



Styresak 36-2016

Høringsuttalelse: Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord fra 2016-2025

Saksbehandler:
Trude Grønlund

Saksnr.:
2016/636

Dato:
20.04.2016

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Forslag til Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2016-2025

1. Bakgrunn

Høringsutkastet til denne utviklingsplanen er utarbeidet av Helse Nord RHF basert på innspill fra arbeidsgrupper bestående av representanter fra psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). En arbeidsgruppe har spesielt vurdert behovet for regionale sikkerhetsplasser og regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri i Helse Nord. Formålet er å gi et rammeverk som kan styre retning og innhold for spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern og TSB i Helse Nord i perioden 2016 - 2025. Gjeldende tiltaksplaner for TSB og psykisk helsevern løp ut i henholdsvis 2014 og 2015. Fagområdene TSB og psykisk helsevern beskrives i samme plan for å sikre et mer sammenhengende tjenestetilbud og styrke tilbudet til pasienter som har behov for oppfølging både fra psykisk helsevern og TSB.

2. Planens innhold

Planen beskriver den faglige kompetansen prosjektgruppen mener skal være i alle ledd av tjenesten og på hvilke områder helseforetakene må etablere spesialiserte tjenestetilbud til pasienter med komplekse eller lavfrekvente tilstander. Utviklingsplanen beskriver overordnede faglige prinsipper som skal gjelde for tjenestene og definerer ikke organisering eller dimensjonering av alle områder innen psykisk helsevern og TSB.

Helse Nord RHF har hatt som mål å gjøre planen kort og leservennlig. Av denne grunn har de kun valgt å omtale utviklingsområdene, noe som innebærer at en del større pasientgrupper ikke omtales. For TSB foreslås det å utarbeide en egen fagplan. Utviklingsområder som trekkes fram innen de ulike områder er som følger:

Felles utviklingsområder:

- Psykisk helsevern og TSB skal, så langt det er mulig, tilby sine tjenester i samhandling med kommunene og felles behandlingsenheter bør vurderes.

- Behandlingstilbudet til familier må styrkes på tvers av faggrenser mellom barn, voksne og TSB.
- Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykisk helsevern og TSB.
- Helse Nord skal etablere tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gi et tilbud til flyktninger og asylsøkere.
- Digitale helsetjenester som internettbaserte selvhjelpsmoduler, e-poliklinikk og digitale vaktordninger skal videreutvikles.
- Helse Nord skal etablere et pasientskaderegister for psykisk helsevern og TSB.
- Det skal arbeides for å utvikle kvalitetsregister i psykisk helsevern og TSB.
- Helse Nord skal i samarbeid med NAV bidra til at pasienter i psykisk helsevern og TSB kan fortsette skolegang og delta i arbeidslivet. Helseforetakene skal legge til rette for å integrere tiltak i skole og arbeid for pasienter i behandling.

Utviklingsområder for psykisk helsevern for barn og unge

- Det skal etableres behandlingstilbud til barn under tre år i alle helseforetak, for å sikre aldersgruppen et likeverdig tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Alle helseforetak i Helse Nord skal tilby barn og unge utredning og behandling av rus- og avhengighetslidelser.
- Barn i barnevernsinstitusjoner skal sikres nødvendig helsehjelp gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og god samhandling mellom BUP og barnevernet.

Utviklingsområder for TSB

- Alle helseforetak i Helse Nord skal bygge ut poliklinisk kapasitet slik at den er på landsgjennomsnittet.
- Det skal utarbeides en regional fagplan for TSB som blant annet skal beskrive organisering og innhold av tjenestetilbudet i Helse Nord.
- Helse Nord skal bygge opp spesialistkompetanse slik at alle helseforetak har spesialistkompetanse innen rus- og avhengighetsmedisin.

Utviklingsområder for psykisk helsevern for voksne

- Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse.
- Helse Nord skal tilby medikamentfri døgnbehandling for alvorlig psykisk syke.
- Helse Nord skal bygge opp kapasitet og kompetanse på alderspsykiatriske lidelser.
- Helse Nord skal arbeide for å etablere en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri.
- Helse Nord bør etablere tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost.

3. Vurdering/høringsinnspill

Generelle kommentarer:

Psykiske helsevern og TSB er store fagområder, og innenfor flere områder blir denne planen svært generell, uten klare føringer som ikke allerede er kjent via nasjonale føringer eller oppdragsdokumentet. Utviklingsplanen har få forslag til konkrete tiltak, og tiltakene er ikke prioritert og konkretisert i forhold til hvem som skal ha ansvar for gjennomføring og finansiering.

I sammendraget står følgende: «*Psykisk helsevern for voksne skal ha robuste DPS som fortsatt er veien inn og ut fra spesialisthelsetjenesten. Alle DPS skal ha et komplett behandlingstilbud med polikliniske og ambulante tjenester, akuttjenester gjennom døgnet og et differensiert døgntilbud*».

Her savnes en problematisering av hvorvidt dette er gjennomførbart og ønskelig ift størrelsen på de ulike DPS`ene, befolkningsgrunnlaget i Nord-Norge og ikke minst tilgang på spesialister og andre ressurser. Fra NLSHs side er vi usikre på om det er mulig, eller fornuftig ressursbruk, å utvikle det som betegnes som robuste DPS`er ved alle dagens DPS`er. Det er svært kostnadskrevende å etablere akutte tjenester gjennom døgnet ved alle DPS. For NLSH er det kun ved Salten DPS vi har klart å løse dette ved hjelp av egne ressurser. I Vesterålen benytter vi innleide legespesialister for å ivareta døgneredskapen, noe som både er sårbart og kostnadskrevende. I Lofoten er det somatisk helsepersonell som mottar pasienter etter kl. 15.30, økning av åpningstid til ambulant akutt team har ikke latt seg gjennomføre ennå pga mangel på personell. Så vidt vi har kjennskap til har ingen DPS ved Helgelandssykehuset akutte tjenestetilbud etter kl 15.30. Ved DPS med lavt pasientunderlag er det nødvendig å problematisere hvorvidt de nasjonale krav til DPS-ene kan gjennomføres uten strukturelle endringer.

Dersom alle DPS skal opprustes etter beskrivelsen i planen kreves ressurser langt utover budsjetttrammene fra tabell 1 (side 7) i planen. Slik planen foreligger nå forventer vi et misforhold mellom fagmiljøenes ønsker og de foreliggende økonomiske muligheter.

Et annet eksempel; planen gjengir på s. 22 hva som må være basiskompetanse ved alle lokale BUPer. Det er positivt at utviklingsplanen skisserer hva som er ønskelig som basiskompetanse for allmennpsykiatri og spisskompetanse for sykehusavdelinger. Det er imidlertid mange små BUPer i landsdelen og utfordringen med et desentralisert tilbud er at det er utfordrende med kompetanseutvikling innen mange områder dersom pasientvolumet og antall ansette er lavt.

Generelt mener NLSH det savnes en status og analyse av utfordringer for regionens tjenester innen psykisk helsevern og TSB i forhold til kompetanse, spesialistdekning og en vurdering av kostnad/nytte for å videreføre og øke desentraliserte tilbud. Høy spesialiseringsgrad krever mange spesialister og utviklingsplanen sier lite om hvordan vi skal rekruttere disse og til hvilken kostnad.

Dersom planen skal bidra til at begrepet «pasientens helsetjeneste» får ett reelt innhold, må planen bidra til at både pasientene, pårørende, fagpersoner og ledere på alle nivå har samme forståelse av dagens situasjon og ressursene som er nødvendig for å oppnå ønskede mål.

Nordlandssykehuset HF har noen konkrete forslag til justeringer av planen for de ulike områdene.

Barne- og ungdomspsykiatri:

Nordlandssykehuset foreslår at opprettelse av et barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud til barn og ungdom med somatisk sykdom tas inn i planen. Disse pasientenes behov for psykiatrisk/psykologisk utredning og NLSH ønsker en styrkning av dette tilbudet. Pasienter innlagt i somatikken med behov for utredning av evt psykiske lidelser må få tilbud fra BUP. Det bør følge med «friske» penger til å opprette slike tilbud.

Voksenpsykiatri:

Nordlandssykehuset mener at høringsutkastet burde tatt opp strategier for tidlig intervensjon ved psykose (begrepet tidlig intervensjon nevnes kun generelt og kort i omtale av rustilstander). Det er godt dokumentert at pasienter med psykoselidelser ofte går ubehandlet i opptil flere år med svært alvorlige symptomer. Nasjonal veileder har en uttalt målsetning om at varighet av ubehandlet psykose skal reduseres, bør være kort og helst ikke over 4 uker, for å forhindre en livslang kronifiserende alvorlig sykdom. Slike målsetninger vil være umulig for Helse Nord å oppnå dersom

ingen konkrete tiltak prioriteres i utviklingsplanen for 2016-2025. I Norge finnes spesialiserte tilbud for pasientgruppen i de øvrige regionene.

Nordlandssykehuset etablerte allerede i 1996 et spesialisert tilbud for pasientgruppen ved opprettelse av Enhet for psykoser (EFP) og denne enheten har det eneste behandlingstilbudet i regionen som tilbyr spisset, døgnbasert observasjon i forbindelse med utredning og behandling av psykoselidelser. Det er søkt Helse Nord om at NLSH får regionsfunksjon for denne pasientgruppen. Ved Nordlandssykehuset har man også et av få spesialiserte psykoseteam i helseregionen, lokalisert ved Salten DPS.

Psykiatrisk Innsatsteam er et team i Nordlandssykehuset som har en regional funksjon i forhold til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. I det siste året har Psykiatrisk Innsatsteam og Spesialpsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset arbeidet for å etablere et døgntilbud til denne gruppen fordi dette mangler i regionen. I dag henvises pasienter med behov for slik behandling til Helse Sør-Øst. De siste 12 årene har Psykiatrisk Innsatsteam i gjennomsnitt henvist en pasient pr år til innleggelse på Dikemark, Oslo Universitetssykehus. Oppholdene der har variert fra 3 til 7 måneder. Ordinære psykiatriske poster i Helse Nord kan i liten grad tilby døgnplasser for utrednings- eller behandlingsopphold for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. Opprettelsen av et eget døgntilbud vil derfor gi et sammenhengende behandlingsforløp for denne pasientgruppen i Helse Nord. Et omfang på to sengeplasser harmonerer godt med dimensjoneringen i de andre helseregionene.

Det er allerede gjort en del forarbeid i Nordlandssykehuset knyttet til å se på muligheten for å etablere en slik døgnpost og vi har lokaler og kompetanse til å etablere disse døgnplassene. En døgnpost for denne pasientgruppen foreslås derfor lagt til Nordlandssykehuset og knyttes nært opp mot den ambulante funksjon som Psykiatrisk Innsatsteam allerede har i Helse Nord.

Nordlandssykehuset slutter seg også til vurderingen gjort av arbeidsgruppen som utredet sikkerhetspsykiatrien i regionen. Det synes fornuftig med en dimensjonering på 5 regionale sikkerhetssenger. Vi har pr. i dag mulighet til, både arealmessig og faglig, å tilby seg å legge til rette for 3 av de regionale sengeplassene. Dette kan vi ivareta innenfor de lokaler vi har, som er både moderne og hensiktsmessige i forhold til de juridiske krav som stilles for ivaretagelse av denne pasientgruppen. Det forutsettes at sengene med regional funksjon etableres ved at det tilføres ressurser i hht krav til bemanning for slike regionale sikkerhetsplasser. Ved en evt etablering av et kompetansesenter innenfor sikkerhetspsykiatri finner vi det naturlig at denne funksjonen knyttes til de fagressurser som er ansvarlig for drift av de regionale sengene.

Under felles utviklingsområder står det i ett av kulepunktene: «*Helse Nord skal bygge opp kapasitet og kompetanse på alderspsykiatriske lidelser*». Hva dette innebærer er ikke konkretisert. I Bodø finnes to små fagmiljø, et ved Alderspsykiatrisk seksjon i NLSH og ett ved Kløveråsen, som er privat drevet og finansiert av Helse Nord RHF. Disse to fagmiljø burde vurderes for en mulig bedre ressursutnyttelse enn i dag.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I dette kapitlet pekes det på behov som må dekkes, men med manglende analyser og konkrete mål eller løsninger. Her planlegges det utarbeidelse av egen fagplan og muligens vil dette beskrive ytterligere der.

Nordlandssykehuset har i dag ingen godkjente spesialister innen området rus- og avhengighetsmedisin. Det er ukjent om det finnes noen i regionen. En av årsakene til at utdanning av spesialister er problematisk er at kravene til den nye spesialiteten er vanskelig å oppfylle f.eks kravet om egne vaktskift og egne senger for akutt avrusning. Planen mangler omtale av disse

utfordringene og hvordan slike spesialister skal kunne rekrutteres i nærmeste framtid. Uten disse spesialistene kan man heller ikke ha et utdanningsprogram. TSB kapitlet inneholder heller ikke omtale av spesialiteten i Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer. Det er i stor grad psykologene som står for utredningen i TSB.

Vi har utfordringer med å få til brukerstyrte senger og krisesenger innen TSB i DPS-ene. Dette påpekes i planen, men vi savner også på dette området beskrivelse av konkrete tiltak for å løse utfordringene.

ROP-pasientene (pasienter med dobbeltdiagnose, psykiatrisk sykdom og rusavhengighet) er ikke omtalt i planforslaget. Disse pasientene er svært utfordrende for samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, både i forhold til hvordan kommunene kan sikre tilstrekkelig kompetanse og ressurser i form av bolig, arbeid etc. Dette er en pasientgruppe som i spesielt stor grad trenger tett samhandling og oppfølging fra begge nivå og fra mange interessenter. Hvis ikke kommunene er i stand til å sikre nødvendig oppfølging av pasientene og trygge bo- og omsorgstjenester vil spesialisthelsetjenestens arbeid med å få pasientene rusfrie være mer eller mindre bortkastet. NLSH mener at planen bør inneholde f.eks forslag til god pasientflyt eller eksempel fra gode gjennomførte samhandlingsprosjekter for arbeid med ROP – pasienter.

Kvalitetsregistre:

Det beskrives at det må etableres flere kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og TSB. NLSH ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser har landets eneste kvalitetsregister innen Psykisk Helsevern. En kan bygge videre på den datatekniske løsningen en har ift dette registeret og således etablere flere registre i NLSH.

4. Konklusjon/innstilling til vedtak

Den foreliggende utviklingsplanen gir ikke den grad av retning for Nordlandssykehusets framtidige arbeid innen fagområdene som vi hadde ønsket. Dette skyldes at planen er av overordnet karakter og har en mangelfull analyse av dagens status og utfordringer. Planen er ambisiøs i forhold til desentralisert kompetanse og tjenestetilbud, uten at det er prioritert mellom ulike målsetninger.

Innstilling til vedtak:

1. Med et lite pasientunderlag, vanskelig tilgang til spesialister og et finansielt usikkert grunnlag for planperioden, er det vanskelig å se hvordan foreliggende planutkast kan gi nødvendig retning for helseforetakenes ressursinnsats innen psykisk helsevern og TSB i årene framover. Nordlandssykehuset mener det er behov for en utviklingsplan med klare og konkrete tiltak for hvordan vi skal nå de nasjonale og regionale målsettinger, med en klar plan for finansiering av de tiltak som må gjennomføres for å nå målene.
2. Styret vurderer det som ønskelig at utviklingsplanen problematiserer hvorvidt det er mulig og ønskelig at alle DPS i regionen skal kunne oppfylle de i planen skisserte krav til et robust og komplett DPS. I tilfelle det er ønskelig og mulig må det skisseres hvor mye ressurser en tenker sette inn for å nå denne målsettingen.
3. De mest konkrete forslagene i den foreliggende utviklingsplan er knyttet til sikkerhetspsykiatri og psykisk utviklingshemmede med psykiatrisk sykdom. Nordlandssykehuset støtter forslaget om opprettelse av 5 regionale sikkerhetsplasser og helseforetaket kan enkelt legge til rette for etablering av 3 regionale sikkerhetsplasser i nåværende lokaler i Psykisk helse- og rusklinikken.

4. Styret ved NLSH ber om at det etableres døgnplasser for psykisk utviklingshemmede med alvorlig psykisk sykdom innenfor Spesialpsykiatrisk avdeling i Psykisk helse- og rusklinikken ved Nordlandssykehuset, hvor det regionale ambulante teamet for denne pasientgruppen er organisert.
5. Styret i NLSH ber om at arbeidet med utredning av psykisk sykdom hos barn innlagt i somatiske avdelinger styrkes og at det avsettes friske midler til å bygge opp BUP-tjenester for denne pasientgruppen.
6. Styret ber om at Enhet for psykoser får regional status i forhold til tidlig intervensjon ved psykose.

Avstemming:

Vedtak:

Vår referanse:
2014/260

Saksbehandler/tlf.:
Jon Tomas Finnsson 99428377

Sted/dato:
Bodø, 25.2.2016

Høring – Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025

Utviklingsplanen for psykisk helsevern og TSB er utarbeidet på oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord RHF. Den er basert på faglige innspill fra arbeidsgrupper bestående av fagfolk fra psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB. En fjerde arbeidsgruppe har vurdert behovet for regionale sikkerhetsplasser og regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri i Helse Nord. Arbeidet fra de faglige arbeidsgruppene er koordinert og sammenstilt av en regional prosjektgruppe.

Utkast til utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB sendes nå på høring til aktuelle instanser. Frist for tilbakemelding er **3. mai 2016**.

Bakgrunn

Formålet med en regional utviklingsplan er å gi et rammeverk som kan styre retning og innhold for spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern og TSB i Helse Nord i de kommende årene. Gjeldende tiltaksplaner for TSB og psykisk helsevern løp ut i henholdsvis 2014 og 2015. Fagområdene TSB og psykisk helsevern beskrives i samme plan for å bedre sikre et sammenhengende tjenestetilbud og styrke tilbudet til pasienter som har behov for oppfølging både fra psykisk helsevern og TSB.

Planens innhold

Planen beskriver hvilken faglig kompetanse som skal være i alle ledd av tjenesten, videre defineres områder hvor helseforetakene må etablere spesialiserte tjenestetilbud til komplekse eller lavfrekvente tilstander. Planen gir også innspill til utviklingsområder for fagområdene samlet og særskilte utviklingsområder for hvert av de tre fagområdene.

Avgrensning

Utviklingsplanen beskriver overordnede faglige prinsipper som skal gjelde for tjenestene. Planen definerer ikke organisering eller dimensjonering av alle områder innen psykisk helsevern og TSB.

Det har vært et mål å gjøre planen kort og leservennlig. Av denne grunn omtales kun utviklingsområdene særskilt, noe som innebærer at en del større pasientgrupper ikke omtales. For TSB foreslås å utarbeide en egen fagplan.

Høringsinnspill

Vi ønsker tilbakemelding på både faglige prinsipp som beskrives i planen og konkrete utviklingsområder. Alle høringsinnspill blir lagt offentlig tilgjengelig på Helse Nords nettsider.

Tema vi særskilt ønsker tilbakemelding på

Planen beskriver behov for å etablere og styrke døgntilbudet innen sikkerhetspsykiatri og for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig psykisk utviklingshemming. Planen har ikke vurdert hvor tilbudene skal lokaliseres og det er ønskelig med innspill fra høringsinstansene på behov og lokalisering.

Høringsfrist

Høringsinnspill til *Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025* sendes elektronisk til: **postmottak@helse-nord.no** innen **3. mai 2016**. Innspillene merkes med «høringsinnspill utviklingsplan psykisk helsevern og TSB».

Høringsnotatet er lagt ut på Helse Nords internettside på følgende adresse:
<http://www.helse-nord.no/horinger/horing-utviklingsplan-for-psykisk-helsevern-og-rus-article137724-1546.html>

Spørsmål kan rettes til: Seksjonsleder Jon Tomas Finnsson på e-post: **jtf@helse-nord.no**

Med vennlig hilsen

Geir Tollåli
Fagdirektør

Jon Tomas Finnsson
Seksjonsleder

HØRINGSINSTANSER

Sametinget
Kommuner i Nord-Norge
KS Nord-Norge
Finnmarkssykehuset HF
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Nordlandssykehuset HF
Helgelandssykehuset HF
SANKS

Rådet for psykisk helse
RIO
Barns beste

Den norske legeforeningen
Norsk psykologforening
Sykepleierforbundet
Fagforbundet
Fellesforbundet FO
Parat
Delta
UNIO
Akademikerne

Helse Vest RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF
Fagråd for psykisk helsevern for voksne
Fagråd psykisk helsevern for barn og unge
Fagråd TSB
Samarbeidsutvalget for praktiserende spesialister i Helse Nord

Statens helsetilsyn
Pasient- og brukerombudet
Nordland fylkeskommune
Troms fylkeskommune
Finnmark fylkeskommune
UiT, Norges arktiske universitet
Nord universitet

Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025

Utgitt av:
Helse Nord RHF
2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
1. Innledning.....	8
2. Pasientens helsetjeneste	12
2.1 Brukermedvirkning.....	12
2.2 Barn som pårørende	13
2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	13
2.3.1 Kunnskapsbasert praksis	13
2.3.2 Kvalitetssikring	14
2.3.3 Eksempler på pasientskade i helsetjenesten.....	14
2.3.4 Registrering og overvåkning av pasientskader i psykisk helsevern og TSB.....	15
2.3.5 Forskning.....	15
2.4 Samhandling i praksis frem mot 2025.....	15
2.5 Tilgjengelighet gjennom digitale helsetjenester.....	16
2.6 Helsetjenester til samisk befolkning	16
2.7 Fremmedkulturelle og fremmedspråklige	17
2.8 Utviklingsområder i pasientens helsetjeneste frem mot 2025	17
3. Pasientens helsetjeneste for barn og unge med psykiske lidelser	18
3.1 Fagfeltets organisering og struktur	19
3.2 Brukermedvirkning for barn og unge	19
3.3 Familieperspektivet.....	19
3.4 Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord frem mot 2025	20
3.5 Tjenestens kompetansebehov	21
3.5.1 Basiskompetanse.....	22
3.5.2 Spisskompetanse.....	22
3.6 Oppsummering – psykisk helsevern for barn og unge frem mot 2025	23
4. Pasientens helsetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB.....	23
4.1 Fagfeltets organisering og struktur	24
4.2 Bruker- og pårørendemedvirkning i TSB	24
4.3 TSB i Helse Nord frem mot 2025	25
4.4 Tjenestens kompetansebehov	26
4.4.1 Basiskompetanse TSB.....	26

4.4.2	Spisskompetanse TSB.....	27
4.5	Oppsummering – TSB frem mot 2025	27
5.	Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser	27
5.1	Fagfeltets organisering og struktur	28
5.2	Brukermedvirkning.....	28
5.3	Psykisk helsevern for voksne i Helse Nord frem mot 2025	29
5.4	Tjenestens kompetansebehov	30
5.4.1	Basiskompetanse i psykisk helsevern for voksne	30
5.4.2	Spisskompetanse i psykiske helsevern for voksne	31
5.5	Utviklingsområder psykisk helsevern for voksne mot 2025.....	32
6.	Sluttnoter	34
7.	Referanser	
8.	Vedlegg 1: Rapport om regionale funksjoner i Helse Nord	
9.	Vedlegg 2: Oversikt over prosjektdeltakere	

Forord

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) blir psykiske lidelser den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vesten i 2020.^{1,2} Det forventes særlig vekst i lidelser som depresjon, angst og rusmiddelproblemer. Utviklingsplanen er skapt i samarbeid med brukerne for å gi pasientens helsetjeneste et innhold i Helse Nord og for sammen å finne gode løsninger for å sikre et trygt og kvalitativt godt helsetilbud til befolkningen.

Psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet rammer omtrent halve befolkningen for kortere eller lengre perioder av livet.³ Genetisk sårbarhet, belastende livshendelser og langvarig stress er vanlige årsaker. For en mindre gruppe utvikles lidelsene til langvarige vansker med stor funksjonssvikt. Psykiske lidelser og ruslidelser fører alt for ofte til frafall fra skole, vansker med å komme inn i arbeid eller arbeidsuførhet. Det er derfor viktig at Helse Nord har et godt tilbud til pasienter som raskt kan hjelpes tilbake til normal fungering, og til dem som trenger oppfølging over tid.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser har vesentlig lavere levealder enn øvrig befolkning, og dødsårsaken er hovedsakelig somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges. I pasientens helsetjeneste må derfor helsetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet integreres med somatisk behandling. For å lykkes med å gi et helsetilbud av god kvalitet tidlig i sykdomsforløpet, må samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene være godt.⁴

I pasientens helsetjeneste er det en selvfølge at pasienter og pårørende medvirker i valg som angår egen behandling. Brukererfaringer må samles og systematiseres for å bidra i den videre oppbyggingen og organiseringen av helsetjenestene. Pasient- og brukerorganisasjonene har deltatt i arbeidet med utviklingsplanen og gitt konstruktive bidrag helt fra tidlig planleggingsfase og til de siste redigeringer i sluttfasen.

Det har vært et mål å gjøre utviklingsplanen kort og leservennlig. Planen omhandler derfor de områdene der det foreslås utviklingstiltak. Valget innebærer at flere fagområder og store pasientgrupper ikke omtales særskilt. Av utviklingstiltakene vil vi særlig fremheve det medikamentfri behandlingstilbudet som blir etablert i Helse Nord i 2016. Tilbudet etableres på bakgrunn av ønsker fra brukerne og viser brukerstyring i praksis. Helse Nord's medikamentfri behandlingstilbud utformes i nært samarbeid med brukerne, og bidrar til å øke pasientenes valgfrihet.

Vi håper utviklingsplanen bidrar til at tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord blir pasientens helsetjeneste.

Geir Tollåli
Fagdirektør, Helse Nord

Sammendrag

Utviklingsplanen gir innhold i begrepet *pasientens helsetjeneste* i perioden frem mot 2025. Pasientens helsetjeneste skal yte tjenester av god kvalitet og et viktig satsningsområde er derfor å utvikle gode kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern og TSB. Pasientens behov skal settes i fokus og pasientbehandling i psykisk helsevern og TSB skal bidra til deltakelse i skole og arbeidsliv.

Utviklingsplanen beskriver hvilken faglig kompetanse som skal være i alle ledd av psykisk helsevern og TSB i Helse Nord. Det defineres områder hvor helseforetakene må etablere spesialiserte tjenestetilbud til komplekse eller lavfrekvente tilstander. Utviklingsplanen peker også på utviklingsområder for de tre fagområdene samlet og hver for seg.

Psykisk helsevern for voksne skal ha robuste DPS som fortsatt er veien inn og ut fra spesialisthelsetjenesten. Alle DPS skal ha et komplett behandlingstilbud med polikliniske og ambulante tjenester, akuttjenester gjennom døgnet og et differensiert døgntilbud.

Psykisk helsevern for barn og unge skal ha et tilbud for barn fra spedbarnsalder til unge voksne. BUP skal tilby poliklinisk behandling og ambulante tjenester, akuttjenester og døgnbehandling. I tillegg skal tilbudet for rus- og avhengighetslidelser blant barn og unge styrkes.

TSB skal ha akuttjenester gjennom døgnet, døgntilbud, ambulante tjenester og poliklinisk tilbud. Det polikliniske tilbudet må bygges ut til å være på landsgjennomsnitt og TSB skal samorganiseres med DPS.

Felles utviklingsområder

- Psykisk helsevern og TSB skal, så langt det er mulig, tilby sine tjenester i samhandling med kommunene og felles behandlingsenheter bør vurderes.
- Behandlingstilbudet til familier må styrkes på tvers av faggrenser mellom barn, voksne og TSB.
- Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykisk helsevern og TSB.
- Helse Nord skal etablere tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gi et tilbud til flyktninger og asylsøkere.
- Digitale helsetjenester som internettbaserte selvhjelpsmoduler, e-poliklinikk og digitale vaktordninger skal videreutvikles.
- Helse Nord skal etablere et pasientskaderegister for psykisk helsevern og TSB.
- Det skal arbeides for å utvikle kvalitetsregister i psykisk helsevern og TSB.

- Helse Nord skal i samarbeid med NAV bidra til at pasienter i psykisk helsevern og TSB kan fortsette skolegang og delta i arbeidslivet. Helseforetakene skal legge til rette for å integrere tiltak i skole og arbeid for pasienter i behandling.

Utviklingsområder for psykisk helsevern for barn og unge

- Det skal etableres behandlingstilbud til barn under tre år i alle helseforetak, for å sikre aldersgruppen et likeverdig tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Alle helseforetak i Helse Nord skal tilby barn og unge utredning og behandling av rus- og avhengighetslidelser.
- Barn i barnevernsinstitusjoner skal sikres nødvendig helsehjelp gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og god samhandling mellom BUP og barnevernet.

Utviklingsområder for TSB

- Alle helseforetak i Helse Nord skal bygge ut poliklinisk kapasitet slik at den er på landsgjennomsnittet.
- Det skal utarbeides en regional fagplan for TSB som blant annet skal beskrive organisering og innhold av tjenestetilbudet i Helse Nord.
- Helse Nord skal bygge opp spesialistkompetanse slik at alle helseforetak har spesialistkompetanse innen rus- og avhengighetsmedisin.

Utviklingsområder for psykisk helsevern for voksne

- Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse.
- Helse Nord skal tilby medikamentfri døgnbehandling for alvorlig psykisk syke.
- Helse Nord skal bygge opp kapasitet og kompetanse på alderspsykiatriske lidelser.
- Helse Nord skal arbeide for å etablere en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri.
- Helse Nord bør etablere tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost.

Økonomi

Tabell 1 viser planens hovedtiltak og utviklingsområder med budsjett for første del av planperioden. Budsjetttrammene fremkommer i Plan for Helse Nord 2016-2019, som rulleres årlig.

Tabell 1: Oversikt over utviklingstiltak og utkast til budsjett (Tall i kr. 1000)

Plan for Helse Nord 2016-2019	2016	2017	2018	2019	2020
Vedtatt ramme for styrking av psykisk helsevern og TSB	25 000	30 000	40 000	40 000	
Tiltak					
Digitale helsetjenester	200	200	200	200	200
Pasientskaderegister for PHV og TSB		300	300	300	300
Kvalitetsregister	250	500	500		
Skole- og arbeidsinkludering	1 500	3 000	3 000	3 000	3 000
Sped- og småbarn	250	300	300	5 000	5 000
Rusbehandling for barn og unge	500	1500	1500	500	500
Barn i barnevernsinstitusjoner	100	100	100	3 000	3 000
Øke poliklinisk TSB kapasitet	3 000	5 000	5 000		
Regional fagplan TSB		200	200		
Spesialistutdanning TSB	300	300	300	300	300
Regional kompetansetjeneste - sikkerhetspsykiatri		3 000	3 000	3 000	3 000
Regional sikkerhetspost		5 000	10 000	20 000	20 000
Døgnetilbud til pasienter med psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming	3 600	5 600	5 600	5 600	5 600
Medikamentfritt behandlingstilbud	11 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Økt aktivitet i alderspsykiatrien	1 000	1 000	1 000	5 000	10 000
FACT, felles behandlingsteam med kommunene	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Pakkeforløp PHV og TSB	100	100	200	300	300
Innføring av ISF i PHV og TSB	200	200			
Traumekompetanseprogram	1 000				
Planarbeid – utviklingsplanen	500				
Sum	25 000	47 800	52 700	67 700	72 700

Rammer for styrking av psykisk helsevern og TSB i 2016 er vedtatt av styret i Helse Nord. Fordeling av bevilget ramme er ikke styrevedtatt, og tabell 1 må sees som et forslag til fordeling. Rammer for 2017-2025 blir fastsatt i årlige budsjetttrunder i Helse Nord RHF. Samlet overstiger planens kostnader de vedtatte økonomiske rammene. Hvis det ikke vedtas rammer som dekker kostnadene, vil etableringen av tilbud som sikkerhetspsykiatri og døgntilbud til pasienter med psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming kunne bli forsinket eller redusert i forhold til utkast i tabell 1.

1. Innledning

Pasientens helsetjeneste i Helse Nord skal tilby faglig gode og trygge tjenester til pasienter som trenger spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten må arbeide for å gi tidlig hjelp til barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser. Mange sosiale og helsemessige lidelser hos voksne har sin rot i barndommen og halvparten av alle psykiske lidelser debuterer før fjortenårsalder og hele tre av fire før tjuetvårsalder.^{5,6} Av denne grunn har tidlig innsats et betydelig potensial for å bedre befolkningens livskvalitet, mulighet til å gjennomføre skolegang og senere delta i arbeidslivet. Tilsvarende må voksne med begynnende alvorlige psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser, få hjelp tidlig. Digitale helsetjenester er et av flere virkemiddel som kan bidra til raskere hjelp og bistand til selvhjelp. Digitale helsetjenester som behandling via Skype eller Facetime og internettbaserte behandlingsmoduler som eMeistring⁷ og MoodGym⁸ reduserer reisetiden og gjør helsehjelpen mer tilgjengelig. Det utvider og supplerer dagens behandlingstilbud og øker pasientenes tilgjengelighet til helsetjenester.

Alvorlig psykiske lidelse og rusavhengighet reduserer forventet levealder

Alvorlig psykisk syke har betydelig lavere levealder enn befolkningen for øvrig.⁹ Forventet levealder er mellom 15 og 20 år kortere, hvorav 60 prosent kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges.¹⁰ Alvorlig syke pasienter i psykisk helsevern og TSB må derfor sikres somatisk oppfølging. Tilsvarende må somatiske pasienter med samtidige psykiske lidelser og/eller ruslidelser gis et tilbud i psykisk helsevern og/eller TSB. Mange pasienter med sammensatte og samtidige lidelser trenger tettere og mer omfattende oppfølging for å få et godt behandlingstilbud.

Psykiske lidelser og rusavhengighet er blant de viktigste risikofaktorene for selvmord.¹¹ Gode tiltak for å forebygge selvmord i befolkningen er et folkehelseansvar og spesialisthelsetjenesten skal følge opp mennesker som står i fare for å ta sitt eget liv. Det begås om lag 530 selvmord i Norge årlig.¹² Helsedirektoratets handlingsplan fra 2014 legger til grunn at god psykisk helse og tidlig hjelp kan bidra til å redusere antall selvmord.

Pasientens helsetjeneste i Helse Nord

Planen skal gi et innhold til begrepet pasientens helsetjeneste. I Helse Nord skal pasientens helsetjeneste preges av pasientens medvirkning, faglig kvalitet, tilgjengelighet og likeverdighet. Brukermedvirkning står sentralt, og brukersiden har derfor vært representert i alle deler av arbeidet: Gjennom direkte deltakelse i arbeidsgruppene, prosjektgruppen og som referansegruppe.

Faglig kvalitet må være basert på kunnskapsbasert praksis der forskning har en sentral plass. For pasientene er det viktig at de har nytte av behandlingen, og i særdeleshet at behandlingen ikke er til skade. Planen presenterer derfor et rammeverk for pasientsikkerhet.

I pasientens helsetjeneste er pasientens behov førende for struktur og innhold i tjenestene. Utviklingsplanen skal legge rammebetingelser for tjenestetilbudet til en befolkning med demografiske endringer i alder og etnisk sammensetning. Helse Nord har et nasjonalt ansvar for å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen i Norge. Arbeidet skal bidra til å realisere Helse Nord's mål om god kvalitet i helsetjenesten og til å oppfylle Helse Nord RHF's *sørge-for-ansvar*.

Utviklingsområder i planperioden

I internasjonal sammenheng holder norsk helsetjeneste for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk høy kvalitet. OECD peker likevel ut flere områder som bør utvikles og bygges ut.¹³ OECD peker særlig på behovet for å utvikle flere kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister innen psykisk helsevern og TSB, tiltak for å hindre frafall fra skole og arbeidsliv og på behovet for tidlig innsats. Dette er utviklingsområder som planen foreslår forbedringstiltak for, både i form av felles utviklingstiltak for de tre fagområdene, og for fagområdene hver for seg.

Forbruksrater i psykisk helsevern og TSB

Magnussen-utvalget¹⁴ brukte analyser av faktisk forbruk av helsetjenester som grunnlag for vurderinger av helseregionenes behov for helsetjenester. For fagområdene psykisk helsevern og TSB ble befolkningens behov for helsetjenester vurdert til å være på landsgjennomsnitt, mens kostnadene ble vurdert til høyere grunnet geografiske forhold.

Tabell 1 viser forbruksrater i psykisk helsevern for voksne i Helse Nord inkludert avtalespesialister i hvert foretaksområde. Tabellen viser at antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er på nivå med landsgjennomsnittet. UNN og Finnmarkssykehuset har relativt mange utskrivinger i forhold til oppholdsdøgn. Det tyder på at hver innleggelse er kortere i varighet enn det nasjonale gjennomsnittet.

Tabell 1. Forbruksrater i prosent for psykisk helsevern for voksne i Helse Nord sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt (snitt = 100)

	Antall pasienter	Døgnopphold	Utskrivinger	Polikliniske kons.
Helse Nord	100	112	128	100
Finnmarkssykehuset	114	136	164	97
UNN	96	111	146	104
Nordlandssykehuset	97	107	110	80
Helgelandssykehuset	111	99	79	126
Norge	100	100	100	100

Kilde: SAMDATA 2014

Helse Nord har noe mer døgnbehandling enn landsgjennomsnitt. Aktiviteten varierer noe mellom helseforetakene og Nordlandssykehuset har lavere poliklinisk aktivitet enn

de andre helseforetakene. Den høyere aktiviteten i døgnbehandling kan forstås ut fra lange reiseavstander og en sentralisert spesialpsykiatri. Avtalespesialistenes andel av den polikliniske aktiviteten er om lag halvparten av landsgjennomsnittet.

Tabell 2 viser aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt er det stor aktivitet i Helse Nord. Oversikten viser at alle helseforetak i regionen ligger over nasjonalt gjennomsnitt på aktivitetsmålene. Helse Nord har ingen private leverandører i psykisk helsevern for barn og unge og få avtalespesialister i fagfeltet.

Tabell 2. Andel pasienter i prosent for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt (snitt = 100)

	Antall pasienter	Døgnopphold	Utskrivninger	Polikliniske kons.
Helse Nord	119	156	168	122
Finnmarkssykehuset	139	222	224	143
UNN	101	117	152	104
Nordlandssykehuset	125	139	152	128
Helgelandssykehuset	131	211	168	135
Norge	100	100	100	100

Kilde: SAMDATA 2014

Tabell 2 viser at psykisk helsevern for barn og unge behandler et stort antall pasienter og at det er høy aktivitet både i døgnbehandling og poliklinikk. Det kan være grunnlag for å vurdere arbeidsfordelingen mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre instanser. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har et godt utbygd døgntilbud pr. innbygger. Aktivitetstallene viser at det tilgjengelige tilbudet blir brukt.

Det foreligger mindre tilgjengelig tallgrunnlag i SAMDATA for TSB. En kombinasjon av mange små enheter og lav datakvalitet oppgis som forklaring. Tabell 3 viser at Helse Nord gir TSB behandling til bare 54 % av nasjonalt gjennomsnitt.

Tabell 3. Andel pasienter i prosent for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt (snitt = 100)

	Pasienter	Døgn	Utskr	Poliklinikk
Helse Nord	54	85	90	35
Finnmarkssykehuset	51			
UNN	70			
Nordlandssykehuset	43			
Helgelandssykehuset	36			
Norge	100	100	100	100

Kilde: SAMDATA 2014

Det rapporteres særlig lite poliklinisk aktivitet i Helse Nord. Det skyldes blant annet at Helgelandssykehuset ikke har rapporterte noen poliklinisk aktivitet innen TSB for 2014. Den polikliniske TSB-aktiviteten er trolig registrert i psykisk helsevern for voksne. Mangelen på nasjonale data viser at det er behov for tiltak for å bedre datakvaliteten i TSB. Pålitelige aktivitetstall danner grunnlag for å vurdere hvilke tiltak det er behov.

Dagens status

I planen presenteres pasientens helsetjeneste i en rekkefølge som reflekterer pasientens alder og løfter frem de minste fagfeltene. Psykisk helsevern for barn og unge har ikke vært igjennom større omlegginger i fagfeltet de senere år. Fokus har vært på økt effektivitet i polikliniske tjenester, og det er etablert flere ambulante enheter i regionen. Psykisk helsevern for voksne har vært gjennom en omstilling der DPS er styrket med ambulante tjenester og økt beredskap for å håndtere akutte kriser. Målet har vært en fordeling mellom sykehus og DPS der hovedtyngden av behandlingen skal skje ved DPS. Denne omstillingen er nå fullført på regionsnivå i Helse Nord.¹⁵ TSB er det nyeste av fagfeltene og bærer fortsatt preg av ulike organiseringer i helseforetakene. Frem mot 2025 skal TSB samorganiseres i DPS, for å kunne tilby et helhetlig behandlingstilbud.

Sikkerhetspsykiatri

En arbeidsgruppe har utredet behovet for egne regionale sikkerhetspsykiatriske funksjoner i Helse Nord. Arbeidsgruppen har vurdert om Helse Nord bør ha egen regional sikkerhetsavdeling og behovet for et eget regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Konklusjonen fra arbeidsgruppen i sikkerhetspsykiatri er gjengitt i kapittel 5.3 i planen. Hele rapporten fra arbeidsgruppen følger som vedlegg 1 til denne rapporten.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019

Planen er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Nasjonal helse- og sykehusplan skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester. Den

gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. Nasjonal helse- og sykehusplan har syv hovedområder og mål:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Helse Nords utviklingsplan viderefører de overordnede føringer fra nasjonal helse- og sykehusplan for psykisk helsevern og TSB. Føringer gitt i nasjonal helse- og sykehusplan er her blitt tilpasset lokale forhold i Helse Nord.

2. Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste bygger på prinsippet om at *ingen beslutninger om meg, tas uten meg*.¹⁶ Pasienten skal medvirke i beslutninger om behandlingssted og behandlingsmetode.¹⁷ I Helse Nord skal pasientens helsetjeneste kjennetegnes av høy faglig kvalitet, likeverdighet og tilgjengelighet. Sentralt i forbedringsarbeidet står brukernes erfaringer med tjenestene de mottar.¹⁸ Pasientbehandling skal gi *bedre helse og vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser*, i samsvar med Kunnskapssenterets definisjon av pasientsikkerhet.¹⁹

2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er i dag en naturlig del av helsetjenesten. Det er et mål i WHO's Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020 og i spesialisthelsetjenestens oppdragsdokument.^{20, 21, 22} Helse Nord har et regionalt brukerutvalg og lokale brukerutvalg i alle helseforetak. Brukerutvalgene peker ut brukerrepresentanter til å delta i større prosesser av betydning for pasienttilbudet i Helse Nord.

I pasientens helsetjeneste er pasienten en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger om egen helse. På systemnivå må brukermedvirkning inngå som en del av spesialisthelsetjenestens planleggings- og forbedringsarbeid. Et viktig premiss for at helsetjenestene skal endre seg i tråd med pasientens behov legges gjennom fortløpende pasienterfaringsundersøkelser. Helse Nords kvalitetsstrategi legger opp til elektroniske løsninger for å samle brukeropplevd kvalitet (PREM) og effekt av behandling (PROM) for bruk i forbedringsarbeid.²³ På individnivå kan kontinuerlige tilbakemeldinger i en behandlingssituasjon gjøre behandlingen mer treffsikker og redusere frafall fra behandling.²⁴

2.2 Barn som pårørende

Over en femtedel av alle norske barn har foreldre med en psykisk lidelse eller rusproblemer som går ut over daglig fungering.²⁵ Det gir barna fordoblet risiko for selv å utvikle psykiske vansker og mer enn fordoblet risiko for å utvikle rusproblemer. Psykisk helsevern og TSB har fra 2010 hatt ansvar for å ivareta barn som pårørende. Risikoutsatte barn og unge skal ha tidlig hjelp, og sammen med sine foreldre bistås i å mestre psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet og alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Psykisk helsevern og TSB skal sikre at barn som pårørende blir ivaretatt og at behandlingstjenesten oppdager og kartlegger behov for informasjon og oppfølging. Helse Nord har utarbeidet regionale fagprosedyrer for barn som pårørende som skal inkluderes i standardiserte behandlingsforløp.

2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

2.3.1 Kunnskapsbasert praksis

I Helse Nord skal alle behandlingssenheter tilby kunnskapsbasert utredning og behandling av psykiske lidelser. Kunnskapsbasert praksis er definert som *en integrasjon av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser*.²⁶ Helsedirektoratets retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging skal ligge til grunn for pasientbehandlingen.²⁷

Det meste av utredning og behandling skal utføres lokalt nær der pasienten bor. For å sikre kvalitet i tjenesten, må utrednings- og behandlingssenheter på helseforetaksnivå vurderes for enkelte tilstander. Regionale behandlingssenheter bør behandle lavfrekvente tilstander og lidelser som krever høyspesialiserte behandlingsmetoder. Diagnostiske vurderinger bør være evidensbaserte for sikre best mulig behandlingsutfall, da feilvurderinger kan føre til forsinket behandling og/eller forverret prognose.²⁸ Riktig diagnose før behandlingen starter gir bedre kvalitet i pasientbehandlingen og øker pasientsikkerheten.²⁹ Utgangspunktet må være konsensus om symptombildet blant involverte parter før behandlingen starter.³⁰

Pakkeforløp

Pakkeforløp er et begrep som brukes om standardiserte utrednings- og behandlingsforløp ved spesifikk sykdom.³¹ Formålet er å høyne kvaliteten ved å redusere uønsket faglig variasjon, og gi større forutsigbarhet for pasientene. Pakkeforløpene er standardiserte pasientforløp, snarere enn faglige metodevalg. Pakkeforløpene vil sikre en viss behandlingsstandard, som at det skal gjennomføres somatiske undersøkelser og medikamentvurdering fra leger. Pakkeforløpene gir ikke svar på faglige problemstillinger og behandler ikke spørsmål om komorbiditet. Helsedirektoratet forbereder nasjonal innføring av standardiserte utrednings- og

behandlingsforløp, og spesialister fra helseforetakene i Helse Nord deltar i det nasjonale arbeidet.

2.3.2 Kvalitetssikring

Kunnskapsbasert praksis må basere seg på kvalitetssikret grunnlagsinformasjon. Per i dag er NORSPIS det eneste kvalitetsregisteret innen psykisk helsevern og TSB med nasjonal status.³² Registeret er etablert ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RSS) ved Nordlandssykehuset.

Kvalitet i pasientbehandlingen måles nasjonalt gjennom indikatorer som ventetid og fristbrudd. Det gir lite informasjon om hvordan pasienten har det, sykdomsbelastning, mulighet for samfunnsdeltakelse og mestring av eget liv. Helse Nord må derfor fortsette arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern og TSB. Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister gir viktige bidrag for å bedre behandlingseffekt og brukerfornøydhethet med helsetjenestene.

Helsetjenester skal bedre pasientens helse, men kan i verste fall føre til skade. Pasientsikkerhet må derfor være en integrert del av virksomheten i psykisk helsevern og TSB.³³ Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender* har flere innsatsområder som er aktuelle for psykisk helsevern og TSB. Disse er *forebygging av selvmord i institusjon*,³⁴ *forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon*,³⁵ *samstemming av legemiddellister*³⁶ og *forebygging av fall i helseinstitusjoner*.³⁷ Det må etableres system for å kartlegge pasientskader i psykisk helsevern og TSB. Planen presenterer en modell for pasientsikkerhet utarbeidet for å registrere skader og uønskede hendelser.³⁸

2.3.3 Eksempler på pasientskade i helsetjenesten

1) Skade forårsaket av mangelfull bruk

Skade skjer når pasienten avslutter behandling før de har mottatt hjelpen de trenger.

2) Skade forårsaket av ineffektiv praksis

Skade skjer når hjelpen pasienten mottar ikke gir bedring i funksjonsnivå sammenliknet med helsetilstanden uten hjelp. Et eksempel er behandling som ikke sikrer bedring ut over naturlig tilfriskning.

3) Skade forårsaket av uønskede hendelser

Skade skjer når hjelpen gir uønskede effekter som alvorlig skade eller død.

Modellens punkt 1-3 er skade der helsetjenesten har gitt tilbud om behandling. Skade kan også oppstå fordi pasienter ikke får den behandlingen de har behov for, eller unnlater å oppsøke helsehjelp ved sykdom. For å kartlegge og estimere omfanget av

denne pasientgruppen, er det nødvendig med forskning og befolkningsundersøkelser siden denne formen for skader ikke registreres gjennom spesialisthelsetjenesten.

2.3.4 Registrering og overvåkning av pasientskader i psykisk helsevern og TSB

Skade på nivå 1 kan for eksempel kartlegges ved å samle informasjon om de som faller ut av behandling (drop out). Det gir kunnskap om risikofaktorer for frafall. På nivå 2 kan bedring i symptomnivå og funksjonsnivå måles, og ulike tjenester sammenliknes for å kunne lære av hverandre. Skader på nivå 3 må overvåkes ved å etablere oversikt over hvilke hendelser som skal defineres som uønskede. Deretter må disse registreres og overvåkes på lik linje med pasientskader i kirurgi og kreftomsorg. En slik overvåking av pasientskader på ulike nivå vil gi god innsikt i tjenestekvaliteten og kan brukes som grunnlag for forbedringstiltak.

2.3.5 Forskning

Helse Nord's nye strategi for forskning og innovasjon 2016-2020 vektlegger forskning og innovasjon av høy kvalitet og stor nytteverdi for pasientene, tjenesten og samfunnet. Det skal være brukermedvirkning i alle faser av forskningen.³⁹ Visjonen er at god forskning og aktiv innovasjon former fremtidens helsevesen av beste kvalitet. Helse Nord skal tilby kunnskapsbaserte tjenester, og vil i årene fremover fortsatt bevilge midler til klinisk forskning innen psykisk helsevern og TSB. Det må etableres flere kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og TSB som kan danne basis for forskning. Helse Nord skal legge til rette for at egne forskningsmiljø kan delta og inkludere flest mulig av pasientene i behandlingsstudier, gjerne gjennom nasjonale eller internasjonale multisenterstudier.

2.4 Samhandling i praksis frem mot 2025

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester.⁴⁰ I pasientens helsetjeneste skal livskvalitet stå i sentrum for utforming av samhandlingen. For pasienter i psykisk helsevern og TSB er tilpasset bolig og muligheter for en meningsfull hverdag sentralt. Fra 2017 innføres kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, og kommunene skal opprette akuttsenger til psykisk syke og ruspasienter. Det legger til rette for et sammenhengende tilbud til pasienter som trenger oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med sammensatte behov og lidelser trenger integrerte og helhetlige helsetjenester. Felles behandlingsteam for samtidig oppfølging og behandling over omsorgsnivåene kan møte pasientenes grunnleggende behov for bolig og midler til livsopphold, og behandle psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Teamene kan drive oppsøkende virksomhet for å fange opp pasienter som ikke drar nytte av tradisjonell poliklinisk behandling. Etablerte samhandlingsstrukturer vil sikre god kompetanseoverføring og kompetanseutveksling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Rus- og psykiatritjenesten ved UNN har i samarbeid med

Tromsø kommune etablert et ACT-tilbud. ACT står for aktivt, oppsøkende behandlingsteam og målgruppen er alvorlig psykisk syke pasienter.⁴¹ Denne samhandlende måten å organisere behandlingen på kan utvides til flere pasientgrupper og slik at den blir mer egnet for mindre opptaksområder (FACT).

Samfunnsdeltakelse er et mål både for den enkelte og samfunnet som helhet. For å hindre frafall fra skole og arbeidsliv, må tjenesten legge til rette for at psykisk syke kan mestre hverdagen og delta i samfunnet. Nordlandssykehusets prosjekt *Kom i jobb* viser at med riktig oppfølging, kan alvorlig psykisk syke personer mestre en arbeidshverdag.⁴² Konseptet bør derfor spres flere steder, og det bør etableres tilsvarende prosjekt for videregående skole og ned i barneskolen for å hindre frafall i skolen.

2.5 Tilgjengelighet gjennom digitale helsetjenester

For at pasienter skal ha nytte av helsehjelp, må den være tilgjengelig. Den må formidles i et språk som pasienten forstår, og slik at tjenesten forstår pasienten riktig. I pasientens helsetjeneste skal pasientene medvirke i beslutninger om egen helse og få økt tilgjengelighet gjennom digitale helsetjenester.

Digitale helsetjenester bidrar til å øke tilgjengeligheten. Behandling via løsninger som Skype eller Facetime reduserer kostnader og fravær fra skole og jobb på grunn av reiser. Det er derfor et viktig supplement til dagens tilbud. Digitale medier kan brukes til psykoedukasjon av pasienter og pårørende, opplæring og utdanning av helsepersonell. Digitale medier kan øke tilgjengeligheten til fagkompetanse internt i helseforetaket og i samhandling med kommunene. DeVaVi-prosjektet er et eksempel på en struktur for å dele kompetanse mellom geografiske enheter som bedrer spesialisttilgangen for mindre enheter.⁴³

Frem mot 2025 bør digitale helsetjenester bli en naturlig del av pasienttilbudet, både i form av e-terapi⁴⁴ og e-læringsprogram. Flere enkeltstudier viser at e-terapi har like god effekt som ordinær behandling.⁴⁵ UiT – Norges arktiske universitet arbeider med e-helseprogrammet MoodGym⁴⁶ som hjelpemiddel mot angst og depresjon. Pasienter i Helse Nord har tilgang til egen pasientjournal i 2015 på helsenorge.no.⁴⁷ Helsenorge-løsningen kan i løpet av perioden bygges ut til å romme flere digitale helsetjenester som e-poliklinikk. E-poliklinikker kan driftes fra helseforetakene for å sikre det faglige innholdet.

2.6 Helsetjenester til samisk befolkning

Helse Nord har et nasjonalt ansvar for å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen i Norge. Samisk nasjonalt kompetansesenter - SANKS, som er organisert i Finnmarkssykehuset, har en særskilt rolle i å utvikle kunnskap og metoder, kunnskapsoverføring og i å synliggjøre samiske pasienters spesifikke behov for

kultursensitive tjenester. SANKS har etablert et lavterskeltilbud, psykiatrisk ungdomsteam (samisk PUT), som gir et tilbud til unge mellom 15 og 30 år med rus- og avhengighetsproblematikk og/eller selvmordsatferd. Finnmarksklinikken består av en døgnenhet og en poliklinikk, og har særlig ansvar for samiske rusavhengige både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Samisk Helsepark i Karasjok vil bidra til å gi den samiske befolkningen likeverdige og tilgjengelige tjenester innen psykisk helsevern, TSB og somatikk.⁴⁸ Helseparken samler tjenestetilbudet fra flere fagområder,⁴⁹ og yter spesialisthelsetjenester med god kulturell og språklig kompetanse. Samisk helsepark samordner og tilrettelegger for helhetlig pasientforløp, og danner et større og mer robust fagmiljø for å sikre videre utvikling og oppbygging av samisk fagkompetanse og kvalitet i behandlingen av samiske pasienter. Samisk helsepark skal være i drift fra 2017-2018.⁵⁰

2.7 Fremmedkulturelle og fremmedspråklige

Det store antallet flyktninger som har kommet i nyere tid, vil bidra til å øke behovet for spesialisthelsetjenester frem mot 2025. Spesialisthelsetjenesten må gi et likeverdig tilbud til personer med fremmedkulturell bakgrunn og språk. Undersøkelser viser at ikke-vestlige innvandrere har dårligere fysisk og psykisk helse, og et større forbruk av helsetjenester enn befolkningen for øvrig.⁵¹

Levekårsundersøkelser viser nær sammenheng mellom helse og levekår. Det betyr at kommunalt tilbud og behandling fra andre aktører som UDI, har stor betydning for hvordan den psykiske helsen utvikler seg. NKVTS⁵² peker på at flyktninger er en gruppe med større behov for tverrfaglig utredning og behandling av psykiske og somatiske lidelser, psykososial utredning og behandling. Det er flere som har alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, som følge av fysisk sykdom, sterke kroniske smerter og skader på grunn av tortur, krigsopplevelser og erfaringer fra fengsel og konsentrasjonsleirer.⁵³ Psykisk helsevern og TSB må bygge opp kompetanse og kapasitet for å gi gode helsetjenester til fremmedspråklige og fremmedkulturelle personer. Psykisk helsevern for barn og unge må bygge opp kompetanse slik at tjenesten har et tilbud til enslige, mindreårige flyktninger og asylsøkere.

2.8 Utviklingsområder i pasientens helsetjeneste frem mot 2025

Pasientens helsetjeneste mot 2025 skal være basert på Helse Nord's kjerneverdier; Kvalitet, trygghet og respekt. Det betyr at pasientene skal ha nytte av helsehjelpen, og at hjelpen er god og virksom, målt ut fra faglig og pasientopplevd kvalitet. Det krever gode systemer for å overvåke kvalitetsindikatorer, og flere kvalitetsregister innen psykisk helsevern og TSB. Psykisk helsevern og TSB må, slik som i somatiske fag, etablere systemer for å overvåke pasientsikkerhet og pasientskader.

I Helse Nord skal pasientenes erfaringer av kvalitet og resultat brukes aktivt i forbedringsarbeidet gjennom pasienterfaringsundersøkelser. Brukermedvirkning og fokus på det helsefremmende er grunnleggende i den pasientsentrerte modellen som skal ligge til grunn for pasientbehandlingen.

Tidlig intervensjon og samtidig hjelp i helhetlige pasientforløp

I pasientens helsetjeneste skal pasientene møte kompetanse etablert gjennom tverrfaglig sammensatte fagteam med spesialistkompetanse. Tidlig rusintervensjon kan hemme utvikling av psykiske lidelser, rus- og avhengighetsproblematikk. Barn og unge i fare for å utvikle kroniske lidelser, må få tidlig hjelp. Somatikken må kjenne igjen begynnende rusproblemer og be om tilsyn fra TSB ved behov.

Pasienter med sammensatte og samtidige behov, trenger sammenhengende helsetjenester med etablerte samarbeidsstrukturer på tvers av omsorgsnivå og fagområder. Slike strukturer vil sikre god kompetanseoverføring og kompetanseutveksling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og mellom fagområdene psykisk helsevern for voksne, for barn og unge og TSB.

Alvorlig psykisk syke har vesentlig kortere forventet levealder, og trenger tettere somatisk oppfølging. Mange kan fanges opp gjennom ordninger for helhetlige behandlingstilbud og forpliktende samarbeid mellom psykisk helse, rusbehandling og somatikk. Psykisk helsevern og TSB må iverksette tiltak for å forebygge inaktivitet og usunne levevaner, samt sikre tilstrekkelig utredning og oppfølging av somatisk helsetilstand. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser har i for liten grad blitt fulgt opp med behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste.⁵⁴ Somatisk spesialisthelsetjeneste må derfor utvikle metoder som sikrer tilstrekkelig oppfølging.

3. Pasientens helsetjeneste for barn og unge med psykiske lidelser

Psykisk lidelse hos barn og unge oppstår i samspill mellom somatiske, psykologiske og sosiale forhold. Helsehjelp må ivareta barn og unges sykdom, utvikling og familie. Pasientgruppen favner aldersmessig fra det ufødte barn til unge voksne opp til 23 år. Det er stort spenn i utrednings- og behandlingsmetoder, og tjenesten må alltid samarbeide godt med de som er rundt barnet i hverdagen. God og effektiv helsehjelp i psykisk helsevern for barn og unge er betinget av samhandling mellom mange parter. Fagfeltet kjennetegnes derfor av tverrfaglighet og teamarbeid. Tjenesten har flerfaglig kompetanse med lege, psykolog, sosionom, pedagog og sykepleier for å møte barn og unge og deres familiers sammensatte behov. Psykisk helsevern for barn og unge utreder pasientene med fokus på familie og nettverk, utviklingspsykologiske aspekter og lærings- og mestringssevne, i tillegg til pasientens lidelse. Dette stiller krav til

sammensetning av behandlingsteamet, kvalifikasjoner og kompetanse, i tillegg til arbeidets organisering.

3.1 Fagfeltets organisering og struktur

I psykisk helsevern for barn og unge behandles rundt 95 prosent av pasientene poliklinisk eller ambulant.⁵⁵ Det er ved planperiodens start 19 polikliniske enheter, eller BUP, i regionen. Alle helseforetak har poliklinikker, døgnenheter og spesialiserte fagenheter. Nordlandssykehuset og UNN har døgnenheter for øyeblikkelig hjelp og tvang (akuttenheter). Pasienter fra Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, med behov for øyeblikkelig hjelp eller tvangstiltak, sendes henholdsvis til Nordlandssykehuset og UNN.

Nasjonale og regionale funksjoner

Helse Nord har et nasjonal kompetansesenter - SANKS, og regionale funksjoner for spiseforstyrrelser ved Regional enhet for spiseforstyrrelser. Behandlingen av OCD er regionalisert til UNN.

Avtaler med private

Det er ingen avtaler med private institusjoner om kjøp av psykisk helsevern til barn og unge i Helse Nord.⁵⁶ Kun en avtalespesialist har avtale om behandling av barn og unge.

3.2 Brukermedvirkning for barn og unge

For fagfeltet psykisk helse barn og unge er dette et komplekst spørsmål. Brukeren kan være en jente på tre år med forsinket utvikling, eller en gutt på sytten år som ikke er motivert til å komme til BUP, men som føler seg presset av foreldrene. I andre tilfeller kan brukeren være begge eller en av foreldrene (som kan være i konflikt), hele familien, eller et ufødt barn der mor har psykiske lidelser. Brukeren kan også være barnevernet, fosterforeldrene eller en institusjon. Som regel er det flere brukere samtidig, som kan ha motstridende opplevelse av tilbudet. Psykisk helsevern for barn og unge skal ha særskilt fokus på at barn og unges rettigheter blir ivaretatt, og at barn og unge sikres brukermedvirkning. Barn og unges brukermedvirkning skal alltid ivaretas parallelt med foresattes rett til å medvirke.

3.3 Familieperspektivet

Barn og unge lever i en familiekontekst, der barnet og omgivelsene gjensidig påvirker hverandre. Barn som opplever omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og psykiske lidelser i nære omgivelser, har økt risiko for selv å utvikle psykososiale vansker og psykiske lidelser. Barn som vokser opp med voksne som er psykisk syke eller har et rusmiddelmissbruk har høyere risiko for å utvikle egne psykiske lidelser. Mange har i tillegg opplevd vold, overgrep eller omsorgssvikt. Psykisk helsevern for barn og unge må derfor alltid vurdere barnets miljø og oppvekstbetingelser når de skal planlegge tiltak. Familieenheter, som gir et tilbud til hele familien, kan bidra til å løse

samspillsutfordringer mellom familiemedlemmene, uavhengig av om lidelsen er mest uttalt hos barnet eller foreldrene. Det anerkjenner at psykiske lidelser kan gi samspillsvansker som kan forsterkes og utvikles i familien, slik at familien som enhet trenger hjelp til å lære fornuftige måter å mestre vanskene på.

3.4 Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord frem mot 2025

Brukerundersøkelser viser at barn og unge ønsker å motta behandling fra psykisk helsevern på skolen, i barnehagen og i økende grad på internett. Frem mot 2025 må tilgjengeligheten økes, og aktiviteten må i større grad rettes dit pasienter og samarbeidspartnere befinner seg.

De fleste pasienter behandles i lokale poliklinikker. Mange poliklinikker har små fagmiljø som gjør det krevende å gi god evidensbasert terapi til alle pasientgrupper, da særlig ved sjeldne tilstander eller der behandlingen er høyspesialisert. Pasientens helsetjeneste må forene brukernes ønsker om et desentralisert og utadrettet tilbud, samtidig som behandlingen holder et høyt faglig nivå. Psykisk helsevern for barn og unge må bidra til å bygge opp tilstrekkelig kompetanse i kommunene slik at kommunene kan overta behandling av mild til moderat angst og depresjon frem mot 2025.

Spesialisert tilbud til sped- og småbarn

Helse Nord har et begrenset tilbud til aldersgruppen under tre år, og gir tilbud til en mindre andel sped- og småbarn enn i landet for øvrig.⁵⁷ Frem mot 2025 må de yngste barna sikres et likeverdig tilbud i hvert helseforetak ved å bygge opp spesialisert kompetanse for å utrede og behandle sped- og småbarns psykiske helse.

Barn og unge med rus- og avhengighetsproblem

Barn og unge kan ha begynnende rus- og avhengighetsproblematikk. Både psykisk helsevern for barn og unge og barnevernstjenesten har ansvar for å følge opp og iverksette tiltak ved rusproblematikk hos personer under atten år. Rus- og avhengighetslidelser hos personer over atten år behandles i TSB. Barn og unge med rus- og avhengighetslidelser skal ha et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Kompetansen på rus- og avhengighetsbehandling av barn og unge må styrkes. I tillegg skal det etableres et utrednings- og behandlingstilbud for rus- og avhengighetsbehandling for barn og unge.

Barn og unge med psykiske lidelser under barnevernets omsorg

Barn i barnevernsinstitusjoner har høyere forekomst av psykiske lidelser, flere samtidige lidelser og dårligere tilgang på psykisk helsehjelp.⁵⁸ Tilbudet til barn og unge under barnevernets omsorg må styrkes gjennom regionale og lokale samarbeidsavtaler som beskriver samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og barnevernet. I løpet av

planperioden bør det opprettes et felles akutt tilbud mellom psykisk helsevern og barnevernet.

God utredning gir riktig diagnose og rett behandling

Pasientmedvirkning som innebærer informerte valg om egen behandling, krever god utredning og diagnostikk i samsvar med pasientens opplevelse. Pasienter med ukjent eller uavklart tilstand bør derfor tilbys standardisert utredning av spesialist.⁵⁹ Arbeidet med å sikre god utredning og diagnostikk skal prioriteres høyt i Helse Nord. Helseforetakene bør derfor etablere utredningsteam eller utredningsenheter som inkluderer spesialistkompetanse i nevropsykologi.

Behandling av avklarte tilstander

Størstedelen av de som henvises til spesialisthelsetjenesten har kjente tilstander.⁶⁰ De fleste pasientene i psykisk helsevern for barn og unge har lidelser som depresjon, angst, ADHD og atferdsforstyrrelser. Dette er lidelser det finnes godt dokumenterte behandlingsprogrammer for, og det må være enkel tilgang til behandling i lokal poliklinikk eller nærmiljøet.

Behandling av uavklarte, sammensatte og lavfrekvente tilstander

Barn og unge med alvorlige lidelser og behov hvor det kreves sammensatte hjelpetiltak for å sikre god nok hjelp, skal ha tilbud fra spesialiserte enheter. Det stiller krav til spesialistdekning og et opptaksområde som sikrer tilstrekkelig erfaring med lavfrekvente, men alvorlige lidelser.

Dag- og døgnbehandling

Det blir fortsatt behov for døgnenheter for å gjennomføre utredning og behandling av enkelte pasientgrupper. Døgnbehandling, familieleiligheter eller pasienthotell for hele familien, er nødvendig for behandling i helseforetakets spissfunksjoner, regionale funksjoner og SANKS sin nasjonale funksjon. Døgnbehandling bør forbeholdes akutte tilstander, der symptomer og funksjonsnivå tilsier kontinuerlig oppfølging av helsepersonell, samt kompliserte utrednings- og behandlingsforløp hvor døgnkontinuerlige miljøterapeutiske observasjoner er en vesentlig del av vurderingsgrunnlaget for diagnostisering og videre behandling.

Dagbehandling er et mindre inngrep enn døgnbehandling og bør foretrekkes hvis mulig. Områder egnet for dagbehandling er omfattende utredninger, kompliserte medisintprøvinger, intensive evidensbaserte behandlingsformer med relativt kort varighet og frivillig behandling der pasienten ikke trenger oppfølging på nattestid.

3.5 Tjenestens kompetansebehov

Psykisk helsevern for barn og unge blir stadig mer spesialisert og skal også fremover behandle alvorlige psykiske lidelser, sjeldne lidelser og pasienter som trenger

høyspesialiserte behandlingsmetoder. Ambulerende enheter kan bidra til å styrke lokale poliklinikker i behandlingen av pasienter som trenger spesialisert behandling.

3.5.1 Basiskompetanse

Alle lokale BUP i Helse Nord skal ha kompetanse på utredning og kunnskapsbasert behandling av de vanligste psykiske lidelser, samt behandling av mer lavfrekvente lidelser i samarbeid med spesialiserte enheter.

Alle lokale BUP skal ha et tilbud for:

- Moderat til alvorlig depresjon
- Alvorlig angst og moderat tvangslidelse
- Utredning av ADHD
- Behandling av ADHD-pasienter med alvorlig nedsatt funksjon
- PTSD og andre alvorlige reaksjoner på traumer
- Alvorlige atferdsvansker
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn fra sped- og småbarnsalder
- Tics og Tourette

I tillegg forutsettes kompetanse i å identifisere og starte behandling av lett til moderat:

- Bipolar lidelse
- Psykoselidelser
- Spiseforstyrrelser
- Rus- og avhengighetslidelser

BUP må også ha kompetanse i:

- Å vurdere selvmords- og voldsrisiko
- Familie- og pårørendearbeid
- Nettverksarbeid og samhandling
- Å vite hvilke aktører og tjenester som finnes utover eget tilbud
- Å vurdere og behandle psykiske lidelser hos barn og unge under barnevernets omsorg

3.5.2 Spisskompetanse

Lavfrekvente lidelser har behov for et større opptaksområde for å bygge opp tilstrekkelig fagkompetanse. Slik spisskompetanse kan samles i noen fagmiljø i regionen.

Områder som krever spisskompetanse er:

- Nevropsykologisk funksjonskartlegging
- Pasienter i alvorlig selvmordsfare som trenger behandling i døgnenhet

- Alvorlig psykoselidelse og bipolaritet som trenger behandling i døgnenhet
- Utredning og behandling av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser med alvorlig komorbiditet
- Alvorlig spiseforstyrrelse
- Utredning og behandling av spedbarn med alvorlig funksjonstap
- Komplekse traumer
- Unge overgripere

3.6 Oppsummering – psykisk helsevern for barn og unge frem mot 2025

Frem mot 2025 skal det meste av behandlingen fortsatt skje poliklinisk. Psykisk helsevern for barn og unge skal tilby poliklinisk-, dag- og døgnbehandling. Barn og unge skal ha ambulante tjenester, akuttjenester og tilbud om digitale helsetjenester. Barn og unge ønsker helsehjelp som kan kombineres med skolegang og hverdagsliv. For å møte barn og unges behov, må det særlig satses på å utvikle digitale helsetjenester og øke tilgjengeligheten til hjelp i skole og helsestasjon.

Ruskompetansen må styrkes slik at også barn og unge med begynnende rus- og avhengighetsproblematikk får tidlig hjelp. Tilbudet til sped- og småbarn må videreutvikles slik at kompetansen på de aller minste barna finnes i alle BUP. Arbeidet med å bedre tilbudet til barn og unge i barnevernets omsorg må videreutvikles gjennom lokale avtaler som sikrer god oppfølging.

4. Pasientens helsetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB

Mellom ti og tjue prosent av befolkningen får en rus- eller avhengighetslidelse i løpet av livet.⁶¹ Rus- og avhengighetslidelser medfører betydelige helseutfordringer som berører enkeltindivider, pårørende og samfunnet, og bidrar til kortere forventet levealder.⁶² Opp mot en femtedel av alle innleggelses i somatiske sykehus er forårsaket av rusmiddelbruk.⁶³ Rus og avhengighet er for mange kroniske lidelser som krever langvarig behandling og oppfølging.⁶⁴ Rusavhengige med omfattende hjelpebehov har store utfordringer med somatisk og psykisk sykdom, mangel på egnet bolig og med å mestre hverdagen.⁶⁵ Mange pasienter trenger bistand for å følge opp og gjennomføre behandling. Sammenhengende pasientforløp krever derfor tiltak på flere nivå.

Alkoholmisbruk er den nest viktigste faktoren for tap av friske leveår og den hyppigste forekommende ruslidelsen i Norge.⁶⁶ Rusmiddelbruk skader omgivelsene og vold utøves ofte av personer som er alkoholpåvirket, også i nære relasjoner.⁶⁷ Narkotikabruk er nært forbundet med høy sykkelighet og dødelighet. LAR-behandling beskytter i særlig grad mot overdosedødsfall, og har bidratt til en betydelig nedgang i kriminalitet,

generell sykkelighet og dødelighet, samt bedre svangerskapsomsorg og helse for gravide.⁶⁸

4.1 Fagfeltets organisering og struktur

I Helse Nord er TSB-tilbudet ulikt organisert. Enkelte helseforetak har egne ruspoliklinikker eller rusteam, andre helseforetak har lagt TSB til psykisk helsevern. Pasientbehandlingen skjer hovedsakelig gjennom døgnbehandling, og i mindre grad poliklinisk enn landsgjennomsnittet.⁶⁹ Helseforetakenes vurderingsinstanser kan henvise både til eget tilbud i eget helseforetak, til private institusjoner som har avtale med Helse Nord RHF, eller til døgnbehandling i annet helseforetak i Helse Nord. Vurderingsinstansene vurderer hvilket tilbud som er best egnet ut fra henvisning. TSB har institusjonsplasser hvor rusavhengige, inklusiv gravide, kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang).⁷⁰

TSB har egen prioriteringsveileder og nasjonale retningslinjer. I 2012 ble rus- og avhengighetsmedisin en legespesialitet og det er etablert en nasjonal kompetansetjeneste.⁷¹ TSB arbeider med sosiale aspekter som ellers ikke behandles i somatisk akuttmedisinsk tenkning. Det favner om medisin-, psykologi-, helse- og sosialfaglig behandling, akutt og elektiv avrusning, utredning, kort- og langtids- rus-/avhengighetsbehandling og LAR - legemiddelassistert rehabilitering.

Private avtalepartnere

I Helse Nord står private institusjoner for om lag halvparten av døgntilbudet innen TSB. Offentlige og private institusjoner samarbeider til en viss grad, og det blir fortsatt behov for et tett samarbeid om fagutvikling og styrking av kompetanse. Flere forpliktende arenaer for samarbeid og kvalitetsutvikling må etableres da det er vesentlig for å videreutvikle tjenesten og differensiere tilbudet til pasientene.

4.2 Bruker- og pårørendemedvirkning i TSB

Brukerorganisasjonene har en sentral rolle i å forvalte erfaringskompetanse, brukerperspektiv og pårørendeperspektiv. For å skape pasientens helsetjeneste for TSB-pasienter i Helse Nord, må behandlingstilbudet utvikles i samarbeid med pasienter, brukere og deres pårørende.

Nasjonale brukerundersøkelser for døgnopphold viser at pasienter i Helse Nord gir gjennomgående god tilbakemelding på behandling fra både private og offentlige institusjoner. Tilbakemeldingene er likevel at det bør arbeides mer med å forberede pasientene på utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse. Samarbeidet med pårørende kan også forbedres.⁷² Behandling og oppfølging av pasienter med avhengighetslidelser bør ha et familieperspektiv som sikrer at hele familien blir ivaretatt og at pårørende blir involvert. Familieorientert arbeid bygger på et tillitsfullt og forpliktende samarbeid med

pårørende.⁷³ Tidlig, god og tilpasset behandling og systematisk oppfølging som involverer pårørende kan bidra til å hindre forverring og legge til rette for forbedringsprosesser.

Pasientens helsetjeneste skal legge vekt på dialog som verktøy for gode beslutninger. Pasientene skal myndiggjøres, medvirke, ta ansvar og beslutninger om egen behandling. Det legger til rette for varig atferdsendring og mestring. God informasjon, opplæring og psykoedukasjon er forutsetninger for å kunne ta gode valg. Behandlingen skal vektlegge pasientens selvopplevde behov og erfaringskompetanse.

Brukerstyrte tilbud er tilbud hvor brukeren selv vurderer sitt innleggelsesbehov. Tilbudet skal gjøre innleggelse i spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig og være med på å gi pasienter beskyttelse, struktur og følelse av kontroll.⁷⁴ Tidlig intervensjon gjennom tilbud om brukerstyrt seng kan forebygge tilbakefall og varig rusmiddelbruk.⁷⁵

4.3 TSB i Helse Nord frem mot 2025

Pasientens helsetjeneste i TSB skal gi et helhetlig tilbud med poliklinisk behandling, døgntilbud, ettervern, ambulante tjenester og mulighet for behandling av samtidige psykiske og somatiske lidelser. Ruskompetanse må derfor være representert i felles inntaksteam.

Frem mot 2025 må DPS ha innarbeidet rusbehandling i poliklinikker, ambulante tilbud og døgnenheter. Samorganisering mellom TSB og psykisk helsevern bidrar til god og gjensidig nytte av ressurser. For å ivareta TSB-faglig kompetanse, fagutvikling og veiledning, må det etableres egne enheter med overordnet og særskilt ansvar for TSB i helseforetakene. TSB skal være en del av ambulante team og døgnavdelinger for å sikre en forsvarlig akuttfunksjon i DPS. TSB må bygge ut det polikliniske tilbudet og satse mer på behandlingsforberedende polikliniske tiltak for å avklare behov, styrke pasientmedvirkningen og finne riktig tilbud. Pasienter i TSB trenger bedre oppfølging etter utskrivelse for å forlenge effekten av døgnbehandling.

Den nye opptrappingsplanen for rus og avhengighet fra november 2015 fremhever tre innsatsområder: Tidlig innsats, behandling og oppfølgingstjenester etter behandling. Planen er primært rettet mot kommunene og legger derigjennom føringer for spesialisthelsetjenestens arbeid og organisering.⁷⁶

Samhandling med somatiske avdelinger

Somatiske avdelinger har stort innslag av pasienter med rusrelaterte lidelser. Underliggende rusproblemer må avklares, slik at pasienter får tilbud om behandling i TSB. Tidlig rusintervensjon kan forebygge eller forhindre at ruslidelsen videreutvikler seg og forverres, samt forebygge nye somatiske skader. Det må alltid vurderes tilsyn fra

TSB for pasienter i somatiske avdelinger ved mistanke om ruslidelse. Fokus må særlig rettes mot alkoholmisbruk ettersom det er mest utbredt.

Samhandling og samarbeid

Pasienter med sammensatte og samtidige behov trenger hjelp fra en sammenhengende helsetjeneste, med etablerte samarbeidsstrukturer på tvers av omsorgsnivå og fagområder. Aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen brukes flere steder i Norge. Modellen er implementert som et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det gjør at ACT-teamene kan levere både spesialisert helsehjelp og kommunale tjenester samtidig. Evaluering har vist at ACT-team oppnår svært gode resultat vurdert i forhold til redusert bruk av tvang, minket behov for innleggelser og bedret funksjonsnivå.⁷⁷ Denne samhandelnde måten å organisere behandlingen på kan også anvendes i mindre opptaksområder i form av funksjonell ACT – FACT. Arbeidsformen bør tas i bruk flere steder i Helse Nord.

Akuttilbud

Der er behov for å utvikle akutte tjenester til pasienter innen TSB. Akuttilbudet skal være forbeholdt alvorlige tilstander som fare for eskalering og utvikling av mer alvorlig rusproblematikk, fare for tilbakefall og ved behov for rask reoppstart av LAR.

4.4 Tjenestens kompetansebehov

I årene fremover må det bygges opp spesialistkompetanse i rus- og avhengighetsmedisin og etableres strukturer som sikrer fremtidig tilgang til spesialister. Det kan blant annet gjøres gjennom å tilrettelegge for utdanningsprogram i rus- og avhengighetsmedisin, som bidrar til kompetanseheving, rekruttering og stabilisering av spesialister.

4.4.1 Basiskompetanse TSB

Alle DPS i Helse Nord skal ha kompetanse på utredning og kunnskapsbasert behandling av de vanligste rus- og avhengighetslidelsene, samt behandling av mer lavfrekvente lidelser i samarbeid med spesialiserte enheter. DPS skal ha:

- Behandlingsansvar for pasienter med nyoppdaget, uavklart og/eller milde til moderate rusproblem med mild til moderat samtidig psykisk lidelse
- Kunnskap om virkning og effekt av ulike rusmidlers innvirkning på kognisjon, psykisk, fysisk og sosial helse
- Utredningskompetanse om milde til moderate ruslidelser og psykiske lidelser.
- Kompetanse om milde til moderate affektive lidelser og angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, symptomer på psykose, OCD, traume og ADHD.
- Kunnskap om recovery-baserte tilnærminger
- Kompetanse på tilbakefallsforebygging
- Kompetanse på motiverende intervju

Polikliniske tjenester skal ha samme ansvar for samhandling og veiledning av kommunalt hjelpeapparat som poliklinikker i psykisk helsevern.

4.4.2 Spisskompetanse TSB

I Helse Nord tilbys spisskompetanse i TSB ved poliklinikker og døgnenheter. Egne døgntilbud for TSB er nødvendig for å kartlegge uavklarte tilstander og gi behandling som ikke kan gjennomføres poliklinisk eller ved lokale DPS.

Områder som krever spisskompetanse er:

- Nevropsykologisk funksjonskartlegging
- Avrusning, nedtrapping og stabilisering
- Forebyggende familiebehandling
- Kortvarig stabilisering og behandling (4-6 uker)
- Behandling av pasienter med ruslidelser som har behov for innleggelse utover 4-6 uker
- Pasienter innlagt etter helse- og omsorgsloven § 10-2
- Pasienter innlagt etter helse- og omsorgsloven § 10-3
- Behandling av gravide med ruslidelser
- Inntaksvurdering/oppstart av legemiddelassistert rehabilitering og bytte av substitusjonsmedikament (switch)
- Pasienter med ruslidelser og samtidig nedsatt kognitivt funksjonsnivå

4.5 Oppsummering – TSB frem mot 2025

Frem mot 2025 skal samorganiseringen mellom TSB og DPS fullføres. Det skal sikre pasienter i TSB tilgang til polikliniske tjenester, ambulante tjenester og akuttjenester gjennom døgnet. Det polikliniske tilbudet må bygges ut slik at pasienter i Helse Nord får samme tilgang til polikliniske tjenester som i landet før øvrig. Den polikliniske utbyggingen må styrke pasientenes for- og ettervern. Pasienter i TSB trenger et godt samarbeid med somatisk helsevesen og kommunene for å sikres gode tjenester. ACT/FACT-team er en organisering som legger til rette for god samhandling med kommunale tjenester. Fagfeltet må sikres tilstrekkelig antall leger med spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin. Det behov for en fagplan for å nærmere beskrive faglig innhold og dimensjonering av tilbudet. En fagplan skal bidra til å sikre likeverdig tilbud i alle helseforetak i Helse Nord.

5. Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser

Psykisk helsevern for voksne favner om et bredt spekter av psykiske lidelser, fra moderat angst og depresjon til sikkerhetspsykiatri. Voksenfeltet starter ofte fra attenårsalderen. Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser skal være basert på en åpen tilnærming til pasientens behov, med vekt på erfaringskompetanse og

medvirkning. Det grunnleggende menneskesynet skal preges av recovery, forbedringsprosesser og en kontekstuell forståelse av pasientens funksjon, erfaring, opplevelse og mestring.

5.1 Fagfeltets organisering og struktur

Helse Nord har i dag 14 DPS som ivaretar allmenne tjenester innen psykisk helsevern for voksne. DPS utreder og behandler de fleste psykiske lidelser, og skal også fremover være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. De fleste DPS i Helse Nord har voksenpsykiatrisk poliklinikk med allmennpsykiatrisk kompetanse, ambulant akutteam og en eller flere døgnenheter. Poliklinisk behandling er mest brukt og kun 16 prosent mottar døgnbehandling.⁷⁸

DPS står for det meste av virksomheten

I Helse Nord har psykisk helsevern for voksne det meste av virksomheten i regi av DPS. DPS står for 60 prosent av ressursene på regionnivå. Regionens to sykehusavdelinger for psykisk helsevern er sentralisert til UNN og Nordlandssykehuset, og står for de resterende 40 prosentene. Sykehusfunksjonene omfatter akuttfunksjoner med plikt til øyeblikkelig hjelp, behandling av pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern, pasienter som trenger opphold i lukket avdeling, regionale enheter for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og enkelte andre pasientgrupper med behov for høyspesialiserte tjenester.

Nasjonale og regionale funksjoner

Helse Nord har et nasjonal kompetansesenter - SANKS, og regionale funksjoner for spiseforstyrrelser ved Regional enhet for spiseforstyrrelser. I tillegg er behandlingen av OCD regionalisert og psykiatrisk innsatsteam (PIT) har regional funksjon. Fra høsten 2016 opprettes et regionalt medikamentfritt behandlingstilbud for psykoselidelser og bipolar lidelse ved UNN.

Avtaler med private

Helse Nord RHF har avtale med Viken senter om 40 sengeplasser for familiebehandling, traumelidelser, kognitiv behandling og eksistensielle lidelser. Helse Nord RHF har i dag driftsavtaler med praktiserende lege- og psykologspesialister tilsvarende 30 årsverk. Avtalespesialistenes virksomhet står for 20 prosent av den polikliniske aktiviteten i Helse Nord.

5.2 Brukermedvirkning

Pasienter i psykisk helsevern skal oppleve at brukerkompetansen verdsettes og har en sentral plass i behandlingen. Det grunnleggende prinsippet om frivillighet skal ligge til grunn for behandling, og pasienter skal få bistand til å ta informerte valg om egen behandling. I samarbeid med brukerorganisasjonene etableres en regional medikamentfri døgnavdeling i 2016. Brukerstyrte senger gir reell valgmulighet, i tillegg til retten til fritt behandlingsvalg som trådte i kraft fra 1. november 2015.

5.3 Psykisk helsevern for voksne i Helse Nord frem mot 2025

Pasientens helsetjeneste frem mot 2025 skal tilby utredning og behandling av de mest utbredte lidelsene ved DPS, mens sjeldne og særlig kompliserte tilstander skal ivaretas i spesialiserte sykehusavdelinger. Det betyr at alle DPS skal ha akutt- og krisetjenester tilgjengelig gjennom hele døgnet. Tilbudet kan eventuelt organiseres gjennom et samarbeid mellom flere DPS.

Fremtidens spesialisthelsetjeneste skal fortsatt yte tjenester til pasienter som trenger sammenhengende og helhetlige tjenester nært deres hverdag og livssituasjon. Flere eldre i befolkningen tilsier at behovet for alderspsykiatri vil øke i løpet av planperioden. Det bør opprettes tilbud med oppsøkende virksomhet, som ambulante tjenester og FACT tilpasset lokale forhold, i samhandling med kommunen der det lar seg gjøre.

Digitale helsetjenester bør videreutvikles for å utveksle kompetanse, utrede og behandle over avstander. Det gjør tjenesten mer tilgjengelig for pasientene, og bidrar til å spre spesialistkompetanse, som i DeVVi-prosjektet. Etter hvert som digitale helsetjenester blir mer utbredt, vil bruken av internettbaserte behandlingsmoduler som eMeistring⁷⁹ og MoodGym⁸⁰ i større grad brukes som supplement til tradisjonell behandling.

Sikkerhetspsykiatri

De senere årene har det vært en betydelig økning av antall dømte til tvunget psykisk helsevern og økt bruk av judisiell observasjon i sikkerhetsavdelinger. Det gir grunn til å forvente et stabilt økt behov for sikkerhetspsykiatri. Sikkerheten til samfunnet blir krevende dersom behovet overstiger kapasiteten. Arbeidsgruppen for sikkerhetspsykiatri anbefaler at Helse Nord etablerer fem regionale sikkerhetspsykiatriske plasser, i tillegg til et kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri. For å videreutvikle og bevare dagens fagmiljø ved Nordlandssykehuset og UNN, bør plassene fordeles mellom lokasjonene. Dagens to sikkerhetspsykiatriske miljø har et godt samarbeid og ulik faglig profil, og gir til sammen et godt og differensiert tilbud.

Medikamentfritt behandlingstilbud

Høsten 2016 etableres et regionalt medikamentfritt behandlingstilbud ved UNN. Tilbudet er utformet i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Målgruppen er alvorlig psykisk syke som tradisjonelt har blitt medikamentelt behandlet, som pasienter med psykose og bipolare lidelser. Ettersom det er lite erfaringsgrunnlag for et medikamentfritt behandlingstilbud, er det viktig med en fortløpende evaluering og følgeforskning.

Utviklingshemning og psykiske lidelser

Personer med kognitiv svikt og utviklingshemning har større forekomst av psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen.⁸¹ Tilbudet består i dag av ordinært tjenestetilbud med tilleggstjenester fra habiliteringstjenesten og psykiatrisk innsatsteam (PIT) ved

Nordlandssykehuset. Habiliteringstjenesten og PIT er ambulante/polikliniske tjenester som yter tjenester i pasientens hjemmemiljø. PIT ved Nordlandssykehuset har en regional funksjon overfor personer med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser, men uten et eget døgntilbud.⁸² Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har for Helse Midt-Norge vurdert at det bør være egne høyspesialiserte døgnplasser til pasientgruppen. Helse Nord må derfor opprette et egnet døgntilbud til pasientgruppen som også dekker ungdom ned til 15 år.

5.4 Tjenestens kompetansebehov

Tilbudet til voksne med psykiske lidelser blir stadig mer spesialisert, med flere metodespesifikke behandlinger og større differensiering. Det stiller større kompetansekrav både i DPS og spesialpsykiatrien. Behandling av psykiske lidelser i DPS gis poliklinisk, ambulant eller oppsøkende, i samhandling med kommunale tjenester eller ved døgnavdeling. TSB skal fremover være en del av tilbudet ved DPS.

I pasientens helsetjeneste skal kvalifikasjoner og bemanning gjenspeile fremtidens krav til kvalitet og sikre reelle valgmuligheter for pasientene. Det innebærer at alle pasienter skal vurderes av spesialist i psykologi og/eller psykiatri. Samtidig må sosialfaglig kompetanse være tilgjengelig for å fungere som et bindeledd mellom pasienten og offentlige instanser.

DPS skal fortsatt behandle hoveddelen av psykiske lidelser for voksne. For å sikre faglig kvalitet, følge opp strukturerte pasientforløp, faglig spesialisering og kompetansekrav, vil enkelte DPS måtte etablere behandlingsteam med områdefunksjon eller fordele funksjoner mellom DPS for å sikre pasientene et tilstrekkelig spesialisert, likeverdig og helhetlig tilbud. Døgneheter i DPS må vurdere funksjonsfordeling innen det enkelte helseforetak for å gi et forsvarlig tilbud til pasientgrupper som med ulike behov. Tilbudet skal inneholde brukerstyrte senger som er tilrettelagt i samarbeid med pasient- og brukerorganisasjonene.

5.4.1 Basiskompetanse i psykisk helsevern for voksne

Alle DPS skal ha tilstrekkelig basiskompetanse for å utrede og behandle de vanligste psykiske lidelsene. Brukerkompetansen skal vektlegges og behandlingen skal skje ut fra den biopsykososiale modellen. DPS må ha tilstrekkelig kapasitet til å gi et tilbud til eldre, innvandrere og flyktninger. DPS har ansvar for:

- Akutt- og krisetjenester
- Spesialisert utredning og behandling
- Tett samarbeid med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste
- Bistå kommunene med råd og veiledning

Basiskompetanse ved alle DPS er:

- Alvorlig angst og tvangslidelse

- Moderat til alvorlig depresjon
- Symptomer på psykoseutvikling og psykoselidelser
- Bipolare lidelser
- Personlighetsforstyrrelser
- Spiseforstyrrelser
- ADHD med betydelig nedsatt funksjonsnivå
- Traumer
- Rus- og avhengighetslidelser
- TUD (tvang uten døgnet)
- Alderspsykiatriske tilstander

I tillegg forutsettes kompetanse i:

- Vurdering av selvmords- og voldsrisiko
- Recovery-baserte tilnærminger, inkludert samvalg (shared decision making)
- Familie- og pårørendearbeid
- Nettverksarbeid og samhandling
- Kunnskap om hvilke aktører og tjenester som finnes utover eget tilbud

5.4.2 **Spisskompetanse i psykiske helsevern for voksne**

Innleggelse i sykehusavdeling skal iverksettes når tilbudet ved DPS ikke er tilfredsstillende eller forsvarlig ut fra ressurser og kompetanse. Det gjelder for eksempel ved samtidige psykiske lidelser og rusmiddellidelser, volds- og sikkerhetsproblematikk eller alvorlige spiseforstyrrelser.

Kompetanse i sentraliserte sykehusfunksjoner:

- Ivareta øyeblikkelig hjelp etter lov om spesialisthelsetjenester § 3-1, jf. forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet
- Pasienter som trenger opphold i lukket avdeling
- Pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern jf. straffelovens § 39 jf. § 44 første ledd.
- Pasienter med særlig vanskelige og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (komorbiditet), selvskading, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser eller andre kompliserte tilstander
- Pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander hos eldre

Personell ved sykehusavdeling som har spesialkompetanse på et område må kunne konsulteres og brukes ambulant ved behov.

5.5 Utviklingsområder psykisk helsevern for voksne mot 2025

DPS skal være nøkkelstruktur i fremtidens helsetjenester til voksne med psykiske lidelser. I Helse Nord skal TSB samorganiseres inn i DPS for å gi et helhetlig tilbud av poliklinisk behandling, ambulante tjenester og døgntilbud. Endret demografi vil kreve økt kompetanse og kapasitet på behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet hos eldre. Helse Nord bør etablere en regional kompetansetjeneste og regionale døgnplasser for sikkerhetspsykiatri. Det må etableres døgntilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse.

Pasientens helsetjeneste må ha nødvendig rom for variasjon i tjenestetilbudene. Befolkningen i Nord-Norge er mangfoldig, både med hensyn til språk og kultur. Tjenesten må forberede og bygge opp kompetanse for å gi et forsvarlig tilbud også til personer med andre språk og fra andre kulturer. I samarbeid med brukerorganisasjonene blir det etablert et medikamentfritt døgntilbud til alvorlig psykisk syke. Frem mot 2025 vil flere behandlingstilbud utvikles for å ivareta pasientenes behov for mangfold i tjenestetilbud innen psykisk helsevern og TSB.

6. Sluttnoter

- ¹ Statsbudsjettet 2011
- ² Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. DOI :10.1787/9789264208445-en
- ³ Folkehelse rapporten 2014. Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110865>
- ⁴ I følge rapporten *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* (20.11.12) kunne 23 % av innleggelsene vært unngått ved en optimal tilrettelegging i kommunalt tilbud.
- ⁵ [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61213-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61213-7.pdf)
- ⁶ Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Kessler et al. Archives of general psychiatry 62(6)2005.
- ⁷ <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-divisjon/emeistring/Sider/om-emeistring.aspx>
- ⁸ https://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=192993
- ⁹ <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1> Basert på statistikk fra de øvrige nordiske landene.
- ¹⁰ <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1>
- ¹¹ Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Helsedirektoratet 2014.
- ¹² <http://www.fhi.no/tema/selvmord/fakta-om-selvmord>
- ¹³ *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECDiLibrary [online]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>*
- ¹⁴ NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.
- ¹⁵ Nasjonal strategigruppe II sin anbefaling er en 60/40-fordeling mellom DPS og sykehus. <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II.%20psykiatri/Psykiatrirapport%202.pdf>
- ¹⁶ Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. St. Meld. St. 26 (2014-2015).
- ¹⁷ Basert på Chronic Care Model, en pasientsentrert behandlingsmodell som ble presentert i *Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen* (2012:25) og som verktøyet *Mine behandlingsvalg* er basert på. Mer informasjon om Mine behandlingsvalg her: <https://minebehandlingsvalg.unn.no/>
- ¹⁸ Jf Helse Nords kvalitetsstrategi 2015.
- ¹⁹ Definisjonen er hentet fra Kunnskapssenteret: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>
- ²⁰ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- ²¹ Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008); *...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*; Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fra 2003: "...sammen om psykisk helse.
- ²² Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020: Facing The Challenges, Building Solutions. WHO Europe 2005.
- ²³ Utkast – Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020. Det gode pasientforløp.
- ²⁴ Prosjekt Hindre DropOut fra rusbehandling, Nasjonal kompetansetjeneste TSB. I følge prosjektet er andelen drop-out 23 – 50 % fra poliklinisk tilbud i TSB, med høyest andel blant unge.
- ²⁵ Barn som pårørende. Folkehelseinstituttet 2011.
- ²⁶ Denne definisjonen er basert på "Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice" som Norsk psykologforening sluttet seg til i 2007.
- ²⁷ <https://helsedirektoratet.no/nfr>
- ²⁸ Review and metaanalysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A. & Findling, R. L. Bipolar Disord, 7(6), 2005.
- ²⁹ Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. Jensen-Doss & Weisz, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 76 (5), 2008.
- ³⁰ Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. Hawley, K. M. & Weisz, J. R. Journal of clinical child and adolescent psychology, American Psychological Association 2005.
- ³¹ <http://www.psykiatrien.rm.dk/fagfolk/behandlingspakker/>
- ³² <http://www.kvalitetsregistre.no/nytt/fem-nye-nasjonale-medisinske-kvalitetsregistre-article2465-157.html> Registeret bygger på behandlingsregistret EdNOR utviklet ved Nordlandssykehuset. Oversikt over alle nasjonale kvalitetsregistre finnes her: <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

-
- ³³ Meld. St. 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*
- ³⁴ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+selvmord+i+akuttpsykiatriske+d%C3%B8gnavdelinger.11.cms>
- ³⁵ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+overdosed%C3%B8dsfall+etter+utskrivelse+fra+institusjon.1416.cms>
- ³⁶ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Samstemming+av+legemiddellister.16.cms>
- ³⁷ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>
- ³⁸ Modellen er opprinnelig utviklet for å overvåke og registrere pasientskader i psykisk helsevern for barn og unge, men kan brukes også i psykisk helsevern for voksne og TSB. Modellen er oversatt og bearbeidet av psykologspesialist Jon Tomas Finnson.
- ³⁹ <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Styredokumenter/2015/Styresak%2046-2015-4%20Forskningsstrategi%20i%20Helse%20Nord%202016-2020%20-%20plan%20for%20arbeidet.pdf>
- ⁴⁰ St. Meld. Nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen definerer samhandling som "et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evne til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte."
- ⁴¹ I utgangspunktet er målgruppen pasienter med bipolare og psykoselidelser, noe som krever et opptaksområde av en viss størrelse. I senere tid er ACT-tanken utvidet til FACT, fleksibelt oppsøkende behandlingsteam der teamet også gir et tilbud til pasienter med andre lidelser. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>
- ⁴² <http://www.nordlandssykehuset.no/kom-i-jobb/category39407.html>
- ⁴³ <http://helsekompetanse.no/kurs/devavi>
- ⁴⁴ E-terapi er manualbasert terapi som foregår kun elektronisk. Et eks. er MoodGym, som er kognitiv behandling mot depresjon <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>
- ⁴⁵ Terapeut og klient på kontor. Eks. "Spek et al. conducted a meta-analysis of 12 randomized controlled trials of Internetbased CBT programs for symptoms of depression and anxiety. Overall, the authors concluded that their analysis indicated that Internet-based interventions are effective, especially those with therapist involvement."
- ⁴⁶ https://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=192993
- ⁴⁷ <https://helsenorge.no/>
- ⁴⁸ Plan for Helse Nord 2016 – 2023: side 32/Strategiplan for Finnmarkssykehuset HF 2015/2030
- ⁴⁹ Spesialistlegesenteret, SANKS-enhetene innen psykisk helsevern, psykisk helsevern for barn og unge og TSB
- ⁵⁰ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) St meld nr 11 2015.
- ⁵¹ HUNT-undersøkelsen
- ⁵² Nasjonale kunnskapssenter om vold og traumatisk stress <http://www.nkvts.no/Pages/Index.aspx>
- ⁵³ (<http://napha.no/content/13609/-Ma-gi-bedre-hjelp-til-traumatiserte-flyktninger>)
- ⁵⁴ Psykisk syke lever kortere. L Lien, G Huus og G Morken. Kronikk i Tidsskrift for den norske legeförening nr 3/2015. <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1>
- ⁵⁵ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015
- ⁵⁶ Ved planperiodens start – 2016.
- ⁵⁷ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015.
- ⁵⁸ Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, 2015.
- ⁵⁹ Jf. definisjonen i prioriteringsveilederen <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/239/Prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-IS-1581.pdf>
- ⁶⁰ Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge. Helsedirektoratet IS-1581.
- ⁶¹ Folkehelse rapporten 2014, Folkehelseinstituttet
- ⁶² Psykisk syke lever kortere, Tidsskrift for Den norske legeförening Nr 2 2015
- ⁶³ I følge Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- ⁶⁴ Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS rapport nr 2/2004, Alver med flere, side 9
- ⁶⁵ Stortingsmelding 30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012): side 74
Stortingsmelding 30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012): side 15

-
- ⁶⁷ Et liv uten vold, Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014 – 2017, Justis og beredskapsdepartementet
- ⁶⁸ Folkehelse rapporten 2014, Folkehelseinstituttet
- ⁶⁹ SAMDATA 2014
- ⁷⁰ Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/rus/rusbehandling-i-spesialisthelsetjenesten/id439355/>
- ⁷¹ Nasjonal kompetansetjeneste for TSB ble opprettet i 2013 etter initiativ fra HOD.
- ⁷² Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling PasOpp-rapport 2013/2014
- ⁷³ Sammen om mestring, IS-2076 Helsedirektoratet 2014
- ⁷⁴ Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Stortingsmelding 30 (2011-2012): side 89
- ⁷⁵ Evaluering ved innføring av brukerstyrte plasser ved Jæren distriktpsikiatriske senter viser at pasientene var svært tilfreds med tilbudet og den økte tilgjengeligheten gav mindre døgnforbruk. Samlet innleggelsestid falt med 33 % etter innføring av brukerstyrt tilbud. (Heskestad S, Tytlandsvik M Brukerstyrte kriseinnleggelse ved alvorlig psykiske lidelse Tidsskrift for Den norske legeforening nr 1, januar 2008)
- ⁷⁶ Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020. Prop. 15 s. Helse- og omsorgsdepartementet.
- ⁷⁷ Utpøring av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene? Nasjonal kompetansetjeneste ROP 2014
- ⁷⁸ Aktivitetsdata for psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Helsedirektoratet rapport 4/2015.
- ⁷⁹ <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-divisjon/emeistring/Sider/side.aspx>
- ⁸⁰ <http://www.moodgym.no/>
- ⁸¹ Even Myrbakk 2008 -
- ⁸² Regional handlingsplan for habilitering 2014–2017-

7. Referanser

"...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet 2005.

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2013. Norsk pasientregister. Helsedirektoratet, rapport nr 04/2014.

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Helsedirektoratet rapport nr 04/2015.

Ambulerende tjeneste innen alderspsykiatri - videokonferanse som verktøy i en ambulerende tjeneste. Bach, Sommer, Klundby, Øyen, Dammen & Westby. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin 2011.

Anbefaling til Retningslinjer for bruk av pleie og omsorgsmeldinger. KITH 2011.

Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Folkehelseinstituttet 2011:4

Barn som pårørende. Helsedirektoratet 2011.

Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Marit Borg, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud. Tidsskrift for den norske legeforening nr 5, 2009.

Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. Helsedirektoratet 2006.

Brukermedvirkning og psykisk helse” Sissel Sverdrup, Lars B. Kristoffersen og Trine Monica Myrvold. NIBR- rapport 2005:6

Brukerstyrte innleggelses i DPS i Helse Nord. Kartlegging av brukerstyrte innleggelses med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Anne Sofie Bentzen, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

De regionale helseforetakenes felles IKT-strategi: Nasjonal IKTs Strategiplan for 2013-2016. Nasjonal IKT 2012

Demografisk framskrivning av aktivitet innen spesialisthelsetjenesten for perioden 2013-2030. Helsedirektoratet rapport 6/2015

Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. Jensen-Doss & Weisz, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 76 (5), 2008.

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) i fremtidens spesialisthelsetjeneste. Oppdrag nr 3. Nasjonal helse- og sykehusplan. Helsedirektoratet 2015.

Distriktpsikiatriske tjenester 2013. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Helsedirektoratet 2014.

Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Sosial- og helsedirektoratet 2006

Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy. Duncan BL, Miller SD. Jossey-Bass publishers 2000.

Du er kommet til rett sted..... Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Sosial- og helsedirektoratet 2006

Drap i Norge i perioden 2004-2009. NOU 2010:3. Helse- og omsorgsdepartementet 2009.

e-helse, barne- og ungdomspsykiatri i Ofoten – eBUP. NST prosjektrapport 06-2014.

Eldre i Norge. Forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre. Ellen Melbye Langballe og Miriam Evensen. Folkehelseinstituttet 2011.

eMeistring - Veileda internettbehandling. Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-divisjon/emeistring/Sider/side.aspx>

En innbygger- en journal. St. Meld. 9:2012. Helse- og omsorgsdepartementet 2012.

Etablering og drift av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (ACT-team). Helsedirektoratet 2014.

E-Therapy for Mental Health Problems: A Systematic Review. Marloes G. Postel, Hein A. de Haan, and Cor A.J. DeJong 2008.

Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Resultater i 2014 og utvikling over tid. PasOpp-rapport nr 4-2014. Kunnskapscenteret 2014.

Fem eksempler på ulike distriktpsikiatriske sentre (DPS). To DPS med integrert rusbehandling. Oppdrag nr 3. Nasjonal helse- og sykehusplan. Helsedirektoratet 2015.

Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. NOU 2008:2 (Magnussen utvalget) Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Helsedirektoratet 2013

Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006 Resultater fra en nasjonal undersøkelse. PasOpp-rapport - Brukererfaringsundersøkelse nr. 02 – 2008.

Fra stykkevis til helt. Helse- og omsorgsdepartementet 2005

Fremtidens primærhelsetjeneste. St. Meld nr 26 (2014-2015). Helse- og omsorgsdepartementet 2015.

Glemsk, men ikke glemt! Sosial- og helsedirektoratet 2007

Gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Helsedirektoratet 2011.

Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Helsedirektoratet 2014.

Helse hos eldre i Norge - Folkehelse rapporten 2014. Folkehelseinstituttet 2014.

Helse på barns premisser. Barneombudets fagrapport 2013.

Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D "Alliance in individual psychotherapy", Psychotherapy, vol 48, no 1, 9 – 16 2011.

Innspill til ny Nasjonal helse- og sykehusplan. Hovedrapport fremskrivningsprosjektet 2015.

Internasjonalt perspektiv på psykiske lidelser og helsetjenester til personer med psykiske lidelser. Helsedirektoratet 2015.

Kowatch, Youngstrom, Danielyan & Findling, 2005

Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Kessler, R. C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin and E. E. Walters. Archives of general psychiatry 62(6): 593-602 2005.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonellova). LOV 1999-07-02-64.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). LOV 2011-06-24-30.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukarrettslova). LOV-1999-07-02-63.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap 3, Rett til medvirkning og informasjon

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetenestelova). LOV 1999-07-02-61.

Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020: Facing The Challenges, Building Solutions. WHO Europe 2005.

Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet 2013.

Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: sammensatte tjenester – samtidig behandling. Helsedirektoratet 2012.

Nasjonalt overdosestrategi 2014–2017 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve» Helsedirektoratet 2014.

Nasjonalt strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. Arbeidsgruppe II, Utvikling og oppbygging av distriktpsikiatriske sentre - arbeidsdeling og ressursdeling mellom DPS og sykehus. 2010.

Nettbasert kognitiv behandling. Norsk helseinformatikk: <http://nhi.no/forside/nettbasert-kognitiv-behandling-45451.html>

Nøkkeltall befolkning. SSB.no 2015

OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECDiLibrary [online]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>

Oppdragsdokument 2015. Helse Nord RHF 7.1.2015

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008).

Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020). St prp 15 s. Helse- og omsorgsdepartementet.

Organisering og praksis i ambulante akutteam i distriktpsikiatriske sentre.

Helsedirektoratet rapport 2014.

Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge. Helsedirektoratet IS-1581.

Prosjekt Hindre DropOut fra rusbehandling, Nasjonalt kompetansetjeneste TSB

Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, 2015.

Psykisk syke lever kortere. L Lien, G Huus og G Morken. Kronikk i Tidsskrift for den norske legeforening nr 3/2015. <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1>

Pårørende – en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Helsedirektoratet 2008.

Real-Time (Synchronous) Telehealth in Primary Care: Systematic Review of Systematic Review A. Deshpande., S. Khoja, A. McKibbon, and A. R. Jadad, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2008.

Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. NAHPA.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport 4/2013.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fra 2003 : "...sammen om psykisk helse"

Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Den amerikanske psykologforeningen (APA)

Review and metaanalysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A. & Findling, R. L. *Bipolar Disord*, 7(6), 2005.

Riktig og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord. Tiltaksplan 2012-2015. Helse Nord RHF 2012.

Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykisk helsevernstjenester til barnas beste. Rundskriv 11/2015. Helsedirektoratet. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Forskningsrapport SINTEF 2014.

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015.

Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett tid – til rett sted. St.meld. nr. 47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Helse- og omsorgsdepartementet 2009.

Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommune og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2014.

School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. Danuta Wasserman et. al. *Lancet* 2015; 385: 1536-44

Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 30 (2011-2012).

Selv mord. Faktaside Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/tema/selv-mord/fakta-om-selv-mord>

Status og utviklingstrekk. Psykisk helsevern for barn og unge. Psykisk helsevern for voksne. Oppdrag nr 3. Nasjonal helse- og sykehusplan. Helsedirektoratet 2015.

The prevalence of emotional and behavioral problems in institutionalized childcare clients. Kjelsberg E, Nygren P (2004) *Nordic Journal of Psychiatry* 58:319-325

Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. Ormhaug et al. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 49, nummer 3, 2012, side 234-240.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oppdrag nr 3. Nasjonal helse- og sykehusplan. Helsedirektoratet 2015.

Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkelt pasienter. Omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF 2013.

Utprøving av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene? Nasjonal kompetansetjeneste ROP 2014

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. «Sammen om mestring». Helsedirektoratet 2014.

Video-Confidence: A Qualitative Exploration of Videoconferencing for Psychiatric Emergencies. M. V. Trondsen, S. R. Bolle, G. Ø. Stensland, and A. Tjora, *BMC Health Services Research* 2014

Vold og overgrep mot barn. Stefansen, M. & Mossige, K. *Nova Rapport* 20/07, 2007.

Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. Hawley KM & Weisz JR. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, American Psychological Association 2005.

Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid. Tuseh AG, Sverdrup S, Hjort H, Friestad C. 2006, RBUP øst og sør.

Vedlegg 1:

Regionale funksjoner innen sikkerhetspsykiatri i Helse Nord

Bør Helse Nord ha regional sikkerhetspsykiatri og/eller regionalt kompetansesenter?

Innstilling fra arbeidsgruppe oppnevnt av helseforetakene, RBU og samarbeidsutvalget i Helse Nord

Dato: Januar 2016

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
2. Sammendrag.....	4
3. Bakgrunn.....	4
3.1 Regionale avdelinger	5
3.2 Regionale kompetansesentre	5
4. Dagens status i Helse Nord.....	6
4.1 Lokal sikkerhetsavdeling ved Nordlandssykehuset.....	6
4.2 Lokal sikkerhetsavdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.....	7
4.2.1 Målgruppe	7
4.3 Kompetansesenter i Midt/Nord	7
5. Fremtidige behov	8
5.1 Observasjoner etter § 167 i straffeprosessloven.....	8
5.2 Regional sikkerhetsavdeling.....	8
5.2.1 Gjestepasientkostnader	9
5.2.2 Innleggelser etter § 167 ved Brøset.....	9
5.2.3 Utvikling av antall dømte til tvunget psykisk helsevern.....	9
5.3 Regionalt kompetansesenter.....	10
6. Vurdering.....	11
6.1 Regional sikkerhetsavdeling.....	11
6.2 Regionalt kompetansesenter.....	11
7. Konklusjon.....	12

1. Innledning

I arbeidet med regional strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB (2016 – 2025) ble det drøftet hvorvidt Helse Nord har behov for egne regionale sikkerhetspsykiatriske funksjoner. Prosjektets styringsgruppe besluttet at disse spørsmålene skulle utredes av en egen arbeidsgruppe, men som del av det regionale utviklingsarbeidet. I oktober 2015 ble det etablert en arbeidsgruppe med deltakelse fra helseforetakene, regionalt brukerutvalg og samarbeidsutvalget (konserntillitsvalgte). Arbeidsgruppens formål er å vurdere om Helse Nord bør ha egen:

1. Regional sikkerhetsavdeling

2. Regionalt kompetansesenter

Arbeidsgruppen har bestått av:

May Anne Brand, Regionalt brukerutvalg

Ulrika Larsson, overlege, Konserntillitsvalgt

Ragnhild Nilsen, enhetsleder, Finnmarkssykehuset

Per Rørvik, UNN, overlege, UNN

Else-Marie Molund, psykologspesialist, UNN

Knut Kjerpeseth, overlege, Nordlandssykehuset

Marthe Bjørgum, enhetsleder, Nordlandssykehuset

Sidsel Forbergskog, rådgiver, Helgelandssykehuset

Raymond Dokmo, medisinskfaglig rådgiver, Helse Nord RHF

Frank Nohr, rådgiver, Helse Nord RHF

Roger Almvik, forskningsleder Dr. Philos ved SIFER Midt/Nord har bidratt med faglig, historisk og organisatoriske innspill.

2. Sammendrag

Sikkerhetspsykiatrien har ansvar for pasientbehandling av alvorlig psykisk syke med høy voldsrisiko og et samfunnsvernansvar ved å ta imot mennesker som er dømt til tvunget psykisk helsevern. Det har de senere år vært en betydelig økning av antall dømte til tvunget psykisk helsevern og økt bruk av judisiell observasjon i sikkerhetsavdelinger. Dette gir grunn til å forvente økt behov for sikkerhetspsykiatri. Helse Nord kjøper i dag regionale sikkerhetsplasser fra Helse Midt. Kostnader til kjøp vil derfor øke for pasienter tilhørende Helse Nord. Arbeidsgruppen mener økning i antall pasienter i sikkerhetspsykiatrien gir behov for å etablere både regionale og lokale sikkerhetsplasser i Helse Nord.

Helse Nord har i dag to godt fungerende sikkerhetspsykiatriske avdelinger. På grunn av stadig økende behov må kapasiteten i Helse Nord bygges ut. Sikkerheten til samfunnet blir krevende dersom behovet overstiger kapasiteten. Av denne grunn bør Helse Nord sørge for å bygge ut kapasiteten. De midler Helse Nord bruker på å kjøpe regionale sikkerhetsplasser bør brukes til å etablere tilbudet i egen region. For å sikre kunnskapsutvikling på feltet bør Helse Nord også etablere et kompetansemiljø på sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

3. Bakgrunn

Sikkerhetspsykiatri er et avgrenset og spesialisert fagområde innen psykisk helsevern som gir behandlingstilbud til alvorlige sinnslidende med samtidig voldsrisiko. Pasientgruppen har sammensatt problematikk, ofte med psykotisk hovedlidelse og tilleggsproblemer i form av personlighetsforstyrrelse, autismspekterlidelse, rusmiddelbruk, atferdsproblemer og kriminalitet. Pasientene representerer en stor utfordring når det gjelder utredning, voldsrisikovurdering, voldsrisikohåndtering og behandling. Behandling og rehabiliteringsprosessen er ressurskrevende og langvarig.

En av pasientgruppene i sikkerhetspsykiatrien er personer som har, eller er mistenkt for å ha utført straffbare handlinger og samtidig vurdert å være psykotisk. Denne gruppen kan dømmes til særreaksjon, dvs. overføring til tvunget psykisk helsevern, jf. strl. § 39.

Sikkerhetspsykiatrien forholder seg til kompliserte etiske problemstillinger. Fagfeltet må ta hensyn til samfunnets behov og forventninger om beskyttelse, og samtidig arbeide for å forhindre at pasienter utsettes for uforholdsmessig inngrep. Pasienter i sikkerhetspsykiatrien har alvorlige psykiske lidelser, behandlingsforløp over mange år og sårbarhet for å bli stigmatisert. Det skaper utfordringer når pasientene skal overføres tilbake til kommunene. Specialisthelsetjenesten må derfor følge opp også i etterkant av opphold i sikkerhetspsykiatrien.

3.1 Regionale avdelinger

Frem til 1980 hadde Norge en spesialomsorg for farlige og særlig vanskelige sinnslidende menn¹. Kriminalasylet ble opprettet i 1895 og Reitgjerdet i 1923, begge i Trondheim. Disse ble slått sammen i 1961 og lagt til Reitgjerdet. Fra 60- tallet til 1982 ble pasientantallet ved Reitgjerdet redusert fra 260 til 25. Robak-utvalget anslo at antall pasienter med behov for tilbud utover det fylkeskommunene ikke kunne gi, ikke var tilstrekkelig for å opprettholde riksfunksjon ved Reitgjerdet sykehus. Utvalget foreslo at universitetsstilknyttede psykiatriske sykehus skulle få særskilte regionale sikkerhetsavdelinger. Stortinget vedtok senere en slik desentralisering. Den regionale sikkerhetsavdelingen ved Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus (Brøset) ble opprettet i 1987, og samtidig ble Reitgjerdet ble avviklet. Det er i dag regionale sikkerhetsavdelinger i Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-øst. De regionale avdelingene har til sammen 36 plasser. Helse Nord RHF har ikke egne regionale behandlingsplasser, og kjøper behandlingsplasser for pasienter med behov for opphold på regionalt nivå. Alle regionale helseforetak har lokale sikkerhetsavdelinger.

Forskjellen mellom regional sikkerhetsavdeling og lokal sikkerhetsavdeling/psykiatrisk institusjon er:²

- Regionale sikkerhetsavdelinger skal kunne ta imot pasienter som er så farlige eller særlig vanskelige at de ikke kan være i lokale sikkerhetsavdelinger/psykiatriske institusjoner.
- Bemanningen ved regionale sikkerhetsavdelinger skal være minst 5,0 ansatte per pasient (3,0 ved lokalt sikkerhetsnivå)
- Regionale sikkerhetsavdelinger skal være særskilt tilrettelagt for formålet og med sikkerhetsutstyr
- Regionale sikkerhetsavdelinger har eget lovgrunnlag³ (sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå) – Departementet bestemmer om en enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal etableres ved en regional sikkerhetsavdeling.

3.2 Regionale kompetansesentre

I st. meld nr. 25 (1996 – 1997) og St. prp. nr. 63 (1997 – 1998) ble det vurdert at det var behov for å styrke kompetansen innen fagområdet. I 1999 ble det etablert tre kompetansesentre i tilknytning til de eksisterende regionale sikkerhetsavdelingene. Brøset i Helse Midt har regionalt kompetanseansvar for Helse Nord.⁴ I dag danner de tre kompetansesentrene det nasjonale kompetansesenternettverket SIFER (sikkerhets,

¹ St meld nr. 25:99

² St. meld nr. 25:1996-1997, Åpenhet og helhet

³ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

⁴ St. prp. Nr. 63 (1997-98)/ Ot. Prp. nr. 46 (2000-2001)

fengsels- og rettspsykiatri).⁵ Kompetansesentrene har til sammen 38 årsverk som inkluderer 11 professorer og over 26 medarbeidere med doktorgradskompetanse.⁶

Kompetansesentrene har ansvar for forskning, fagutvikling og undervisning innenfor fagfeltene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og har oppgaver som:⁷

- Å styrke det rettspsykiatriske arbeidet, blant annet ved å undervise i sakkyndighetsarbeid
- Å styrke det nasjonale forsknings- og utviklingsarbeidet innen tvang, sedelighetsproblematikk, risikovurdering og risikohåndtering
- Å samarbeide med internasjonale miljøer
- Å bygge opp og spre kompetanse regionalt
- Å drive klinisk aktivitet i prosjektsammenheng
- Å samarbeide med regionale og lokale sikkerhetsavdelinger

Kompetansesentrene får årlig øremerkede tilskudd over statsbudsjettet.

4. Dagens status i Helse Nord

4.1 Lokal sikkerhetsavdeling ved Nordlandssykehuset⁸

Nordlandssykehusets sikkerhetspost har i dag kapasitet til å behandle 15 pasienter. Enheten har hele tiden hatt høyt belegg og til tider et overbelegg.

Enheten har i dag 53 årsverk knyttet til avdelingsmiljøet fordelt på ulike faggrupper. Staben består av avdelingsleder/ avdelingsoverlege, overlege, psykologspesialist og nevropsykolog i 50% stilling.

Enheten har per i dag 20 % stilling knyttet til SIFER Nord, finansiert av Nordlandssykehuset. Fokuset har vært knyttet til utskrivning og samarbeid med DPS-ene i området.

Målgruppe

Enheten har kompetanse til å ta imot pasienter med alvorlig sinnslidelse i kombinasjon med alvorlig voldsproblematikk. Av 15 pasienter innlagt per i dag er en tredjedel innlagt på dom til tvunget psykisk helsevern eller etter § 12 i straffeloven. Enheten har til enhver tid mellom 5 og 10 på ettervern. Dette bildet er representativt for de foregående fem årene.

⁵ SIFER.no, http://sifer.no/om_sifer

⁶ SIFER.no, http://sifer.no/om_sifer

⁷ SIFER.no, http://sifer.no/om_sifer

⁸ Utarbeidet etter utkast fra representantene i arbeidsgruppen fra Nordlandssykehuset

Nordlandssykehusets bygningsmessige forhold gjør det mulig å behandle pasienter som ellers ville ha vært i en regional sikkerhetspost utenfor regionen. Slike pasienter krever økt bemanning tilsvarende regional bemanningsnorm, noe som øker kostnadene. De siste fem årene har det til enhver tid vært to pasienter med dette behovet. Slik drift har i tillegg krevd egne bemannede botilbud som har gitt merkostnader beregnet til cirka 4 millioner per år.

4.2 Lokal sikkerhetsavdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge⁹

Avdeling for sikkerhetspsykiatri ved UNN HF er en lokal sikkerhetsavdeling som består av to døgnsesjoner med til sammen 12 sengeplasser, en skjermet enhet og tre treningsleiligheter. Avdelingen har totalt 53,77 stillinger. Personellgruppen består av administrativt personale, lege/psykolog, og psykologspesialister og psykiatere, kjøkkenansvarlig, fagutviklere og miljøpersonell. Beleggsprosenten kan variere og har over tid vært på 100 %.

Døgnsesjonen har seks sengeplasser og har hovedfokus på stabilisering. Seksjonen tar imot pasienter til kortere utredninger og har låste dører. Rehabiliteringsseksjonen har seks sengeplasser, tre treningsleiligheter og har fokus på rehabiliteringshelsehjelp og tilbakeføring til hjemkommune. Avdelingen har fem polikliniske plasser for pasienter som er utskrevet men som fortsatt har behov fra oppfølging. Avdelingen bistår andre enheter og avdelinger med voldsriskovurderinger.

4.2.1 Målgruppe

Om lag halvparten av pasientene er dømt til tvunget psykisk helsevern. Majoriteten av øvrige pasienter får tvunget psykisk helsehjelp. Pr i dag får fem pasienter poliklinisk oppfølging. Flere av pasientene har rusavhengighet som tilleggsproblematikk. En tredjedel av pasientene har vært innlagt over fem år. Avdeling for sikkerhetspsykiatri har de senere år gitt lokalt tilbud til pasienter med mulig behov for regionalt nivå. Disse behandlingstilbudene er svært ressurskrevende.

4.3 Kompetansesenter i Midt/Nord

I 2013 etablerte Universitetssykehuset i Nord-Norge SIFER Nord som et prøveprosjekt. SIFER Nord er organisert i samarbeid og i tilknytning til SIFER Midt. UNN HF og St Olav bidrar henholdsvis med 70 % og 50 % stilling til senteret. I 2015 har UNN redusert sin andel til 20 %. Nordlandssykehuset har siden 2015 bidratt med 20 % stilling.

⁹ Utarbeidet etter utkast fra representantene i arbeidsgruppen fra UNN

SIFER Nord har som formål å bidra med kompetanseutvikling og kompetanseformidling i Helse Nord's opptaksområde. Bakgrunnen for etableringen er et forsøk på å forsterke kompetansen for fagområdet i Helse Nord og at det er en bekymring at SIFER Midt ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp kompetansesenteransvar for Helse Nord. Prosjektet SIFER Nord skal evalueres i februar 2016.

5. Fremtidige behov

5.1 Observasjoner etter § 167 i straffeprosessloven

Rettspsykiatriske undersøkelser har historisk sett blitt gjennomført gjennom direkte kontakt mellom observanden og de sakkyndige. De siste årene er praksis endret mot rettspsykiatrisk observasjon i sikkerhetspsykiatrisk avdeling etter §167. Det innebærer at siktede legges inn til undersøkelse i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling eller annet egnet undersøkelsessted.

Brøset fikk i 1993 den første innleggelsen som følge av § 167. Siden da har det vært 57 innleggelses. Antallet har økt de senere år. I 2013 var 8 personer under rettspsykiatrisk døgnundersøkelse ved sikkerhetsavdelingen. Innen utgangen av 2014 ble det gjennomført 14 undersøkelser. Oppholdene har vanligvis en varighet på 4-12 uker.

Den økte bruken av judisiell observasjon gjør det nødvendig å bygge opp kompetanse på undersøkelser etter § 167 i Helse Nord. Kunnskap om lokale forhold vil bidra til å sikre et bedre tilbud til de som legges inn etter denne paragrafen. Begge institusjonene har personell som er godkjente rettspsykiatriske sakkyndige. For å sikre habilitet kan sengepostene i Tromsø og Bodø samarbeide om undersøkelsene.

Innleggelses etter §167 dekkes økonomisk av domstolsadministrasjonen og vil således representere en betydelig inntekt.

5.2 Regional sikkerhetsavdeling

Sikkerhetsavdelingene i Helse Nord har tilrettelagt sine avdelinger slik at de i stor grad håndterer potensielle pasienter til regionalt nivå. Fagmiljøet i Helse Nord har utviklet erfaringer, kompetanse og organisatoriske løsninger på å håndtere pasienter med behov for forsterket oppfølging. Tilretteleggingen dreier seg om alt fra ombygning og spesialtilpasning av rom og skjermingsenheter, samt fleksibel bruk av personell. Ved behov eller ved spesielle hensyn overføres også pasienter mellom avdelingene, noe som har bidratt til at Helse Nord frem til nå har klart å minimere bruk av regionalt nivå.

Siden 2004 har 24 pasienter fra Helse Nord vært innlagt på Brøset¹⁰, hvorav 16 av disse fra og med 2010. 10 av disse ble lagt inn etter § 167 i straffeprosessloven til judisiell observasjon.

5.2.1 Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnader per liggedøgn på Brøset er i dag 19 000,-. Dersom vi sammenligner kostnadene i de siste femårsperioder får vi følgende fremstilling:

2005 – 2009:	125 liggedøgn som gir 2,4 millioner i kostnader
2010 – 2014:	1078 liggedøgn som gir 20,5 millioner i kostnader

Fra perioden 2010 til 2014 er Helse Nord's gjennomsnittlige kostnad for opphold på Brøset beregnet til 4,1 millioner per år.

5.2.2 Innleggelser etter § 167 ved Brøset

Pasienter fra Helse Nord hatt 501 oppholdsdøgn på § 167 ved Brøset, tilsvarende 9,7 millioner kroner. Dette er utgifter som finansieres av domstolsadministrasjonen (se punkt 5.1).

5.2.3 Utvikling av antall dømte til tvunget psykisk helsevern

Det er et økende antall personer som blir dømt til tvunget psykisk helsevern i Helse Nord. En sammenligning av antall dømte over 5 års perioder gir følgende resultat¹¹:

2005 – 2009:	2 personer dømt til tvunget psykisk helsevern
2010 – 2014:	9 pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern

Utviklingen samsvarer med nasjonal utvikling og gir økt press på sikkerhetsavdelingene. Dette fører til at pasientene på avdelingene har mer alvorlig problematikk, og pasienter med de mest avklarte tilstandene må skrives ut til andre avdelinger/tilbud.

Konsekvensen av en slik utvikling kan bli at sikkerhetsavdelingene i Helse Nord mister kapasitet til å gi et fleksibelt og godt tilbud til de mest krevende pasientene. De avdelinger som mottar pasienter med store oppfølgingsbehov fra sikkerhetsavdelingene vil muligens begrense sine tilbud til sine andre pasientgrupper.

Arbeidsgruppen opplever det som utfordrende å tallfeste hvor mange pasienter som i dag og i fremtiden har/vil ha behov for opphold på regionalt sikkerhetsavdeling. Fagmiljøet¹² anslår at det i dag er 3-4 pasienter på lokale sikkerhetsavdelinger i vår

¹⁰ Morten Damgård Hansen, Brøset, St. Olavs Hospital, Helse Midt

¹¹ Roar Hedemark, Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern

¹² Representanter i arbeidsgruppen fra UNN/Nordlandssykehuset

region som har problematikk som kvalifiserer til opphold på regional sikkerhetsavdeling.

5.3 Regionalt kompetansesenter

Fagområdene sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri har igangsatte prosjekter som ser på utviklingsmuligheter. Eksempler på dette er:

- Brøset har fått i oppdrag å igangsette et pilotprosjekt¹³ for bedre domstolenes og politi/påtalemyndighetens tilgang til sakkyndighet av høy kvalitet.
- Cramer-rapporten¹⁴ påviste at psykiske lidelser blant domfelte i norske fengsler er betydelig høyere enn resten av befolkningen. Helsedirektoratet arbeider for å sikre gode tjenester for innsatte.
- SIFER ønsker å se på utvikling av standardisering av nivåene innen sikkerhetspsykiatrien. I dag er det få kriterier som gir styrende krav for tjenesten.

Fagmiljøene i Helse Nord bør være en del av slike nasjonale prosjekter som har som formål å utvikle tjenestene. For å sikre god faglig praksis bør det i tillegg være nær tilknytning mellom klinikk, helseforetak, samarbeidsetater, kompetanseutvikling og kompetanseformidling. Dette gjelder også i forhold til innsatte i fengsel i vår region (totalt 4 fengsler). Det er geografisk og organisatorisk avstand fra Brøset (Helse Midt) til fagmiljøene i Helse Nord, herunder også til psykisk helsevern i andre avdelinger og helseforetak.

En vesentlig del av fagområdene til SIFER er bruk av tvang. Helsedirektoratet etablerte i etterkant av *tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*¹⁵ forskningsnettverket Tvangsforsk¹⁶. Nettverket skal bidra til kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang ved å bidra praktisk til at det kan gjennomføres metodisk holdbar forskning på området. Tvangsforsk er lokalisert i Tromsø. Det bør vurderes om Tvangsforsk og SIFER i fremtiden kan samarbeide om forskning, kunnskapsutvikling-, og formidling.

¹³ Pilotprosjekt: Utvikling av norsk rettspsykiatri, <http://sifer.no/forskningsprosjekter/detalj/pilotprosjekt-utvikling-av-norsk-rettspsykiatri>

¹⁴ SIFER: nyheter, <http://sifer.no/nyheter/detalj/psykiske-problemer-utbredt-i-fengsler>

¹⁵ IS-1370 Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/is-1370-tiltaksplan-for-reduert-og-kval/id439524/>

¹⁶ Tvangsforsk –nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, <http://www.tvangsforskning.no/mandat/cms/61#1>

6. Vurdering

6.1 Regional sikkerhetsavdeling

Befolkningsvekst kombinert med at flere dømmes til psykisk helsevern øker behovet for behandlingstilbud på regionalt sikkerhetsnivå. Behandlingsforløpene er både langvarige og komplekse og krever samtidig innsats fra fagfeltet. Av hensyn til rehabilitering bør pasientene behandles mest mulig lokalt for å gi nærhet etter utskrivning eller nedtrapping av innsatsen fra spesialisthelsetjenesten. Erfaringer viser store utfordringer i disse fasene og lokal tilhørighet må vektlegges.

I tråd med nasjonale føringer har UNN og Nordlandssykehuset de senere år styrket distriktpsikiatriske sentre (DPS) og lagt ned flere sykehusavdelinger. Det er derfor færre som kan ivareta pasienter med behov for tette rammer rundt seg. Av denne grunn må sikkerhetsavdelingene differensiere tilbudet internt. Konsekvensen av at ressurstrengende pasienter opptar en stor andel av personellressursene, er at det blir mindre tid til andre pasienter. Det kan føre til forsinkede prosesser med dårligere flyt i rehabilitering og ressurser til samarbeid med eksterne parter vedrørende utskrivelse.

Arbeidsgruppen vurderer at regionale sikkerhetsplasser bør utbygges i tilknytning til i de lokale sikkerhetsavdelingene. En slik tilførsel av nye plasser sikrer fleksibilitet, ressursstyring ut fra behov og kompetansebygging for de lokale sikkerhetsavdelingene. Sikkerhetspsykiatrien er et avgrenset fagområde og det bør arbeides for at fagfeltet fremstår med felles forståelse og bred faglighet. Regionale sikkerhetsplasser i Helse Nord vil også gi flere muligheter til å håndtere pasienter med voldsrisiko. Regionalt nivå i form av økte ressurser, god kompetanse og eget lovgrunnlag vil bidra til at tilbudet til pasientene raskt kan justeres ut fra behov.

Helse Vest og Helse Midt har henholdsvis 110 000/65000¹⁷ innbyggere per plass på regionalt nivå. Ved å etablere 5 senger i Helse Nord vil regionen få 96 000 innbyggere per plass.

6.2 Regionalt kompetansesenter

Arbeidsgruppen vurderer at det er behov for et regionalt kompetansesenter i Helse Nord. Fagområdene innen sikkerhetspsykiatrien består av avgrensede spesialiserte fagområder og et eget kompetansesenter vil bidra til økt kvalitet i tilbudet til pasientene. Et slikt kompetansesenter bør:

- Ha en praksisnær profil
- Ha god kjennskap til landsdelen
- Være tilgjengelig for sikkerhetsavdelingene, øvrig spesialisthelsetjeneste og fengsler

¹⁷ Beregnet ut fra befolkningstall i Helse Midt (Befolkningstall fra Helse Nord er ikke inkludert).

- Arbeide aktivt med kompetanseoppbygging og kompetanseformidling
- Bidra til god samarbeidskompetanse om pasientene
- Bidra til å fremme etisk refleksjon
- Ha fokus på voldsrisiko
- Ha fokus på bruk av tvang
- Bidra til teknologiske løsninger i utredning, behandling og oppfølging
- Formidle kompetanse som er etterspurt fra samfunnet

7. Konklusjon

1. Helse Nord har i dag ingen regionale plasser innen sikkerhetspsykiatri. Det bør derfor tilføres fem regionale sikkerhetsplasser i Helse Nord.

Vurdering fra arbeidsgruppen

Lokal sikkerhetsavdeling ved UNN HF og NLSH HF samarbeider godt om pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Det meste av tilbudet på de to lokalitetene er likt, men det er også ulikheter i idelogi og praksis. UNN har utviklet et godt differensiert tilbud og Nordlandssykehuset har et svært egnet bygg for formålet.

På grunn av høy beleggprosent over flere år ved de lokale sikkerhetsplassene og økning i antall dømte til tvunget psykisk helsevern anbefales det at nye regionale sikkerhetsplasser ikke går bekostning av eksisterende lokale sikkerhetsplasser.

2. Arbeidsgruppen anbefaler å søke HOD om å etablere et eget kompetansesenter innen sikkerhetspsykiatri i Helse Nord.

Vurdering fra arbeidsgruppen

Tilbakemeldinger fra fagmiljøet i Helse Nord tyder på SIFER Midt ikke følger opp kompetansesenterfunksjonen i Helse Nord. Det er et stort behov for kunnskap om sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri i Helse Nord.

Det er videre ønskelig med et kompetansesenter som er praksisnært slik at kunnskapsdeling og oppfølging av kliniske saker blir bedre.

Vedlegg 2:

Oversikt over prosjektdeltakere

Mandat

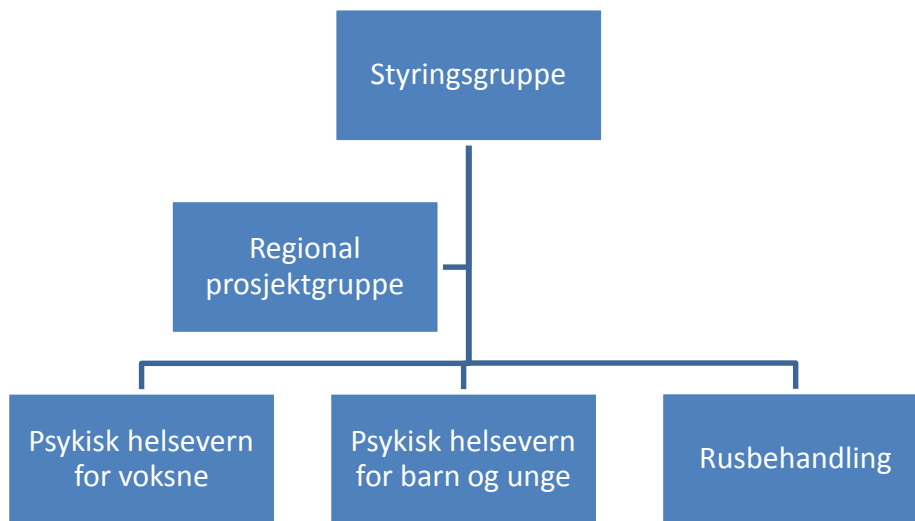
Planen skal bidra til å gi befolkningen i Helse Nord tilgang til likeverdige og tilstrekkelige spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne og TSB. Arbeidet skal bidra til å realisere Helse Nord's mål om god kvalitet og pasientsikkerhet, gi effektiv ressursutnyttelse og oppfylle *sørge-for-ansvaret*.

Utviklingsplanen skal gi et innhold til begrepene *pasientens helsetjeneste, samhandling og tilgjengelighet*. I pasientens helsetjeneste, skal pasientens behov være førende for struktur og innhold i tjenestene. Utviklingsplanen skal forme rammebetingelser for tjenestetilbudet til en befolkning med demografiske endringer i alder og etnisk sammensetning. Utviklingsplanen skal bidra til å fylle intensjonene i samhandlingsreformen og bedre samhandlingen også horisontalt innen spesialisthelsetjenesten. Digitale helsetjenester har en sentral plass i årene som kommer og skal bidra til å øke tilgjengelighet til tjenesten.

Styringsgruppen ble ledet av fagdirektør Geir Tollåli, og har bestått av:

- Fagdirektør Geir Tollåli, Helse Nord RHF
- Fag- og forskningssjef Einar Bugge, UNN
- Medisinsk direktør Fred Mürer, Helgelandssykehuset
- Medisinsk fagsjef Harald G. Sunde, Finnmarkssykehuset
- Medisinsk direktør Barthold Vonen, Nordlandssykehuset
- Fagsjef Margaret A. Antonsen, Sykehusapoteket
- Konserntillitsvalgt Sissel Alterskjær

Prosjektorganisering og sammensetning



Figur 1: Prosjektorganisering og struktur

Utviklingsplanen er utarbeidet i samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord, Helse Nord RHF, brukerorganisasjonene, konserntillitsvalgte, KS Nord-Norge og SANKS. Prosjektet ble organisert med en styringsgruppe ledet av Helse Nord RHF's fagdirektør Geir Tollåli, fagsjefene fra foretakene og konserntillitsvalgt. Den regionale prosjektgruppen besto av prosjektleder med prosjektmedarbeidere fra Helse Nord RHF, KS Nord-Norge, SANKS, brukerorganisasjon og konserntillitsvalgt. For å forenkle arbeidet, ble det dannet arbeidsgrupper for fagområdene rus og psykisk helsevern for voksne, barn og unge. Arbeidet har hatt sterk brukerrepresentasjon, med brukerdeltakelse i både den regionale prosjektgruppen og de tre arbeidsgruppene. Brukermedvirkning er en rett, og et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

Prosjektgruppen ble ledet av fagavdelingen i Helse Nord RHF, og hadde følgende sammensetning:

- Prosjektleder Jon Tomas Finnsson/Sidsel Forbergskog, Helse Nord RHF
- Prosjektmedarbeider Frank I. Nohr, Helse Nord RHF
- Prosjektmedarbeider Ann-Karin Furskognes, Helse Nord RHF
- Prosjektmedarbeider Linn Gros, Helse Nord RHF
- Kommuneoverlege Frode Øvrejord, KS Nord-Norge
- Psykologspesialist Anne Silviken, SANKS
- Asbjørn Larsen, RBU/RIO
- Åse Almås Johansen, RBU/LPP
- Konserntillitsvalgt/psykologspesialist Eirik Holand, Helse Nord

Tre arbeidsgrupper har hatt ansvar for hvert sitt fagområde.

Arbeidsgruppen for psykisk helsevern for voksne har bestått av:

- Psykologspesialist Marita Høiseth, UNN
- Psykiater Heiko Raschpichler, Finnmarkssykehuset
- Psykiatrisk sykepleier/enhetsleder Daniel Mørch, Nordlandssykehuset
- Psykolog Fredrik Jørgensen, Helgelandssykehuset
- May-Anne Brandt, RBU
- Ann-Karin Furskognes, Helse Nord RHF

Arbeidsgruppen for psykisk helsevern for barn og unge har bestått av:

- Psykologspesialist/avdelingsleder BUPA, Per Håkan Brøndbo, UNN
- Psykiater/avdelingsleder Per Willy Antonsen, Nordlandssykehuset
- Psykologspesialist Anne Lene Turi, Finnmarkssykehuset
- Psykiater Ragnhild Walla, Helgelandssykehuset
- May-Anne Brandt, RBU
- Linn Gros, Helse Nord RHF

Arbeidsgruppen for rusbehandling har bestått av:

- Psykiater Anna Rita Spein, Finnmarkssykehuset
- Psykolog/enhetsleder Andreas Østvik, Nordlandssykehuset
- Psykiater/avd. leder Reidar Høifødt, UNN
- Ruskonsulent Konrad Kummernes, Helgelandssykehuset
- Wibecke Årst, RBU/Marborg
- Frank Ivar Nohr, Helse Nord RHF

Forankringsarbeid og prosessbeskrivelse

Det ble lagt opp til en bred og inkluderende prosess, der regionalt brukerutvalg (RBU) og samarbeidsmøtet med konserntillitsvalgt og konsernverneombud ble holdt løpende orientert gjennom prosessen. Fagrådene for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge og fagrådet TSB har hatt strategiarbeidet som fast post gjennom prosjektperioden. Det er orientert i samarbeidsutvalget mellom Helse Nord RHF og lege- og psykologforeningen for å innlemme avtalespesialistene i arbeidet.