leing og organisering .....	20
4.4 SÆRLEGE OMRÅDE .....	21
4.4.1 Barn av psykisk sjuke og/eller rusmiddelavhengige .....	21
4.4.2 Overgang barn–vaksen.....	21
5. PSYKISK HELSEVERN FOR VAKSNE.....	22
5.1 UTVIKLING AV DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER .....	22
5.1.1 Mål og oppgåver for DPS-a .....	22
5.1.2 Status for utviklinga .....	23
Gjennomgåande DPS-struktur.....	23
Kartlegging av DPS-a.....	24
Personell.....	24
Produktivitet.....	25
Ambulante tenester, ACT-team og samhandlingsmodellar .....	25
5.1.3 Utfordringar.....	26
5.2 SENTRALISERTE SJUKEHUSFUNKSJONAR .....	28
5.2.1 Mål og oppgåver for sjukehusa .....	28
5.2.2 Status for sjukehusfunksjonen.....	28
Plasstal for sjukehus .....	28
Ressursfordeling DPS–sjukehus (døgnplassar, poliklinisk verksemd og personell) ...	29
Akutttilbodet.....	29
Ventetider og belegg – samla for sjukehus og DPS .....	30
Korridorpasientar .....	30

Kvalitet i sjukehus og DPS.....	31
5.2.3 utfordringar.....	32
5.3 AVTALESPELIALISTANE.....	33
5.3.1 Mål og oppgåver for avtalespelialistane .....	33
5.3.2 Status for avtalespelialistane.....	33
5.3.3 utfordringar.....	34
5.4 PSYKISK HELSEVERN UTAN EIGE SAMTYKKE .....	36
5.4.1 Mest mogleg frivillig medverknad.....	36
5.4.2 Status .....	36
5.4.3 utfordringar.....	37
5.5 ELDRE OG PSYKISKE LIDINGAR.....	38
5.5.1 Mål og oppgåver.....	38
5.5.2 Status .....	38
5.5.3 utfordringar.....	39
5.6 PSYKISKE LIDINGAR OG RUSMIDDELAVHENGIGHEIT .....	39
5.6.1 Mål og oppgåver.....	39
5.6.2 Status .....	40
5.6.3 utfordringar.....	41
5.7 REGIONALE FUNKSJONAR.....	41
5.7.1 Regional sikkerheitsavdeling og lokale sikkerheitseiningar .....	42
5.7.2 Regional eining for spiseforstyrningar.....	43
5.7.3 Regionalt ressurscenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsføbygging (RVTS-Vest) .....	44
5.7.4 Døve med psykiske lidningar .....	44
5.7.5 Tilbod til overgripaparar under 18 år .....	45
5.7.6 Andre regionale fagmiljø .....	45
6. BRUKARMEDVERKNAD.....	46
6.1 Status .....	46
6.2 utfordringar.....	46
7. UTDANNING, REKRUTTERING OG FORSKING .....	47
7.1 Utdanning og kompetanseutvikling .....	47
7.2 Rekruttering.....	48
7.3 Forsking.....	48
7.4 Nasjonale faglege retningslinjer.....	49
8. OPPSUMMERING OG HOVUDPRIORITERINGAR.....	49

**Vedlegg:**

Tabelloversikt

Innbyggjartal per kommune/helseføretak

# 1. INNLEIING

Styret for Helse Vest RHF vedtok i 2004 ein regional opptrappingsplan for psykisk helse. Planen bygde mellom anna på den nasjonale opptrappingsplanen for psykisk helse for 1999–2008.

Det er her gjort ei revidering og oppdatering av den regionale planen med eit tidsperspektiv frå 2011 til 2015.

Målet den nasjonale opptrappingsplanen hadde for den enkelte pasienten, var å

- ”(...) fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv”

Opptrappingsplanen sitt mål for tenestetilbodet var

- ”(...) et helhetlig sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet hele tiden står i fokus (styrke alle ledd)”

Planen føresette

- a) styrking av brukarretta tiltak
- b) styrking av tilbodet i kommunane med vekt på førebygging og tidleg hjelp
- c) omstrukturering og utbygging av vaksenpsykiatrien – satsing på kommunenære tiltak som distriktspsykiatriske senter (DPS)
- d) utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien
- e) stimulering til utdanning og forskning

Sjølv om den nasjonale opptrappingsplanen gjekk ut i 2008, står dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen framleis ved lag.

I samband med revidering av den regionale planen er det gjort ei vurdering av situasjonen i Helseregion Vest med bakgrunn i nasjonale og regionale føringar, og det er fremja forslag til korleis tenestetilbodet bør utviklast i dei neste fire–fem åra.

Det er gjort ei særleg vurdering av følgjande problemstillingar:

- Korleis bør tenestetilbodet til barn og unge utviklast, dimensjonerast og innrettast for å sikre lett tilgjengelege samanhengande tenester av høg kvalitet og å sikre ventetider som er innanfor ramma av ny ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidningar og/eller rusavhengigheit?
- Korleis kan ein sikre at barn av psykisk sjuke og/eller rusmiddelavhengige eller barn som blir utsette for vald i nære relasjonar, blir identifiserte og vurderte i forhold til eventuelle hjelpebehov, og at dei får tilpassa oppfølging?
- Kva tiltak kan setjast i verk for å sikre at barn og unge som har behov for langvarig hjelp, opplever god samanheng i tenestene også på tvers av aldersgrupperte tenestetilbod, særleg i overgangen mellom barn/ungdom og vaksen?

- Korleis kan ein sikre at DPS-a er fagleg og bemanningsmessig rusta til å ta seg av dei allmennpsykiatriske oppgåvene i nært samarbeid med kommunane i tråd med DPS-rettleiaren?
- Korleis kan ein sikre at personar som har behov for både tenester frå psykisk helsevern og tenester for rusmiddelavhengige, møter eit samanhengande og integrert tenestetilbod, jf. òg regional plan for rusfeltet og den nasjonale opptrappingsplanen for rusfeltet?
- Korleis bør tilbodet innanfor alderspsykiatri utviklast, jf. òg eige prosjekt om spesialisthelsetenester for eldre?
- Korleis skal kapasiteten innanfor sikkerheitspsykiatrien vere?
- Det er oppsummert og vurdert nye tiltak for å understøtte brukarmedverknad både på individ- og systemnivå
- Rekrutteringssituasjonen for sentrale personellgrupper og tiltak som kan sikre kompetanseoppbygging og -vedlikehald i tenesta

Det skal utviklast eit likeverdig tilbod i helseregionen i tråd med intensjonane i opptrappingsplanen.

Desse har vore med i prosjektgruppa:

Helse Førde	Tore Hågård, Øyvind Watne / Ragnar Børsheim
Helse Bergen	Geir Lien, Liv Åse Dybdal
Helse Fonna	Anne Lise Kvalevåg / Harald Korsedal, Hege Lægreid Røssland
Helse Stavanger	Lars Conrad Moe, Kjetil Hustoft
Private	Inger Johanne Haukedal
Brukarrepresentantar	Gerd Bjørkedal, Marit Sundal (brukarutvalet)
Tillitsvalde	Janet Monsen / Reidun Mattingsdal
Helse Vest	Hans K. Stenby, Carina Paulsen / Ingeborg Ersdal

## 2. NASJONALE OG REGIONALE FØRINGAR

### 2.1 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE 1999–2006/2008

Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997) ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tenestetilbudene” dannar bakgrunnen for den nasjonale opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. St.prp. nr. 63 (1997–1998) ”Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006”. Planen blei seinare forlengd til 2008.

Planen er følgd opp av nasjonale myndigheiter mellom anna i rundskriv, styringssignal i styrings-/og oppdragsdokument og ved jamlege vurderingar av utviklinga.

Det er òg utarbeidd fleire rettleiarar og tiltaksplanar for å understøtte dei overordna måla og hovudtiltaka i opptrappingsplanen. Dei viktigaste er:

- Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388,2006), veileder for videreutviklingen av DPS
- Du har kommet til rett sted (IS-1358, 2006), veileder for etablering av ambulante team i psykisk helsevern
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570)
- Brukermedvirkning – psykisk helsevernfeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse (IS-1315, 2006)
- Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512)
- Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370, 2006)
- Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser (IS-1349, 2006)
- Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (IS-1742, 2009)

## **2.2 HELSE 2020 – STRATEGI FOR HELSEREGIONEN**

I Helse 2020 er visjon, mål og strategi og handlingsplanar for Helse Vest samla. Planen legg føringar for utviklinga av pasienttilbodet innanfor spesialisthelsetenesta for alle innbyggjarane i regionen.

Visjonen:

- Fremje helse og livskvalitet

Verdiane:

- Respekt i møte med pasienten
- Kvalitet i prosess og resultat
- Tryggleik for tilgang og omsorg

Måla i strategiplanen:

- Trygge og nære sjukehusenester
- Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk
- Framtidsretta kompetanseorganisasjon

Helse 2020 legg vekt på at arbeidet med å styrkje tenestetilbodet til personar med psykiske lidingar skal vidareførast etter 2008 i tråd med nasjonale føringar, og på at kvalitet og effektiv organisering er viktige element.

## **2.3 NASJONAL STRATEGIGRUPPE**

Tidlegare Helse Øst RHF leidde i perioden 2004–2006 eit nasjonalt strategiarbeid innanfor psykisk helsevern med deltakarar frå alle RHF-a, brukarorganisasjonane, kommunane, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet er oppsummert i ein eigen rapport: ”Nasjonalt strategi for psykisk helsevern” (2006).

Ei ny tilsvarande nasjonal strategigruppe blei nedsett i 2008 med Helse Midt-Norge RHF som leiar. Mange problemstillingar er drøfta, med særleg oppfølging av fem område, og det har resultert i fem rapportar:

1. Rettare og redusert bruk av tvang i behandlinga
2. Arbeidsfordeling DPS-sjukehus
3. Kunnskapsbaserte metodar
4. Brukarmedverknad og -opplæring
5. Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (TSB)

Rapportane er leiingsforankra i alle RHF-a i landet. Rapportane er distribuerte til helseføretaka og skal vere utgangspunktet for vidare forbetningsarbeid.

## **2.4 SAMHANDLINGSREFORMA**

Samhandlingsreforma St.meld. nr. 47 (2008–2009) blei vedteken av Stortinget i april 2010.

Meldinga tek utgangspunkt i tre utfordringar:

- Behovet pasientane har for koordinerte tenester, er ikkje godt nok dekt – fragmenterte tenester.
- Tenestene er prega av for liten innsats når det gjeld å avgrense og førebyggje sjukdom.
- Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbiletet gir utfordringar som vil kunne true den økonomiske bereevna til samfunnet.

Følgjande hovudgrep for å møte utfordringane er foreslått:

- Klarare pasientrolle: Utvikle heilskaplege pasientforløp i samarbeid med pasientorganisasjonane. Forløpstenkinga må ha som formål at alle system og tenester er retta inn mot å bidra til at den enkelte sjølv kan meistre eige liv eller oppnå så stor grad av eigenmeistring som mogleg. Det må òg leggjast til rette for at folk kan ta ansvar for eiga helse.
- Ny framtidig kommunerolle: Det blir lagt til grunn at utfordringane med den venta behovsveksten i størst mogleg grad må løysast i kommunane. Det blir viktig med førebygging og innsats i dei tidlege fasane i sjukdomsforløpa.
- Etablering av økonomiske incentiv: Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar er viktige verkemiddel.
- Spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at ho i større grad kan bruke den spesialiserte kompetansen sin: Styrkje føresetnadene spesialisthelsetenesta har for å levere gode spesialiserte helsetenester gjennom betre oppgåvedeling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta, og gjennom heilskaplege pasientforløp leggje til rette for pasientar med behov for spesialiserte tenester.



- Leggje til rette for tydelegare prioriteringar: Prioriteringsavgjerdene må i større grad rettast inn mot heilskapen i pasientforløpa og unngå at prioriteringane blir retta mot deltenester som er dårleg tilpassa kvarandre.

Samhandlingsreforma har fokus på helsetenestene generelt. utfordringane som blir reiste, og grepa som blir foreslått, vil likevel i høg grad gjelde også pasientar med psykiske lidingar, pasientar som i stor grad har behov for heilskapelege pasientforløp på tvers av nivå, med rett behandling på rett stad til rett tid, og der tidleg hjelp og støtte av evna til eigenmeistring er sentralt.

### **3. MÅL OG UTFORDRINGAR**

#### **3.1 SJØLVSTENDE OG EVNA TIL Å MEISTRE EIGE LIV**

Den psykiske helsa er påverka av mange forhold, både den psykiske helsa / rusproblem hos foreldra, oppvekst- og skulemiljø, deltaking i arbeid og utdanning, gode miljø, sosial inkludering og likskap. Å møte utfordringane krev såleis innsats på mange sektorar i samfunnet og på fleire nivå i helsetenesta.

Det må leggjast til rette for prosessar som styrkjer meistring av dagleg liv, betrar funksjonsevna og gjer den enkelte betre i stand til å ta vare på seg sjølv.

Meistringsperspektivet må vere sentralt både i det førebyggjande arbeidet, i den kommunale helsetenesta og i spesialisthelsetenesta.

Spesialisthelsetenesta må bidra til at personar med psykiske lidingar skal kunne leve eit mest mogleg sjølvstendig liv i lokalmiljøet.

#### **3.2 BRUKARMEDVERKNAD SOM BERANDE PRINSIPP**

Brukarmedverknad er eit berande prinsipp i opptrappingsplanen. Brukarane har rett til å medverke, samtidig som brukarmedverknad har ein terapeutisk eigenverdi og er eit verkemiddel for å forbetre og kvalitetssikre tenestene. Brukarmedverknad omfattar medverknad i eiga utgreiing og behandling, medverknad i planprosessar og systematiske evalueringar av tenestene og etablering av eigne brukarutval.

Brukarane har rett til å medverke i eiga behandling. Det er òg grunn til å tru at brukarar som er med i planlegginga, gjennomføringa og oppfølginga av eiga helsehjelp, er betre i stand til å mobilisere eigne ressursar og opplever høgare kvalitet på sitt eige tilbod.

Informasjon om eigen helsetilstand, innhaldet i helsehjelpa, fleire val og rettar ein har som pasient, er heilt avgjerande for at brukaren skal få høve til reell medverknad. Retten til fritt sjukehusval og retten til medverknad i eiga behandling er eit grunnleggjande og lovbestemt prinsipp som gjeld for alle pasientgrupper. Ein må gi nok informasjon, og informasjonen skal vere tilpassa brukaren med tanke på alder, modenskap, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Brukaren har rett til å få vite om dei ulike vala og til å få hjelp som er tilpassa situasjonen, preferansane og målet hans eller hennar. Den behandlingsansvarlege skal aktivt spørje om og

hente inn synspunkt og forbetningsforslag frå pasienten om tenestene. Det kan samanfattast i dette uttrykket:

- Ingenting om meg – utan meg (*Nothing about me – without me*)

Brukarmedverknad på systemnivå er eit verkemiddel og ein arbeidsmetode for å utvikle kvaliteten på tenestene. Med medverknad på systemnivå meiner ein medverknad som er knytt til utvikling av tenestene, gjennomføring og evaluering på alle nivå.

### **3.3 SAMHANDLING – EI SAMANHENGANDE TENESTE**

Utfordringane må møtast med ei samanhengande teneste både på tvers av nivå, mot tilgrensande tenester og internt i spesialisthelsetenesta, jf. samhandlingsreforma.

Kommunehelsetenesta er fundamentet i tenestetilbodet til personar med psykiske lidingar. Det psykiske helsearbeidet i kommunane blir utført mellom anna av fastlegen, helsestasjons- og skulehelsetenesta og mykje anna personell som jobbar med psykisk helsearbeid. Personar med psykiske lidingar som har behov for medisinsk utgreiing og behandling, kjem som regel først til fastlegen, og dei fleste pasientar med lettare og moderate psykiske lidingar blir behandla og følgde opp av fastlegen.

Mange vil likevel òg ha behov for spesialiserte tenester, anten i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar eller institusjonar, distriktpsykiatriske senter eller sjukehus eller hos avtalespesialistar.

Det stiller krav til gode pasientforløp med gjensidig utfyllande tenester i eit samanhengande behandlingsnettverk. Styrkt samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta og mellom rus og det psykiske helsefeltet er særleg viktig for å skape ei betre og meir samanhengande teneste.

God samhandling er kjenneteikna av gjensidig informasjons- og kompetanseutveksling. Det er viktig at dei ulike instansane alltid veit kva som er deira oppgåver og ansvarsområde, og at ein har gjensidig respekt for kvarandres kompetanse og oppgåver. Samhandling og samarbeid mellom involverte instansar er avgjerande for å få eit kvalitativt godt og samanhengande tenestetilbod der pasienten heile tida er i fokus.

Helsehjelp blir tilbydd på ulike nivå og ved ulike behandlingseiningar innanfor det same behandlingsnivået. Gode pasientforløp handlar om at helsetenesta må ha evne til å gi rett behandling på rett nivå til rett tidspunkt, og utan unødige omvegar. Gode pasientforløp stiller særlege krav til god leiing og evne til samhandling på tvers av nivå og tenester både i spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og andre tenester.

Tenesta må bli betre på å tenkje forløp og planleggje forløp der tenestene blir ytte i tråd med prinsippet om lågaste effektive omsorgsnivå. Spesialisthelsetenesta må vere ein reell støttespelar for dei kommunale tenestene.

### **3.4 TILGANG OG TIDLEG INTERVENSJON**

Ei psykisk lidning oppstår vanlegvis ikkje akutt, men utviklar seg over tid. Det er råd å gripe inn i eit slikt utviklingsforløp og hindre at lidninga blir verre. Det vil ofte òg gi ein betre prognose.

Tidleg hjelp eller intervensjon vil såleis redusere belastninga lidninga fører med seg for den enkelte, og vil for pasienten ofte vere ei mykje betre teneste enn innlegging i akuttmottak, eventuelt med tvang.

Tidleg hjelp må òg sjåast i eit livsløpsperspektiv. Det er ein samanheng mellom psykiske vanskar hos barn og unge og evna deira til å meistre vaksenlivet. Rett hjelp til barn og unge vil vere viktig med omsyn til livskvaliteten deira som barn og unge, men òg som førebygging av psykiske lidningar og rusmiddelmissbruk seinare i livet.

For å redusere ulikskapar i helse er det viktig å gi alle barn ein god start i livet. Både nasjonale og internasjonale undersøkingar viser at det er ein samanheng mellom oppvekstvilkår og seinare ulikskap i helse. Tidleg helsehjelp er viktig, mellom anna ved tidleg tilrettelegging gjennom gode barnehagar og samarbeid mellom helsetenesta, foreldre og barn, barnehage og skule.

Tidleg hjelp betyr god tilgang til spesialisthelsetenester med

- rask avklaring av hjelpebehov
- rett prioritering i tråd med prioriteringsrettleiarene
- rask oppstart av behandling – ingen ventelister, berre timelister
- kompetent personell som møter pasienten

Det krev god leiing og organisering. Det krev kompetanseutvikling i forhold til prioriteringsrettleiaren.

Det krev satsing på eit kunnskapsbasert tenestetilbod med bruk av forskningsbaserte systematiserte behandlingsprogram.

Det krev òg at spesialisthelsetenesta bidreg i det sekundærførebyggjande arbeidet.

Det betyr òg at tenestene må vere oppsøkjande overfor personar som sjølve ikkje søker hjelp.

### **3.5 UTVIKLING I BEHOV FOR TENESTER**

Behovet for tenester til personar med psykiske lidningar, som eventuelt òg har eit rusmisbruk, er venta å auke, dels som følgje av befolkningsendringar, men òg som følgje av andre samfunnsendringar.

Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk blir truleg dei store samfunnsutfordringane framover, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009). Verdas helseorganisasjon ventar at den samla belastninga med invaliditet og tidleg død som følgje av depresjon kjem til å auke, og at psykiske lidningar i 2020 vil vere den viktigaste bidragsytaren til den samla sjukdomsbelastninga i vestlege land.

Psykiske lidningar fører til nedsett arbeidsevne og høgt sjukefråvær. Ifølgje Folkehelseinstituttet (FHI)<sup>1</sup> fører psykiske lidningar til fleire tapte arbeidsår enn alle andre sjukdommar. Uførepensjon blir gitt ved yngre alder for psykiske lidningar enn for somatiske sjukdommar. Det kan ha samband med at dei fleste psykiske lidningar, med unntak av demens, debuterer i forholdsvis ung alder og samla sett langt tidlegare enn dei vanlegaste og mest alvorlege somatiske lidningane i befolkninga.

Undersøkingar tyder på at om lag ein sjettedel av den vaksne befolkninga til kvar tid har ei psykisk lidning og/eller eit rusproblem. Psykiske lidningar kostar det norske samfunnet rundt 40 milliardar kroner per år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosiale utgifter.

I opptrappingsplanen for psykisk helse blei det lagt til grunn at om lag 5 prosent av barne- og ungdomsgruppa har behov for spesialisthelsetenester.

I ein rapport frå Folkehelseinstituttet kjem det fram at ca. 8 prosent av barn mellom 3 og 18 år på eit kvart gitt tidspunkt vil ha ei psykisk lidning, men ikkje alle vil ha behov for spesialisthelseteneste (sjå note 1).

Samtidig reknar ein med at mange vaksne med alvorlege lidningar og omfattande hjelpebehov i dag ikkje får tilfredsstillande tenester, jf. Helsedirektoratets rapport IS-1554/2008.

I den ovannevnte rapporten frå Folkehelseinstituttet blir det vist til at sjølv om det finst god behandling for psykiske lidningar, er det ei utfordring å gjere behandlinga tilgjengeleg for folk. Det er mellom anna mange med psykiske lidningar som ikkje søker hjelp, og det er ei underdiagnostisering av mange psykiske lidningar. Fråfall ved behandling er òg vanleg både ved at føreskrivne medikament ikkje blir brukte, og at pasientar ikkje møter.

Eit fleirkulturelt Noreg utfordrar m.a. likskapstankegangen, også i møtet med helsevesenet. Pasientgruppa er samansatt og har ulike behov. Gruppa er ikkje spesielt behandla i denne planen. Det må likevel understrekast at dei helsetenestene som blir tilbode skal vere likeverdige, og ta omsyn til den einskildes behov.

Folketalet kjem til å auke dei neste tiåra, og den eldre befolkninga vil auke mest, jf. Statistisk sentralbyrå. I Helse Vest er det venta ein samla befolkningsauke på 11,6 prosent fram mot 2020, men med stor variasjon mellom føretaksområda – frå 16,4 prosent i Helse Stavanger til 0,1 prosent i Helse Førde (tabell 1). Helse 2020 sin prognose for folketalsutviklinga i Helse Vest viser ei stor endring i befolkningsstrukturen fram mot 2020, der det er venta langt fleire personar over 70 år.

Befolkningsveksten stiller oss overfor store utfordringar. Den demografiske utviklinga viser mellom anna at psykiske lidningar som opptrer hyppig hos eldre, vil auke, og at veksten vil fordele seg ulikt i regionen.

---

<sup>1</sup> Jf. Folkehelseinstituttets rapport 2009:8 ”Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv”.

## 4. TENESTER TIL BARN OG UNGE

### 4.1 MÅL OG OPPGÅVER

Barn og unge som har behov for det, må møtast med tidleg hjelp tilpassa situasjonen deira. Dei kommunale tenestene vil som regel vere dei instansane som først identifiserer psykiske helseproblem hos barn og unge, og som gir primær hjelp. Dei kommunale tenestene representerer òg ofte ”det lågaste effektive omsorgsnivået”.

Mange barn og unge har likevel behov for utgreiing, behandling og oppfølging utover det som dei kommunale tenestene kan tilby. Det overordna målet har vore

- å kunne tilby ca. 5 prosent av barne- og ungdomsgruppa spesialisthelsetenester av god kvalitet, i nært samarbeid med familien / dei pårørande, kommunale tenester og andre

Tenestetilbodet blir først og fremst gitt i poliklinikkar, som dagtilbod, som oppsøkjande/ambulant verksemd i samarbeid med andre tenester og til ein viss grad i døgneiningar. Tilbodet i poliklinikkane kan vere organisert i team for dei ulike aldersgruppene, til dømes sped- og småbarnsteam og team for dei over 5 år.

I september 2008 kom det ein rettleiar for poliklinikkar i psykisk helsevern for barn og unge. Denne rettleiaren må ein sjå i samanheng med ”Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405)”.

1. september 2008 blei det innført ein eigen ventetidsgaranti for barn og unge opptil 23 år med psykiske lidingar og/eller rusproblem:

- Fristen for vurdering av retten til helsehjelp skal vere maksimalt 10 arbeidsdagar, og fristen for start av helsehjelp skal vere maksimalt 65 arbeidsdagar.

Det skal òg leggjast til rette for

- at unge innanfor psykisk helsevern for barn og unge kan få behalde behandlaren sin etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år, dersom dei ønskjer det

### 4.2 STATUS FOR UTVIKLINGA

#### 4.2.1 Dekningsgrad, personell og produktivitet

##### *Dekningsgrad*

Styrking av tilbodet til barn og unge både i form av auka dekningsgrad og betre kvalitet på tenestene har hatt hovudprioritet i den regionale opptrappingsplanen som blei vedteken i 2004.

Helseregion Vest hadde ved starten av opptrappingsplanen den lågaste dekningsgraden blant regionane. Det har vore ei god utvikling fram til 2009 med relativt sterk vekst. Auken i dekningsgrad har likevel vore låg dei siste åra, og Helseregion Vest har framleis den lågaste dekningsgraden.

I aktivitetsdata frå NPR for 2010 går det fram at dekningsgraden i Helseregion Vest var på 4,1 prosent. For heile landet var dekningsgraden 4,8 prosent. Tal frå Samdata for 2009 viser at Helse Stavanger hadde lågast dekningsgrad på 3,2 prosent, mens Helse Førde hadde den høgaste med 5,1 prosent. (tabell 2).

Det er blitt problematisert om eit felles mål for dekningsgrad i heile landet er formålstenleg og rett. Dekningsgraden i Helse Vest har generelt vore låg.

### **Personell**

Det blei i den tidlegare planen sett ei norm på 1,4 fagårsverk i poliklinikkane per 1000 innbyggjarar på 0–17 år. Dei planlagde årsverka var berekna til 1,5 fagårsverk per 1000 innbyggjarar på 0–17 år. Helse Vest hadde ei dekning på 1,4 fagårsverk i 2009,<sup>2</sup> noko som viser at måltala for den planlagde samla auken nesten er nådde. Fagårsverk oppgir polikliniske/ambulante årsverk utførte av universitets- eller høgskuleutdanna personell.

Tal frå Samdata indikerer samtidig at Helse Vest i 2009 har den lågaste dekninga av både legar (psykiatrar og andre legar samla) og psykologar og den lågaste totale personellinnsatsen i landet, målt ved årsverk per 10 000 innbyggjarar på 0–17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge (tabell 4). Tala er noko usikre på grunn av mangelfulle registerdata, men dekninga var låg også for 2008. Tal for 2008 viser at Helse Vest hadde den lågaste totale personellinnsatsen i poliklinikkane på landsbasis. Det ligg ikkje føre tilsvarende tal for 2009 (tabell 3). SINTEF-rapporten for 2009 viser òg at den prosentvise delen av årsverk som går til psykisk helsevern for barn og unge, er lågast i Helse Vest.<sup>3</sup>

På landsbasis har talet på spesialistar innanfor psykiatri auka med 5,5 prosent kvart år i perioden 1998–2005. Tilsvarende tal for psykologar viser ein årleg vekst på 4,5 prosent. Den største satsinga gjennom opptrappingsperioden har vore den tverrfaglege vidareutdanninga i psykisk helsearbeid. Svært mange har òg gjennomført etterutdanning.

Trass i fleire fagutdanna og spesialistar på landsbasis har alle føretaka i Helse Vest store utfordringar med å rekruttere fagfolk, spesielt barne- og ungdomspsykiatrar. Fleire barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP-ar) har òg store utskiftingar blant dei tilsette, noko som får konsekvensar for kontinuiteten og produktiviteten.

Til samanlikning hadde òg kommunane i Helseregion Vest det lågaste talet på årsverk per 10 000 innbyggjarar i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i forhold til landet elles i 2009.<sup>4</sup>

### **Produktivitet**

Tiltak per årsverk og talet på pasientar per behandlar har vore nytta som indikatorar for produktivitet. Det blei i den tidlegare planen sett følgjande måltal:

- 40 pasientar per behandlar per år
- 450 tiltak (direkte og indirekte) per behandlar per år

---

<sup>2</sup> Det var 346 fagårsverk i Helse Vest psykisk helsevern barn og unge i 2009, jf. Samdata Spesialisthelsetjenesten.

<sup>3</sup> Sjå tabell 14 og 15 i SINTEF-rapporten "Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern 2007–2009".

<sup>4</sup> Sjå tabell 5 i SINTEF-rapporten, jf. fotnote 3.

Aldersgruppa 0–7 år skulle prioriterast. Målet var at småbarnsgruppa skulle utgjere 20 prosent av dei behandla pasientane.

Måltala er ikkje nådde, og Helse Vest har færre tiltak per fagårsverk enn gjennomsnittet for landet (tabell 5).

Når det gjeld pasientar per fagårsverk, kan det verke som om måлтаlet er sett litt høgt i forhold til landssnittet. Helse Vest ligg likevel lågare enn gjennomsnittet for landet også her, sjølv om det har vore ein auke i 2009.

I forhold til målet om at småbarnsgruppa skulle utgjere 20 prosent av dei behandla pasientane, er det eit stykke igjen i Helse Vest. Tal frå NPR<sup>5</sup> viser at aldersgruppa 0–6 år utgjorde om lag 7 prosent av dei behandla pasientane innanfor barne- og ungdomspsykiatri i 2010. Det samsvarer med landsgjennomsnittet.

#### **4.2.2 Døgnplassar for barn og unge**

I opptrappingsplanen var det i utgangspunktet berekna eit behov for 500 døgnplassar på landsbasis. Det blei seinare nedjustert til 400 plassar. Det skulle gi Helse Vest rundt 80 plassar. I den regionale opptrappingsplanen hadde alle helseføretaka planlagt fleire døgnplassar. Helse Førde og Helse Fonna har auka etter planen, mens bygginga i Helse Stavanger og Helse Bergen framleis ikkje er gjennomført.

Ved utgangen av 2009 hadde Helse Vest den lågaste døgnplassdekninga av helseregionane i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) med 2,4 døgnplassar per 10 000 innbyggjarar i aldersgruppa 0–17 år, ifølgje tal frå Samdata. Det utgjorde 81 prosent av landsgjennomsnittet. Det faktiske talet var 61 døgnplassar (tabell 6).

Ved utgangen av 2009 var det til dels store forskjellar mellom helseføretaka i Helse Vest. Helse Fonna og Helse Førde hadde flest og Helse Bergen færrest døgnplassar i forhold til innbyggjartalet. Det samsvarer med auken som er gjennomført i forhold til den regionale opptrappingsplanen.

Med dei nye plassane som er planlagde i samband med nybygg i Bergen og Stavanger, vil Helse Vest nærme seg målet i opptrappingsplanen. Helse Førde planlegg å redusere talet på plassar, noko som fører til at dei vil ha færre plassar per 10 000 innbyggjarar enn dei andre føretaka (tabell 7).

#### **4.2.3 Ventetider og fristbrot**

Helse Vest har samla hatt færre fristbrot i 2009 og 2010 fordi det har vore færre fristbrot i tre av helseføretaka.

Den gjennomsnittlege ventetida for pasientar både med og utan prioritet har gått ned dei siste par åra. Det skjer likevel fristbrot. Ved utgangen av 1. tertial 2011 var det 11 prosent fristbrot, ein nedgang frå 1. tertial 2010, der det var 19 prosent fristbrot.

---

<sup>5</sup> Tal henta frå NPR-rapport IS-1912 ”Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 201009”, tabell 1:4.

Ventetidsgarantien for barn og unge på 0–23 år innanfor psykisk helsevern og rus er heller ikkje innfridd. Per 3. tertial 2010 blei 93 prosent av tilvisingane vurderte innan 10 dagar i Helse Vest for denne pasientgruppa (vurderingsgarantien), mens 84 prosent hadde ei ventetid som var kortare enn 65 arbeidsdagar (behandlingsgarantien). Det er ei betring samanlikna med tala for 3. tertial 2009.<sup>6</sup>

#### 4.2.4 Kvalitet og prioritering

I opptrappingsplanen har det vore stort fokus på meir kvantitative mål for utvikling av tenestetilbodet. Samla sett er desse måla i stor grad nådde. Om kvaliteten på tilbodet er tilfredsstillande, er det mindre dokumentasjon på.

Helsedirektoratet har utarbeidd nasjonale kvalitetsindikatorar for målbare forhold spesifikt for psykisk helsevern for barn og unge. På lengre sikt er det eit mål å ha fleire indikatorar som òg viser resultat av ulike tiltak og behandlingar. Nedanfor følgjer ei oversikt over kva som er i bruk, og kva som blei målt i 2010:

- Prosentdel innanfor pasientgruppa som har fått utarbeidd individuell plan
- Prosentdel pasientar som har fått diagnose i diagnosesystemet som blir brukt i barne- og ungdomspsykiatrien (multiaksialt diagnosesystem)
- Prosentdel epikriser (legeopplysningar) som er sende ut innan éi veke
- Ventetid i dagar til første konsultasjon (bortsett frå nødhjelp)
- Varigheit (veker) frå dei første symptomata til adekvat behandling blir sett i verk

Helsedirektoratet har òg ansvar for å utarbeide eit rammeverk for eit revidert nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Så langt er det ikkje utvikla noko nasjonalt kvalitetsregister innanfor psykisk helsevern.

Det blei i 2005 utarbeidd ein regional rettleiar for prioritering basert på prioriteringsforskrifta. Den blei i 2009 avløyst av ein nasjonal prioriteringsrettleiar for psykisk helsevern for barn og unge. Rettleiaren skal vere ei avgjerdsstøtte for dei som vurderer tilvisingar til spesialisthelsetenesta. Rettleiaren gir råd om tildeling av rettsstatus og om maksimumsfrist for dei pasientane som får ”rett til nødvendig helsehjelp”.

Det er framleis stor forskjell mellom føretak og poliklinikkar i prosentdel av tilviste pasientar som får rett til nødvendig helsehjelp. Noko ulikskap kan tilskrivast ulikt pasientgrunnlag.

Det er likevel òg indikasjon på at pasientar som ikkje burde få rett til nødvendig helsehjelp, får det, og motsett. Det kan dels komme av at vurderingsgrunnlaget i tilvisingane mange gonger er svært dårleg.

Problemstillingar knytte til ulik praksis for registrering, inntak, prioritering og vurdering av rett til prioritet / nødvendig helsehjelp har lenge vore ei utfordring innanfor psykisk helsevern for barn og unge.

---

<sup>6</sup> Ventetider og pasientrettar 2010, Norsk pasientregister.



## 4.3 UTFORDRING

### 4.3.1 Kapasitet og tilgang

Det har samla sett vore ein sterk vekst i personell i barne- og ungdomspsykiatrien når det gjeld talet på barn og unge som får hjelp, og talet på personell. Målet om 5 prosent dekningsgrad er likevel ikkje nådd, og det er dels stor ulikskap mellom helseføretaka. Utviklinga i ventetid er positiv, men ikkje god nok til å sikre at ventetidsgarantien blir halden, og at ein unngår fristbrot. Dekningsgraden og dermed kapasiteten på tenestetilbodet er framleis ikkje tilfredsstillande for regionen sett under eitt.

Det er viktig at barn og unge som har eller er i ferd med å utvikle psykiske lidningar, tidleg blir sett og møtte med eigna hjelpetiltak. Det er vesentleg for å unngå unødige lidningar hos barn og unge, men òg fordi utviklinga i barne- og ungdomsalderen er grunnleggjande for evna til å meistre eige liv i vaksen alder. Barn er heilt avhengige av dei nærmaste og utviklar seg i samspel med andre på mange arenaer. Hjelpetiltak overfor barn vil slik sett kunne spenne over eit vidt felt frå direkte og indirekte familiestøttande tiltak, tiltak i barnehage og skule til individuelle behandlingssopplegg.

Oppgåvene til spesialisthelsetenesta vil omfatte både direkte og indirekte tiltak overfor barn og familie og råd og rettleiing overfor kommunale tenesteytarar, barne- og familievernet osv.

Ambulant verksemd kan både forhindre og forkorte opphald i institusjon. Eit hovudmål med ambulant behandling er å få betre tilgang, auke fleksibiliteten i tilboda og sikre rett tilbod på rett nivå til rett tid, jf. rettleiaren for poliklinikkar i psykisk helsevern for barn og unge.

Dekningsgrad er ikkje aleine eit godt nok mål på tenestene. Det er grunn til å nyansera målet om 5 % dekningsgrad av to grunnar. Behovet for tenester vil variera mellom ulike befolkningsområde. Til dømes har Helseregion Vest generelt eit lågare forbruk av tenester. Det kan også stillast spørsmål ved om 5 % dekning i spesialisthelsetenesta avspeglar ei god arbeidsdeling med kommunane ikkje minst med innføring av samhandlingsreforma.

Når det gjeld kapasitet og tilgang bør fokus først og fremst vere på lett tilgjenge, ventetid og fristbrot.

Helseføretaka må

- sikre at ventetidene både til vurdering og behandling er i samsvar med ventetidsgarantien for barn og unge, altså innan 10 arbeidsdagar for vurdering og 65 arbeidsdagar for behandling og helst kortare
- auke ambulante tenester

Tilbodet til barn og unge må først og fremst bli gitt som polikliniske tenester med dagtilbod, ambulante tenester og rettleiing og samarbeid med andre samarbeidspartnarar.

Behovet for døgnplassar må vurderast ut frå det samla tenestetilbodet. Det er planlagt fleire døgnplassar i Helse Bergen og i Helse Stavanger. Helse Førde reduserer plassane frå 9 til 4–5. Helse Fonna har, etter gjennomgang av BUP-feltet i 2010, konkludert med at dei beheld dei plassane dei har i dag.

Det må vere fokus både på rekruttering og personalpolitikk for å få nok fagpersonell og stabilitet for behandlarårsverk. Nok kvalifisert personell er òg avgjerande for å utvikle og bevare kvaliteten på tenestene, jf. punkt 4.3.3. Dette er både eit regionalt og eit lokalt ansvar.

Når det gjeld geografisk nærleik til tenestetilbodet, blir tenestetilbodet i rimeleg grad oppfatta å vere desentralisert med poliklinikkar i ulike delar av føretaksområda. Det vil her vere ein balanse mellom nærleik og høve til å rekruttere og halde oppe stabile og robuste fagmiljø og tenester.

Produktivitetsmål:

- 35 pasientar per behandlar per år
- 450 tiltak (direkte og indirekte) per behandlar per år

Det kan stillast spørsmål ved om produktivitetmåla som er nytta, er formålstenlege, anten det gjeld tiltak per fagårsverk, pasientar per fagårsverk eller tiltak per pasient. Det bør vurderast andre og betre indikatorar. Samtidig er det ikkje nokon grunn til at Helse Vest her skal liggje lågare enn dei andre helseregionane. Det må såleis framleis vere fokus på dette.

#### 4.3.2 Prioritering

Rett prioritering er framleis ei utfordring.

Det er gitt klare rammer for prioritering av pasientar i spesialisthelsetenesta, jf. pasientrettslova og eiga forskrift om prioritering. Ein ny nasjonal rettleiar for prioritering innanfor barne- og ungdomspsykiatrien ligg føre og må implementerast fullt ut.

Ein høg prosentdel av pasientane i barne- og ungdomspsykiatrien blir gitt rett til nødvendig helsehjelp samtidig som det er ein del ulikskap mellom einingane i prosentdelen pasientar som får rett til nødvendig helsehjelp. Det aktualiserer to problemstillingar. Dersom dei aller fleste får rett til nødvendig helsehjelp, kan det bety at det ikkje blir gjort ei prioritering der dei med dei alvorlegaste lidningane får hjelp først. Dersom det er ulike prosentdelar mellom einingane, kan det indikere at tenestetilbodet ikkje er likeverdige. Det kan òg komme av ulike behov og ulike tilbod i kommunane.

Helseføretaka må

- implementere prioriteringsrettleiaren og sørgje for å gi nødvendig opplæring og ha eit system for oppfølging for å sikre rett prioritering

Det er venta at god implementering av prioriteringsrettleiaren vil gi større likskap i prosentdel som får rett til nødvendig helsehjelp, sjølv om ulike forhold utanfor spesialisthelsetenesta kan innverke på pasientgrunnlaget, for eksempel godt utbygde kommunale tenester.

Den nye rettleiaren tilseier at prosentdelen med rett til nødvendig helsehjelp vil liggje høgt på dette området. Det må likevel understrekast at prioriteringsrettleiaren er ein rettleiar, og at den enkelte spesialist har like stort ansvar for å utøve godt fagleg skjønn i kvar enkelt sak.

Vurdering i spesialisthelsetenesta er primært basert på tilvising frå fastlege. Rett prioritering krev god diagnostikk og utgreiing, som igjen krev at tilvisingane inneheld nødvendig informasjon og ei god forståing av oppgåvefordelinga mellom nivåa.

Kvaliteten på tilvisingane verkar framleis å vere gjennomgåande dårleg. Det gir eit dårleg utgangspunkt for å gjere ei god vurdering, samtidig som tidsfristen på ti arbeidsdagar gir lite rom for å skaffe supplerande informasjon, eventuelt kalle inn barn og familie og tilvise til vurderingssamtale.

Bruk og utvikling av praksiskonsulentordninga innanfor psykisk helsevern er i denne samanhengen viktig.

Det blir tilråde

- å ta initiativ overfor rett instans/myndigheit for å sikre at tilvisinga til spesialisthelsetenesta har nødvendig kvalitet (jf. prosjekt i Helse Stavanger knytt til ADHD)
- å nytte praksiskonsulentordninga for å sikre god innbyrdes forståing for kva undersøkingar som bør vere gjorde før tilvisinga, og kva informasjon tilvisinga bør innehalde
- å prøve ut ulike samarbeidsløysingar med kommunehelsetenesta/fastlegen

### **4.3.3 Kvalitet på tenestene**

Kvaliteten på diagnostikk og behandling av barn og unge med psykiske lidingar blir sikra gjennom god kompetanse hos personalet, bruk av faglege retningslinjer / beste kunnskap, godt samarbeid med andre tenesteytarar og god organisering av tenestene.

Det ligg føre ulike diagnostiske hjelpemiddel og faglege retningslinjer og behandlingsprogram på området.

Vi veit likevel lite om kvaliteten på tenestene som blir gitt, og ein kan stille spørsmål ved i kor stor grad diagnostikk og behandling er kunnskapsbasert og standardisert.

Det er behov for å utvikle fleire faglege rettleiarar og faglege standardar for diagnostikk og behandling.

Det er behov for å vidareutvikle meningsfulle kvalitetsindikatorar og hente inn rutinedata til kvalitetssikring av klinisk praksis.

Det er ikkje utvikla noko kvalitetsregister på dette fagfeltet foreløpig, men det er teke initiativ til det.

Det er òg i liten grad gjennomført og utvikla reiskapar for faglege revisjonar og benchmarking med andre der egne prestasjonar / eigen praksis blir målt(e) mot visse standardar eller andre verksemder som grunnlag for læring og forbetring.

Det kan òg reisast spørsmål ved om pasientane får ein klar behandlingsplan som oppgir innhald og rammer for behandlingsopplegget.

Individuell plan er ein god reiskap og må nyttast fullt ut der pasienten ønskjer det og har eit klart behov for ein samordna plan.

Behandlingsresultat og kunnskapsbasert metodeutvikling må vektleggjast.

Helseføretaka må

- utvikle og implementere faglege retningslinjer og standardar
- bidra i utviklinga av kvalitetsindikatorar
- innarbeide behandlingsplan som standardverktøy
- levere data til kvalitetsregister når det er på plass
- nytte benchmarking som metode for kvalitetsforbetring
- utvikle faglege revisjonar som metodikk mellom føretak og einingar

#### **4.3.4 Leiing og organisering**

Det psykiske helsevernet for barn og unge har lang erfaring med teamarbeid og fagleg sjølvstendige medarbeidarar. Ein kan likevel stille spørsmål ved om det har vore lagt nok vekt på og vore fokusert nok på leiing og organisering i tenesta.

Det er grunn til å fokusere sterkare på overordna leiingsansvar, intern organisering av ressursar og tidsbruk, prioritering og fordeling av oppgåver og system for oppfølging av ressursbruk. Internkontroll er eit viktig verktøy for å sikre at aktiviteten i verksemda blir planlagd, organisert, utført og vidareført i samsvar med fastsette krav. Kulturbygging og leiarskap er avgjerande for endring og kvalitetsutvikling.

Ein må vidare vere oppteken av betre datakvalitet. Registreringsrettleiaren må gjerast kjend blant alle som registrerer data.

Tilbodet til barn og unge i spesialisthelsetenesta inngår ofte i ei tiltakskjede og involverer fleire aktørar både i spesialisthelsetenesta og kommunane. Fokus på forløp og samhandling og samordning må vere framtrekande i diagnostikk og behandling/behandlingsplanar og oppfølging. Samarbeid med kommunane om førebygging må òg prioriterast jamfør m.a. føringane i samhandlingsreforma.

Ein må leggje vekt på

- organisering i vid forstand, der leiarskap og kulturbygging er sentralt
- planlegging av pasientforløp, der tenestene er til stades på rett tid og nivå
- internkontroll, risikostyring og utvikling av lærande organisasjon
- gode samarbeidsrutinar og samarbeidsavtalar med kommunane
- tydelegare oppgåvefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta
- god datakvalitet

Rettleiaren for poliklinikkar i psykisk helsevern for barn og unge vil vere eit nyttig hjelpemiddel i utviklinga av poliklinikkane og må nyttast aktivt.

Det bør leggjast til rette for jamlege møtepunkt mellom helseføretaka i regionen for å drøfte felles utfordringar.

## **4.4 SÆRLEGE OMRÅDE**

### **4.4.1 Barn av psykisk sjuke og/eller rusmiddelavhengige**

Tal frå SINTEF Helse (2006) viser at 15 000 barn og unge lever i ein familiesituasjon med foreldre som er psykisk sjuke, og at 200 000 barn og unge har foreldre som rusar seg slik at barna reagerer på det. Barn av psykisk sjuke og/eller rusmiddelavhengige foreldre har høgare risiko for sjølve å få ei psykisk lidning eller utvikle eit rusmiddelproblem dersom dei ikkje blir sett og får tilbod om hjelp.

I juni 2009 blei det vedteke endringar i helsepersonellova<sup>7</sup> med iverksetjing frå 1. januar 2010, som mellom anna går ut på at helsepersonell skal bidra til å vareta barns behov når foreldra ikkje har evne eller høve til å gi barnet nødvendig hjelp og omsorg fordi dei er psykisk sjuke, er rusmiddelavhengige eller har ein alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

Formålet med denne lovendringa er at barna til desse pasientane skal bli oppdaga og tekne vare på på ein betre og meir systematisk måte enn i dag. Barna og foreldra skal få informasjon og rettleiing, og dei skal bli tekne med på råd. Det blir òg foreslått at spesialisthelsetenesta i nødvendig utstrekning skal ha helsepersonell med særskilt ansvar for å følge opp barn.

Varetakinga av barn som pårørande var òg eit krav i oppdragsdokument for 2008, 2009 og 2010, og helseføretaka er godt i gang med mellom anna opprettinga av eigne barneansvarlege på ulike einingar. Sjukehus og DPS skal identifisere barn av psykisk sjuke, kartleggje omsorgssituasjonen og behova og sjå til at det er sett i gang nødvendige tiltak, eller initiere at det blir sett i gang tiltak, mellom anna oppfylle behovet barna har for informasjon.

Helseføretaka må sørge for

- at alle helseføretaka opprettar barneansvarlege på alle aktuelle einingar, og at dei barneansvarlege blir ein del av eit nettverk / ei ressursgruppe i helseføretaket, og at dei blir tilbode rettleiing og oppfølging
- at alle helseføretaka har rutinar for å sikre hjelp og betre oppfølging til barn av psykisk sjuke og/eller rusmiddelavhengige foreldre

### **4.4.2 Overgang barn–vaksen**

Overgangen frå barn til vaksen er ofte ei utfordring for dei som tek imot tenester frå spesialisthelsetenesta eller kommunehelsetenesta. Hjelpet behovet strekkjer seg gjerne over fleire livsfasar, frå barn og ungdom og til vaksen. I kommunehelsetenesta fell ofte barnevernet og PPT bort etter fylte 18 år, overgangen frå grunnskule til vidaregåande skule er stor, og i spesialisthelsetenesta blir ein flytta frå psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for vaksne. Tenestene er ofte forskjellige organiserte, det blir stilt andre krav, og forventingane er større i det psykiske helsevernet for vaksne. Mange barn opplever denne

---

<sup>7</sup> Ot.prp. 84 (2008–2009).

overgangen som svært vanskeleg, og sjukdommen kan i nokre tilfelle forverre seg i ein overgangsperiode.

Det er viktig å leggje til rette for at unge som nærmar seg 18 år, og som framleis har behov for tenester, får ei god og planlagd overføring til det psykiske helsevernet for vaksne.

Det må òg leggjast til rette for at unge kan få behalde behandlaren sin fram til dei har fylt 23 år, dersom dei ønskjer det, jf. styringsdokumentet til helseføretaka for 2009.

Aldersgrenser må ikkje vere til hinder for samhandling mellom etatar og nivå. Det psykiske helsevernet for vaksne bør ha eit bevisst og planlagt forhold til samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge. Gode rutinar for samhandling er heilt sentralt for å ta vare på ungdom med behov for vidare oppfølging etter at behandlinga i BUP er avslutta.

Helseføretaka må

- leggje til rette for at unge får ein god overgang til psykisk helsevern for vaksne – også når barn flyttar
- leggje til rette for at ein kan behalde behandlaren sin fram til 23 år, dersom ein ønskjer det
- finne gode samarbeidsrutinar med andre etatar/nivå for å vareta ungdom med behov for vidare oppfølging etter BUP

## **5. PSYKISK HELSEVERN FOR VAKSNE**

Tenestene til vaksne omfattar

- distriktpspsykiatriske senter / DPS
- psykiatriske sjukehus/sjukehusavdelingar
- avtalespesialistar (yter òg til ein viss grad tenester til barn og unge)

Tilboda i DPS og sjukehus heng nært saman og blir i det følgjande omtalte dels kvar for seg og dels saman.

### **5.1 UTVIKLING AV DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTER**

#### **5.1.1 Mål og oppgåver for DPS-a**

Det skal leggjast til rette for ei desentralisert spesialisthelseteneste gjennom etableringa av dei distriktpspsykiatriske sentra. Formålet med desentraliseringa er å yte tenesta nær der brukarane bur, og i nært samarbeid med det kommunale tenesteapparatet, og gjennom det leggje til rette for tidleg hjelp.

DPS-a er berebjelken i det desentraliserte tilbudet innanfor psykisk helsevern. Dei skal vere vegen inn og ut av spesialisthelsetenesta for dei fleste pasientane, og dei skal tilby både døgntenester, dagtenester, polikliniske tenester og ambulante tenester. DPS-a skal vere fagleg sjølvstendige einingar med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet innanfor eit gitt geografisk område.

Oppgåvene til DPS-a er nærmare beskrivne i DPS-rettleiaren ”Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen”, IS-1388, som kom ut i 2006.

DPS-a har ansvar for

- akutt- og krisetenester
- spesialisert utgreiing og behandling
- tett samarbeid med kommunane og anna spesialisthelseteneste
- å hjelpe kommunane med råd og rettleiing
- å vareta kontinuiteten innanfor spesialisthelsetenesta

I siste delen av opptrappingsplanperioden er det i aukande grad lagt vekt på ambulante tenester og akutt- og kriseberedskap i DPS-a, og det er òg utarbeidd ein eigen rettleiar for ambulante akutttenester ved DPS-a, ”Du er kommet til rett sted ...”, IS-1358.

### 5.1.2 Status for utviklinga

#### *Gjennomgåande DPS-struktur*

I Helseregion Vest er det etablert DPS i alle føretaksområda:

Helse Førde	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Stavanger
Nordfjord psykiatrisenter	Bjørgvin DPS	Stord DPS	Ryfylke DPS
Indre Sogn psykiatrisenter	Kronstad DPS	Folgefonn DPS	Stavanger DPS
Sunnfjord – Ytre Sogn DPS	Øyane DPS	Haugaland DPS	Sola DPS
	Solli DPS (privat)	Karmøy DPS	Sandnes DPS
	Hospitalet Betanien (privat)		Jæren DPS (privat)
	Voss DPS (døgnavd. Bjørkeli er privat)		Dalane DPS

Det vil seie at DPS-strukturen i hovudsak er på plass. Alle DPS-a har definerte dekningsområde, slik at alle kommunane/bydelane i regionen er dekte inn av eit DPS.

DPS-funksjonen for Sunnfjord / Ytre Sogn er delt, med ein poliklinikk i Florø og døgn- og poliklinikktilbod lokalisert ved Psykiatrisk klinikk ved Førde sentralsjukehus.

I Helse Bergen er det etablert tre DPS: Bjørgvin DPS på Tertnes, Øyane DPS, som flyttar inn i nye lokale i juni 2011, og Kronstad DPS, som skal ta i bruk nye lokale i 2013. Arbeidet med å utforme dei faglege tiltaka er godt i gang.

I Helse Stavanger er det planar om eit nytt bygg for Stavanger DPS.

Døgnplassane for DPS-a fordelt på helseføretaksområde og totalt for Helse Vest kjem fram i tabell 8 og 9.

### ***Kartlegging av DPS-a***

På oppdrag frå Helsedirektoratet gjennomførte Agenda og Muusmann i 2008 ei kartlegging av dei distriktpsikiatriske sentra i Noreg, jf. rapport nr. 6093/2008. Rapporten viser at organiseringa av og strukturen på DPS-a på landsbasis er kommen langt i forhold til intensjonane. Det manglar likevel ein del for å få til eit likeverdig tilbod, og for å få til ei god arbeidsdeling mellom dei ulike behandlingseinstituttane. Det er til dels store forskjellar mellom regionar og mellom DPS mellom anna ved forhold som vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, grad av ambulant verksemd og tilbod til ruspasientar. Rapporten peiker òg på at det er urovekkjande med mange ledige fagstillingar for psykiatrar og psykologspesialistar mellom anna i Helse Vest.

Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem (Dokument nr. 3:5/2008–2009) viste òg at det er store forskjellar mellom regionane og innanfor regionane, ifølgje data frå 2006. DPS-a er ulikt utbygde og har ulik behandlingsskapasitet. Ein gjennomgang av 2000 journalar viste stor ulikskap i vurdering av tilvisingane, og Riksrevisjonens fagkonsulent kom ved særskild vurdering av nokre få tilvisingar fram til eit heilt anna resultat enn den prioriteringsstatusen som var gitt.

Helsetilsynet gjennomførte i 2008 og 2009 landsomfattande tilsyn med DPS-a. I ein rapport frå Helsetilsynet (3/2010) blir resultatet frå tilsyna oppsummert. Med utgangspunkt i rapporten er det særleg grunn til å ha fokus på

- å handtere tilvisingar og prioritere og vurdere pasientar
- å gjennomgå praksis og setje i verk tiltak som sikrar pasientrettane
- å sikre at utgreiing, behandling og oppfølging skjer i tråd med nasjonale retningslinjer og etablert praksis
- å styrkje internkontrollen
- å betre leiinga, styringa og organiseringa av tenestene
- å forbetre tilgangen til og bruken av spesialistkompetanse

### ***Personell***

I dei kartleggingane som er gjorde, er det peikt på at det er stor variasjon i tilgangen på psykiatrar og psykologspesialistar i dei ulike DPS-a. Det er òg stor variasjon i både personellsamansetjinga og det samla talet på årsverk.<sup>8</sup>

Rettleiaren for distriktpsikiatriske senter<sup>9</sup> tilrår at DPS bør ha ei bemanning som står i samsvar med oppgåvene dei skal løyse. Ein bør arbeide for å få til ei bemanning med eit breitt spekter av kompetanse, og som står i forhold til befolkningsgrunnlaget. Faggruppene må ikkje vere for små for å bidra til rekruttering og stabilitet blant dei tilsette.

Det er ikkje utarbeidd nasjonale normtal for bemanning ved DPS.

---

<sup>8</sup> "Desentraliserte tjenester? Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre 2009". Helsedirektoratet, rapport IS-1853.

<sup>9</sup> "Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen". Veileder IS-1388, Sosial- og helsedirektoratet 09/2006.



### **Produktivitet**

I den regionale opptrappingsplanen blei det sett følgjande måltal for kapasitetsutnyttinga ved allmennpsykiatriske poliklinikkar:

- 500 konsultasjonar som gir rett til refusjon, per behandlarårsverk

Konsultasjonar som gir rett til refusjon, inkluderer ifølgje NPR både direkte og indirekte konsultasjonar som utløyser takst.

Tal frå Samdata for 2009 viser at Helse Vest har til saman 393 konsultasjonar per fagårsverk, noko som er under landsgjennomsnittet på 417 konsultasjonar per fagårsverk.<sup>10</sup> Innanfor Helse Vest varierer det frå 324 konsultasjonar per fagårsverk i Helse Førde til 463 i Helse Stavanger.

Tala viser ein nedgang frå 2008 både nasjonalt og regionalt. Ein reknar med at ein må sjå ein nedgang på bakgrunn av kraftig vekst i den ambulante verksemda, der registreringa er annleis enn i den ordinære kontorpraksisen.

### **Ambulante tenester, ACT-team og samhandlingsmodellar**

Det er eit styringskrav at det skal vere ambulante akuttenester/-team ved alle DPS-a. Det er i hovudsak oppfylt i Helse Vest. Det er framleis nødvendig å forsterke denne delen av verksemda som ein naturleg del av DPS-a sine polikliniske tilbod. Lokale forhold (geografiske og demografiske), storleiken på DPS-et og ressursar kan likevel tilseie at det er formålstenleg å vurdere andre modellar for det ambulante tilbodet i området.

Ambulerande og oppsøkjande verksemd er viktig for å møte pasientane tidleg i eit sjukdomsforløp og/eller i ein situasjon der tilstanden er i ferd med å bli verre, slik at evna pasienten har til eigenmeistring kan styrkjast.

Forskning indikerer at ambulerande og oppsøkjande verksemd reduserer behovet for døgnbehandling, fører til færre reinnleggingar over tid og gir mindre fråfall av behandling. Ambulante team har per i dag ulik samansetjing og ulik bemanning. Effekten av teama vil dermed òg vere forskjellig, og det kan vere ei utfordring med tanke på å skulle oppnå eit likeverdig tilbod uavhengig av bustad. Det er viktig å sikre at dei ambulante teama har god nok kompetanse til å løyse oppgåvene sine<sup>11</sup>.

Ei avgrensa gruppe personar med langvarige psykiske lidingar maktar ikkje sjølv å oppsøkje hjelp for sjukdommen sin, eller vil ikkje kunne innrette seg etter ordinære behandlingstilbod, og vil dermed vere sårbar for mangel på kontinuitet og samhandling i tenestene. Det er nødvendig å sikre at denne gruppa òg får tilgang til tenestene.

Det er no under utprøving eigne oppsøkjande team, Assertive Community Treatment, eller ACT-team. Helsedirektoratet har i 2009 fordelt midlar til oppstart av to slike team i Helse Vest, eitt ved Kronstad DPS i Helse Bergen og eitt ved Jæren DPS.

---

<sup>10</sup> Tabell 11.5 i Samdata, spesialisthelsetenesta 2009.

<sup>11</sup> Akuttnettverket ved Oslo Universitetssjukehus har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale tilrådingar for ambulante akutteam i Noreg. Eit utkast skal ligge føre i desember 2011.

Teama skal ha god bemanning, vere tverrfagleg samansette, byggje på samarbeid mellom kommune og DPS og gi tilbod til personar med alvorlege psykisk lidningar med tilleggproblem som rusavhengigheit. Personane vil ha behov for omfattande og langvarige tenester.

Brukarstyrte plassar/senger er ein utprøvd modell for å hindre forverring av tilstanden til alvorleg sjuke pasientar som DPS jamleg har kontakt med. Undersøkingar viser at det aukar brukarmedverknaden, får ned tvangsbruken og halverer innleggingstida. I Helse Vest er det Jæren DPS som har komme lengst i å etablere brukarstyrte senger. Det er nødvendig at alle DPS-a har denne typen tilbod. Korleis det skal utformast, er avhengig av lokale forhold. I samhandlingsreforma er det vektlagt verdien av ambulant verksemd, som m.a. ACT-team.

Det er òg sett av midlar i statsbudsjettet for 2011 til å utvikle gode samhandlingsmodellar mellom kommunar og helseføretak. Helse Fonna har fått midlar til samhandlingsteam for Ytre Sunnhordland,<sup>12</sup> mens Helse Stavanger har fått midlar til to prosjekt som har som formål å utvikle organisatoriske, forpliktande samhandlingsmodellar.

### 5.1.3 Utfordringar

DPS-a i Helseregion Vest er utvikla i tråd med nasjonale og regionale føringar. Det manglar likevel ein del før alle DPS-a kan tilby fullverdige DPS-tenester i tråd med DPS-rettleiaren. Framleis får mange pasientar tilbod på feil nivå. Pasientar som kunne fått tilbod på DPS, blir lagde inn på sjukehus, og mange pasientar i sjukehus og DPS burde hatt tilbod i kommunane, jfr. Stortingsmelding 47 og Helsedirektoratet si pasientteljing i 2010. For få spesialistar, både lege- og psykologspesialistar, er eit vanleg problem for DPS-a.

Ein må i planperioden framleis leggje stor vekt på å utvikle alle DPS-a til aktive behandlings- og rehabiliteringsinstitusjonar i nært samarbeid med kommunane. Det krev kompetanse og ressursar ved DPS-a og tilrettelegging av ein behandlingsskjede som fører til at pasientane får tilbod på rett nivå.

Totalt for Helseregion Vest tyder tala på at det i hovudsak er ei 50/50-fordeling av ressursar mellom sjukehusa og DPS-a. Samtidig tyder tala på store variasjonar mellom helseføretaksområda. Prosentdelen til DPS-a må aukast utover i planperioden, i samsvar med overordna føringar for god arbeidsdeling.<sup>13</sup> Ressursane må i større grad brukast til poliklinisk/ambulant verksemd, noko som går utover døgndrifta.

Som produktivitetsmål blir måltala frå den førre planen vidareførte:

- 500 konsultasjonar som gir rett til refusjon, per behandlarårsverk

Det kan stillast spørsmål ved om leiinga og organiseringa har vore godt nok vektlagde i tenesta. Det er grunn til å fokusere sterkare på overordna leiingsansvar, intern organisering av ressursar og tidsbruk, prioritering og fordeling av oppgåver og system for oppfølging av ressursbruk.

---

<sup>12</sup> Samarbeidsprosjekt med kommunane Bømlo, Stord, Fitjar og Tysnes. Tverrfagleg klinisk team som arbeider med den same målgruppa som ACT-team. I drift frå 01.05.2010.

<sup>13</sup> Sjå mellom anna rapport frå Nasjonal strategigruppe II, arbeidsgruppe 2: "Utvikling og oppgradering av Distriktpsikiatriske sentre – Arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sykehus".

Som i barne- og ungdomspsykiatrien er benchmarking og faglege revisjonar nyttige verktøy for å bruke beste praksis og dermed betre kvaliteten. Erfaringsutveksling gjennom erfaringskonferansar er andre tiltak.

I planperioden skal det leggjast til rette for

- at alle tilvisingar til spesialisthelsetenesta innanfor psykisk helsevern skal gå til eit DPS, med mindre det er opplagt at pasienten må ha tilbod på spesialavdeling på sjukehusnivå

Det vil seie

- at DPS-et må ha ressursar og fagleg kompetanse i samsvar med oppgåvene
- at DPS-et må ha bygg og annan infrastruktur som støttar DPS-konseptet
- at DPS-et må ha ein organisasjon og kultur som støttar oppgåvene
- at DPS-et må ha eit variert sett av verkemiddel: ambulante og polikliniske tenester, dag- og døgnplassar (korttids- og kriseplassar og plassar for lengre behandling), brukarstyrte plassar og god tilgang
- at DPS-et må ha etablert nettverk med kommunane/fastlegane og gode rutinar for tilvising og rettleiing
- at DPS-et må ha samarbeidsrutinar med sjukehus som sikrar støtte og enkel overføring av pasientar når det er fagleg rett

Akutt team og ambulerande team, som følgjer pasientane tett og ofte over lang tid, må ha ein særleg funksjon med tanke på hurtig avklaring av hjelpebehov ved akutte tilvisingar. Det føreset at teama har den faglege kompetansen som er nødvendig for å evaluere alvorlege psykiatriske tilstandar.

Desse fem områda må det framleis leggjast særleg vekt på:

- Utvikle gode pasientforløp i samhandling med kommunale tenester og dei meir spesialiserte funksjonane til sjukehusa med
  - gode rutinar for tilvising og utskrivning og overføring mellom einingar/nivå
  - aktiv bruk av individuell plan og gode epikriser
- Styrkje og vidareutvikle bruken av ambulerande og oppsøkjande tenester i nær samhandling med kommunane
- Utvikle kvalitet på tenestetilbodet og sikre ”rett” prioritering av pasientane
  - bruke standardiserte metodar for utgreiing og diagnostisering
  - gjere aktiv bruk av prioriteringsrettleiaren og sikre rimelig lik prioritering
  - bruke standardiserte faglege retningslinjer for å sikre behandling i tråd med beste kunnskap
- Styrkje rekrutteringa av psykiatrar og psykologspesialistar til DPS-a og prøve å etablere mest mogleg stabilitet i behandlargruppene
- Styre ressursane slik at hjelpa blir gitt på rett nivå med kompetent personell – minst 50 prosent av ressursane innanfor psykisk helsevern for vaksne skal nyttast på DPS-a innan 2012

## 5.2 SENTRALISERTE SJUKEHUSFUNKSJONAR

### 5.2.1 Mål og oppgåver for sjukehusa

Ei god oppgåvefordeling mellom sjukehusavdelingane og DPS-a har vore ei sentral problemstilling i opptrappingsplanen. DPS-rettleiaren tilrår at følgjande oppgåver/funksjonar blir lagde til sentraliserte sjukehusavdelingar:

- Nødhjelp etter lov om spesialisthelsetenester § 3-1, jf. forskrift om nødhjelp i det psykiske helsevernet
- Pasientar som treng hjelp i lukka avdeling
- Pasientar som treng opphald i sikkerheitsavdeling
- Pasientar med særleg vanskelege og kompliserte spiseforstyrningar, rusmiddelavhengigheit og psykisk lidning (komorbiditet), sjølvskading, tvangslidingar, personlegdomsforstyrningar eller andre kompliserte tilstandar
- Pasientar med særleg kompliserte alderspsykiatriske tilstandar og debuterande samansette tilstandar hos eldre
- Samarbeid med DPS, anna spesialisthelseteneste og kommunar

Det vil seie at dei sentraliserte sjukehusavdelingane skal ha akuttavdelingar med ansvar for nødhjelp og spesialfunksjonar for pasientar som krev spisskompetanse og/eller ikkje kan nyttiggjere seg behandling i DPS på grunn av personellrelaterte eller bygningsmessige avgrensingar. Sjukehusa si plikt til å yte nødhjelp må reknast som ein garanti for at det alltid er eit tilgjengeleg nødhjelpstilbod. Det er ikkje til hinder for at pasientar som treng akutt hjelp eller nødhjelp, kan leggjast inn på eit DPS når dei kan få høveleg hjelp der.

Det følgjer av det som er sagt ovanfor, at det ikkje er diagnosen i seg sjølv som er grunnlaget for innlegging på sjukehusnivå, men i større grad alvorret og åtferda og krava til kompetanse og fysiske omgivnader.

### 5.2.2 Status for sjukehusfunksjonen

#### *Plasstal for sjukehus*

I Helse Førde HF inngår sjukehusfunksjonen i psykiatrisk klinikk ved Førde sentralsjukehus, der døgnplassane er geografisk fordelte mellom Førde (akuttavdeling) og Tronvik (lokal sikkerheitsavdeling og ruseining) og med poliklinikk i Førde.

I Helse Bergen HF inngår sjukehusfunksjonen i psykiatrisk divisjon ved Haukeland universitetssjukehus. Døgnplassane er fordelte mellom Sandviken og haukelandsområdet.

I Helse Fonna HF inngår sjukehusfunksjonen i psykiatrisk klinikk med døgnplassar ved Haugesund sjukehus og Valen sjukehus.

I Helse Stavanger HF inngår sjukehusfunksjonen i psykiatrisk divisjon med alle døgnplassane ved Stavanger Universitetssjukehus.

Den private ideelle institusjonen NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus har 20 døgnplassar for dei over 65 år. Olaviken gir tilbod til pasientar i heile regionen, men primært pasientar frå Hordaland.

Samla for Helse Vest gir dette til saman 417 døgnplassar i sjukehus (tabell 8).

### ***Ressursfordeling DPS–sjukehus (døgnplassar, poliklinisk verksemd og personell)***

Tal for 2009 viser at Helse Vest totalt har ein noko høgare prosentdel døgnplassar ved DPS enn ved sjukehus,<sup>14</sup> men med stor variasjon mellom helseføretaksområda (tabell 8–9).

I planperioden har omtrent all oppbygginga av poliklinikkane gått for seg ved DPS. Sjukehusa har hatt ein reduksjon både når det gjeld talet på og ratar av polikliniske konsultasjonar i planperioden. Tal frå Helsedirektoratet for 2009 viser at hovudtyngda av den polikliniske verksemda no er ved DPS-a.

Samla sett for både DPS og sjukehus var behandlingsprofilen i Helse Vest lite endra i planperioden til og med 2008. Tala for 2009 viser at den polikliniske aktiviteten framleis låg under landsgjennomsnittet; døgnplassdekninga var i 2009 lik med landsgjennomsnittet. Forbruket av døgnplassar er likevel noko høgare enn i landet elles, målt i opphaldsdøgn per 10 000 innbyggjarar, jf. Helsedirektoratet sin rapport om desentraliserte tenester (fotnote 13).

I planperioden er personellressursane til ein viss grad flytta ut av sjukehusa i Helse Vest, som har hatt den største nedgangen i årsverksratar i sjukehusa på landsbasis i planperioden. I 2009 er årsverksraten i sjukehusa under landsgjennomsnittet, men tilsvarande over landsgjennomsnittet i DPS-a. Det er i 2009 store forskjellar mellom føretaka når det gjeld fordelinga av årsverk mellom sjukehus og DPS. Totalt for Helse Vest inkludert private ideelle tyder tala på at det er ein større personellprosentdel ved DPS-a (tabell 10–11).<sup>15</sup>

Fordelinga av spesialistbemanninga tyder på at det samla er ein større prosentdel av både psykiatarårsverk og psykologårsverk ved DPS-a enn ved sjukehusa totalt i Helse Vest i 2009, men med store variasjonar mellom helseføretaka (tabell 12–13 og 16–17).

### ***Akuttilbodet***

Det er sjukehusa som har hovudansvaret for å vareta nødhjelpsfunksjonar etter lov om spesialisthelsetenester § 3.1, jf. forskrift om nødhjelp i det psykiske helsevernet. Ifølgje rettleiaren for DPS-a (IS-1388) skal akutt- og krisetilbodet ved DPS-a ikkje overta nødhjelpsansvaret til sentraliserte sjukehusavdelingar. Det er likevel ikkje til hinder for at pasientar som treng nødhjelp, kan få tilbod på eit DPS. Dei utvida akutt- og krisetenestene ved DPS-a skal sikre rask og god tilgang og ei meir heilskapleg og fleksibel spesialisthelseteneste til personar i akutte psykiske krisesituasjonar. Akuttenesta ved DPS er nærmare behandla under punkt 5.1.2.

DPS-rettleiaren peiker på at det er viktig å planleggje og sjå akuttilbodet ved sjukehusavdelingane og DPS-a i samanheng, slik at det blir meir samanhengande. Nødhjelpsansvaret til sjukehusa krev plassar i beredskap, og sjukehusa bør derfor ha noko lågare beleggsprosent for å kunne dekkje dette behovet.

---

<sup>14</sup> ”Desentraliserte tenester? Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske senter 2009”. Helsedirektoratet, rapport IS-1853.

<sup>15</sup> Sjå òg Samdata sektorrapport 2008, figur 6.3 og 6.5.

### ***Ventetider og belegg – samla for sjukehus og DPS***

Dei gjennomsnittlege ventetidene har blitt litt kortare dei siste to åra både for pasientar med rett til helsehjelp og totalt. Helse Vest har dei kortaste ventetidene i landet for begge desse gruppene.<sup>16</sup>

Det skjer likevel framleis fristbrot innanfor psykisk helsevern for vaksne i Helse Vest. Det var nokre færre fristbrot siste året, og tal frå helsefagkuben til Helse Vest viser at delen fristbrot var om lag 9 % per 3. tertial 2010.

Samdata sin sektorrappport for psykisk helsevern 2008 viser at døgnavdelingane ved sjukehusa har hatt ein høg beleggsprosent<sup>17</sup> (over 90 prosent) gjennom det meste av perioden for opptrappingsplanen. Beleggsprosenten ved sjukehusa har likevel gått ned dei siste par åra, slik at presset verkar å minke. Beleggsprosenten ved avdelingar utanfor sjukehus har gjennom heile perioden vore lågare enn ved sjukehusa.

### ***Korridorpatientar***

Slik Statens helsetilsyn vurderer det, er bruk av korridorpatientar i psykiatriske akuttpostar/korttidsavdelingar i strid med krava til forsvarlegheit.<sup>18</sup> Ei grunngeving for det er at det innanfor psykisk helsevern, og spesielt overfor tvangsinnlagde pasientar, er særleg viktig at pasientane får nødvendig ro og skjerming for at behandlinga skal vere forsvarleg. Mange av desse pasientane har sjukdom som kan relaterast til problem med å møte andre menneske. Det å bli plassert i ein korridor vil dermed kunne forverre tilstanden til pasientane.

Bruk av korridorplassar er først og fremst eit problem på sjukehusnivå. Utfordringane har vore størst i akutt- og korttidspostane i Helse Bergen. Tett oppfølging frå Helse Vest og Helse Bergen, mellom anna med bakgrunn i tilsynssak<sup>19</sup>, har medført ei kraftig forbetring, og korridorplass har berre unntaksvis vore nytta siste året. Det er til ein viss grad ei utfordring i Helse Stavanger òg.

Statens helsetilsyn vurderer det òg slik at vedvarande overbelegg og korridorpatientar reint generelt

- svekkjer høvet til å gi god behandling og pleie
- inneber ein fare for meir feilbehandling og fleire uhell
- krenkjer integriteten og den alminnelege verdigheita til pasientane
- inneber at personalet får mindre tid til den enkelte pasient

Helsetilsynet har no avslutta tilsynet med Psykiatrisk klinikk sine akutt-plassar i Helse Bergen. Tilbodet innanfor psykisk helsevern er styrkt, og samhandlinga mellom ulike delar av tenestetilbodet er blitt betre.

---

<sup>16</sup> "Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2010", NPR, figur 2.8 og figur 5.8.

<sup>17</sup> Beleggsprosenten måler utnyttingsgraden av døgnplassane og er eit forholdstal mellom opphaldsdøgn totalt i året og talet på døgnplassar (x 365).

<sup>18</sup> Statens helsetilsyn viser til spesialisthelsetenestelova §§ 2.1 og 2.2.

<sup>19</sup> Helsetilsynet si sak ift. korridorpatientar i psykisk helsevern i Helse Bergen

### ***Kvalitet i sjukehus og DPS***

Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta<sup>20</sup> legg vekt på at god kvalitet inneber at tenestene

- er verknadsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukarar og gir dei innverknad
- er samordna og prega av kontinuitet
- utnyttar ressursane på ein god måte
- er tilgjengelege og rettferdig fordelte

Her blir det òg peikt på at det dei siste ti åra hovudsakleg har vore tre ulike tilnærmingar til kvalitetsarbeidet i sosial- og helsetenesta:

- Kvalitetskontroll med fokus på kva som blir gjort (for eksempel internkontroll, ISO-sertifisering eller kvalitetssystem)
- Kvalitetssikring/kvalitetsdokumentasjon med fokus på korleis noko blir gjort (for eksempel kliniske kvalitetsregister), og korleis det går
- Kontinuerleg forbetring med fokus på mellom anna brukaren i sentrum og tverrgåande samarbeid

Ein kvalitetskultur i helsetenesta og dermed òg i det psykiske helsevernet er kjenneteikna mellom anna ved

- at brukarane og dei pårørande er i fokus for aktivitetane til den enkelte medarbeidaren
- at arbeidet blir lagt til rette slik at det gode forløpet er utgangspunktet, og at varetakinga av behova til brukaren er i høgsetet
- at brukaren og dei pårørande blir oppfatta som viktige samarbeidspartnarar
- ei felles interesse for heile tida å vere à jour med ny kunnskap som er relevant for tenesteutøvinga, både i leiinga og blant tenesteutøvarane
- ei leiingsform som fremjar ein open dialog, der utvikling, refleksjon og læring er vesentlege element
- ein organisatorisk fleksibilitet som sikrar at ny kunnskap blir implementert, også teoriar og metodar for kvalitetsutvikling
- gode styringssystem som sikrar kvaliteten på tenestene

Rettleiaren fokuserer på at for å nå målet om god kvalitet er det viktig

- å styrkje brukaren
- å styrkje utøvarane
- å forbetre leiinga og organisasjonen
- å styrkje plassen forbetringskunnskapen har i utdanningane
- å følgje med og evaluere tenestene

Dei nasjonale kvalitetsindikatorane som Helsedirektoratet har utarbeidd innanfor psykisk helsevern for vaksne, er i all hovudsak knytte til målbare forhold. Ein kvalitetsindikator er eit

---

<sup>20</sup> "... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten". Veileder IS-1162, Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

indirekte mål / ein pekepinn på kvalitet og skal seie noko om kvaliteten på det området som blir målt. Formålet med dei nasjonale kvalitetsindikatorane er å gi informasjon om kvaliteten på tenestetilbodet innanfor spesialisthelsetenesta. På sikt er det eit mål med fleire indikatorar som òg viser resultat av ulike tiltak og behandlingar. Dette er dei nasjonale kvalitetsindikatorane innanfor psykisk helsevern for vaksne:

- Prosentdel og ratar tvangsinnleggingar ved psykiatrisk institusjon (tvungen undersøking og tvunge opphald)
- Ventetid i dagar til første konsultasjon (bortsett frå nødhjelp)
- Prosentdel vaksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan
- Varigheit av ubehandla psykose frå dei første symptoma til adekvat behandling blir sett i gang
- Talet på og prosentdelen korridorpasientar
- Prosentdel epikriser (legeopplysningar) som er sende ut innan éi veke

I Helse Vest si kvalitetssatsing har eit av prosjekta som formål å utvikle eit system for synleggjering av resultat frå den kliniske verksemda. Det arbeidas med å lage eit rammeverk for kvalitetsmåling i Helse Vest.

### 5.2.3 Utfordringar

Utfordringane som er knytte til sjukehusfunksjonen, heng nært saman med DPS-funksjonen, jf. punkt 5.1.3.

Det er enno ikkje slik at alle pasientar får eit behandlingstilbod i tråd med oppgåvefordelinga som går fram ovanfor. Mange pasientar får eit tilbod på for høgt nivå. Det er eksemplifisert med

- SINTEFs pasientteljing, sist frå 2007, som viser at over halvparten av pasientane ved akuttavdelingane ideelt sett burde hatt eit anna tilbod
- omfanget av utskrivingsklare og pasientar i DPS-a som primært burde hatt eit kommunalt tilbod

I St.meld. nr. 47 om samhandlingsreforma reknar ein med at utskrivingsklare pasientar står for 400 000–500 000 opphaldsdøgn i psykisk helsevern, og at ca. 40 prosent av dei døgninnlagde i DPS-a primært burde hatt eit kommunalt tilbod.

Helsedirektoratet gjorde ei landsomfattande pasientteljing i mai 2010. Denne teljinga viser at det framleis er mange utskrivingsklare pasientar i Helse Vest.

Utfordringane er ikkje knytte til den samla kapasiteten på døgnplassar. Helseregion Vest har over tid hatt – og har framleis – høg dekning av døgnplassar i forhold til landssnittet. Problemet er først og fremst knytt til korleis plassane blir brukte. For mange pasientar får tilbod på sjukehusnivå, og mange pasientar i DPS-a skulle hatt tilbod i kommunane. Det krev ei klarare styring av tilvisingane til DPS-a, styrking av DPS-a med fagkompetanse og tett samarbeid med kommunane. Helseføretaka må i samarbeid med dei private institusjonane ha stort fokus på

- oppgave- og ressursfordeling mellom sjukehusnivå og DPS-a



- meir poliklinisk og ambulant verksemd ved DPS-a
- tilrettelegging for pasientforløp som medfører at pasientane får tilbod på rett stad
- tett samarbeid med kommunane om utskrivingsklare pasientar og tilrettelegging av heilskaplege pasientforløp

Tilvisingar til spesialisthelsetenesta skal som hovudregel gå til eit DPS, og sjukehusfunksjonen må spissast i tråd med føringane som går fram av punkt 5.2.1.

Det polikliniske og meir oppsøkjande tilbodet må samla sett styrkjast både på sjukehusnivå og i DPS-a.

## **5.3 AVTALESPELIALISTANE**

### **5.3.1 Mål og oppgåver for avtalespesialistane**

Avtalespesialistane er privatpraktiserande psykiatrar eller psykologspesialistar som etter avtale med Helse Vest RHF yter spesialisthelsetenester til personar med psykiske lidningar. Avtalespesialistane yter tenester etter tilvising frå fastlegane. Pasientbehandlinga som avtalespesialistane har ansvar for, er i utgangspunktet mest å samanlikne med dei offentlege poliklinikkane. Avtalespesialistane skal òg yte tenestene sine i tråd med nasjonale og regionale føringar.

Avtalespesialistane skal bidra til å oppfylle ”sørgje for”-ansvaret til Helse Vest. Det skal leggjast til rette for ei betre integrering av avtalespesialistane i forhold til ”sørgje for”-ansvaret med sikte på ei god oppgåvefordeling mellom avtalespesialistane og spesialisthelsetenesta elles, jf. mellom anna oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF 2008 og 2009.

Avtalespesialistane er finansiert ved driftstilskot av Helse Vest RHF, refusjonar frå Helfo og eigenbetaling frå pasientane.

### **5.3.2 Status for avtalespesialistane**

Det er per september 2010 til saman 28,3 årsverk for psykiatrar og 92,6 årsverk for psykologspesialistar fordelt på heile stillingar og deltidsstillingar i Helse Vest, med høgast dekningsgrad per innbyggjar i Helse Bergen og lågast i Helse Førde (tabell 18).

Frå 2008 leverer avtalespesialistane data til NPR, men det er enno ikkje gode nok data for analyseformål.

Til dei ulike fagområda innanfor avtalepraksis er det utarbeidd nasjonale normtal for kor mange konsultasjonar som bør utførast per årsverk. For psykiatrar/psykologar er dette sett til 1000 konsultasjonar per årsverk. Teoretisk vil det seie at avtalespesialistane på dette området utfører om lag 120 000 konsultasjonar per år. Avtalespesialistane varetek ein stor del av alle konsultasjonar innanfor psykisk helsevern i regionen.

Det er samtidig ofte lang ventetid og vanskeleg å komme til hos avtalespesialistane. Ei ventetid på 6–12 månader er ikkje uvanleg. Sidan avtalespesialistane ikkje rapporterer

ventetid jamleg, finst det ikkje nok informasjon om dette. Særleg fastlegar har peikt på at avtalespesialistane ikkje er tilgjengelege nok.

Avtalespesialistane har fleire gonger framheva at fleire spesialistar vil vere eit effektivt verkemiddel for å auke behandlingsskapasiteten innanfor det psykiske helsevernet. Avtalespesialistane har mange konsultasjonar samanlikna med dei offentlege poliklinikkane.

Avtalespesialistane har truleg ei noko lettare pasientgruppe samla sett enn poliklinikkane. Det vil såleis vere usikkert om eit slikt tiltak treffer prioriteringsmessig rett. Det kan føre til at tilgangen og ventetida for noko lågare prioriterte grupper blir relativt sett betre enn for høgare prioriterte grupper i poliklinikkane.

Frå 2008 er det etablert ei ordning der alle heimlar som blir lyste ut, blir knytte til eit DPS. I den enklaste forma inneber det at det skal liggje føre ein samarbeidsavtale mellom avtalespesialisten og DPS, og at delar av arbeidstida skal nyttast til pasientar som er tilviste via DPS. Dersom partane er einige om det, kan det etablerast eit tettare samarbeidsforhold.

I 2009 blei det etablert ei ordning med to koordinatorar i regionen som skal hjelpe pasientar og fastlegar med å finne tilbod hos avtalespesialistane innanfor psykisk helsevern. Det vil seie at tilvisingar kan vidaresendast til koordinatorane dersom pasienten samtykkjer. Koordinatorane skal samtidig sitje med informasjon om den faglege profilen til avtalespesialistane og ventetida og kapasiteten.

Formålet med ordninga er at pasienten og fastlegen slepp arbeidet med å finne fram til eit aktuelt tilbod. Ordninga skal bidra til betre kapasitetsutnytting og hindre at pasientar sender mange søknader og eventuelt står på venteliste hos fleire.

Tilgangen er blitt betre, men det blir framleis meldt om lang ventetid og problem med å få eit tilbod hos ein avtalespesialist.

Det må vurderast ei felles ordning for prioritering.

### **5.3.3 Utfordringar**

Det er tre hovudutfordringar som har fått særleg merksemd når det gjeld avtalepraksis:

- Rapportering: Har vi tilfredsstillande verksemdsdata for avtalespesialistane?
- Prioritering: Er prioritering i avtalepraksis i tråd med prioriteringsforskrifta og den tilhøyrande prioriteringsrettleiaren?
- Tilgang: Synest pasientane og tilvisarane at avtalespesialistane er tilgjengelege nok?

Som nemnt ovanfor er det no etablert ei ordning med rapportering til NPR. Det vil framover gi betre datagrunnlag for vurdering av avtalepraksis.

Avtalespesialistane har inga lovpålagd plikt til å vurdere rett til nødvendig helsehjelp. Dette er i lov og forskrift tillagt sjukehus og offentlege poliklinikkar, jf. prioriteringsforskrifta. Det er truleg heller ikkje nokon god idé at så mange enkeltpraksisar får slik kompetanse og plikt. Avtalespesialistane skal prioritere pasientane ut frå dei same prinsippa som dei offentlege poliklinikkane. Det er såleis føresett at avtalespesialistane gjer ei fagleg vurdering og

prioriterer dei alvorlegast sjuke innanfor ramma av dei pasientane som kan gjere seg nytte av eit tilbod i avtalepraksis.

Det er ei særleg utfordring at pasientar i avtalepraksis ikkje får gjort noka formell vurdering av pasientrettane sine. Dette er eit generelt problem, og det bør løysast i samarbeid med nasjonale myndigheiter.

Utover dette kan ein stille spørsmål ved om pasientane får gjort ei god nok fagleg vurdering som sikrar lik prioriteringspraksis mellom avtalespesialistane og poliklinikkane og mellom avtalespesialistane.

Dagens situasjon med lang ventetid til behandling hos avtalespesialistane innanfor psykisk helsevern kan vere eit kapasitetsproblem. Det kan òg vere eit prioriteringsproblem.

Ein bør i første omgang ta initiativ til å sikre god prioritering og dokumentasjon av dette.

- Avtalespesialistane må sikre at pasientane blir prioriterte i tråd med nasjonale føringar.
- Det bør vurderast ei prøveordning med éi eller fleire felles vurderingseiningar for alle tilvisingar innanfor eit område. I første omgang bør det prøvast i bergensområdet, eventuelt i Stavanger òg.

Det er i dag avgrensa samarbeid mellom avtalespesialistane og DPS-a/sjukehusa. Det er ovanfor vist til at det ved utlysing av heimlar no er sett som krav at det skal etablerast ein samarbeidsavtale med eit DPS, og at nokre av pasientane skal tilvisast via DPS-et. Det er foreslått at ein set som krav

- at alle avtalespesialistar skal etablere ein samarbeidsavtale med eit DPS

Det er grunn til å tru at ei tettare tilknytning mellom avtalepraksis og dei offentlege poliklinikkane vil vere ein styrke for tenestetilbodet samla sett både når det gjeld prioritering, oppgåvefordeling, fagleg utvikling og samla ressursutnytting.

I mange tilfelle er ikkje kvaliteten på tilvisingane frå fastlegane god nok. Det blir teke initiativ til samarbeid med fastlegane med sikte på

- betre tilvisingspraksis basert på innbyrdes forståing av kva pasientar som bør få eit spesialisthelsetenestetilbod

Avtaleheimlane er ulikt fordelte i regionen, slik oversikta ovanfor viser. Det er flest i bergensområdet og færrest i Førde og Fonna, også når ein tek omsyn til befolkningsmengda. Det kjem av historiske ulikskapar frå før helsereforma. Ved ledig heimel skal flytting av heimel vurderast, og det er i nokon grad gjort. Sidan dei minste helseføretaka har vore mest sårbare med tanke på rekruttering av psykiatrar og psykologar, har det i liten grad vore noko ønske om nye heimlar i desse områda.

Når det gjeld psykiatrar, er ulikskapane i regionen varetakne i den samla vurderinga av legar i regionen, jf. legefördelingsprosjektet. Når det gjeld avtaleheimlar for psykologar, blir det teke omsyn til dei i Helse Vest sin inntektsmodell for føretaka.

## **5.4 PSYKISK HELSEVERN UTAN EIGE SAMTYKKE**

### **5.4.1 Mest mogleg frivillig medverknad**

Frivillig medverknad i behandlinga og respekt for menneskerettane og pasientens autonomi er viktige og grunnleggjande prinsipp i helseretten. Psykisk helsevern-lova stiller som vilkår at for å etablere tvunge psykisk helsevern må frivillig vern har vore prøvd først. Mest mogleg frivillig medverknad i behandlinga var òg eit uttalt mål i opptrappingsplanen for psykisk helse, som heng nøye saman med det overordna målet med planen: å gi personar med psykiske lidingar sjansen til å leve eit mest mogleg sjølvstendig liv prega av deltaking, uavhengigheit og evne til å meistre sitt eige liv.

Ein høg prosentdel tvangsinnleggingar i det psykiske helsevernet for vaksne er ikkje i samsvar med desse prinsippa og måla. Samtidig er det ikkje realistisk å skulle avskaffe all tvangsbruk innanfor det psykiske helsevernet. Tvangsbruk ved innleggingar og i behandlinga kan i ein del situasjonar vere heilt nødvendig.

Tvangsbruk er i dag heimla i lova om psykisk helsevern, § 3-3. Hovudvilkåret her er at personen har ei alvorleg sinnsliding. Det er ikkje eit tilstrekkeleg vilkår. I tillegg må minst eitt av to tilleggskriterium vere oppfylt: behandlingsskriteriet eller farekriteriet. Farekriteriet gjeld fare for eige liv og helse eller fare for livet og helsa til andre. Behandlingsskriteriet er knytt til om pasienten utan tvunge psykisk helsevern får mykje dårlegare høve til restitusjon eller vesentleg betring.

### **5.4.2 Status**

Undersøkingar har vist at Noreg har ein relativt høg prosentdel tvangsinnskrivingar i psykisk helsevern for vaksne samanlikna med andre land, og at det er store geografiske forskjellar i bruk av tvangsparagrafar på regions- og føretaksnivå. I 2009 var 18 prosent av alle døgnopphalda i det psykiske helsevernet for vaksne i Helse Vest basert på vedtak om tvang ved innlegging. Det var den høgaste prosentdelen i landet.

Det må samtidig presiserast at datakvaliteten på dette området er svært dårleg. Det er sett i gang eit eige prosjekt i Helse Vest med mål om å betre kvaliteten.

Helsedirektoratet ferdigstilte i 2006 ein tiltaksplan for redusert og kvalitetssikra tvangsbruk. Planen inneheld ei rekkje tiltak til oppfølging i helseføretaka. Tiltaksplanen fokuserer på at frivillig medverknad i behandlinga er eit sentralt prinsipp, men seier òg at det i enkelte tilfelle er både nødvendig og rett å bruke tvang av omsyn til pasientane og omgivnadene. Når det er nødvendig å bruke tvang, må det sjølvsagt skje i samsvar med gjeldande lover og forskrifter, og på ein slik måte at rettstryggleiken til pasientane blir sikra.

Planen slår fast at tvangsbruk heng nøye saman med korleis helsetenestene er organiserte. Samtidig viser han til at det i dag er lite sikker kunnskap om kva effekt tvangsinnleggingar eller bruk av tvangsmiddel og tvangsbehandling har på utfallet av behandlinga av den enkelte pasienten, noko som viser at det er behov for forskning på dette området.

Trass i plan og mykje merksemd omkring dette verkar det ikkje som om bruken av tvang går ned.

### 5.4.3 Utfordringar

Det er verken mogleg eller ønskjeleg å fastsetje nokon standard for ønskt omfang når det gjeld tvangsbruk. Frivillig medverknad skal vere målet, men i ein del tilfelle er tvang nødvendig og rett. Tvangsbruk heng nøye saman med korleis det psykiske helsevernet er organisert. Lettare tilgjengeleg hjelp vil vere eit godt verkemiddel for meir frivillig medverknad. Eksempel på det er ambulante funksjonar og akutteam ved DPS-a.

For å skape gode teneste til personar med psykiske lidingar må det etablerast ei heilskapleg behandlingsteneste. Etableringa av velfungerande DPS som samarbeider tett med dei kommunale helse- og sosialtenestene og dei psykiatriske sjukehusa, er ein føresetnad for å få dette til.

Det viktigaste tiltaket for å redusere tvangsbruken er eit godt utbygd tenestetilbod som legg vekt på førebygging og tidleg hjelp. Ei psykisk lidning oppstår sjeldan over natta. Ho har eit forløp, og målet må vere å komme til med hjelp på eit tidleg tidspunkt i forløpet og prøve å forhindre at lidinga blir verre. Når lidinga likevel blir alvorleg og akutt, er det viktig at tvangsbruken – om det er nødvendig med tvang – er låg, og at autonomiomsynet veg tungt. Eit velfungerande tenestetilbod med lett tilgjengelege tenester er på den bakgrunnen den beste garantien for mindre tvangsbruk. Føringane som blir gitt, og tiltak som blir foreslått i dette plandokumentet, må såleis òg sjåast som tiltak som vil redusere tvangsbruken.

Oppdragsdokumentet for 2010 ber Helse Vest om å setje i verk ein regional, forpliktande handlingsplan for å avgrense og kvalitetssikre tvangsbruk i psykisk helsevern. Det er eit ledd i etableringa av ein ny nasjonal strategi for redusert tvangsbruk i dei psykiske helsetenestene.

Med bakgrunn i føringar i brev av 19. mars 2010 frå Helse- og omsorgsdepartementet blir det laga ein regional plan for redusert og rett tvangsbruk i psykisk helsevern. Parallelt blir det utarbeidd tilsvarande forpliktande handlingsplanar i helseføretaka. Planarbeidet skal vere ferdig våren 2011.

Fokusområda i planarbeidet:

- Involvering av brukarar og pårørande
- Behandlingstilbod på rett nivå
- Verdige transportordningar
- Kvalitetssikra behandling i institusjon
- Forsking og kunnskapsutvikling
- Riktig og konsekvent dataregistrering

Helseføretaka må

- styrkje arbeidet med å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken
- nytte benchmarking som metode for å identifisere suksessfaktorar for forbetring
- implementere regional og lokale planar for redusert og rett tvangsbruk

## **5.5 ELDERE OG PSYKISKE LIDINGAR**

### **5.5.1 Mål og oppgåver**

Førekomsten av psykiske lidningar aukar med alderen. I særleg grad gjeld det depresjonar, men dei fleste lidingar som rammar unge, kan òg ramme eldre. I tillegg rammar dei ulike demenssjukdommane i hovudsak eldre.

Det er venta ein kraftige auke av eldre i åra som kjem, og det vil stille høgare krav til den alderspsykiatriske delen av helsetenesta.

Alderspsykiatrisk verksemd er retta mot personar som blir ramma av psykiske lidingar etter fylte 65 år. I tillegg omfattar fagfeltet utgreiing og behandling av kognitiv svikt i samband med potensiell demensliding uansett alder.

Målet er å førebyggje, diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidingar i eit heilskapleg og samanhengande behandlingsnettverk. Vi viser her til rapporten frå mai 2009 om spesialisthelsetenesta til eldre i Helse Vest, jf. styresak 015/09B, som understrekar det nære samarbeidet mellom geriatri og alderspsykiatri.

### **5.5.2 Status**

Det er i hovudsak primærhelsetenesta som har ansvar for diagnostisering, utgreiing og behandling av demente, men ein del særleg krevjande pasientgrupper må utgreiast/behandlast i spesialisthelsetenesta. Det gjeld pasientar med subjektive minneplager, mild kognitiv svikt og mild demens der primærhelsetenesta er usikker på diagnosen. Pasientar med sjeldne demensdiagnosar, pasientar som utviklar demens før fylte 65 år, og pasientar med omfattande tilleggssymptom blir ofte utgreidde i spesialisthelsetenesta.

DPS-a gir i dag eit behandlingstilbod til eldre både poliklinisk og knytt til døgnbehandling. Det gjeld i første rekkje pasientar med ukompliserte depresjonar og kjende pasientar som blir eldre, og som har ei langvarig liding. Tilbodet til eldre varierer likevel mykje mellom DPS-a.

I tillegg til tilbodet ved DPS-a utfører alderspsykiatriske avdelingar ved sjukehusa utgreiing og behandling av eldre pasientar med funksjonelle lidningar og hjerneorganiske lidingar, ofte med store åtferdsforstyrningar og/eller behov for stor grad av skjerming. Det er alderspsykiatriske seksjonar/avdelingar ved sjukehusa i Stavanger, Haugesund og Bergen, men ikkje i Helse Førde. I tillegg blir ein del av behovet i nedslagsfeltet til Helse Bergen og Helse Fonna dekt av NKS Olaviken psykiatriske sykehus. Alle har både sengeavdelingar og poliklinisk verksemd. Det blir òg ytt ambulante tenester. Det er til saman 54 sengeplassar ved alderspsykiatriske avdelingar i Helse Vest. Av desse er fire senger skjerma (tabell 19).

Eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling er under etablering i Helse Stavanger. Kompetansesenteret skal omfatte eldremedisin, inkludert alderspsykiatri og geriatri.

### 5.5.3 Utfordringar

Med stadig fleire eldre vil behovet innanfor alderspsykiatri og geriatri auke kraftig dei neste åra (tabell 1b). Eldre har ofte sviktande helse på fleire felt, både somatisk og psykisk. Mange er òg i ein livsfase som er prega av bortfall av nære. Det krev at fagpersonell har kjennskap og kompetanse til å sikre at eldre med komplekse problemstillingar (rus, psykiatri eller somatisk problematikk) blir varetekne på ein fagleg rett måte. Det vil medføre større behov for spesialisthelsetenester til denne delen av befolkninga. Det må løysast både på sjukehusnivå og ikkje minst i DPS-a. Eldre med samansette lidningar må òg møtast med tverrfaglegheit og samanhengande tenester mellom første- og andrelinjetenesta.

DPS-a må yte tenester til eldre med psykiske lidningar både i form av polikliniske tenester og dag-/døgntilbod. Innlegging kan for mange alderspsykiatriske pasientar vere ei ekstra belastning, derfor er det tenleg å drive ambulant verksemd, anten i eigen heim eller i kommunal institusjon. Rettleiing overfor kommunalt personell vil òg vere ei sentral oppgåve for DPS-a. Å bli i stand til å ta seg av desse oppgåvene vil krevje kompetanseheving også i DPS-a.

Helseføretaka må

- planleggje det framtidige behovet
- utarbeide ei klar ansvarsfordeling mellom sjukehus og DPS
- dimensjonere behovet for sengeplassar for eldre i DPS
- utvikle kompetanse og fagansvar for alderspsykiatri ved DPS

Sjukehusa må bidra i utgreiing av pasientar og overfor pasientar med behov for skjerming som følgje av mellom anna åtferd.

Det er viktig at helseføretaka styrkjer tilbodet i samarbeid med kommunane:

- Det må vere ei klar ansvarsfordeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.
- Det må etablerast eit samarbeid om gode pasientforløp og behandlingsplanar.
- Det må givast råd og rettleiing frå spesialisthelsetenesta på ein systematisk måte.

## 5.6 PSYKISKE LIDINGAR OG RUSMIDDELAVHENGIGHEIT

### 5.6.1 Mål og oppgåver

Mange personar med psykiske lidningar har òg rusproblem i varierende grad. Behandlingstilboda skal vere heilskaplege i tilnærminga til pasientar som har både ei psykisk lidning og ei ruslidning. Tilboda skal òg vere koordinerte med andre servicetilbod som pasientgruppa har behov for, for eksempel andre helsetenester eller tenester frå NAV, skule, barnevern eller kriminalomsorg.

Pasientar innanfor psykisk helse og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) skal kartleggjast både for psykiske lidningar og ruslidningar. Pasientar med førekomst av ruslidning og psykisk lidning skal behandlast samtidig for desse tilstandane, og behandlinga skal vere integrert i det same miljøet.

## 5.6.2 Status

Personar med psykiske lidningar og rusmiddelbruk kan delast inn i undergrupper basert på kor alvorleg den psykiske lidinga og rusmiddelmisbruket er. Både psykisk helsevern og TSB har store pasientgrupper med samtidig psykisk lidning og ruslidning. Psykisk helsevern vil ha ansvar for pasientar med alvorleg psykisk lidning same kor alvorleg rusmisbruket er, mens pasientar med alvorleg rusmisbruk og moderat / mindre alvorleg psykisk lidning bør få tilbod innanfor tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Her er ansvars plasseringa:

Ansvar	Psykisk helsevern	Psykisk helsevern	TSB
Ruslidning	Alvorleg ruslidning – mindre alvorleg ruslidning	Mindre alvorleg ruslidning	Alvorleg ruslidning
Psykisk lidning	Alvorleg psykisk lidning	Moderat psykisk lidning	Moderat psykisk lidning

Omgrepet *dobbeltdiagnose* blir nytta om personar med vedvarande alvorleg rusmisbruk i kombinasjon med alvorleg psykisk lidning. Men omgrepet blir sjeldan brukt så presist. *Dobbeltdiagnose* er eit omgrep som peiker på at to behandlingssystem er involverte. Samtidig førekomst av psykisk lidning og ruslidning er derfor ei meir eigna nemning.

Pasientar med samtidig psykisk lidning og ruslidning vil ha behov for eit koordinert behandlings- og servicetilbod som omfattar langt meir enn ”berre” psykiatrisk behandling og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Situasjonen i Helse Vest kan oppsummerast slik:

- Det er mangel på systematisk utgreiing av ruslidning og psykisk lidning ved bruk av tilrådd kartleggingsverktøy.
- Psykiatriske poliklinikkar behandlar i avgrensa grad rusavhengige personar.
- Integrert behandling av både den psykiske lidinga og ruslidinga er avgrensa, særleg i psykiatriske poliklinikkar.
- Samarbeidet internt og mellom nivåa er lite utvikla.

Det er i dag eit mangelfullt utbygd poliklinisk tilbod i regionen til pasientar med samtidig psykisk lidning og ruslidning, både innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling.

Helsedirektoratet har utarbeidd utkast til nasjonale faglege retningslinjer for utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar med både alvorlege psykiske lidningar og ruslidningar.

Retningslinjene inneheld tre hovudområde:

- Kunnskap om samtidige psykiske lidningar og ruslidningar
- Tilrådde metodar for kartlegging og diagnostisering
- Tilrådd psykososial behandling og oppfølging, inkludert roller og ansvar

Høyringsfristen var i februar 2011, og retningslinjene skal vere ferdige tidleg haust 2011.



### 5.6.3 Utfordringar

Mange personar med psykiske lidingar er òg rusavhengige eller har ein skadeleg bruk av rusmiddel. Personar med ei alvorleg psykisk liding og eit rusproblem skal behandlast i psykisk helsevern, både i DPS og sjukehusavdelingar. Barn og unge med samtidig psykisk liding og rusproblem skal behandlast i psykisk helsevern.

DPS-a og sjukehusavdelingane, inkludert BUP / PUT, må sikre seg fagpersonell som har kompetanse innanfor psykisk helse og rusmiddelproblematikk. Enkelte målgrupper vil òg ha behov for somatisk kompetanse. Det er nødvendig å finne fram til gode samarbeidsordningar mellom psykisk helsevern, TSB og den somatiske helsetenesta for å sikre eit samordna og integrert behandlingstilbod. Personar med dobbeltdiagnoseproblematikk har òg behov for tenester frå kommunehelsetenesta. Derfor er det nødvendig med rutinar/avtalar som sikrar at pasienten opplever tenestene frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta som samanhengande.

Ein må sikre

- at behandlinga av personar med alvorlege psykiske lidingar og rusproblem kan skje i det ordinære behandlingstilbodet i DPS og sjukehus. Utover det må ein vurdere om det er behov for eigne einingar. (Ansvaret må følgje skissa for ansvars plassering, som vist ovanfor.)
- at pasientar blir kartlagde for rusproblem ved bruk av anerkjent kartleggingsverktøy.
- at det er kompetanse på kartlegging og behandling av ruslidingar innanfor psykisk helsevern.
- at pasientane møter eit integrert og samanhengande tenestetilbod som tek hand om både den psykiske lidinga og rusproblemet. Det må vere fokus på gode pasientforløp.
- at samarbeidet mellom nivåa blir sikra gjennom samarbeidsavtalar.
- at det blir meir fokus på bruk av individuell plan.

Det blir vist til ”Regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk” når det gjeld anna tilbod innan TSB og LAR-behandling.

## 5.7 REGIONALE FUNKSJONAR

Lokalbaserte tenester er hovudmålet i opptrappingsplanen for psykisk helse. Regionalisering kan likevel vere ei løysing når det er så få pasientar at det ikkje er rett å tilby tenesta alle stader, eller når det er behov for å samle kompetansen på éin stad, eventuelt i eit nettverk.

Det er i regionen etablert nokre regionale einingar som både er kompetansebasar, og som har kliniske funksjonar, mens andre først og fremst har ein kompetansefunksjon.

DPS og sjukehusavdelingar må nytte kompetansen til dei regionale funksjonane og samarbeide med dei om gode løysingar for den enkelte pasienten når det er formålstenleg. Det må leggjast til rette for gode tilvisingsrutinar til regionale funksjonar der det er aktuelt.

I utgangspunktet skal det sikrast at DPS og BUP har nok spesialisert kompetanse til å vareta dei ulike pasientgruppene, og at dei nyttar regionale funksjonar som eit supplement. Det kan

likevel vere formålstenleg at mindre DPS/BUP har rutinar for å samarbeide med andre DPS/BUP i ein del tilfelle.

### **5.7.1 Regional sikkerheitsavdeling og lokale sikkerheitseiningar**

Nokre pasientar er til fare for seg sjølve og andre på ein slik måte at det er behov for særlege rammer i form av fysisk sikring, personell og behandlarkompetanse.

Det er etablert sikkerheitsplassar på to nivå, regionale og lokale plassar. Regionale plassar skal dekkje heile regionen, og lokale sikkerheitsplassar dekkjer eitt lokalt helseføretak. I Helse Vest er det regionale nivået lagt til Psykiatrisk divisjon, Klinikk for sikkerhetspsykiatri i Helse Bergen og lokalisert til Sandviken sykehus.

Plassane skal nyttast til personar som dei vanlege psykiatriske einingane ikkje har kompetanse til å greie ut eller handtere fordi dei er til fare for seg sjølve eller andre. Sikkerheitseiningane har ei todelt oppgåve:

- Greie ut og behandle pasientar som representerer ein fare for seg sjølve og samfunnet
- Dekkje behovet for sikkerheit og vern av den enkelte og av samfunnet

For å kunne utføre oppgåvene er det vesentleg at sikkerheitsavdelingane har nok fagleg kompetanse.

Ein rapport frå 2008 gir eit statusbilete av dei tre regionale sikkerheitsavdelingane i landet. Han viser at det ved regional sikkerheitsavdeling i Sandviken var 10 plassar i 2008 – litt over landsgjennomsnittet målt per 100 000 innbyggjarar.

Dei økonomiske og faglege ressursane som er sette av til regional avdeling i Sandviken, er likevel mindre enn for dei andre regionale avdelingane. Bemanningfaktoren (pleie- og behandlarpersonale per seng) er på ca. 5,3 ved Klinikk for sikkerhetspsykiatri. Det er lågare enn dei andre sikkerheitsavdelingane i landet (Brøset med ca. 6,8 og Dikemark med ca. 7,4).

Dei regionale plassane, som skal gi eit tilbod til dei mest krevjande og farlege pasientane i helseregionen, har i for stor grad vore nytta av pasientar frå Helse Bergen. Det har ikkje vore optimal drift av regionalavdelinga dei to siste åra på grunn av mellombels opphøyr av den lokale sikkerheitsavdelinga. Det har ført til at andre helseføretak ikkje har fått nytta plassane så mykje som dei kunne ønskje. Arbeidet med å utvikle ei ny driftseining er starta opp, og det er planlagt full drift igjen i 2011.

Helseføretaka har òg eigne lokale sikkerheitsavdelingar. Dei er lokaliserte på Tronvik (Helse Førde), i Sandviken (Helse Bergen), i Valen (Helse Fonna) og i Stavanger (Helse Stavanger). Gjennomsnittleg dekningsgrad på landsbasis for lokale sikkerheitseiningar er på 3,4 plassar per 100 000 innbyggjarar (18 år og eldre). Med unntak for Helse Bergen ligg helseføretaka over landsgjennomsnittet. Tabell 21 viser status i 2011 for alle helseføretaka, etter planlagt auke.

For å sikre betre regional fordeling av bruken av den regionale sikkerheitsavdelinga er det etablert rutinar for inn- og utskriving i samarbeid mellom helseføretaka.

Ein del av pasientane vil ha behov for eit tilbod etter utskriving frå sikkerheitsavdelingane og må sikrast det.

Helseføretaka skal

- ha etablert tiltak for oppfølging av denne pasientgruppa etter utskriving frå sikkerheitsavdeling med bistand/retteleing til kommunehelsetenesta
- kunne hjelpe tenesteapparatet elles med mellom anna ”farlegheitsvurderingar”

Samla sett blir kapasiteten for regionale sikkerheitsplassar vurdert som god nok. Det må sikrast at plassane blir brukte til dei rette pasientane etter fastsette retningslinjer mellom helseføretaka.

Med unntak for Helse Bergen blir òg kapasiteten på dei lokale sikkerheitsavdelingane vurdert som god nok. Klinikkk for sikkerhetspsykiatri har sett fokus på å styrkje det samla behandlingstilbodet gjennom å integrere dei to einingane til éi. Det er viktig å bruke den samla behandlarkapasiteten i klinikken på ein god måte og ikkje bruke plassar i den regionale avdelinga til å løyse lokale behov.

Det vil framleis vere slik at dei mest krevjande pasientane blir behandla i éi eining, jf. inntakskriteria. Det er dei prioriterte pasientane som skal takast imot.

## 5.7.2 Regional eining for spiseforstyrningar

I Helse Bergen er det etablert ei regional eining for spiseforstyrningar ved Klinikkk for psykosomatisk medisin. Regionsansvaret omfattar dei mest alvorleg sjuke med spiseforstyrningar frå 16 år og oppover. Det er fem heildøgns plassar, inntil tolv dagplassar og aukande poliklinisk aktivitet. Det polikliniske tilbodet blir i stor grad brukt til pasientane til helseføretaket. Det er planlagt for åtte døgnplassar når den regionale eininga flyttar inn i nye lokalar i 2015.

Hovudtyngda av pasientane her har anorexia nervosa, men mange har bulimia nervosa som ikkje har vore mogleg å behandle effektivt på DPS-/BUP-nivå. I tillegg blir spesielle problem som spiseforstyrningar ved diabetes og spiseforstyrningar i svangerskapet behandla.

Det blir gitt rettleiing og konsultasjonstenester til somatiske avdelingar, DPS og BUP-ar. Det blir gitt råd om utgreiing og saksbehandling til legar og psykologar som behandlar pasientar i Helse Vest.

Seksjon for spiseforstyrningar driv òg Nettverk mot spiseforstyrningar i Helse Vest, sjå [www.nmsf.no](http://www.nmsf.no), og ”Kropp og selvfølelse” i Helse Vest – eit kompetanseutviklingsprogram for helsepersonell som behandlar pasientar med spiseforstyrningar. Det er nært samarbeid med fleire behandlingssenter i utlandet, i tillegg til aktiv deltaking i det nasjonale samarbeidet i Nasjonalt klinisk nettverk for behandling av spiseforstyrrelser.

I tråd med internasjonale studiar blir ein stadig større prosentdel av pasientane behandla poliklinisk. Stadig færre av pasientane med spiseforstyrningar må behandlast i døgneining. Ein aukande prosentdel av pasientane har behov for høgspesialisert poliklinisk behandling. Ved

lette og moderat alvorlege spiseforstyrningar er det tilrådd med behandling ved DPS eller BUP.

Det må sikrast at DPS og BUP har nok spesialisert kompetanse til å vareta pasientgruppa. For mindre DPS/BUP-ar vil det vere formålstenleg å ha rutinar for samarbeid med andre DPS/BUP-ar i ein del tilfelle.

Det må leggjast til rette for gode tilvisingsrutinar til den regionale eininga og gode rutinar for å følgje tilrådingane som regional eining gir for å sikre optimal og rett behandling. Det må òg leggjast til rette for eit forpliktande samarbeid mellom somatikk og psykisk helse om denne pasientgruppa.

Det blir tilrådd å halde det regionale tilbodet på dagens nivå, og at styrkinga først og fremst skjer lokalt i helseføretaka.

I dag er det ikkje noko regionalt tilbod til dei alvorlegast sjuke pasientane under 16 år. Det er foreslått å gjere ei eiga vurdering av i kva grad det er behov for eit regionalt tilbod til personar under 16 år.

### **5.7.3 Regionalt ressurscenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsføbygging (RVTS-Vest)**

RVTS-Vest blei oppretta i 2006 i Helse Bergen HF i samarbeid med Helsedirektoratet. Det blei oppretta tilsvarende regionale senter i dei andre regionane og eit nasjonalt kompetansesenter.

Formålet med dei regionale ressursentra er å auke kompetansen innanfor valds- og traumefeltet og å styrkje det sjølvmoedsføbyggjande arbeidet. Målgruppa er fag-/ressurspersonar som arbeider med flyktingar/asylsøklarar, valds- og overgrepsutsette og personar som er sjølvmoedsutsette.

Senteret skal leggje til rette for kunnskapsutvikling og nettverksbygging og skal ha spisskompetanse på

- flyktinghelse
- seksuelle overgrep
- vald/familievald
- sjølvmoedsføbyggjande arbeid
- kjønnslemlesting og tvangsekteskap

Senteret er no oppfatta å vere i god drift med ca. 15 årsverk fordelt på 21 tilsette.

Det er vesentleg at senteret klarer å dekkje heile regionen.

### **5.7.4 Døve med psykiske lidningar**

I tråd med nasjonale føringar (oppdragsdokumentet for 2007) skal det byggjast opp eit regionalt miljø for døve med psykiske lidningar.

Helse Vest har lagt denne oppgåva til Helse Bergen, men det har vore vanskeleg å rekruttere fagpersonar til ein slik funksjon.

I påvente av oppbygging i Helse Bergen har Helse Vest oppretta ein deltidsavtaleheimel retta mot døve med psykiske lidningar. Hausten 2009 blei det òg tilsett ein prosjektleiar / overlege i full stilling (spesialist i vaksenpsykiatri). Ein arbeider med nettverksbygging og er kommen i gang med klinisk arbeid med enkeltpersonar.

- Helse Bergen må byggje opp eit regionalt fagmiljø for døve med psykiske lidningar. Det er nødvendig at dei andre føretaka følgjer opp arbeidet lokalt.

### **5.7.5 Tilbod til overgripingar under 18 år**

Av alle seksuelle overgrep, blir minst 30 % utført av barn og unge under 18 år. Tidleg hjelp til denne gruppa, kan hindre framtidige overgrep. Eit fleirtal av desse ungdommane har store samansette vanskar. Behandlinga skal primært bli gjeve ved den lokale BUP-en, men spisskompetanse er i Helse Vest vareteken ved ressurseininga V27, organisert ved Betanien BUP. V27 har utarbeida program for utgreiing og behandling av overgripingar under 18 år, og har følgjande oppgåver:

- Utvikle spisskompetanse knytt til unge overgripingar, og formidle slik kunnskap og kompetanse til barne- og ungdomspsykiatrien i Helseregion Vest.
- Bistå poliklinikkane i Helse Vest med konsultasjon i forhold til utgreiing og behandling av gruppa.

### **5.7.6 Andre regionale fagmiljø**

I tråd med nasjonale føringar er det òg etablert faglege nettverk med nokre knutepunkt innanfor følgjande område:

- Psykiske lidningar og særleg utfordrande åtferd ved autisme – vaksne og barn/unge. Knutepunktet er lagt til Helse Fonna.
- Asperger syndrom eller høgtfungerande autisme med tilleggsdiagnosar – vaksne og barn/unge. Knutepunktet er lagt til Helse Bergen.
- Tidleg identifisering og intervensjon ved autisme – barn. Knutepunktet er lagt til Helse Bergen.
- Djup psykisk utviklingshemming og autisme – vaksne og barn/unge. Knutepunktet er lagt til Helse Bergen.
- Regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi. Knutepunktet er lagt til Helse Stavanger.

I mandatet til dei faglege nettverka inngår det at dei skal bidra til koordinering og nettverksbygging, kompetansebygging/fagutvikling, forskning og gode modellar for samarbeid. Det skal òg omfatte rettleiing overfor særleg kompetansekrevjande grupper.

Det har i varierende grad lykkast å få desse nettverka/knutepunkta til å fungere tilfredsstillande, men alle nettverka har starta opp verksemda.

Helsedirektoratet vurderte dei regionale fagmiljøa i 2010, med grunnlag i ein statusrapport frå SINTEF Helse. Det er behov for å gjere ei ny vurdering av korleis tilbodet skal organiserast framover.

- Nettverka må utviklast slik at dei kan utføre oppgåvene sine i tråd med mandatet.

## **6. BRUKARMEDVERKNAD**

Brukarmedverknad som berande prinsipp er omtalt i kapittel 3.2.

### **6.1 STATUS**

Opptrappingsplanen har fokusert på å integrere eit grunnleggjande brukarperspektiv i tenestene.

Det er etablert eit regionalt brukarutval med representantar frå mellom anna organisasjonar innanfor psykisk helsevern. Brukarutvalet har ein rådgivande funksjon. Styringsdokumentet pålegg helseføretaka å bidra til aktiv brukarmedverknad gjennom eit eige brukarutval.

Det er òg etablert brukarutval ved nokre DPS.

Helse Vest fordeler årleg midlar til brukarorganisasjonar. For 2010 var det fordelt til saman 7,3 millionar kroner til 121 organisasjonar. Av desse midlane gjekk 3,77 millionar kroner til Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) i regionen og 766 000 kroner til enkeltorganisasjonar innanfor psykisk helsevern. Det er etablert lærings- og meistringssenter (LMS) i alle helseføretaka. Dei bidreg til å utvikle kunnskap hos pasientar og pårørande. Det er stort fokus på brukarmedverknad i utviklinga av tilboda frå LMS.

Sidan Helse Vest satsar på brukarmedverknad, blir det gjennomført ei rekkje brukarundersøkingar. Som ein del av kvalitetssatsinga i Helse Vest er det utvikla ein spørjemal som er i ferd med å bli implementert i IKT-systemet. Spørjemalen skal kunne nyttast til brukarundersøkingar av alle einingar i Helse Vest.

Det er òg gjort forsøk med å tilsetje brukar-/erfaringskonsulentar, mellom anna i Helse Stavanger.

### **6.2 UTFORDRINGAR**

Nasjonal strategigruppe II har mellom anna omtalt brukarmedverknad på følgjande måte: ”Brukernes og pårørendes erfaringskunnskap er likeverdig med den helsefaglige kunnskapen. Dette innebærer at både den enkeltes kunnskap om eget liv / livssituasjon og den oppsummerte brukererfaringen må tillegges betydelig vekt og integreres i det samlede kunnskapsgrunnlaget ved ethvert behandlingsopplegg. Det betyr ikke at den ene kunnskapen skal erstatte den andre og heller ikke at den faglige ansvarlige fritas for sitt ansvar for å gi forsvarlig behandling.”

Reell brukarmedverknad er eit samvirke mellom kunnskapsdeling og avgjerdsdeling.

Det må leggjast til rette for

- at brukarmedverknaden blir sikra i planarbeid og ulike råd/utval før noko skal avgjerast
- at brukarundersøkingar blir gjennomførte og nytta som ein naturleg del av kvalitetsutviklinga – spørjemalen bør òg nyttast når han er implementert i IKT-systemet
- at brukarane blir tekne med på fleire arenaer, og at ulike modellar for brukarmedverknad blir prøvde
- at det blir lagt vekt på brukarstyrte tiltak og brukarinitierte prosjekt
- at alle tilsette har ei grunnleggjande haldning om at brukarmedverknad er eit berande prinsipp i all behandling
- at aktiv brukarmedverknad blir gjennomført i all klinisk behandling

## **7. UTDANNING, REKRUTTERING OG FORSKING**

### **7.1 UTDANNING OG KOMPETANSEUTVIKLING**

I den nasjonale opptrappingsplanen har det vore ein viktig intensjon å auke kompetansen til helsepersonellet innanfor psykisk helse, og ein vesentleg innsats har vore retta mot utdannings- og kompetansehevande tiltak. Det er mellom anna etablert ei tverrfagleg vidareutdanning innanfor psykisk helsearbeid for tilsette både i kommunane og spesialisthelsetenesta.

Helseføretaka i Helse Vest har etablert eit godt samarbeid med utdanningsinstitusjonane som det er viktig å vidareutvikle for å sikre gode utdanningsløp mellom anna for fagpersonell i spesialisering.

Det bør utviklast planar i helseføretaka og i institusjonane for å kunne dekkje dei framtidige kompetansebehova. Planane bør omfatte kartlegging av noverande og framtidige behov og tiltak for å dekkje dei. Tiltaka bør omfatte både utdanning, kompetanseheving og rekruttering.

Vidareutvikling av medarbeidarane er viktig både for å betre kompetansen og for å oppnå eit stabilt fagmiljø. Nyttige verktøy er mellom anna kompetanseportalen, e-læring og pedagogiske metodar som ferdigheitstrening.

Kompetanseutveksling med dei omliggjande kommunane bør òg vere eit viktig satsingsområde.

Innanfor barne- og ungdomspsykiatrien er Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) ein viktig samarbeidspart.

RBUP er ikkje ein del av Helse Vest eller føretaksstrukturen. Primæroppgåvene til RBUP er kunnskaps- og kompetanseutvikling gjennom utdanning, undervisning, forskings- og utviklingsarbeid og informasjonsverksemd. Målgruppene er tenesteytarar i kommune- og spesialisthelsetenesta.

RBUP er ein nær samarbeidspart for helseføretaka når det gjeld kompetanseutvikling innanfor barne- og ungdomspsykiatrien.

## 7.2 REKRUTTERING

Det er særleg mangel på spesialistar innanfor barne- og ungdomspsykiatri og vaksenpsykiatri. Til ein viss grad er det òg mangel på psykologspesialistar. Det er ei utfordring å sikre nok ressursar slik at den menneskelege relasjon kan vere ein aktiv faktor i den daglege behandlinga og miljøterapien.

Det er ei stor utfordring å rekruttere og halde på viktige faggrupper innanfor psykisk helsevern. Helseføretaka arbeider jamleg med rekruttering og kompetanseoppbygging.

Dette er samtidig eit nasjonalt problem.

Ein plan for utdanning og rekruttering, som er nemnt under punkt 7.1, vil vere vesentleg for systematisk å kunne møte rekrutteringsutfordringane. Det må etablerast eit regionalt forpliktande arbeid knytt til å utdanne barne- og ungdomspsykiatrar. Det er ikkje mogleg å byggje ut tilbodet til barn og unge utan fleire barne- og ungdomspsykiatrar. Helse Vest har teke initiativ til eit regionalt prosjekt for å rekruttere spesialistar (lege/psykolog), særleg retta mot legespesialistar innanfor BUP-feltet.

## 7.3 FORSKING

Det er behov for meir kunnskap om psykiske lidingar, og diagnostisering og behandling av psykiske lidingar må skje på eit kunnskapsbasert grunnlag. Det blei tidleg teke initiativ til eit forskingsprogram på området i Helseregion Vest.

Det regionale samarbeidsorganet mellom Helse Vest RHF og universiteta vedtok i 2005 å leggje ei strategisk forskingssatsing inn mot området psykisk helse. Dette blei gjort med utgangspunkt i utgreiinga "Forskningsprogram for psykiatri og psykisk helse" frå 2004.

Samarbeidsorganet oppretta tre regionale nettverk for klinisk forskning innanfor angst, psykose og stemningslidningar. Nettverka er forankra i helseføretaksstrukturen. Samarbeidsorganet har utarbeidd retningslinjer og mandat for nettverka, der det mellom anna står:

"Nettverkene må forankres i aktive, kliniske miljø. Det regionale samarbeidsorganet er spesielt opptatt av at nettverkene skal generere god forskning."

Regionalt forskingsnettverk for psykose er forankra i Helse Stavanger HF, Regionalt forskingsnettverk for angst og Regionalt forskingsnettverk for stemningslidningar er forankra i Helse Bergen HF. Alle nettverka har leiing, styringsgruppe og ekspertgruppe i tillegg til nettverksmedlemmer. Tildelinga i 2011 til nettverka viser at kvaliteten på søknadene er høg, og at han blir stadig høgare.

Denne satsinga viser òg igjen på prosentdelen av dei søkbare forskingsmidlane i Helse Vest som går til psykisk helse. Det er mange søknader innanfor psykisk helse. Forskningsrådet peiker på at det i opptrappingsperioden har vore ein kraftig auke av forskingsmidlar til det psykiske helsevernet samla sett. Det har vore ein relativt sett langt større vekst i forskingsmidlar innanfor psykiatri/psykologi enn innanfor klinisk medisin. Dei regionale helseføretaka har òg styrkt sin del av forskingsmidlane. Det må framleis satsast sterkt på forskning innanfor psykisk helse.



Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefagleg forskning (NSG) har peikt ut tre nasjonale satsingsområde innanfor forskning, og eitt av dei er alvorlege psykiske lidingar (2009). NSG har òg vedteke ein handlingsplan for dobbeltkompetanse (kombinert spesialist- og forskarkompetanse). Handlingsplanen er send til dei regionale samarbeidsorgana til operasjonalisering.

Det er viktig å halde fram arbeidet med å styrkje forskinga innanfor psykisk helse og forskingsbasert kunnskap i klinisk praksis.

## **7.4 NASJONALE FAGLEGE RETNINGSLINJER**

Det er utarbeidd følgjande nasjonale retningslinjer:

- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, 2009, IS-1561
- Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, 2008, IS-1511
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, 2010, IS-1701

Det er under utarbeiding nasjonale retningslinjer for behandling av ikkje-afektive psykoselidningar (også schizofreni), for behandling av rusmiddelavhengigheit og psykiske lidingar (samansette lidingar), for behandling av gravide i LAR og oppfølging av LAR-familiar fram til skulealder, for behandling av bipolare lidingar, for avrusing og for utgreiing og behandling av spiseforstyrningar. Nasjonale retningslinjer må nyttast til å leggje til rette for meir standardiserte opplegg for utgreiing og behandling basert på beste kunnskap.

## **8. OPPSUMMERING OG HOVUDPRIORITERINGAR**

Psykisk helsevern er eit prioritert område både nasjonalt, regionalt og lokalt. Forslag til ny regional plan for psykisk helse vidarefører intensjonane i opptrappingsplanen for psykisk helse og dei føringane som til no er komne fram i samhandlingsreforma.

Målet er å styrkje evna den enkelte har til å meistre sitt eige liv.

Verkemiddelet er kunnskapsbaserte, kvalitativt gode og heilskaplege tenester som gjennom tidleg innsats hjelper pasienten med å bli uavhengig og sjølvstendig.

Når tenestene skal utviklast, må ein leggje vekt på organisasjon og leiing, samarbeid og samordning som sikrar at tenestene blir gitt til rett tid på rett stad og med god ressursutnytting.

### **Barn og unge**

Styrking av tilbodet til barn og unge blei gitt hovudprioritet i den førre planen. Helse Vest har likevel ikkje oppfylt måla om dekningsgrad og fullt ut vareteke den nye ventetidsgarantien for barn og unge. Barn og unge må såleis framleis ha høgaste prioritet.

Det er grunn til å leggje særleg vekt på dette. Det er aukande kunnskap om kor viktig den tidlege barndommen (også fostertida) er for seinare helse og evne til å meistre eige liv – ikkje berre for den seinare psykiske helsa, men òg for alvorleg somatisk sjukdom. Det er ei aukande

erkjening i mange land av at trygge og gode oppvekstvilkår for alle barn er grunnleggjande for å realisere overordna samfunns mål om større likskap i helse og levevilkår.

Tidleg hjelp – god tilgang og kapasitet og kvalitativt gode tenester – frå barne- og ungdomspsykiatrien er her viktig, både i form av tenester overfor kvart enkelt barn, kvar enkelt unge og kvar enkelt familie og indirekte gjennom samarbeid og rettleiing av andre som yter tenester overfor barn og unge.

- Barn og unge må få ei rask vurdering av behandlingsbehov og avklaring av prioritet. Ventetidene skal vere korte, utan fristbrot, med godt tilrettelagde pasientforløp med klart ansvar og utan gjentakande venting og uavklarte ansvarsforhold.
- Ventetidsgarantien for barn og unge mellom 0 og 22 år må oppfyllest.
- Kvaliteten på tenestene må styrkast gjennom m.a. bruk av beste kunnskap – både forskingsbasert, erfaringsbasert og brukarkunnskap.
- Overgangen frå barne- og ungdomspsykiatrien til vaksenpsykiatrien må sikrast på ein god måte.

### **Vaksne**

Mange pasientar får framleis ikkje hjelp på rett nivå. Fleire pasientar må få tilbod i DPS-a, og pasientar som først og fremst har behov for eit kommunalt tilbod, må få tilbod nettopp i kommunane.

Det krev framleis styrking av DPS-a med personell og kompetanse og utvikling av gode pasientforløp i nært samarbeid med dei kommunale tenestene. Sjukehusa må få meir spesialiserte oppgåver, og dei må støtte opp under og avlaste DPS-a når oppgåvene blir for krevjande.

Det er samtidig viktig at omlegginga i retning av meir bruk av dagtilbod og polikliniske og ambulerande tenester held fram.

Det må leggjast til rette for

- at alle tilvisingar skal gå til eit DPS, med mindre det er tydeleg at pasienten må utgreiast / få tilbod på spesialavdeling på sjukehusnivå
- at sjukehusa kan støtte DPS-a og ta på seg oppgåver som krev meir spesialisert kompetanse og betre fysiske rammer

Ei slik oppgåvefordeling må reflekterast i fordelinga av fagkompetanse og ressursar mellom DPS og sjukehus.

### **Avtalespesialistane**

Avtalespesialistane må integrerast betre i varetakinga av ”sørgje for”-ansvaret, og pasientane må prioriterast i tråd med nasjonale føringar. Det bør setjast som mål i perioden at

- alle avtalespesialistane har ein samarbeidsavtale med eit DPS

### **Redusert tvangsbruk**

Arbeidet med å redusere tvangsbruk må styrkjast. Det blir her vist til at det er laga ein eigen plan for redusert og rett tvangsbruk.

### **Eldre og psykiske lidingar**

Tilbodet til eldre med psykiske lidingar må styrkjast ved DPS-a. Det bør i større grad nyttast ambulerande tenester i nært samarbeid med kommunane.

### **Psykiske lidingar og rusmisbruk**

Det er viktig at pasientane blir kartlagde for rusmisbruk, og at pasientar som har behov for det, møter eit integrert og samanhengande tenestetilbod som tek omsyn til den psykiske lidinga og rusproblemet.

### **Kapasiteten innanfor sikkerheitspsykiatrien**

Med optimal drift av dei ti regionale sikkerheitsplassane reknar ein kapasiteten som god nok. Helse Bergen må vurdere å utvide den lokale sikkerheitsavdelinga.

### **Brukarmedverknad**

Brukarmedverknad må vere eit berande prinsipp både på system- og individnivå. Brukarkunnskap og brukarerfaring må inngå både i vurderinga av behandlingstilbodet for den enkelte og i utviklinga av tenestetilbodet.

### **Rekruttering**

Rekruttering og kompetansebygging er sentrale oppgåver i alle helseføretaka. Over tid har det vore størst vanskar med å rekruttere legespesialistar/psykiatrar, særleg barne- og ungdomspsykiatrar. Det er sett i gang eit eige regionalt prosjekt for å sikre god rekruttering av legespesialistar til barne- og ungdomspsykiatrien.

### **Forsking**

Det er viktig å satse meir på forsking innanfor psykisk helse. Klinisk praksis må framleis styrkjast gjennom meir forskingsbasert kunnskap. Forsking vil kunne vere ein viktig del av kvalitetssikringa av utgreiing og behandling i helseføretaka.