

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 11.10.2016
SAKSHANDSAMAR: Carina Paulsen Mæland og Hans K. Stenby
SAKA GJELD: **Tenestetilbudet innan psykisk helsevern**

ARKIVSAK: 2015/2205
STYRESAK: 135/16

STYREMØTE: 07.12. 2016

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret legg til grunn at tenestetilbudet innan psykisk helsevern blir utvikla med utgangspunkt i dei utfordringane, føringane og tiltak som er trekt fram i saka.
2. Styret ber om ei oppfølgjande sak våren 2017.
3. Forslag til revidert plan for psykisk helsevern blir lagt fram hausten 2017

Oppsummering

Det er i saka gitt ein oversikt over mål og sentrale føringar for utvikling av tenestetilbodet innan psykisk helsevern, korleis tenestene er organisert, datakjelder for vurdering av aktivitet og sentrale problemstillingar og utfordringar.

Sentrale problemstillingar er:

- korleis og i kva grad er tenestene lagt til rette for god tilgjenge og tidleg hjelp
- i kva grad tenestene kan ytast nært, også ambulant
- om pasientane får utgreiing og behandling i tråd med beste kunnskap, eit samanhengande og godt planlagt forløp og med m.a. minst mogeleg bruk av tvang
- medverkar pasientane og får dei informasjon som grunnlag for gode samval
- følgjer informasjon pasientane og blir det samarbeid om overgangar
- korleis kan vi få gode mål på behandlingsresultat

Det er gjort ein vurdering av situasjonen sett opp mot mål og føringar og føreslått tiltak på følgjande område:

1. Tilgjenge og tidleg hjelp
2. Oppgåvefordeling og nære tenester
3. Kvalitet på tenestene
4. Tvangsbruk
5. Standardisering og pakkeforløp
6. Arbeid med variasjon og ulikskap
7. Medverknad – brukarperspektivet
8. Gode overgangar

Utfordringar og tiltak må nyttast i dialogen med helseføretaka og dei private ideelle verksemdene og i samband med revidering av den regionale planen. Nokon av tiltaka er det naturleg å gjennomføre lokalt/regionalt, og nokon av tiltaka er det naturleg å gjennomføre i ein nasjonal samanheng.

Fakta

Styret i Helse Vest ønska ei utgreiing av produktivitet innan psykisk helsevern i helseføretaka og hos dei private ideelle institusjonane, jf. sak 137/14.

Dette blei følgt opp i sak 67/16 til styret: Mål på aktivitet i psykisk helsevern – barn og unge og vaksne. Styret fatta i denne saka følgjande vedtak:

1. Styret tok saka til orientering.
2. Styret føreset at helseføretaka følgjer opp den «gylne regel».

3. Styret ønska ein grundig gjennomgang av tenestetilbodet i psykisk helsevern i Helse Vest, og ba om ei ny styresak i løpet av hausten 2016.

Når det gjeld pkt. 2 om den «gylne regel» blei dette følgt opp i brev til helseføretaka av 27.05.16. Helseføretaka blei bedt om å følgje opp den «gylne regel», og sende inn plan for korleis dei skal nå målet i 2016, spesielt når det gjeld kostnader og aktivitet.

I tillegg har ein hatt gjennomgang av status for den «gylne regel» i direktørmøte den 7. november, der tabellen under vart vist. HFA vart bedt om å kvalitetsikre at føretaksgruppa nådde kravet til den «gylne regel». Det vil vera ny oppfølging på dette i det siste direktørmøte i desember, og i oppfølgingsmøte med HFA.

Gylne regel - føretaksområde

Somatikk	2014 vs 2013	2015 vs 2014	aug. 16 vs aug. 15
Helse Stavanger	7,3 %	5,8 %	5,3 %
Helse Fonna	6,9 %	7,0 %	3,5 %
Helse Bergen	6,1 %	6,7 %	3,6 %
Helse Førde	3,7 %	2,2 %	5,5 %
Helse Vest - foretaksgruppe	6,2 %	5,9 %	4,0 %
PH Voksne	2014 vs 2013	2015 vs 2014	aug. 16 vs aug. 15
Helse Stavanger	7,4 %	0,6 %	1,6 %
Helse Fonna	1,4 %	1,2 %	7,0 %
Helse Bergen	3,5 %	1,0 %	3,6 %
Helse Førde	1,4 %	11,5 %	6,6 %
Helse Vest - foretaksgruppe	3,4 %	1,8 %	3,8 %
PH Barn og Unge	2014 vs 2013	2015 vs 2014	aug. 16 vs aug. 15
Helse Stavanger	3,8 %	-2,3 %	6,2 %
Helse Fonna	6,0 %	8,0 %	7,0 %
Helse Bergen	4,3 %	4,9 %	4,3 %
Helse Førde	5,0 %	1,7 %	4,1 %
Helse Vest - foretaksgruppe	2,7 %	4,3 %	5,3 %
Sum psykisk helsevern	2014 vs 2013	2015 vs 2014	aug. 16 vs aug. 15
Helse Stavanger	6,7 %	0,1 %	2,4 %
Helse Fonna	2,2 %	2,5 %	7,0 %
Helse Bergen	3,6 %	1,6 %	3,7 %
Helse Førde	2,2 %	9,3 %	6,1 %
Helse Vest - foretaksgruppe	3,3 %	2,2 %	4,0 %

I styresak 132/16 som gjeld felles risikostyringsmål, har leiargruppa i Helse Vest m.a. peikt ut eit risikostyringsmål m/delmål for føretaksgruppa for 2017 innan psykisk helsevern.

Styringsmålet tek utgangspunkt i at målet om «den gylne regel» ikkje er innfridd. Dette målet blir difor følgt opp vidare i 2017, der rusbehandling og psykisk helsevern kvar for seg skal ha ein årleg vekst som er høgare enn somatisk sjukehusbehandling. Kravet er frå departementet lagt på det regionale nivået, men frå 2017 blir det foreslått av administrerende direktør å vidareføre kravet til å gjelde alle helseføretaka.

Det vil i saka her først og fremst bli gjort ein gjennomgang av tenestetilbodet i psykisk helsevern i Helse Vest i tråd med styrets vedtakspunkt. 3.

Det blir i saka gitt ein oversikt over mål og sentrale føringar for utvikling av tenestetilbodet, korleis tenestene er organisert, datakjelder for vurdering av aktivitet og sentrale problemstillingar og utfordringar.

Sentrale problemstillingar er:

- korleis og i kva grad er tenestene lagt til rette for god tilgjenge og tidleg hjelp
- i kva grad tenestene kan ytast nært, også ambulant
- om pasientane får utgreiing og behandling i tråd med beste kunnskap, eit samanhengande og godt planlagt forløp og med m.a. minst mogeleg bruk av tvang
- medverkar pasientane og får dei informasjon som grunnlag for gode samval
- følgjer informasjon pasientane og blir det samarbeid om overgangar
- korleis kan vi få gode mål på behandlingsresultat

Kommentarar

1. Mål og overordna føringar

Mål for tilbodet i psykisk helsevern er å auke pasientane sin evne til eigenmestring og eit sjølvstendig liv. Dette høver godt for visjonen til Helse Vest, som er å fremje helse og livskvalitet.

Den underliggende forståing som m.a. ligg til grunn for utvikling av tenestetilbodet er at ein psykisk lidning sjeldan kjem akutt. Den utviklar seg over tid og det er mogeleg gjennom tidleg hjelp å unngå alvorlegare utvikling som i visse høve endar med akuttinnlegging og tvangsbruk og ein større sjukdomsbelastning. Forståing og utgreiing av ei psykisk lidning vil ofte krevje forståing av den kontekst og samanheng (relasjonar) pasienten lever i. Likeleis vil behandling ofte krevje samarbeid mellom fleire partar og nytting av lokale ressursar.

Tilbodet i psykisk helsevern blir gitt:

- i sjukehusavdelingar/-poliklinikkar
- i distriktpsikiatriske sentre (DPS)
- hos avtalespesialistar og
- i heim og på andre arenaer (ambulant)

I forslag til statsbudsjett for 2017 blir det lagt vekt på at DPS og psykisk helsevern for barn og unge fortsatt skal prioriterast.

Omstilling innan psykisk helsevern med overføring av oppgåver og ressursar frå sjukehus til DPS og frå døgnbehandling til opne tenester som er retta ut mot befolkninga skal vidareførast. DPS skal ha gode akutttenester gjennom døgnet, under dette ambulante tenester med deltaking frå spesialistar. Dei desentrale behandlingstilboda skal styrkast (ambulant/poliklinikk/samarbeid med førstelinja).

Frå 2017 skal kommunane også ha tilbod om døgnopphald ved behov for øyeblikkeleg hjelp for brukarar/pasientar med psykiske lidingar (og for dei som har rusproblem).

Ordning med betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar er planlagt innført frå 2018.

Føringane for utvikling av tenestetilbodet kan samlast i følgjande tre utsegn:

- gi hjelp tidleg,
- lokalt og nært og
- i samarbeid med pasient, pårørande, kommunane og andre

2. Organisering av tilbodet

Tenestetilbodet i psykisk helsevern er organisert i eigne einingar i helseføretaka (klinikk/divisjon). I sjukehusa er det akuttmottak og spesielle einingar som mottar pasientar med spesielle og meir krevjande lidingar, til dømes pasientar som har behov for plass i sikkerheitsavdeling, lukka avdelingar og spesialfunksjonar knytt til behandling av alvorlege og livstruande ete forstyrningar, alvorleg alderspsykiatri og alvorlege personlegdomsforstyrningar.

Sjukehusa har døgn- og dagpostar og poliklinikkar. Mange av poliklinikkane for vaksne er likevel lagt til DPSa. Tilbodet til barn og unge skjer for ein liten del i døgnpostar, men mest i sentrale og desentrale poliklinikkar.

DPSa skal ha ansvar for dei meir vanlege lidingane og omfattar døgn- og dagpostar, poliklinikkar med ambulante tenester og team. DPSa skal ha akutttenester gjennom døgnet, eventuelt i samarbeid med andre institusjonar der lokale forhold gjer det nødvendig. Målet er at pasientane veit kor dei kan få akutt psykisk helsehjelp, at kvaliteten på hjelpa er god, og at det er god samhandling gjennom heile tenesta.

Ved nokre DPS er det oppretta team med representantar frå både spesialisthelsetenesta og kommunane.

Alle kommunane/bydelane i regionen er knytt opp til eit DPS.

Einskilde lidingar med låg førekomst og som krev meir spesifikk kompetanse kan funksjonsfordelast mellom DPSa. I vår region er m.a. tilbodet til personar med tvangslidningar (OCD) lagt til einkilde poliklinikkar i kvart helseføretak. Det gjeld både vaksne og barn og unge.

I tillegg til tenestene i egne helseføretak har Helse Vest avtale med private ideelle aktører om drift av 4 DPS og eit spesialsjukehus innan alderspsykiatri.

Helse Vest har avtale med 37 psykiatrar og 108 psykologspesialistar, til saman 121 årsverk innan psykisk helsevern.

Det er få nasjonale og regionale tenester innan psykisk helsevern. Det er ein nasjonal behandlingsteneste for personar med psykisk lidning og høyrselstap.

Det er lokale sikkerheitseiningar i helseføretaka og ein regional sikkerheitsavdeling i Helse Bergen. Helse Bergen har også ein regional post, med døgnplassar, for personar med alvorlege ete forstyrringar.

Det er lite systematisk bruk av tenester i andre regionar bort sett frå Modum Bad.

3. Oversikt over tenestetilbodet i Helseregion Vest

Helseføretak /private ideelle	Sjukehus funksjonar	DPS	Brukar styrt plass i DPS	Akuttambulans team (AAT)
Helse Førde	Førde sentralsjukehus <ul style="list-style-type: none"> • Akutt døgn, med særleg ansvar for tryggleikspasientar (kjøper i tillegg ein til to plassar på lokal tryggleikssavd. I Helse Bergen) 	Sogndal DPS <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Rus team • Alderspsykiatrisk team 	Ja	Ja
	Psykisk helsevern barn og unge <ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsavdeling • BUP Førde • BUP Sogndal • BUP Nordfjord • Utekontor i kommunane 	Nordfjord DPS <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Dagavdeling • Ambulant • Gruppe • Seksjon rus, 10 døgn, med to brukarstyrte plassar, med m.a. LAR 	Ja	Ja
		Førde DPS (lokalisert til Førde sjukehus) <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk, integrert rus og LAR • Ruspost (regional funksjon) 	Ja	Ja
Helse Bergen	Psykiatrisk klinikk Sandviken og Haukeland <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk akuttmottak • Psykose • Stemning 	Øyane DPS <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppe 	Ja	Ja
		Björgvin DPS	Ja	Ja

	<ul style="list-style-type: none"> • Alderspsykiatri • Ete forstyrningar • Psykosomatisk medisin 	<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppe • Akutt 		
	<p>Klinikk for psykisk helsevern barn og unge</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 poliklinikkar • Døgntilbod <p>Klinikk for sikringspost</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokal sikkerheitsseksjon • Regional sikkerheitsseksjon 	<p>Kronstad DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Dag og gruppe • Akutt 	Ja	ja
Helse Fonna	<p>BUP Stord og Haugesund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikkar • Sengepost • Ambulerande vaktteam <p>Haugesund sjukehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akuttpost • Avrusingspost • Alderspsykiatri • Poliklinikk ECT, LAR, utviklingshemming, nevropsykologisk <p>Valen sjukehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akuttpost • Sikringspost • Poliklinikkar • Prosjektpost spesialavd. Barn og unge 	<p>Stord DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk 	Ja	Ja
		<p>Følgefonna DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Rus-team • ADHD-team 	Ja	Ja
		<p>Haugaland DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Ruspoliklinikk 	Ja	Ja
		<p>Karmøy DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Rus unge • LAR utdeling • Poliklinikk 	Ja	Nei
Helse Stavanger	<p>Spesialavdeling vaksne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutt • Affektive lidningar • Alderspsykiatri • Sikringspost • Poliklinikkar • Forskingsnettverk TIPS og SESAM 	<p>Stavanger DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Ambulant • Gruppe • OCD-team 	Ja	Ja
		<p>Sandnes DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikkar • Gruppe • ambulant 	Ja	Ja
		<p>Sola DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Raskare tilbake • Einingt for ete forstyrning • ambulant 	Ja	Ja
		<p>Ryfylke DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk 	Ja	Ja
		<p>Dalane DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppe 	Ja	Ja

		<ul style="list-style-type: none"> • Ambulant 		
Solli DPS		<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppe • Ambulant • Dagavdeling 	Ja	Ja
Voss/Bjørkel i DPS		<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Ambulant 	Ja	AAT-tenestar
Betanien DPS		<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Dagbehandling • Poliklinisk og ambulant • Grupper • Ambulant 	Ja	ja
Jæren DPS	Sjukehusfunksjon	<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppe • Ambulant team voksen og barn ned til 13 år 	ja	ja
Olaviken sjukehus	Alderspsykiatri <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • 			

4. Datakjelder for vurdering av tenestetilbodet

Kjelder for data om psykisk helsevern er først og fremst:

- Norsk pasientregister (NPR)
- Samdata for spesialisthelsetjenesten
- Nasjonale kvalitetsindikatorar

I tillegg har Helse Vest sitt eige datavarehus og styringsportal med detaljerte data om verksemda på alle fagområda.

5. Sentrale problemstillingar og utfordringar: Status

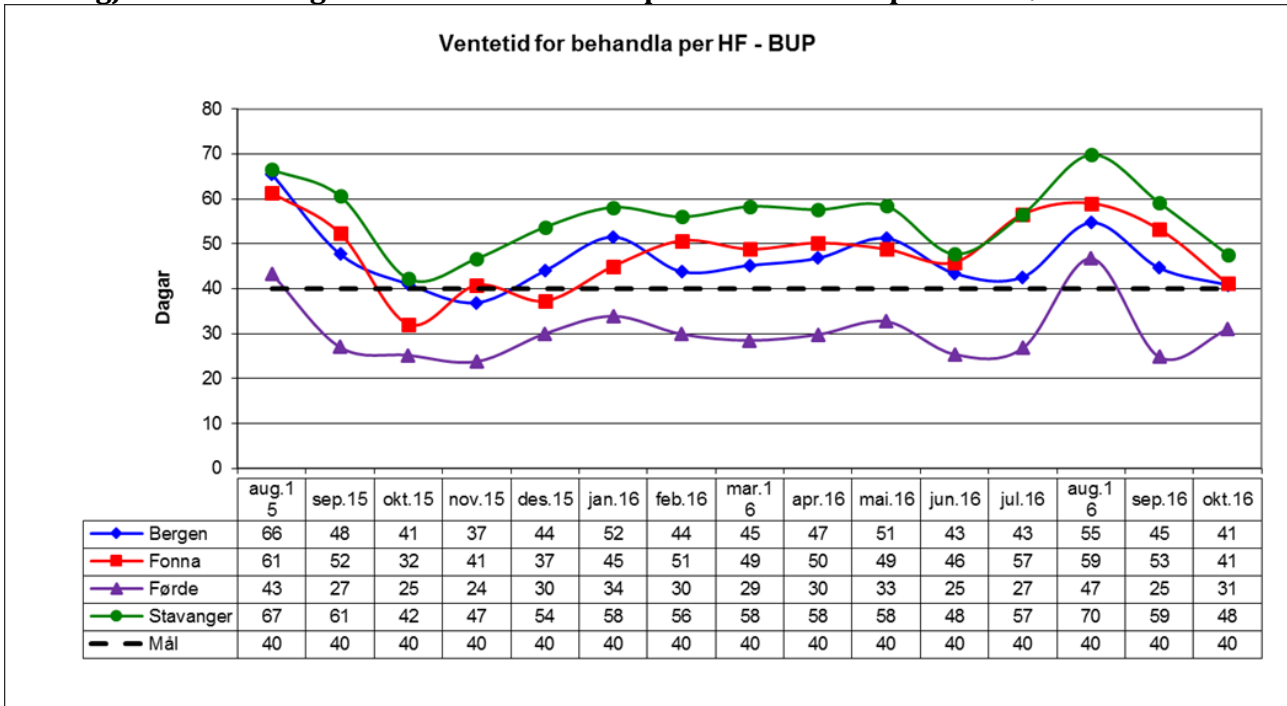
5.1 Tilgjenge og tidleg hjelp

Tenester med god tilgjenge og som er i stand til å yte tidleg hjelp er eit sentralt mål.

Ventetid og fristbrot er her viktige indikatorar. Det skal ikkje vere fristbrot og Helse Vest har satt eige mål for ventetida innan psykisk helsevern som er lågare enn det nasjonale kravet. Mål for ventetid til behandling er 45 dagar for vaksne og 40 dagar for barn og unge.

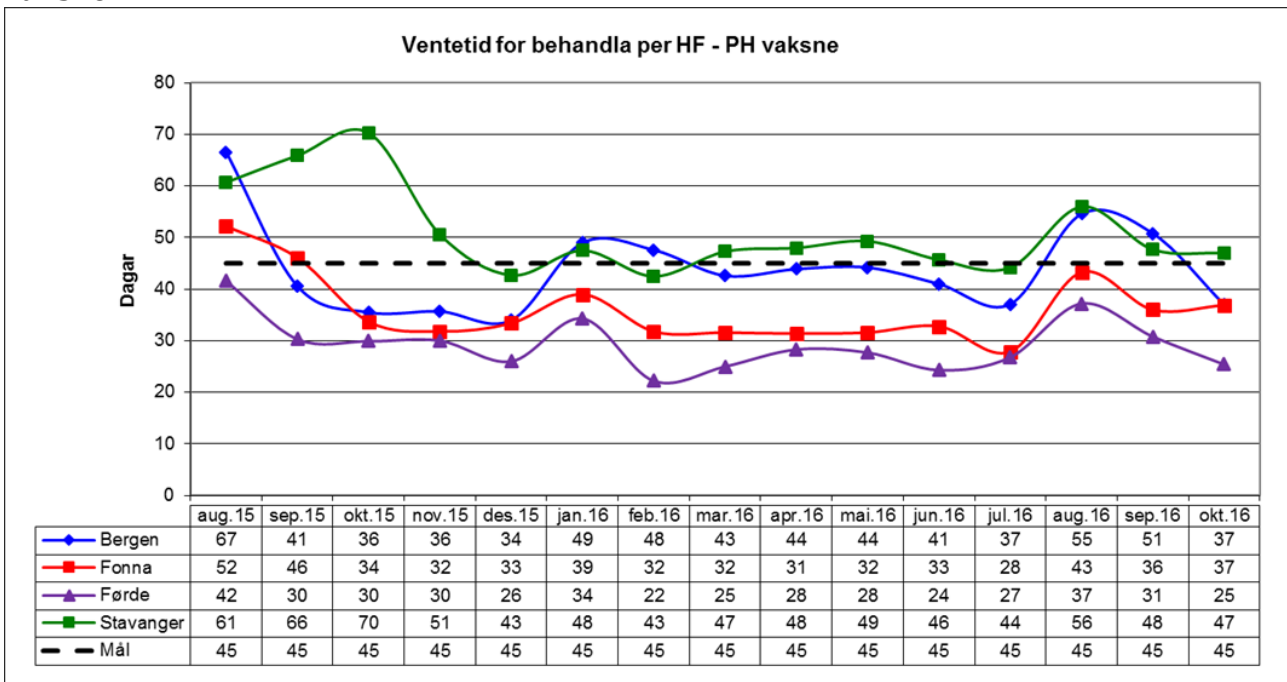
Samla ventetid for pasientar i BUP som starta behandling i oktober 2016 var 42 dagar i gjennomsnitt. Dette er noko høgare enn målet og det er berre Helse Førde som når målet gjennom heile 2016.

Samla gjennomsnittleg ventetid for behandla pasientar fordelt per helseføretak – BUP



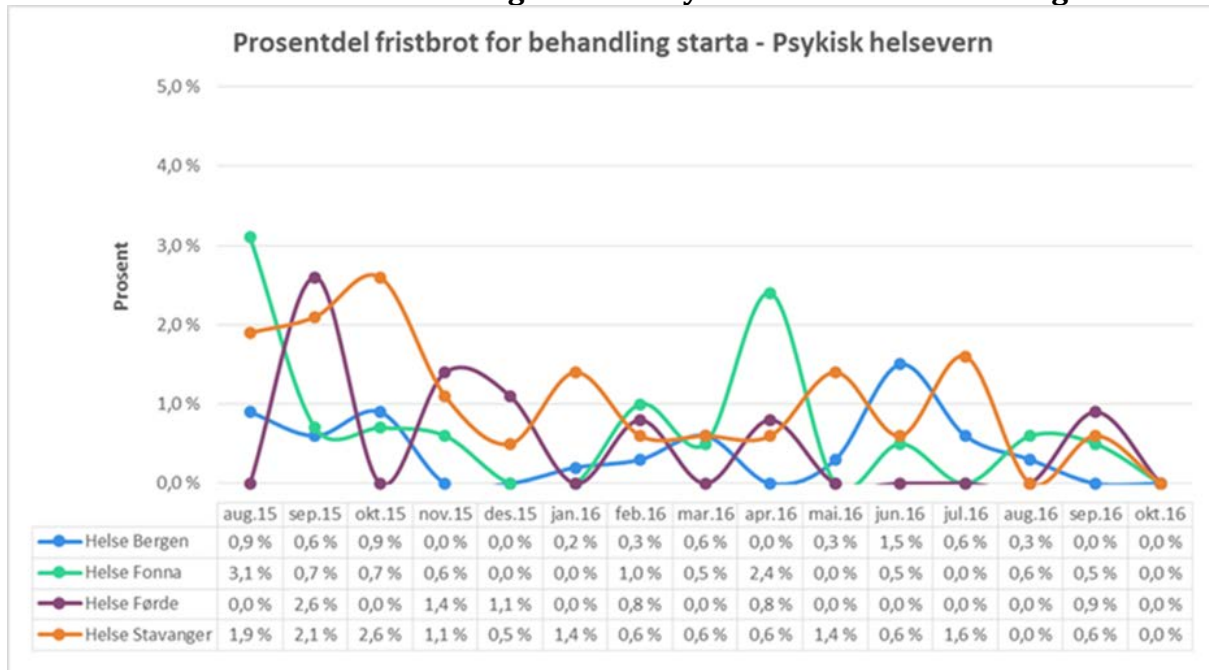
Samla ventetid for pasientar innan psykisk helsevern for vaksne som har starta behandling var i oktober 38 dagar. Helse Fonna og Helse Førde har ventetid lågare enn målet gjennom heile 2016.

Samla gjennomsnittleg ventetid for behandla pasientar fordelt per helseføretak – PH vaksne



Det var ingen fristbrot i psykisk helsevern i oktober 2016. Tabellen under viser at det fortsatt likevel skjer fristbrot i helseføretaka, men at tala er små.

Prosentdel fristbrot for behandling starta – Psykisk helsevern vaksne og BUP



Samdata 2015 viser samstundes at Helse Vest som region har ein høg del øyeblikkeleg hjelp, og at det er stor variasjon i regionen. Det kan vere teikn på at tenestene ikkje når pasientane tidleg nok, enten som følgje av at pasientar ikkje tar kontakt eller får hjelpa tidleg nok.

Helse Stavanger har over mange år vore ein pådrivar for tidleg intervensjon ved psykoselidingar. Det er utvikla ein metodikk for tidleg oppdaging som omfattar informasjonskampanjar og kunnskap om tidlege symptom både i skule og helsetenestene. Tidleg intervensjonstenking er også tatt i bruk i andre helseføretak, og det er gitt som generelt styringsbodskap til føretak å styrke arbeidet med tidleg intervensjon.

For pasientar som i liten grad sjølv tar kontakt med tenestene med mindre dei er akutt sjuke, er det i samarbeid med kommunane oppretta fleire oppsøkande tverrfaglege behandlingsteam. Det er ACT og FACT team (Assertive Community Treatment og Flexible Assertive Community Treatment). Målgruppa er pasientar med psykiske lidningar og ofte rusproblem.

ACT-modellen er godt dokumentert internasjonalt og evalueringa av 12 norske ACT-team kunne vise til svært gode resultat for målgruppa, m.a. færre innleggingar. Det skal no gjerast tilsvarende evaluering av FACT-teama.

I Helse Vest er det oppretta ulike FACT og ACT team, og andre liknande team som jobbar utoverretta for å nå dei pasientane som ikkje kan nyttiggjere seg andre eksisterande behandlingstilbod.

Akutt-tenestene er frontlinja i psykisk helsevern. Alle DPSa i Helse Vest har akutt-tenester, dei fleste med eigne akutt ambulante team (AAT), eller akutt ambulante tenester. DPSa har akutt-

tenester på dagtid, mange har opningstid på kveld og helg, og samarbeid med sjukehusa på natt.

Det er likevel grunn til å sjå nærare på akutt-tilbodet i DPSa, da det er store skilnadar på opningstider, spesialistdekning og krav om tilvising eller ikkje. DPSa har til dømes ett telefonnummer som befolkninga i opptaksområde kan ringe døgnet rundt.

Tilbodet til personar med anna kulturell bakgrunn er også viktig. Her er det over 3 år gitt støtte til utvikling av ein «transkulturell» poliklinikk i Helse Stavanger. I 2016 er det etablert eit regionalt nettverk leia av Helse Stavanger for spreieing og utveksling av kunnskap mellom føretaka om arbeid med transkulturelle utfordringar.

Korleis tilbodet er i kommunane vil sjølv sagt også ha betydning for kva pasientar som blir tilvist til spesialisthelsetenesta og kor tidleg. Barnehage, skule, helsestasjonar og fastlegane er sentrale arenaer og aktørar for tidleg oppdaging av teikn på vanskar og begynnande psykisk lidning.

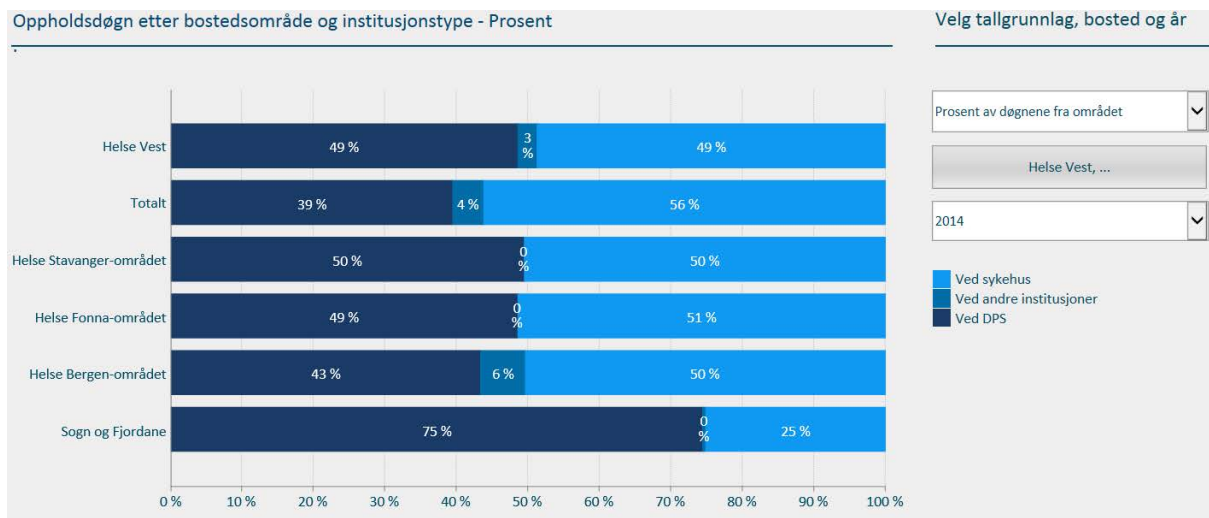
Kommunane tilset psykologar i egne tenester. Undersøkingar viser også at fastlegane i aukande grad behandlar personer med psykiske helseproblem.

Spesialisthelsetenesta må vere lett tilgjengeleg og understøtte dei kommunale tenestene utan å ta over kommunale oppgåver.

5.2 Oppgåvefordeling og nære tenester

Som nemnt gis tilbod innan psykisk helsevern både i sjukehusavdelingar og poliklinikkar, DPS med poliklinikkar og ulike team samt hos avtalespesialistar.

Det er og har vore eit klart mål å styrke DPSa, og sikre at ein større del av pasientane får tenester frå DPSa. I Helse Vest er ca. 50 % av opphaldsdøgna i DPS. Det er høgare enn i dei andre regionane. (Samdata 2014, DPS-rapport, Helsedirektoratet)



Helse Førde har godt utbygd DPS struktur, medan Helse Bergen har meir døgnopphald på sjukehus enn på DPS. Helse Bergen arbeider med ei omorganisering der dei planlegg å leggje fleire tenester i DPS, redusere tal døgnplassar, og byggje opp poliklinikk og ambulante tenester i DPS.

Avtalespesialistane sto i 2015 for ca. 22 % av dei polikliniske kontaktane innan psykisk helsevern for vaksne og berre ein liten del av kontaktane med barn og unge. Talet på avtalespesialistar (årsverk) har vore relativt konstant mens befolkninga har auka. Det er ei utfordring her at ventetida er lang.

Det er iforhandla fram nye rammeavtalar med Legeforeininga når det gjeld avtalespesialister gjeldande frå 01.01.16. Desse avtalane gir langt større rom for sikre at avtalespesialistane arbeider tettare saman med helseføretaka, for å sikre at det overordna oppdraget til spesialisthelsetenesta frå departementet blir gjennomført. Det må vera eit mål å sjå korleis ein kan organisere samhandlinga mellom sjukehuset, DPSa og avtalespesialistane for å få dette til. Eit slikt arbeid bør avklare oppgåve og ansvarsposisjonar mellom dei ulike aktørane, og gjennom det vurdere i kor stor grad tal avtalespesialister skal aukast.

Det er fortsatt grunnlag for å styrke DPSa særleg med polikliniske og ambulante tenester.

Sjukehusa må ta i vare meir spesialiserte oppgåver som det ikkje er fagleg og ressursmessig riktig å legge til DPSa.

Oppgåvefordeling mellom forvaltningsnivåa er eit forbetningsområde. Som nemnd ovanfor er trenden etter samhandlingsreforma at fastlegen i større grad enn før behandlar pasientar med psykiske plagar og rusproblem. Det gjeld både barn og unge og vaksne. Kommunane tilset også fleire psykologar.

Kommunane får frå 2017 også plikt til å ha eit døgntilbod ved behov for øyeblikkeleg hjelp og det vil bli betalingsplikt for pasientar som er vurdert utskrivingsklare.

Kommunane har særleg ansvar for førebygging og frisklivscentralane kan her ha ein sentral rolle i tillegg til andre kommunale tenester.

5.3 Kvalitet på tenestene

Det er usikkerheit knytt til om alle pasientane får utgreiing og behandling i tråd med beste kunnskap m.a. nedfelt i dei nasjonale faglege retningsliner som ligg føre. Sentralt i vurdering av kvalitet er ei teneste si evne til oppfylle forventningar og krav til tenesta. Får pasientane god helsegevinst og innan psykisk helsevern: blir evna til eigenmeistring og sjølvstendig liv styrka – f.eks. ved deltaking i utdanning, arbeid og sosialt liv? Samstundes er denne type resultat kvalitet utfordrande å få gode mål på. Kvalitet blir såleis ofte målt meir indirekte med

indikatorarar som det er grunn til å meine er nær assosiert med god kvalitet. Det er eit problem at alle indikatorane er «prosessindikatorar» mens det ikkje er nokon «resultatindikatorar» som målar resultat av helsehjelpa. Mangel på slike data, og at det berre er eit nasjonalt register innafor psykiatri gjer det vanskeleg å gi gode svar på:

- korleis det går med pasientane, særleg på sikt og
- korleis effekten er av den helsehjelpa som blir gitt

Som nemnt ovanfor vil tidleg hjelp kunne gi eit betre behandlingsresultat. Kort ventetid og ingen fristbrot er då viktige indikatorar. For å få eit best mogleg bilde av kvaliteten på tenesta bør indikatorane sjåast samla.

Det er i dag følgjande nasjonale kvalitetsindikatorar innan psykisk helsevern:

- Fristbrot for barn og unge i psykisk helsevern som har starta helsehjelp
- Henvisning vurdert innan ti dagar for barn og unge i psykisk helsevern
- Fristbrot for barn og unge på venteliste i psykisk helsevern
- Oppdaterte ventetider innanfor psykisk helsevern for barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern barn og unge
- Registrering av diagnosar i psykisk helsevern for barn og unge
- Tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne
- Utsending av epikrise i psykisk helsevern for vaksne
- Individuell plan ved diagnose schizofreni i psykisk helsevern for vaksne
- Fristbrot for vaksne på venteliste i psykisk helsevern
- Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern vaksne
- Fastleger sin vurdering av distriktpsikiatriske sentre
- Oppdaterte ventetider innanfor psykisk helsevern for vaksne
- Registrering av hovud diagnose i psykisk helsevern for vaksne
- Brot på vurderingsgarantien i psykisk helsevern vaksne
- Henvisningsformalitet ved henvisning til psykisk helsevern for vaksne
- Fristbrot for vaksne som har starta helsehjelp i psykisk helsevern

Dei offisielle nasjonale kvalitetsindikatorane viser at Helse Vest på regionalt nivå framleis kjem godt ut på dei nasjonale kvalitetsindikatorane per 1. tertial 2016, samanlikna med dei tre andre regionale helseføretaka. For barn og unge skårar Helse Vest høgast av regionane på 3 av fem indikatorar.

Dei indikatorane som Helse Vest skårar dårligast på av regionane er: prosentdelen tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne, og prosentdelen epikrisar utsend innan 7 dagar innan PHV. Det er viktig å følgje opp desse områda særleg.

Helse Førde er framleis det helseføretaket som jamt over skårar best på kvalitetsindikatorane innan regionen. Helse Stavanger er det helseføretaket som skårar «lågast» på flest indikatorar, og dermed har størst forbettringspotensiale.

Eit av innsatsområda i Program for pasienttryggleik er førebygging av sjølv mord i akuttpsykiatriske institusjonar.

I Helse Vest har alle døgnavdelingane innført tiltak for å førebyggja sjølv mord. Det er målingar på gjennomført kartlegging av sjølv mordsfare ved innlegging og utskriving, og det er opplysningar på om det er oppretta kriseplan i Helse Vest sitt eige datavarehus.

Det er også tatt i bruk fagrevisjonar som metodikk for forbetring. Målet for fagrevisjonane er å sjekke om pasientbehandlinga skjer i tråd med god praksis. Det er gjennomført innan m.a. ECT (elektrosjokk behandling) og ADHD. I 2016 blir det utført revisjon om «Samarbeid mellom habilitering og psykisk helsevern for vaksne».

I forslag til statsbudsjett for 2017 er det foreslått etablert eit nasjonalt nettverk for fagrevisjon for å utvikle kompetanse og bidra med læring og erfaringsoverføring.

Det kan som sagt vere utfordrande å få gode mål på resultat av behandling. Måling av funksjonsnivå før og etter behandling er ein metode. I tillegg blir det gjort systematiske brukarundersøkingar. Det er eige skjema i styringsportalen til dette.

Behandling av tvangslidingar (OCD) kan haldast fram som eit godt eksempel på systematisk forbetring av tenestene med klare resultatmål. Det er ei lita og relativt avgrensa pasientgruppe. Det er samstundes eit fagområde der det ligg føre god dokumentasjon på kva som er effektiv og verksam behandling. Behandlinga er kort men intensiv. I kvart av helseføretaka er det i dei siste tre åra oppretta eigne behandlingsteam som er gitt systematisk opplæring. Evaluering som er gjort m.a. i Helse Bergen viser svært gode behandlingresultat.

Når det elles gjeld kunnskapsgrunnlaget innan psykisk helsevern ligg det føre omfattande internasjonal og nasjonal forskning. Helse Vest har her hatt ei sær s vellykka satsing. Det blei over fem år gitt støtte til tre forskingsnettverk på utvalde diagnosar. Det blei gjennom dette utvikla gode forskingsmiljø som blei sett i stand til å konkurrere om Helse Vest sine ordinære forskingsmidlar. Ein aukande del av midlane har såleis dei siste åra gått til psykisk helsevern.

Helse Vest sin forskingspris i 2016 gjekk til forskning knytt til ADHD. Innovasjonsprisen både i 2015 og i 2016 gjekk til tiltak innan psykisk helsevern (e-Meistring i 2015 og «oransje briller» og stemningslidingar).

Ny forskning og nye metodar viser at helsetenesta innan psykisk helsevern kan bli meir effektiv og gi meir verksam behandling til pasientane. Eit eksempel på det er e-meisting i Helse

Bergen som viser at ein terapeut kan behandla 10-12 pasientar på ein dag, og at behandlinga har lik effekt som ansikt-til-ansikt behandling. Ein regional utrulling av slike prosjekt kan m.a. medverke til at pasientane kjem tidligare til behandling, da behandlingsprogramma er retta mot store pasientgrupper som truleg vil vekse i tida framover.

Utvikling og bruk av kvalitetsregistre er elles eit sentralt verkemedel for å auke kvaliteten på ei teneste. Innan psykisk helsevern er det starta arbeid med nokre registre. Det vil vere viktig for å kunne få betre mål på behandlingsresultata. Det er eit register i psykisk helsevern som fekk status som nasjonalt kvalitetsregister i 2015:

- Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)

I tillegg har vi eit lokalt helseregister i Helse Bergen:

- Kvalitetsregister for bruk av tvang og gjennomføring av psykisk helsevern i Psykiatrisk klinikk, Helse Bergen

For å sikra likeverdig utgreiing og behandling er det viktig at det ligg føre systematisk kunnskap om dette, gjerne nedfelt i nasjonale faglege retningsliner. Det er utarbeidd 6 nasjonale faglege retningsliner innan psykisk helsevern. Det gjeld:

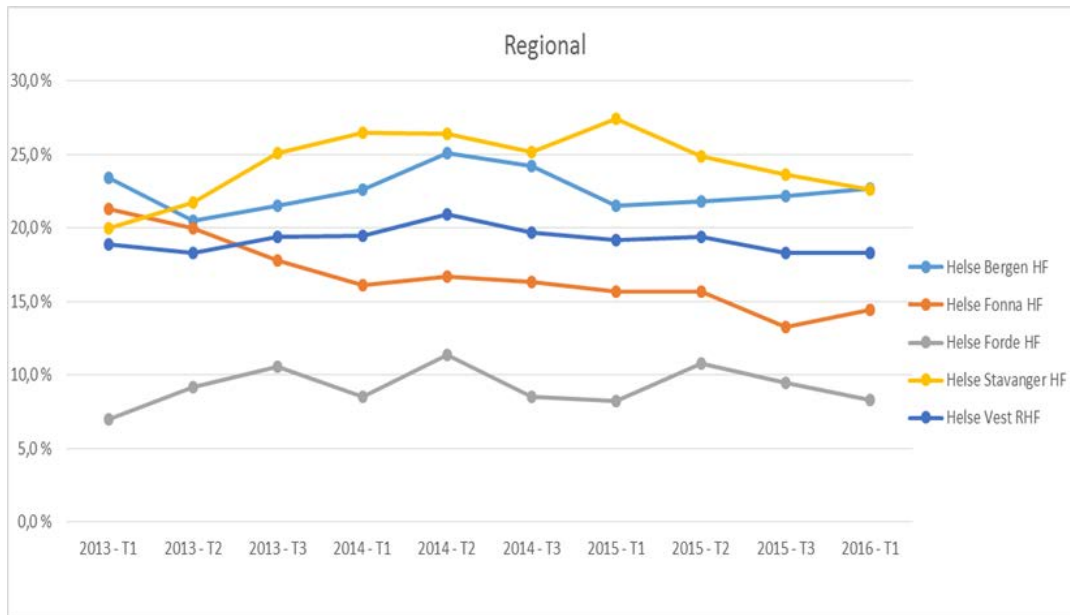
- Bipolare lidingar
- ADHD
- Førebygging av sjølv mord i psykisk helsevern
- Psykose lidingar
- Rus- og psykiske lidingar
- Vaksne med depresjon

5.4 Bruk av tvang

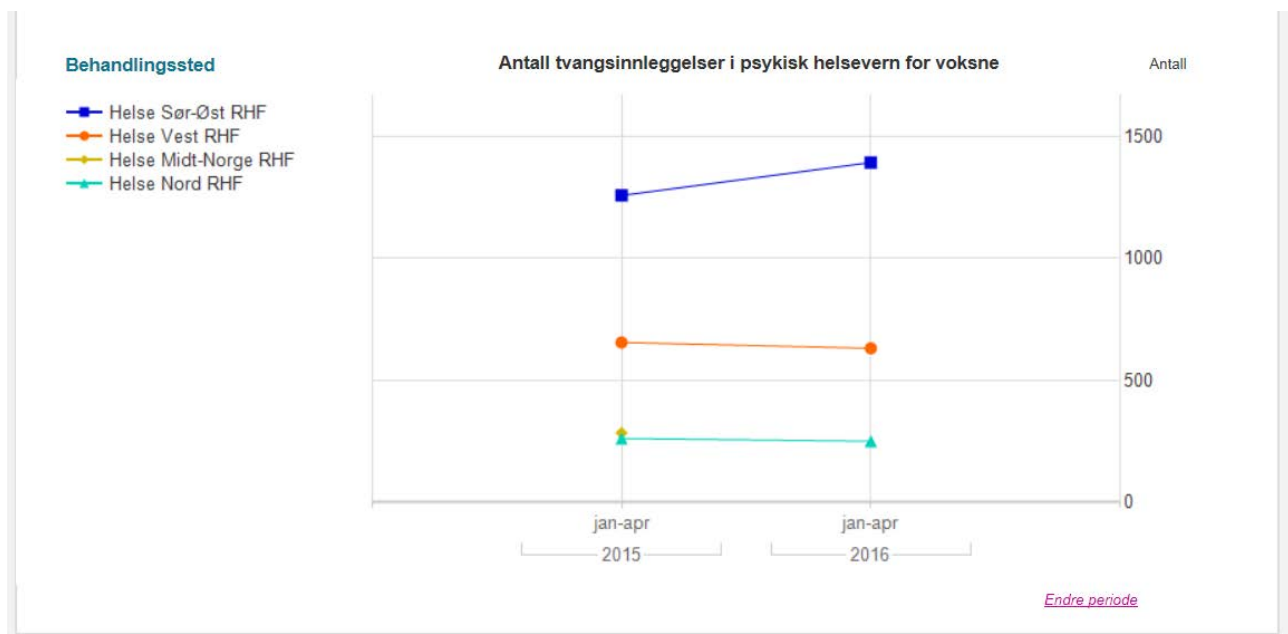
Helse Vest har høg del tvangsinnleggingar. Det har samstundes vore ulikskap knytt til registrering og rapportering. Bruk av tvang er eit alvorlig inngrep i personlig fridom. Det er difor etisk, fagleg og samfunnsmessig viktig å overvake bruk av tvang for å avgrensa dette til situasjonar der det er heilt naudsynt, noko som og er viktig for pasienten sin rettstryggleik. På tross av klare styringssignal og omfattande planarbeid synes ikkje tvangsbruken å gå ned så mykje som forventa. Tvangsbruk omfattar innlegging på tvang og den tvangsbruk som blir nytta under opphaldet. Det siste omfattar m.a. tvangsmedisinering, halding og beltelegging.

1. tertial 2016 låg Helse Vest 0,5 % høgare enn Helse Sør-Øst på del tvangsinnleggingar, med 18,3 % og 17,8 %. Helse Midt-Noreg har utfordringar med å rapportera til NPR, og tala deira blir difor ikkje publisert. Innan Helse Vest er det store variasjonar, og Helse Stavanger og Helse Bergen hadde høgast bruk av tvang.

Prosentdel tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne



1. Tert. 2016 var det i Helse Vest 3494 innleggingar totalt, der 632 var tvangsinnleggingar. Tabellen under syner at talet på tvangsinnleggingar frå 2015 til 2016 i Helse vest går i riktig retning.



Internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte hausten 2014 revisjon av bruk av tvang innan psykisk helsevern i Helse Vest. Revisjonen viste mellom anna store manglar med registrering og rapportering.

For å sikre betre datakvalitet har Helse Vest starta opp eit regionalt prosjekt i april 2015 «Sikre felles rutinar for riktig registrering av tvang». Prosjektet går gjennom mange aspekt knytt til tvangsinnleggingar og tvangsbruk: utarbeiding av rutinar, registreringspraksis, opplæring, datakvalitet (NPR uttrekk) og samarbeidsrutinar. Nokon av tiltaka er allereie implementert, medan andre tiltak er avhengig av innføring av DIPS Arena.

Helseføretaka har satt i gang ein rekke tiltak for å redusere tvangsbruken, og alle har lokale tiltaksplanar. Dei viktigaste tiltaka for å unngå innlegging på tvang er å ha gode og lett tilgjengelege tenester i kommunane og i psykisk helsevern, der pasientane blir nådd og får hjelp før det blir naudsynt med tvang. For å unngå tvangsbruk når pasientane er innlagt er personalet sine haldningar, kunnskap om korleis ein møter pasientane og løyser konflikhtar utan at pasientane føler seg krenka viktig. Alle føretak gjennomfører kurs i konflikthandtering.

Nokre av helseføretaka bruker aktivt egne tal for tvangsbruk, og gir direkte tilbakemelding til avdelingar og postar om omfang av tvangsbruk. Dette har god effekt, og Helse Vest arbeidar med å få synleggjort tal for tvangsbruk i styringsportal, slik at det blir lettare for helseføretaka å følgje opp egne tal, og samanlikne seg med kvarandre.

Det er og satt i gang et arbeid regionalt med å utvikle e-læringskrus i Lov om psykisk helsevern.

5.5 Standardisering og pakkeforløp

Det er variasjon i ventetid, tenesteyting og ressursbruk. Det er samstundes vanskeleg å seie kva variasjon som ikkje er rimeleg og i alle høve er beste praksis. Det er som nemnd på nokon område utvikla nasjonale faglege retningslinjer.

Utvikling av pakkeforløp kan bidra til at tenestene blir meir standardisert, og sikre at tilbodet til pasientane er basert på beste kunnskap. I pakkeforløp kreft var målet betre logistikk, og utan endring i det medisinske innhaldet. I pakkeforløp psykisk helse er det ikkje berre logistikk som er målet, men og ein endring og standardisering av det faglige innhaldet. Det er nasjonalt tatt initiativ til utvikling av pakkeforløp innan psykisk helse og rusområdet. Det er planlagt utvikla og implementert 22 forløp innan 2020. I 2016 og 2017 startar ein opp med 7 pakkeforløp som skal bli implementert allereie i 2018, desse er:

- Pakkeforløp for utredning ved psykiske lidningar, vaksne
- Pakkeforløp for psykiske lidningar, barn og unge
- Pakkeforløp for psykoselidningar
- Pakkeforløp for OCD
- Pakkeforløp for ete forstyrringar, barn og unge
- Pakkeforløp for behandling i TSB

- Pakkeforløp for gravide og rus

Prosjekt blir leia av Helsedirektoratet med deltaking frå HF og RHF.

Helsedirektoratet skal og utarbeide råd om tilvising til fastlegane og andre som har rett til å tilvise til det enkelte pakkeforløp.

For å ivareta utfordringane knytt til somatisk helse og psykiske lidningar, er det etablert ei eiga arbeidsgruppe for somatisk helse og levevaner. Gruppa skal jobbe på tvers av arbeidsgruppene som skal utarbeide dei 22 pakkeforløpa, og skal m.a. utarbeide tekst tilpassa det enkelte pakkeforløp.

Pakkeforløpa innan psykisk helse og rus, inneber mellom anna å etablere ein nasjonal standard for kva eit utgreiings- og behandlingsforløp bør innehalde, samt kor lang tid eit pakkeforløp bør ta.

Dei overordna måla for pakkeforløp for psykisk helse og rus er:

- Gode, samanhengande og tverrgåande pasientforløp for pasientar med psykiske lidningar og/eller rusmiddelproblem
- Føreseieleg og trygghet for pasientar og pårørande
- Unngå fagleg ubegrunna ventetid for utredning, behandling og oppfølging av pasientar med psykiske lidningar og/eller rusmiddelproblem
- Likeverdige tilbod til pasientar og pårørande med psykiske lidningar og/eller rusmiddelproblem uavhengig av kvar i landet dei bur
- Betre ivaretaking av somatisk helse
- Auka brukarmedverknad og brukartilfredsheit

Helse Vest og helseføretaka deltek i det nasjonale arbeidet som er leia av Helsedirektoratet. Det nasjonale arbeidet har eit lengre tidsperspektiv. Helseføretak er såleis også oppmoda til å starte eige arbeid med pakkeløp. Fleire av helseføretaka har utvikla standardiserte utgreiings- og behandlingsforløp. Helse Stavanger har m.a. laga forslag til eit pakkeforløp ved psykose som vil bli utprøvd i 2017.

Pakkeforløpa er viktige for å sikre god logistikk, unngå unødige venting, sikre samarbeid med aktuelle personar og instansar og ei heilskapleg utgreiing der også somatiske lidningar blir vurdert. Det er samstundes viktig at pakkeforløpa blir individuelt tilpassa.

Undersøkingar viser at personar med psykiske lidningar har mykje lågare levealder enn befolkninga elles. Det er i undersøkingar vist forskjellar på inntil 20 år. Det er såleis særskilt viktig at den somatiske helse blir vurdert og teke i vare samstundes med den psykiske lidninga.

Dette understrekar også betydning av at tenestene innan psykisk helsevern og somatikk er meir integrerte. Ei samlokalisering av deler av tenestene vil her vere til hjelp. Til dømes planlegg Helse Fonna eit felles mottak i samband med sitt utbyggingsprosjekt, og det nye barne- og ungdomssenteret i Helse Bergen vil innehalde tenester innan psykisk helsevern og somatikk for barn og unge.

5.6 Arbeid med variasjon og ulikskap

Det blei i sist sak vist til ulikskap og variasjon i tenestene. Det blei då også vist til at tala i psykisk helsevern ikkje er korrigert for pasientsamansetting slik det blir gjort i somatikk. Slik variasjon må såleis først og fremst nyttast til å stille spørsmål ved eiga verksemd fordi det vil vere usikkerheit til om denne type samanlikningar måler det same.

Ulikskap kan skuldast ulik registrering, ulik bruk av diagnosesystem, ulikt behov for tenester for pasientar med same diagnose, ulik grad av samarbeid, tilgang på andre tenester osv. For å redusere ventetidene har dei regionale helseføretaka i 2016 fått i oppdrag å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting. Arbeidet skal intensiverast og vidareførast i 2017. I andre halvår 2016 er det gitt særskilt styringsmessig prioritet til fagområda ortopedi og psykisk helsevern. Det skal her etablerast indikatorar som måler kapasitetsutnytting og effektivitet. Arbeidet går føre seg i eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka.

Det ligg no føre ein første rapport frå dette arbeidet. Her er i første omgang følgjande 5 indikatorar valt til styringsmessig oppfølging frå 2017:

- Tilviste – del nytilvisingar av det totale talet av polikliniske konsultasjonar ved sjukehus
- Ikkje rett til helsehjelp – del tilvisingar som ikkje gis rett til nødvendig helsehjelp
- Kontrollar – del kontrollar i forhold til utgreiing og behandling. I første omgang gjeld dette ortopedi men det skal også utgreiast om indikatoren er aktuell for psykisk helsevern
- Tentativ tid til kontakt – nytilviste pasientar og pasientar i forløp der planlagt dato for kontakt er overskride
- Ambulant verksemd – del ambulante konsultasjonar

Dei andre indikatorane (knytt til faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkane, planleggingshorisont, replanlegging og andel pasientar som ikkje har møtt) vil bli vidareutvikla frå og med 2017.

Analysane avdekkjer variasjon, men gir lite informasjon om årsaker til variasjon. Det må vere utgangspunkt for nærare evaluering av korleis tenestene og behandlingsforløpa er organisert og ulikskap i kapasitet og behov.

5.7 Medverknad – brukarperspektivet

Pasientane skal vere ein likeverdig samarbeidspart og brukarerfaring må verdsettast som anna kunnskap. Pasientane skal kunne medverke og ta medansvar for eigen behandling og aktivt medverke i endring av tenestene. Tenestene må i samarbeid med pasientane komme fram til behandlingssopplegg som understøttar pasientens egne mål og behov for livsmeistring. Ein «recovery» basert tilnærming tek utgangspunkt i pasientten sine egne mål.

Brukarstyrte plasser er eit eksempel på at pasienten sjølv kan bestemme når ein teneste skal utløysast. Det er i alle helseføretaka oppretta brukarstyrte plasser.

Bruk av erfaringskonsulentar, tilgang til egne helseopplysningar, sjølvbeteningsløysingar, samvalsverktøy for å kunne delta aktivt i avgjerd om eigen behandling er også eksempel at brukarperspektivet blir styrka (jf. «Pasientens helseteneste» og meir makt til brukarane.)

Ordninga med erfaringskonsulentar er i utvikling. Erfaringskonsulentane skal bidra til meir merksemd på brukarmedverknad og bruk av erfaringskunnskap i behandlingstilbodet.

Elektronisk kommunikasjon og tilgjenge til egne helseopplysningar gjer nye samhandlingsformar mogeleg og legg til rette for at pasienten kan vere ein meir aktiv medverkar.

Det er m.a. etablert tilbod om internettbehandling i Helse Bergen (eMeistring). Meir bruk av e-helse og IKT kan gi betre tilgjenge, service og ressursutnytting.

Utprøving av fleire medikamentfrie behandlingstilbod er også viktig for å styrke pasientane sine val.

I utvikling av tenestene er brukarmedverknad også sentralt. Rekruttering og støtte til opplæring av brukarrepresentantar er her ei viktig oppgåve. Helse Vest gir m.a. støtte til brukarorganisasjonane. Eit viktig formål er her opplæring av brukarar til å bli gode brukarrepresentantar.

5.8 Gode overgangar

I overgangar i pasientløpa er det særleg fare for svikt. Sentrale spørsmål er her om pasientane får god nok informasjon, får fastlegen god og rettidig informasjon gjennom epikrise og er behovet for oppfølgjande tenester planlagt på førehand med kommunane.

Pasientar som har hatt døgnopphald er i undersøkingar klare på at dei ikkje får tilstrekkeleg informasjon om eiga lidning og ikkje er godt nok førebudd på tida etter utskrivning.

Epikrise i rett tid er eit viktig verktøy for samhandling mellom nivåa. Som vist under kvalitetsindikatorane er ikkje målet nådd og to av føretaka ligg lågt. I oppfølging overfor

føretaka er det avdekka ulik forståing av indikatoren. Dette er noko Helse Vest vil sjå nærare på.

Det er også eit klart potensiale for betre nytting av ordninga med individuell plan (IP).

Vurdering og tiltak i møte med utfordringar beskrivne over i kap.5.

6.1. Tilgjenge og tidleg hjelp

Når det gjeld tilgjenge og tidleg hjelp er dei nasjonale krava til ventetid og fristbrot i hovudsak oppfylt. Ikkje alle føretak klarer Helse Vest sine egne mål på ventetid.

Det er viktig å vidareføre arbeidet med eit breitt spekter av tiltak for å sikre god tilgjenge og tidleg hjelp.

Tiltak:

- ventetid og fristbrot må fortsatt følgjast tett vidare med sikte på ytterlegare reduksjon
- implementering av metodikk for tidleg intervensjon med utgangspunkt i TIPS-prosjekt
- styrke dei ambulante teama og tenestene
- vidareføre brukarstyrte plassar
- vidareutvikle oppsøkjande team som ACT og FACT
- god tilgjenge for akutte kontaktar på DPSa
- vidareutvikle tilbodet til personar med anna kulturell bakgrunn

For barn og unge er det særst viktig med rask hjelp. Det blir føreslått at følgjande nye mål for ventetid blir sett for 2017:

- 35 dagar for barn og unge
- 40 dagar for vaksne

Tiltak må bli følgt opp i styringsbodskap og rapportering frå helseføretaka og private ideelle institusjonar.

6.2. Oppgåvefordeling og nære tenester

Det er eit mål med størst mogeleg desentralisering av tenestetilbodet. Det er knytt til utvikling og styrking av DPSa, ambulante tenester og tenester på nye arenaer.

I tråd med styringssignal er det fortsett grunnlag for å styrka DPSa. Det gjeld også bruk av ambulante tenester og yting av tenester på nye arenaer, saman med kommunale tenester og via nett. Tenester til barn og unge må ha høg prioritet.

Avtalepraksis kan nyttast både for å skapa betre tilgjenge og nære tenester. Etter etablering av nye rammeavtaler, gjennomfører Helse Vest ein omfattande gjennomgang av avtalespesialistordninga for å kunne tilby nære og gode tenester. Ein viktig del av dette arbeidet er bruk avtalespesialistane innan psykisk helsevern, og korleis samarbeide mellom avtalespesialistane og DPS skal vere. Eit aktuelt tiltak er m.a etablering av felles vurderingseining for å sikre lik prioritering, og at alle tilviste pasientar blir rettighetsvurdert.

Bruk av telemedisinske løysingar (e-helse) vil også vere viktig både for å unngå reisetid men også for det kan vere ei egna form for mange pasientar.

Tiltak:

- vidareføre styrking av DPSa og tilbodet til barn og unge
- fortsette omstilling frå døgntilbod til dag, poliklinikk og ambulante tenester
- bruk av avtalepraksis i tett samarbeid med DPSa og kommunale tenester. Gjennomgå oppgåve og ansvarsdeling mellom sjukehuset, DPSa og avtalespesialistane
- utbreia bruk av telemedisinske løysingar
- understøtte kommunale tenester

Dette må også vere eit klart styringsbodskap til helseføretaka.

6.3. Kvalitet på tenestene

Helse Vest kjem samla rimeleg godt ut på dei nasjonale kvalitetsindikatorane. Resultat og ulikskap mellom føretaka må likevel følgjast opp, og særleg der Helse Vest skårar lågt som tvangsinnleggingar og utsending av epikrise.

Indikatorane seier lite om behandlingresultat. Pasientane sin eigen tilbakemelding er viktig men det vil også vere nyttig å utvikle eigne indikatorar for resultat av behandling. Det vil vere ein sentral del av eit kvalitetsregister.

Ein vidareutvikling av bruk av faglege revisjonar der det ligg føre eit revisjonsgrunnlag er også eit viktig tiltak.

Tiltak:

- systematisk nytte pasienterfaringsundersøkingane i forbeholdsarbeidet
- vidareutvikla arbeidet med faglege revisjonar
- ta initiativ til utvikling av fleire kvalitetsregistre innan psykisk helsevern
- vidareutvikling av elektronisk pasientjournal slik at:

- samarbeid mellom alle aktørane som tar del i pasienten sitt forløp blir mogeleg,
- at den gir god støtte for avgjerder og er kjelde for data til å måle kliniske resultat og kvalitet på tenesta
- regionalt arbeid/innsats på dei kvalitetsindikatorane med mest variasjon og dårlegast skår, eks. tvang og epikrise

Når det gjeld forskning har den satsinga som har vore gjort gitt gode resultat og det blir ikkje vurdert naudsynt med nye satsingar no. Det er likevel viktig å halde fram det gode arbeidet som er gjort, også når det gjeld innovasjon. Meir kunnskap om kva effekt pasientane kan få av ulike behandlingssopplegg vil vere sentralt.

6.4. Tvang

Nå det gjeld registrering og rapportering er det i samarbeid med helseføretaka i 2015 og 2016 gjort eit omfattande ryddearbeid og laga nye malar og rutinar for registrering. Desse er no i stor grad implementert. Noko av forbetringa må vente til den nye DIPS Arena ligg føre.

Det er elles laga både nasjonale, regionale og lokale planar for reduksjon av tvangsbruk med ei mengd tiltak utan at dette har gitt ønska effekt. De viktigaste tiltaka er fortsatt:

- tilgjengelege og fleksible tenester og
- kompetanse, haldningar og arbeidsmåtar

Det må fortsett vere stor merksemd og trykk på endringsarbeid på dette området.

Tiltak:

- sikre at det frå 2017 er god kvalitet på registrering og rapportering
- sette konkrete mål for reduksjon av tvangsbruk
- vidareføre arbeidet med implementering av lokale planar
- tal om tvangsbruk blir gjort tilgjengeleg slik at helseføretaka kan bruke dei i forbetringsarbeid

6.5. Standardisering og pakkeforløp

Utvikling av pakkeforløpa vil vere det viktigaste verkemidlet for standardisering og for å sikre ei heilskapleg utgreiing og behandling i tråd med beste praksis.

Tiltak:

- Helse Vest og helseføretaka deltek i det nasjonale arbeidet
- helseføretak blir oppmoda om å starte og vidareføre eige arbeid med pakkeløp
- stille krav til alle aktørar i Helse Vest eller med avtale med Helse Vest om heilskapleg utgreiing og behandling i samsvar med pakkeforløpa

6.6. Arbeid med variasjon og ulikskap

Det viktigaste større tiltaket her er det arbeidet som er sett i gang mellom regionane. Det er levert ein første rapport med forslag til indikatorar som målar kapasitetsutnytting og effektivitet.

Dei nye indikatorane vil bli tatt i bruk i 2017 og vil då kunne gi meir kunnskap som grunnlag for forbetring av tenestene.

Tiltak:

- nytte dei nye indikatorane til analyse og forbetring av tenestene
- delta vidare i det interregionale arbeidet med utvikling av indikatorar
- Etterleving av pakkeforløpa.

Målet må her vere at meir og betre kunnskap om verksemda blir nytta til betre tenesteutforming, betre ressursutnytting og meir likeverdige tenester.

6.7. Medverknad - brukarperspektivet

Det er sett i verk ei rekke tiltak for pasienten si evne til medverknad og val, som vil bli videreført og vidareutvikla. Det er m.a.:

- opna for elektronisk tilgjenge til eigen journal
- det er under utarbeiding verktøy for samval
- kunnskap om diagnosar ligg på nettsida

I arbeidet med utvikling av medikamentfrie tilbod er god informasjon frå behandlarane eit sentralt tiltak. Informasjon via helseføretaka sine nettsider er også viktig.

I utvikling av tenestene er brukarmedverknad også sentralt. Rekruttering og støtte til opplæring av brukarrepresentantar er her viktig.

Tiltak:

- vidareutvikla pasientretta informasjon og verktøy som understøtter samval
- fremme ei «recovery» basert tilnærming som tar utgangspunkt i pasienten sine egne mål
- vidareføre støtte til brukarorganisasjonane der brukaropplæring også er sentralt tiltak

6.8. Gode overgangar

Overgangane er utfordrande. Epikrisen er eit særskilt viktig samhandlingsverktøy. Rask epikrise, aller helst «i hånden» må vere eit mål som må ha stor merksemd. Det vil bli laga eit eige prosjekt for å få dette implementert i alle helseføretaka i 2017 (på alle fagområda).

Men mange pasientar treng meir tilrettelegging og førebuing. Sjølv om det er slikt samarbeid i dag mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene, er det likevel grunn til å forvente at dette blir meir systematisk med dei nye prosedyrekrava som er foreslått i ny forskrift om utskrivingsklare pasientar (som også omfattar psykisk helsevern og rus). Spesialisthelsetenesta må kalla inn relevante samarbeidspartar til eit møte for å starte arbeidet med å utarbeide ein plan for oppfølging og ha avklara si vidare oppfølging av pasienten.

Individuell plan er eit godt verktøy for samhandling som må nyttast betre.

Tiltak:

- følgje opp nye prosedyrekrav til samhandling før utskriving av pasientar
- gjennomføre auka bruk av individuell plan (IP) for pasientar som treng koordinerte tenester
- starte og gjennomføre prosjekt for å sikre gode overgangar med m.a. rettidig epikrise som inneheld all naudsynt informasjon

Konklusjon

Det er i saka gitt ein oversikt over tenestetilbodet innan psykisk helsevern. Det gjeld m.a. mål og føringar og korleis tenestetilbodet er organisert.

Det er likevel lagt mest vekt på det som blir oppfatta som sentrale utfordringar og problemstillingar. Det er vist til tiltak og prosessar som er sett i verk og planlagt for å betra tenestene. I den grad det er sett i verk interregionale tiltak og tatt nasjonale initiativ, er det vurdert som viktig at Helse Vest understøtter desse og nyttar dei i eige forbetningsarbeid. Det gjeld m.a. pakkeforløpa og det interregionale samarbeidet for å få betre kunnskap om variasjon og ulikskap i tenesteytinga.

Saka må nyttast i oppfølgingsdialogen med helseføretaka og dei private ideelle institusjonane. Det er og behov for å sette i gang fleire regionale prosjekt, der ein m.a kan utgreie alternative modellar for organisering av tenesta, og bruk av avtalespesialistane.

Problemstillingane vil også vere sentrale i arbeidet med revidering av den regionale planen for psykisk helsevern i 2017.