

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 18.04.2016
SAKSHANDSAMAR: Carina Paulsen Mæland og Hans K. Stenby
SAKA GJELD: **Mål på aktivitet i psykisk helsevern - barn og unge og voksne**

ARKIVSAK: 2015/2205
STYRESAK: **067/16**

STYREMØTE: **04.05. 2016**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tar saka til orientering.
2. Styret i Helse Vest ber om at saka blir oversendt helseføretaka til behandling i styra.

Oppsummering

I saka blir ulike mål og sider ved verksemda i psykisk helsevern, både i helseføretaka og dei private ideelle institusjonane drøfta.

Det blir gjort greie for ulike mål og indikatorar på aktiviteten innan psykisk helsevern i helseføretaka, og i dei private ideelle institusjonane. Det er henta inn data for barn, unge og vaksne.

Tala viser at det er forskjellar mellom helseføretak, innan helseføretak, mellom helseføretak og private institusjonar og mellom private institusjonar. Det avspeglar m.a. at tenestene er litt ulikt organisert. Det kan også vere uttrykk for at ressursane blir nytta ulikt og nokon har klart å organisere tenestene på ein betre måte. Det er likevel vanskeleg å trekke klare konklusjonar sidan det er usikkert om det er same oppgåver som blir samanlikna.

Data i denne saka er langt betre til å følgje utviklinga i den enkelte eining over tid, enn til å gjere samanlikningar på tvers.

Tala i psykisk helsevern korrigerer ikkje for pasientsamansetning, slik dei gjer i somatikken. Tala er dermed ikkje egna til å samanlikne einingar med svært ulikt tenesteinnhald. Utviklinga over tid og samanlikning mellom einingar med lik profil kan tala likevel seie noko om.

Årsverk per 10 000 innbyggjar i psykisk helsevern for barn og unge har dei siste åra auka og helseføretaka har nærma seg kvarandre. Det er mindre variasjon i 2014 på ressursinnsats i bustadområda enn det var i 2010.

Aktiviteten i psykisk helsevern for barn og unge har auka, men det er framleis variasjonar mellom poliklinikkane.

I 2014 kosta i gjennomsnitt kvar polikliniske pasient i psykisk helsevern for barn og unge 47 000 kroner. Det er store skilnader i kostnad per polikliniske pasient i BUP-ane i Helse Vest. Kostnad per polikliniske pasient varierer i Helse Vest frå 19 prosent over landsgjennomsnittet på Betanien BUP, til 33 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Førde.

I DPS-a er det store skilnader på tal årsverk og tal døgnplassar per 10 000 innbyggjarar. Det er også store skilnader i kostnad per døgnopphald. Solli DPS har en kostnad på om lag 150 000 kroner per døgnopphald, medan Helse Bergen har ein kostnad på over 250 000 kroner. Kostnad per døgnopphald heng saman med personellinnsats, og kor mange dagar pasientane ligg inne. Helse Bergen har mellom anna regional sikringspost med lang liggjetid og høy personellinnsats.

Kor lenge pasientane er innlagde varierer frå underkant av 14 dagar på Jæren og Solli DPS, til nesten 27 dagar på Voss DPS.

Det er store skilnader på kostnad per polikliniske pasient vaksne, og konsultasjonar per fagårsverk.

Det må arbeidast vidare med å avdekke variasjon i tenestetilbodet og ressursbruken innan psykisk helsevern som ikkje er fagleg grunna.

Her må m.a. tenkinga frå pakkeforløpa for kreft nyttast til systematiske gjennomgang av tilbodet med sikte på å standardisere tilbodet der det faglege grunnlaget ligg til rette for det, jf arbeid som er starta nasjonalt og regionalt.

Ei slik standardisering må balanserast mot brukarval og individuell tilpassing.

Det er også viktig at systemet med avansert oppgåveplanlegging blir tatt i bruk av alle institusjonane og nyttast fullt ut for å sikra ein god bruk av ressursane i poliklinikkane.

Å sikre god ressursbruk vil også vere eit sentralt tema i revidering av den regionale planen innan psykisk helsevern som vil bli starta hausten 2016.

Fakta

Styret i Helse Vest har ønska ein utgreiing av produktivitet innan psykisk helsevern i helseføretaka og hos dei private ideelle, jf. sak 137/14. Sidan eit einseitig fokus på produktivitet vil ha avgrensa verdi, er det i saka sett på ulike mål og sider ved verksemda i psykisk helsevern, både i helseføretaka og dei private ideelle institusjonane.

Alle data er henta inn frå Samdata-rapport 2014, og rapporten «Distriktpsikiatriske tenester – Driftsindikatorar for distriktpsikiatriske sentre 2014».

Kommentarar

1. Mål på aktivitet i psykisk helsevern

Mål for tilbodet i psykisk helsevern er å auke pasientane sin evne til eigenmestring og eit sjølvstendig liv. Det er vanskeleg å få direkte mål på dette, sjølv om funksjonsnivå gjerne blir målt ved inn- og utskriving og det blir gjort pasienterfaringsundersøkingar.

Aktiviteten i psykisk helsevern blir målt ved ventetider, prosentvis vekst i aktivitet, kostnader og årsverk, jf. den «gylne regel». I årleg melding for 2015 har det i Helse Vest vore ein større vekst i aktivitet innan psykisk helsevern og ventetidene er lågare enn i somatikk. Det har likevel vore ein lågare vekst i kostnadar og årsverk. Dette kan dels forklarast med omlegging av verksemda frå døgnopphald til meir poliklinisk og ambulant verksemd.

Produktivitet har vore målt ved å sjå på ulike typar aktivitet målt mot ressursbruk. Det har tidlegare vore nytta tal konsultasjonar pr. fagårsverk i poliklinikkane. Dersom tal konsultasjonar blir delt på fagårsverk i poliklinikken og arbeidsdagar gir det i snitt eit lågt tal konsultasjonar pr. fagårsverk pr. dag. Dette er problematisert fleire gonger. Utfordringa er at

ikkje all pasientretta aktivitet blir målt og mykje av aktiviteten i poliklinikkane går til kurs og opplæring av nye medarbeidarar og møte med samarbeidspartar. Den ønska utviklinga med meir ambulante tenester betyr at meir tid går til reising. Det er også ei utfordring at gruppebehandling gir mindre utteljing. Ei gruppe på 8 pasientar vil f.eks. berre reknast som ein konsultasjon.

Eit anna mål på produktivitet kan vere kor mange døgnopphald eller liggedøgn som blir generert innan ei ressursramme. Det er ikkje noko godt mål sidan det ikkje er ønskjeleg å stimulere til meir bruk av døgnopphald eller liggedagar. Tvert om skal ressursane omdisponerast frå døgn til dag, poliklinikk og ambulant verksemd.

Samanlikning mellom einingar og institusjonar er av denne grunn også utfordrande. Her kjem i tillegg at pasientgruppene og oppgåvene kan vere ulike. Innretninga og profilen på tilboda kan også vere ulik utan at det er mogeleg å seie kva som er best. Er det til dømes best å bruke mykje ressursar pr. dag men ha korte opphald eller motsett?

Data i denne saka er langt betre til å følgje utviklinga i den enkelte eining over tid, enn til å gjere samanlikningar på tvers. Data som her blir vist kan mellom anna brukast til å finne ut på kva område det er mest å vinne ved å gjera samanlikningar på tvers, men då supplert grundig for å finne ut kor mykje av påviste forskjellar som er reelle, og kor mykje som skuldast ulik oppgåvedeling, evt. ulik befolkningsmansetning i opptaksområdet.

Jæren DPS har m.a. fleire ressursar pr. innbyggjar, 18 år og eldre, enn Sola DPS. Ein forklaring på det er at Jæren DPS tar DPS-pasientar men også dei fleste sjukehusoppgåvene for eige område og Dalane-regionen. Samstundes er det Helse Stavanger som bestemmer kva oppgåver og kor mykje ressursar dei legg til Sola DPS.

Det har vore eit mål å flytte ressursar ut og bruke ein større del av ressursane i DPSa enn i sjukehusa. I overkant av 50 % av ressursane i psykisk helsevern er no i DPSa. Det varierer litt mellom føretaka.

Kor godt det lykkast å involvere og samarbeide med kommunane og andre instansar vil også ha konsekvensar for ressursbruken i spesialisthelsetenesta.

Ein stor del av liggedøgn i psykisk helsevern, særleg i sjukehusa, går til ei lita gruppe pasientar som brukar mykje tenester både i kommunane og spesialisthelsetenesta.

Det går føre seg eit arbeid med å lage DRGAR for verksemda i poliklinikkane i psykisk helsevern på same måte som i somatikken. Arbeidet har gått føre seg over lang tid og syner kor vanskeleg det er å lage standardiserte/gjennomsnitts mål på kor mykje som blir kravd av ressursar for ulike oppgåver knytt til utgreiing og behandling av ulike psykiske lidningar.

Det er sett som mål at dette skal innførast tidligast frå 2017.

Elles er arbeidet med innføring av avansert oppgåveplanlegging eit viktig tiltak for å sikre god bruk av ressursane i poliklinikkane.

2. Utviklinga i psykisk helsevern 1998-2014

Psykisk helsevern er det fagområdet som har vore gjennom den største omlegginga av verksemda frå start av opptrappingsplanen i 1999 og fram til no.

Tilbodet innan psykisk helsevern vert gitt i sjukehusavdelingar, DPS og hos avtalespesialistar. Sjukehusavdelingane skal ta i vare meir spesielle og krevjande oppgåver mens DPS-a skal handtere meir allmenne tenester.

Det har i mange år vore ei politisk målsetjing å flytte aktivitet frå sjukehus til DPS, og frå døgn til polikliniske og ambulante tenester. For perioden 1998-2014 har ein kome langt på veg i å oppnå ei slik endring.

Det er utvikla ein gjennomgåande DPS-struktur der alle innbyggjarane/kommunane er knytt til eit DPS. Over 50 % av ressursane i psykisk helsevern er no i DPSa. DPSa yter døgntenester, (også med brukarstyrte senger), dag- og polikliniske tenester og har alle utvikla ambulante tenester.

Det betyr at ressursar og kompetanse i stor grad er flytta ut nær pasientane og kommunane. Det gjer det mogeleg å yte tidlig hjelp i nært samarbeid med brukarane og kommunane.

Liggetida er i snitt redusert frå 66 døgn i 1998 til ca. 20 døgn i 2014 for heile landet. Liggedøgn er redusert frå 1,9 mill. til 1,1 mill. i same periode. Talet på polikliniske konsultasjonar er tredobla.

Ventetida er redusert og kompetansen auka. Kunnskapsgrunnlaget er blitt betre m.a. som følgje av satsinga på forskning.

Innan barne- og ungdomspsykiatrien er det utvikla lokale poliklinikkar. Desse utgjer hovuddelen av verksemda. For barn og unge har dei polikliniske og ambulante tenestane auka kraftig. Få pasientar blir innlagt.

Sjølv om kompetansen innan psykisk helsevern er auka, spesielt i DPSa er det fortsatt noko ulik arbeidsdeling mellom sjukehusa og DPSa i helseføretaka.

3. Talgrunnlag

I psykisk helsevern finns ikkje standardiserte aktivitetsmål som korrigerer for pasientsamansetnad, slik det gjer for somatikk. Indikatorar for kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern er laga med utgangspunkt i uvekta aktivitetsmål som pasientar, opphald, opphaldsdøgn og konsultasjonar. Desse indikatorane er ikkje egna til å samanlikne einingar med svært ulikt tenesteinnhald. Oppgåvedeling og pasientgrunnlag i føretaka og DPS-a vil ha betydning for nivået på produktivitetsindikatorane. Tala kan likevel

seie noko om produktivitets- og kostnadsforskjellar i føretak med tilnærma lik pasientsamansetnad og behandlingsprofil. Tala kan og seie noko om utviklinga over tid i kvart enkelt føretak eller privat institusjon.

Produktivitet vert uttrykt som forholdet mellom ressursinnsats, målt ved kostnad eller årsverk, og aktivitet.

70 – 80 prosent av driftskostnadane i psykisk helsevern er knytt til lønn. Kostnadsindikatorane for døgnavdeling og poliklinikk vil avhenge av produktivitet og personellressurs i behandlinga og av kor omfattande behandling pasienten vert tilbydd.

Det er berre polikliniske konsultasjonar med refusjon som er tatt med i SAMDATA-tala. Gruppebehandling gir ikkje like mykje utteljing, og produktivitetstala kan bli lågare for dei poliklinikkane som driv mykje med gruppebehandling. Om det har stor påverknad på tala, er usikkert.

Det er få regionale funksjonar innan psykisk helsevern. Det er ei regional sikringsavdeling i Helse Bergen. Alle helseføretaka (med unntak av Helse Førde) har også lokale sikringseiningar på sjukehusnivå. Pasientane i desse avdelingane har kompliserte tilstandar, og ofte lengre liggjetid. Helse Bergen har også ein døgnpost med regional funksjon for personar med spiseforstyringar.

Sidan helseføretaka er kome ulikt langt i å flytte ressursar ut i DPS-a, vil dei oppgåvene som blir løyst på DPS-nivå vere noko ulike. Det same vil også til ein viss grad avspegle seg i høve til omlegging av verksemda frå døgnopphald til meir dag, poliklinikk og ambulant verksemd.

På mange av figurane står det Noreg totalt, og totalt. Begge syner tal totalt i landet.

4. Barn og unge

Tenestetilbodet til barn og unge blir fyrst og fremst gitt i poliklinikkar, som dagtilbod, ambulant verksemd, og til ein viss grad i døgneiningar. Det er berre 3,7 prosent som får døgnbehandling. BUP-ane er organisert som desentraliserte poliklinikkar i helseføretaka. Betanien BUP er einaste private BUP som har avtale med Helse Vest. Betanien BUP har ansvar for å gi spesialisthelsetenester til barn og unge i bydelane Fyllingsdalen og Laksevåg i Bergensområdet.

Årsverk og døgnplassar viser ressursinnsatsen i helseføretaksområda, helseføretaka og ved Betanien BUP. Årsverk er fordelt på bustadområde ut frå bruken av tenester.

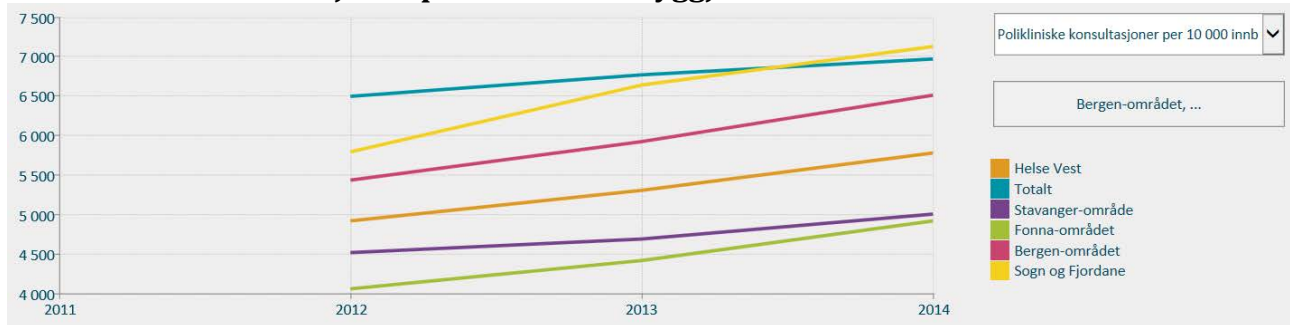
Årsverk totalt i psykisk helsevern per 10 000 innbyggjar (0-17 år)

Bostedsområde/pasientregion	Indeks	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Vest	Årsverk PHV-BU per 10 000 innb 0-17 år	20	27	27	28	29
Totalt	Årsverk PHV-BU per 10 000 innb 0-17 år	32	33	32	33	33
Stavanger-område	Årsverk PHV-BU per 10 000 innb 0-17 år	20	25	26	27	28
Fonna-området	Årsverk PHV-BU per 10 000 innb 0-17 år	24	28	27	27	27
Bergen-området	Årsverk PHV-BU per 10 000 innb 0-17 år	15	27	27	28	30
Sogn og Fjordane	Årsverk PHV-BU per 10 000 innb 0-17 år	30	34	29	31	29

Helse Vest har historisk sett hatt mykje mindre årsverk i psykisk helsevern for barn og unge enn landet totalt. Årsverka har dei siste åra auka kraftig, og skilnadane i regionen har blitt betydelig mindre. Tre av bustadområda har auka tal årsverk. Helse Vest ligg likevel under landsgjennomsnittet. Helse Førde låg tidlegare høgare enn dei andre.

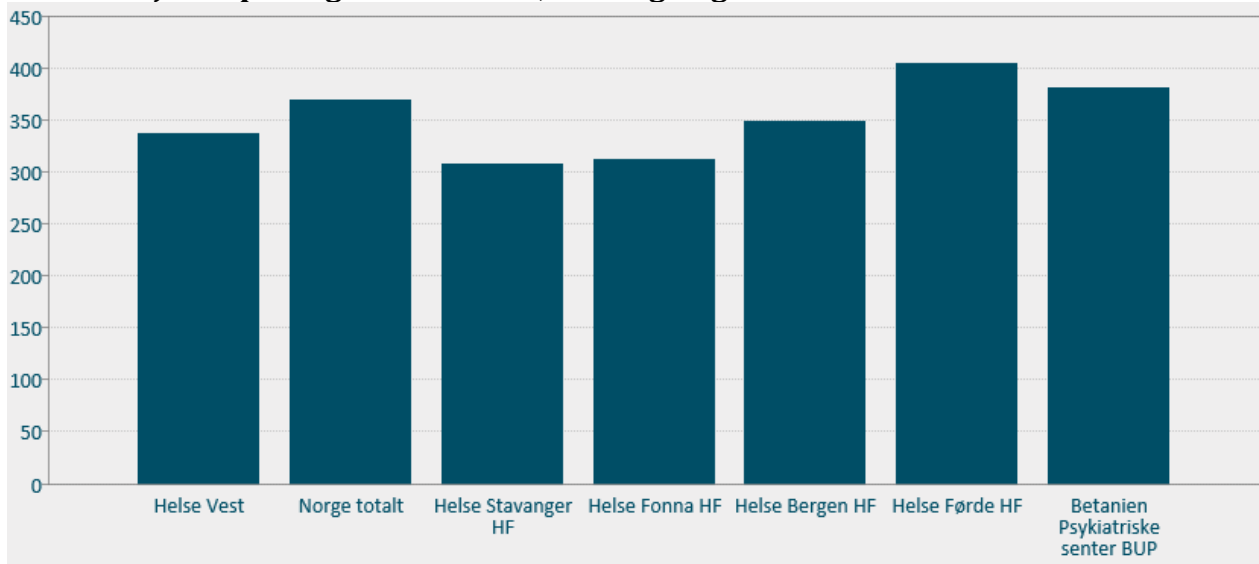
Polikliniske konsultasjonar per 10 000 innbyggjar viser bruken av tenestene til barn og unge.

Polikliniske konsultasjonar per 10 000 innbyggjar 0-17 år



Biletet viser utviklinga i behandlingsaktiviteten etter bustadområde. Alle bustadområda aukar aktiviteten, men det er store variasjonar i regionen. Behandlingsaktiviteten er mykje høgare i bustadområde i Sogn og Fjordane, enn i Fonna og Stavangerområdet. Helse Vest ligg under landsgjennomsnittet på behandlingsaktivitet.

Konsultasjonar per fagårsverk 2014, barn og unge



Stavanger-område og Sogn og Fjordane-område ligg tilnærma likt på årsverk per 10 000 innbyggjar, medan det er store skilnader på konsultasjonar per fagårsverk i dei ulike helseføretaka.

Kostnad per polikliniske pasient 2014, barn og unge



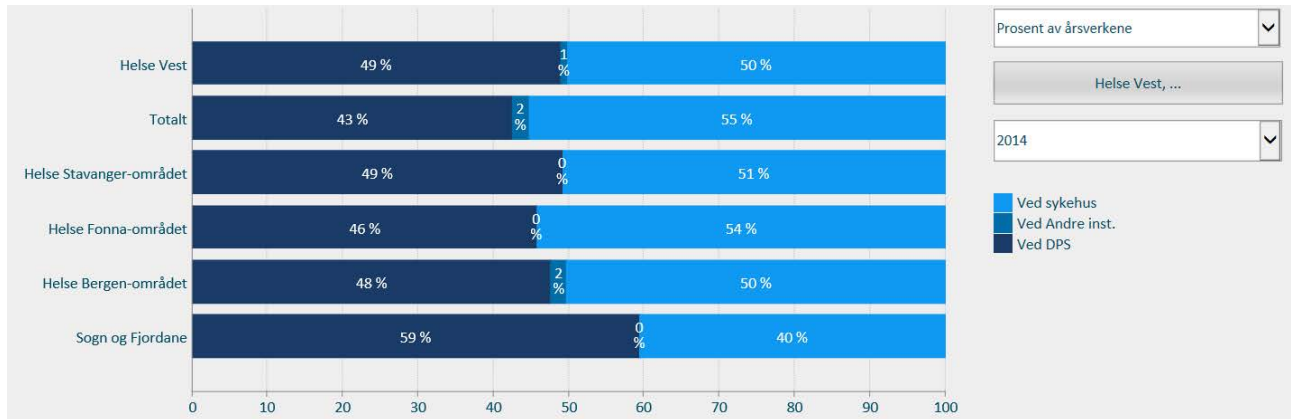
Kostnad per polikliniske pasient er avhengig av aktivitet og personellinnsats. I 2014 kosta i gjennomsnitt kvar polikliniske pasient i Noreg 47 000 kroner i psykisk helsevern for barn og unge. Kvar polikliniske pasient hadde i snitt 14 konsultasjonar der ein har krav på refusjon. Kostnad per polikliniske pasient i Helse Vest varierer frå 19 prosent over landsgjennomsnittet på Betanien BUP, til 33 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Førde. Betanien har ein spesialpoliklinikk som behandlar barn som forгриp seg på andre barn. Dette kan være med på å auke kostnadane.

5. Vaksne

Distriktpsikiatriske sentra (DPS-a) utgjør grunnstamma i det psykiske helsevernet for vaksne. DPS-a skal sørge for at pasientar har et desentralisert tilbod om utgreiing og behandling. DPS-a tilbyr polikliniske tenester, ambulante tenester, dagtenester, døgneiningar og akutttilbod gjennom døgnet, nokon i samarbeid med sjukehusa. I Helse Vest er det 18 DPS, kor 4 er private ideelle med avtale med Helse Vest. Sjukehusa har spesialiserte avdelingar.

Årsverk og døgnplassar seier noko om ressursinnsats i psykisk helsevern for vaksne. Dei neste to figurane seier noko om kor langt helseføretaka har kome i å flytte aktivitet frå sjukehus til DPS.

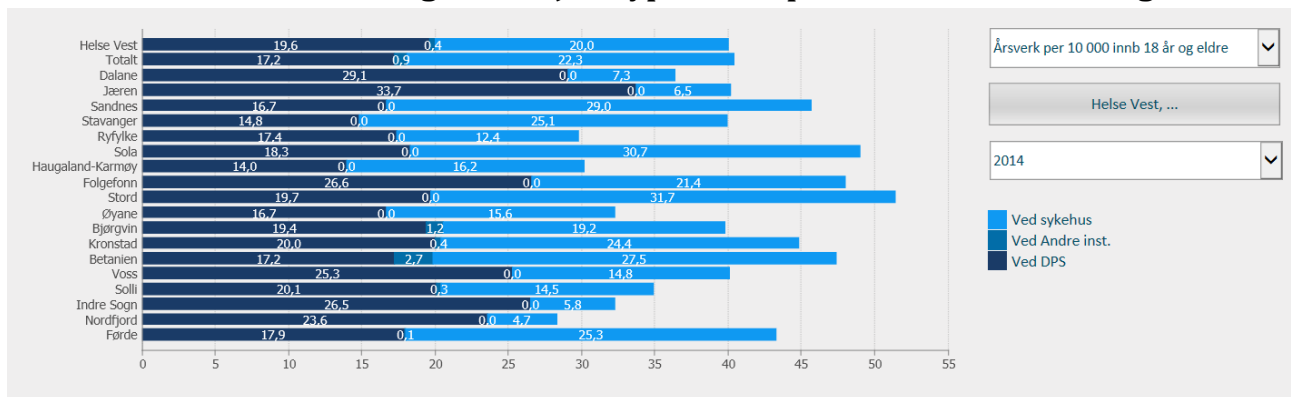
Årsverk etter helseføretaksområde og institusjonstype, prosent av årsverk



Biletet viser kor langt helseføretaksområda har kome i å flytte aktivitet frå sjukehus til DPS. Helse Vest har kome lengre enn landet totalt. Det er større skilnader innan DPS-områda, enn det er i helseføretaksområda.

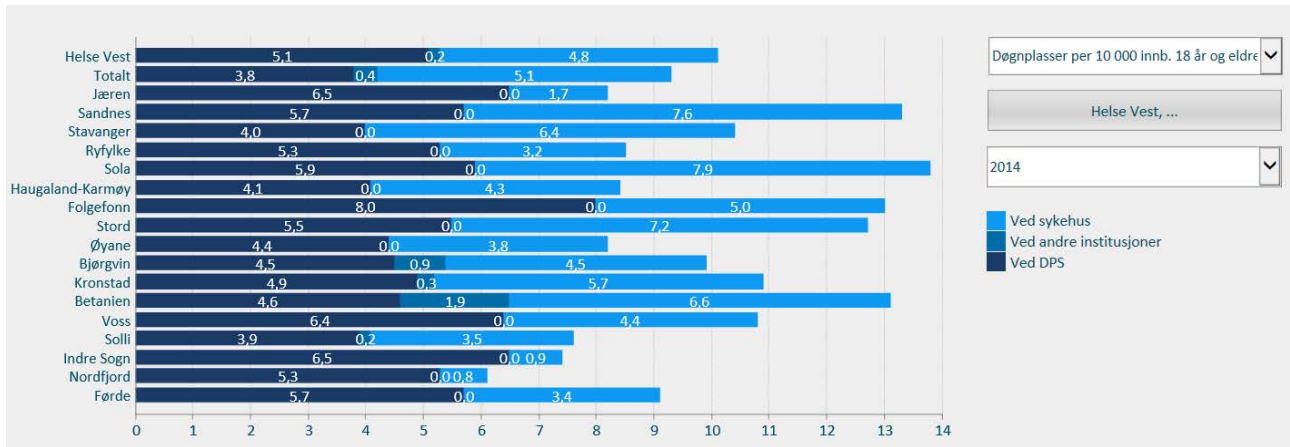
Dei private DPS-a som Helse Vest har avtale med, blir talde med i dei aktuelle føretaksområda.

Årsverk etter DPS-område og institusjonstype - Rate per 10 000 innb. 18 år og eldre



Tala viser at det er store skilnader i dekningsgrad i DPS-områda i same helseføretaksområde, målt ved årsverk per 10 000 innbyggjar. Nokre DPS-område er langt på veg sjølvforsynt med tenester frå eige DPS. I andre DPS-område er aktiviteten ved DPS såpass låg, at desse neppe kan dekke dei funksjonane det er ønskjeleg at eit DPS skal dekke. Stavanger DPS har lågast bemanning med 14 årsverk per 10 000 innbyggjar, medan Jæren DPS har 33,7 årsverk per 10 000 innbyggjar. Jæren DPS har sjukehusfunksjonar på sitt DPS.

Døgnplassar etter DPS-område og institusjonstype – Rate per 10 000 innb. 18 år og eldre

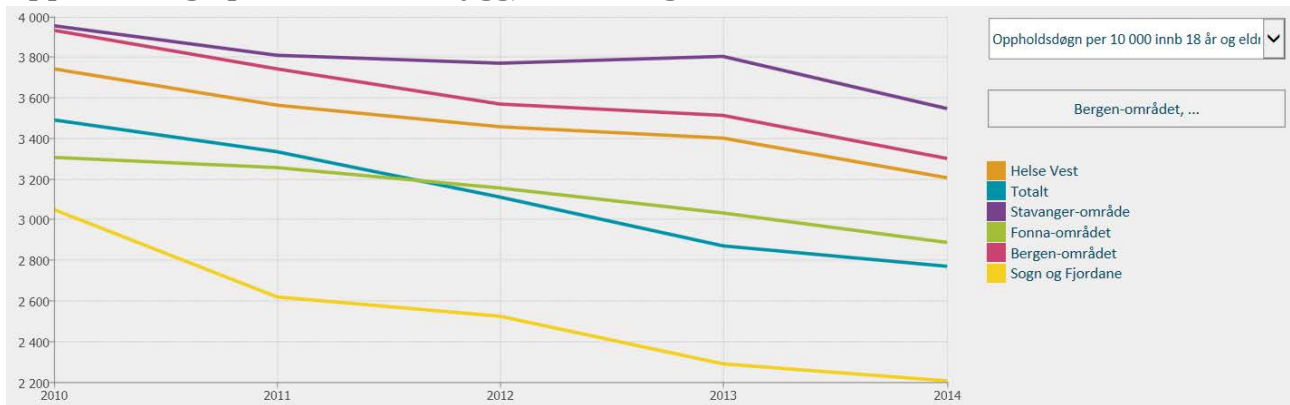


Folgefonn DPS har 8,0 døgnplassar per 10 000 innbyggjar i DPS, medan Solli DPS har minst med 3,9 døgnplassar. Skilnadane kan mellom anna skuldast ulik profil, meir satsing i poliklinikk og ambulant verksemd.

Bruken av tenestene, i form av opphaldsdøgn og polikliniske konsultasjonar varierer i dei ulike bustadområda.

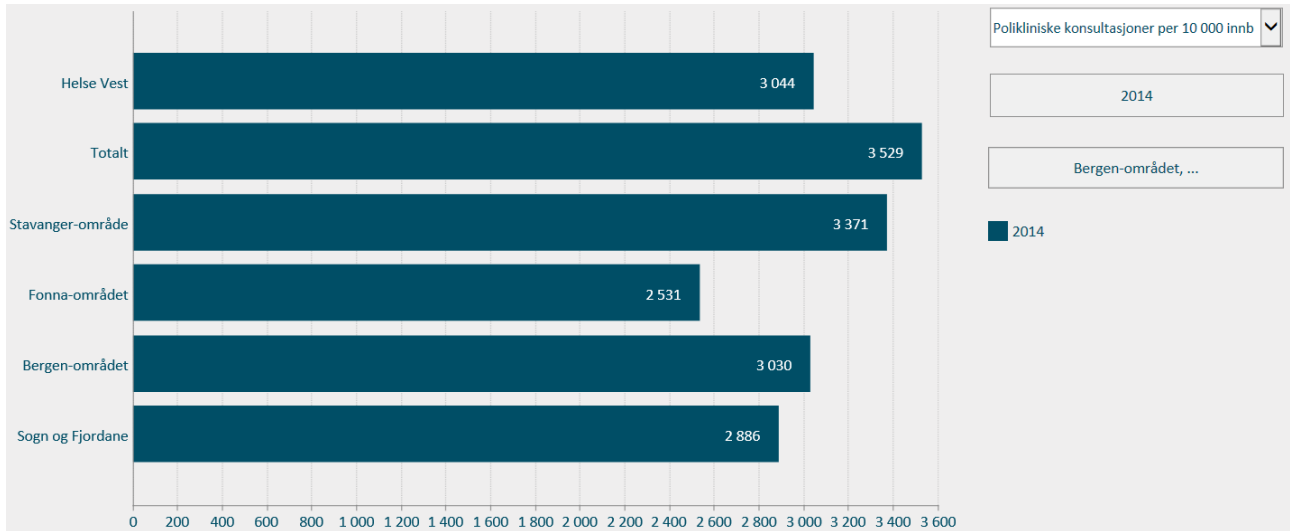
Tala i dei to tabellane nedanfor er berekna av Samdata basert på tal over befolkninga sin bruk av tenestene.

Opphaldsdøgn per 10 000 innbyggjar 18 år og eldre



Biletet viser at det i tråd med nasjonale føringar har vore ein nedgang i bruken av opphaldsdøgn i alle bustadområda. Helse Vest ligg likevel høgare en gjennomsnitt i landet. Stavanger-området ligg høgast per 10 000 innbyggjar.

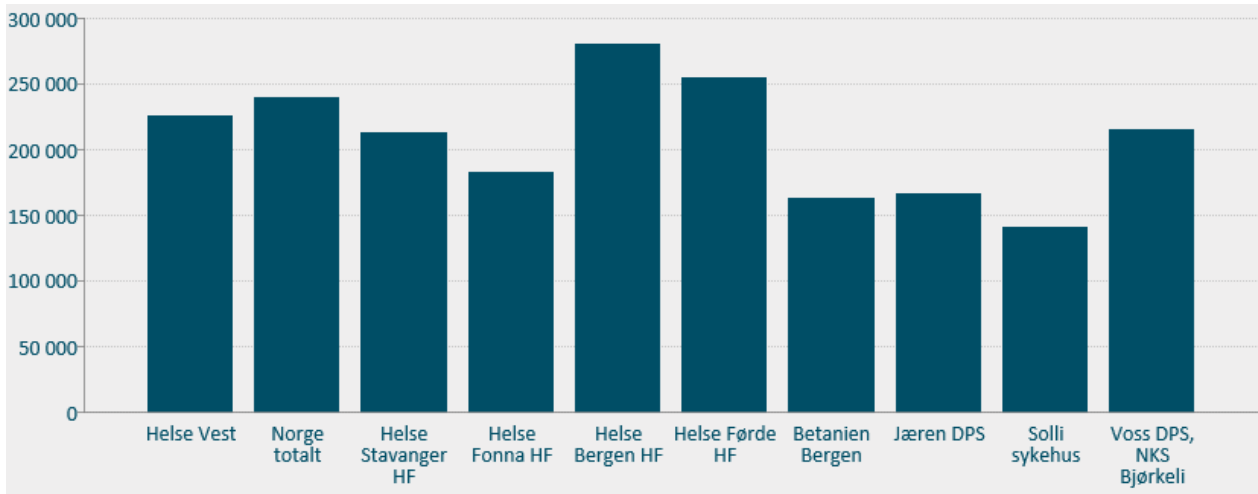
Polikliniske konsultasjonar per 10 000 innbyggjar 18 år og eldre



Det er stor variasjon i polikliniske konsultasjonar per 10 000 innbyggjar i bustadområda. Helse Vest har mindre utbygde polikliniske tenester enn landet totalt.

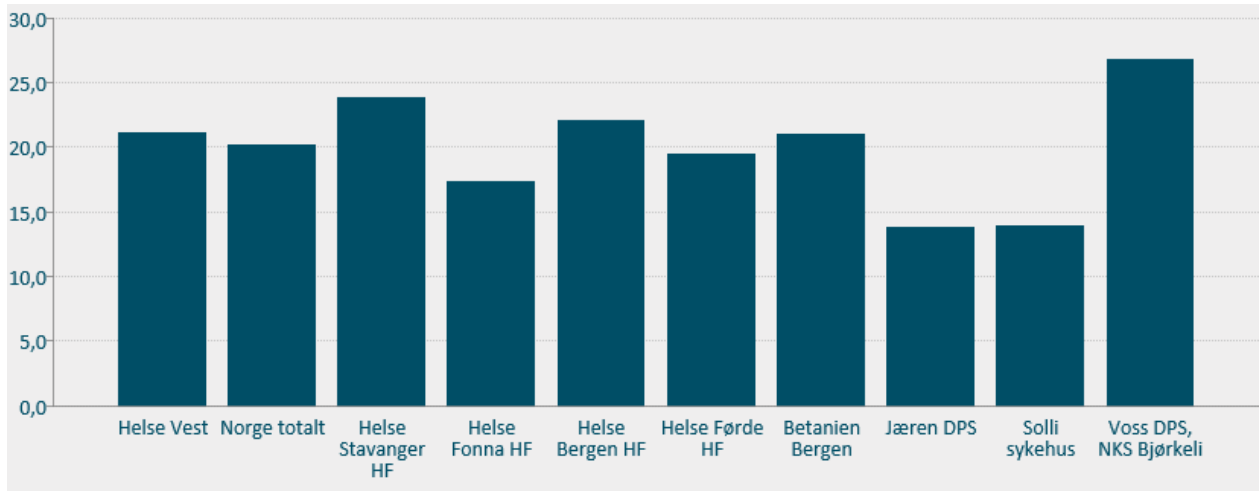
Det er viktig å presisere at konsultasjonane hos avtalespesialistane ikkje er medrekna her. Deira del vil utgjere i størrelsesorden 25 til 30 % av alle konsultasjonane.

Kostnad per døgnopphald 2014



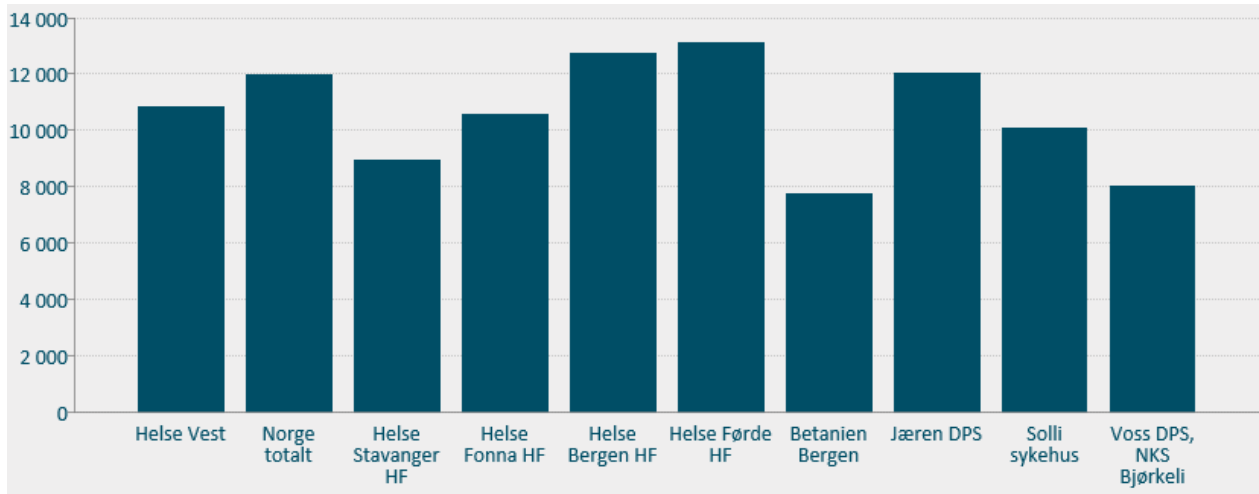
Tala syner store skilnader på kostnad per døgnopphald. Eit døgnopphald er tal døgn pasienten er innlagt. Forklaringa er mellom anna at helseføretaka har sjukehusfunksjonar i tillegg til DPS funksjonar, noko som gjer kostnadane høgare. Helse Bergen har til eksempel regional sikringspost. Voss DPS ligg høgt på opphaldstid, og får dermed høge kostnader per døgnopphald.

Døgnavdeling, gjennomsnittleg opphaldstid 2014



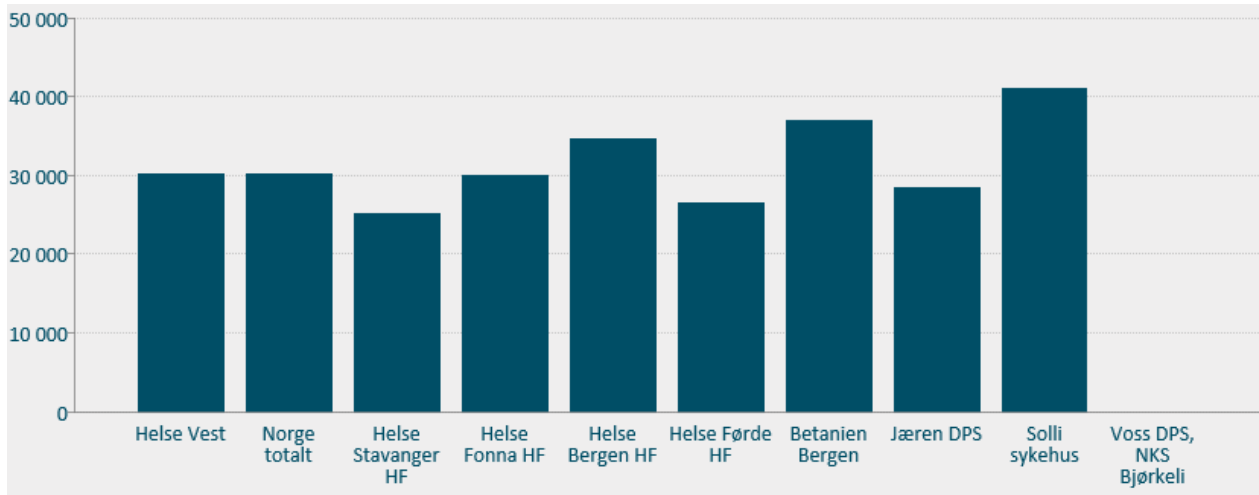
Lengda på opphaldstida varierer både i helseføretaka og i dei private DPS-a. Når ein ser på dei private ideelle DPS-a har Jæren DPS og Solli DPS i underkant av 14 dagar gjennomsnittleg liggjetid, medan Voss DPS har opp imot 27 dagar gjennomsnittleg liggjetid. Voss DPS er under omstilling, og har sidan 2014 redusert tal sengeplassar, og utvida ambulant verksemd. Voss DPS overtek i 2016 poliklinikkfunksjonane, som til no har vore organisert i Helse Bergen.

Kostnad per opphaldsdøgn 2014



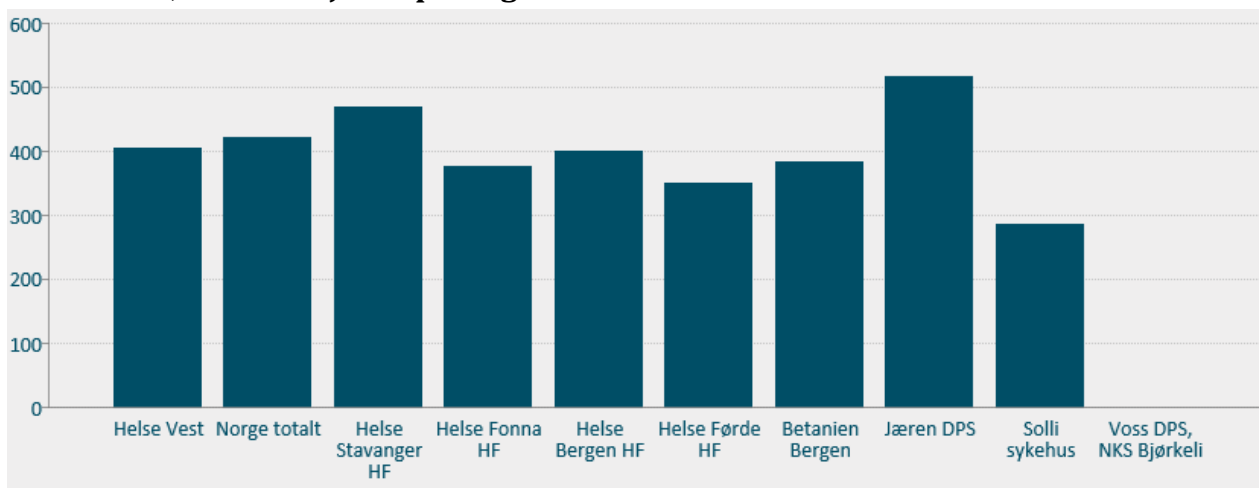
Kostnad per døgn er avhengig av personell- og behandlarfaktor. Eit opphaldsdøgn er per døgn. Kostnadar per døgn blir då høgare på sjukehus og i spesialavdelingar som har meir personale og større behandlarinnsats. Helse Stavanger har likevel lågare kostnad per døgn enn fleire av dei private ideelle DPS-a.

Kostnad per polikliniske pasient



Den samla gjennomsnittlege kostnaden per polikliniske pasient ligg på 30 000 kroner for vaksne. Helse Stavanger ligg lågare på kostnader per polikliniske pasient, enn dei som berre har DPS- funksjonar. Voss DPS hadde i 2014 ikkje polikliniske tenester organisert i sitt DPS, det vart organisert i Helse Bergen. Kostnad per polikliniske pasient heng saman med personellproduktivitet og kva type pasientar som blir behandla poliklinisk. Ei forklaring på høg kostnad pr. poliklinisk pasient på f.eks. Solli DPS kan vere at dei er kome langt i å erstatte døgntilbod med dag- og polikliniske tilbod, jf. at dei har få døgnplassar.

Poliklinikk, konsultasjonar per fagårsverk 2014



Ser ein på konsultasjonar per fagårsverk, ligg Jæren DPS og Helse Stavanger over landsgjennomsnittet, medan dei andre ligg under. Det er igjen store skilnader innan regionen, frå under 300 konsultasjonar per fagårsverk på Solli DPS, til over 500 konsultasjonar per fagårsverk på Jæren DPS. Stor gruppeaktivitet ved Solli DPS kan her slå ut, jf. at gruppetilbod berre blir rekna som ein konsultasjon.

Vurdering

Saka viser at det er stor variasjon i tenestetilbodet målt på ulike indikatorar.

Psykisk helsevern er kome langt i å utvikle desentrale og nære tilbod. Det legg grunnlag for å møte pasientane tidleg med god kompetanse. Det legg også grunnlag for tett samarbeid med kommunane og andre instansar som er viktig for å gi pasientane eit heilskapleg tilbod som understøttar evna til eigenmeistring.

Det er fortsatt eit mål å desentralisere tenestetilbodet, men det kan vere viktig med samarbeid og ei viss spesialisering på DPS-a også. Det er viktig å utvikle nye arbeidsformer og understøtte kommunale tenester.

Samdata-tala viser at regionen fortsatt ligg litt høgt på døgnbehandling og har eit potensiale for meir polikliniske/ambulante tenester. Helseføretaka har også kome ulikt langt i å bygge ut tenestene i DPS-a.

I fleire av føretaka er det etablert oppsøkkande team i samarbeid med kommunane (ACT/FACT). Tilbod om konsultasjonar ved bruk av telemedisin/helsenettet er også under utprøving.

Tala gir elles ikkje grunnlag for å trekke klare konklusjonar om kva innretning og organisering av tenestetilbodet som gir best helsegevinst for pasientane og samtidig god utnytting av ressursane. Tala gir likevel grunnlag for å stille spørsmål ved verksemda i dei ulike institusjonane.

Den variasjon som tala viser kan vere uttrykk for at oppgåvene er ulike eller at like oppgåver blir løyst ulikt. Det siste kan avspegle at kunnskapsgrunnlaget ikkje er godt nok.

I Nasjonal helse- og sjukehusplan er det tatt til orde for at tenkinga frå pakkeløp innan kreftbehandling også kan nyttast innan psykisk helsevern slik danskane har forsøkt.

Kan det utviklast meir intensive utgreiings- og behandlingløp som kan snu uheldig utvikling raskare og gi betre helsehjelp til pasientane? Det blir m.a. vist til gode erfaringar med behandlingløp ved psykoselidingar, ADHD og ved behandling av tvangslidingar (OCD).

Variasjon og ulikskap i tilbodet som ikkje er fagleg grunna vil ikkje gi eit likeverdig tilbod.

Kreft og psykiske lidningar er forskjellige. På kreftområdet låg tilhøva godt til rette for innføring av pakkeforløp, m.a. fordi kunnskapsgrunnlaget var relativt godt og det var utarbeidd handlingsprogram. Innføringa var såleis i stor grad ei logistikkutfordring.

Ei psykisk lidning vil oppfattast som meir individuell og meir avhenging av faktorane rundt pasienten, kontekstavhengig, og standardisering vil ikkje i same grad bli opplevd som svaret på ulikskap og variasjon.

Det bør likevel vere ei sentral utviklingsoppgåve innan psykisk helsevern å gå systematisk gjennom tenestetilbodet med sikte på å lage pakkeliknande løp der kunnskapsgrunnlaget gir grunnlag for det. Det gjeld både utgreiing og behandling.

Den systematiske tilnærminga i pakkeforløpa kan nettopp vere til hjelp for å fange kompleksiteten i utgreiing og behandling av psykiske lidingar. Måla må m.a. vere å unngå unødig venting, sikre tidleg og rask hjelp basert på beste kunnskap, sikre at pasientane får ei heilskapleg utgreiing der somatiske lidingar og rusproblem også blir kartlagt, samstundes som at samarbeid med pårørande, fastlege/kommune og andre instansar blir tatt i vare.

Det blir vurdert om variasjon innan psykisk helsevern vil egne seg som tema i den nye helseatlastenesta i Helse Førde. Dette vil i tilfelle kunne gi meir nyttig kunnskap om variasjon i tilbodet og grunnlag for nærare oppfølging.

Det er sett i gang eit prosjekt om pakkeforløp innan psykisk helsevern i Helse Stavanger og tenkinga vil også bli nytta i utvikling av tilbodet i Helse Bergen.

Helse Vest deltek også i det nasjonale prosjektet som er leia av Helsedirektoratet, der det er gjort eit innleiande arbeid.

Konklusjon

Det må arbeidast vidare med å avdekke variasjon i tenestetilbodet og ressursbruken innan psykisk helsevern som ikkje er fagleg grunna.

Tenkinga frå pakkeforløpa må nyttast til ein systematisk gjennomgang av tilbodet med sikte på standardisering der det faglege grunnlaget ligg til rette for det.

Ei slik standardisering må balanserast mot brukarval og individuell tilpassing.

Bruk av systemet med avansert oppgåveplanlegging må også nyttast for å sikra ei god bruk av ressursane i poliklinikkane i det psykiske helsevernet.

Sikring av god ressursbruk vil også vere eit sentralt tema i revideringa av den regionale planen innan psykisk helsevern som vil bli starta hausten 2016.