

HELSE VEST RHF

UTKAST

TIL

REGIONAL PLAN FOR PSYKISK HELSEVERN 2020–2024

Innhald

1	Samandrag	4
2	Innleiing	5
3	Utvikling i perioden	5
4	Nasjonale og regionale føringar	6
4.1	Pasientens helseteneste	6
4.2	Oppdragsdokument	6
4.3	«Mestre hele livet» – regjeringa sin strategi for god psykisk helse (2017–2022)	7
4.4	Helse 2035	8
5	Utfordringar	9
5.1	Utbreiing og generell utvikling	9
5.2	Utfordringar i dagens tenestetilbod	10
6	Overordna mål og strategiar	11
7	Satsingsområde	12
7.1	Førebygging og tidleg hjelp	12
7.2	Medverknad, samval og frivilligheit	13
7.2.1	Medverknad i eiga behandling og utvikling av tenestene	13
7.2.2	Samvalsløysingar	14
7.2.3	Medikamentfrie tilbod	15
7.2.4	Kvalitetssikra og redusert bruk av tvang	16
7.3	Integrerte tenester og gode pasientforløp	17
7.3.1	Psykisk og somatisk helse og rusproblem	17
7.3.2	Samheng med andre tenester	18
7.3.3	Pakkeforløp.....	19
7.3.4	Helse og arbeid	20
7.3.5	Integrering av avtalespesialistane	21
7.4	Samhandling og lokalbasert psykisk helsearbeid	22
7.5	Spesielt om barn og unge	24
7.5.1	Tidleg hjelp til barn og unge	24
7.5.2	Barn og unge i barnevernet	25
7.5.3	Barn og unge som er utsette for vald og overgrep	26
7.5.4	Barn som pårørnde	27
7.6	Spesielle tenester, tryggleik og særreaksjonar	27

7.6.1	Sjukehusfunksjonar	27
7.6.2	Sikkerheitspsykiatri	28
7.6.3	Særreaksjonar.....	28
7.7	Utvikling/vidareutvikling av nye arbeidsmåtar	29
7.7.1	Utoverretta team	29
7.7.2	eMeistring	30
7.7.3	Meir intensive arbeidsformer.....	31
7.8	Kunnskapsbaserte tenester, kvalitet og forbetring	32
7.8.1	Kunnskapsbasert tenesteutvikling	32
7.8.2	Kvalitet på tenestene	33
7.8.3	Omstilling og forbetring	35
8	Oppsummering med hovudprioriteringar og tiltaksoversikt	36
Kilder	44

1 Samandrag

Psykiske lidningar oppstår som eit resultat av samspel mellom biologiske faktorar og miljøfaktorar som oppveksttilhøve, tidlige erfaringar i livet og noverande belastningar. Psykiske lidningar oppstår ofte i ung alder. Det kan svekka evna til meistring av eige liv, til deltaking og mogeligheit til utvikling av eigne evner og ressursar. Lidningar som angst og depressive tilstandar førekjem relativt hyppig, mens ulike psykoselidningar er meir sjeldne. Lidingane kan vere milde og forbigåande, men og alvorlege og langvarige med auka risiko for somatisk sjukdom og høg dødelegheit. Årsakene til ulike lidningar og samanheng mellom livserfaring og biologi/sårbarheit for utvikling av psykiske lidningar er ikkje tilstrekkeleg kjent.

Det overordna målet for tilbodet i psykisk helsevern er å auke pasientane si evne til eigenmeistring og til å leve eit sjølvstendig liv.

Helsetenesta må leggje til rette for prosessar som bidreg til at den enkelte meistrar kvardagen sin, får betre funksjonsevne og blir betre i stand til å ta vare på seg sjølv og leve eit mest mogeleg sjølvstendig liv i lokalmiljøet.

Denne planen tek utgangspunkt i at psykisk helsevern er ei teneste som har vore igjennom ei stor omstilling. Det går framleis for seg mykje utviklingsarbeid. Utfordringa er dels å breie ut tiltaka, gjere det meir systematisk og vidareutvikle tenestene i tråd med behova og utfordringane.

Vidare utvikling av tenestene kan samanfattast til følgjande 4 hovudbodskap:

- Tenestene må ha god tilgjenge med tidleg avklaring og tidleg hjelp
- Tenestene må understøtte og legge til rette for medverknad, val og frivilligheit
- Tenestene må vere integrerte – samordna internt i spesialisthelsetenesta og med viktige andre tenester – slik at pasientane opplever gode pasientforløp
- Nye måtar og nye arenaer for å møte pasientane på må vidareutviklast

Dette må understøttast med god kunnskap, gode mål for kvalitet og arbeid for systematisk forbetring. Kunnskapsutvikling, tydeleg leiarskap og forbetnings- og endringsevne er sentralt. Systematisk tilbakemelding frå pasientane vil vere eit viktig grunnlag for forbetningsarbeidet.

Den viktige målestokken for tenestene er i kva grad og korleis dei skapar verdi for pasientane.

I den overordna prioriteringa må tilbodet til barn og unge framleis ha høg prioritet. I vaksenpsykiatrien er det framleis viktig å styrkje DPSa.

I kapittel 8 er det ei oversikt over tiltaka i planen. I vedlegg 1 er det ei oversikt over tenestetilbodet i regionen. Det er også lagt ved ein oversikt over aktuelle kjelder for planen.

2 Innleiing

Helse Vest RHF har eit overordna ansvar for å sørge for at befolkninga i Helseregion Vest får tilbod om spesialisthelsetenester i og utanfor institusjon. Det gjeld også tenester til personar med psykiske lidingar.

Styret i Helse Vest RHF vedtok i sak 074/11 B i juni 2011 Regional plan for psykisk helse 2011–2015. Planen viste korleis Helse Vest RHF burde ta i vare og utvikle tenestetilbodet til personar med psykiske helseproblem. Planen har vore gjeldande fram til den no er revidert for perioden 2019–2024.

I planen er det gitt ein oversikt over nasjonale og regionale føringar, situasjonen i dag og utviklingstrekk som truleg vil påverke tenestene i tida framover. Det er òg gjort kort greie for utviklinga.

Det er i planen fremja forslag til

- mål og overordna strategiar
- kva som bør vere dei sentrale innsatsområda når tenestene skal vidareutviklast
- korleis tenestene kan og bør utviklast
- aktuelle tiltak og prioriteringar

Planen skal vere retningsgivande for utviklinga innan psykisk helsevern i føretaksgruppa i Helse Vest. Målgruppa er heile føretaksgruppa og særleg tilsette og brukarar av tenestene.

Planarbeidet har vore organisert med ei prosjektgruppe og ei styringsgruppe. Det har vore to deltakarar frå kvart av helseføretaka og deltakarar frå tilsette sine organisasjonar og brukarutval i prosjektgruppa. Fagdirektørmøtet med representantar frå det tilsette sine organisasjonar og brukarutval har vore styringsgruppe.

3 Utvikling i perioden

Det har skjedd store endringar i psykisk helsevern sidan opptrappingsplanen blei lansert i 1999. Satsing på kompetanseoppbygging, meir brukarpåverknad, meir tilgjengelege tenester og nye arbeidsmåtar har styrkt tenestetilbodet. Etablering av dei distriktpsikiatriske sentra (DPS) var eit av hovudgrepa. Samtidig er sjukehusfunksjonane blitt meir spissa.

I psykisk helsevern for barn og unge var pasientveksten svært kraftig i åra 1998–2008, om lag 150 prosent. Dei siste åra har talet på behandla pasientar halde seg stabilt, men konsultasjonsraten har auka kraftig i denne perioden. Auken har vore størst innanfor poliklinisk og ambulant behandling. Det er etablert lokale barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikkar.

I tråd med føringane i opptrappingsplanen for psykisk helse er talet på opphaldsdøgn for vaksne redusert med over 50 prosent sidan 1998. Det gjennomsnittlege døgnopphaldet i 1998 var 66 døgn, mens det i 2017 var 20 døgn.

Den samla personellinnsatsen i tenestene for vaksne auka med over 20 prosent frå 1998 til 2008 (for heile landet), men har sidan vore nær uendra. Utdanningsnivået har auka, både når det gjeld prosentdelen høgskuleutdanna, psykologar og psykiatrar.

Endringane kan samanfattast i følgjande punkt:

- Det har vore ein stor omstilling frå døgnopphald til dagtenester / polikliniske tenester.
- Fleire får tilbod lokalt i DPS-a.
- Det er meir ambulant verksemd.
- Det er betre samhandling og samanheng i tenestene.
- Det er utvikla nye måtar å yte tenester på.
- Det er lagt til rette for meir brukarmedverknad.
- Dei tilsette har meir kompetanse og eit betre kunnskapsgrunnlag, og det blir forska meir.

Det er utvikla ein struktur på tenestetilbodet som er i tråd med dei overordna føringane. Det er utvikla meir lokale tenester i DPS-a, i tillegg til dei meir sentraliserte sjukehusenestene og avtalespesialistane. Innanfor psykisk helsevern for barn og unge er det lokale poliklinikkar.

Tenestene i alle helseføretaka har vore gjennom store endringar, men er likevel framleis ulikt innretta.

I vedlegg 1 er det gitt ei nærmare oversikt over tilbodet i regionen.

4 Nasjonale og regionale føringar

4.1 Pasientens helseteneste

«Pasientens helseteneste» uttrykkjer ei perspektivdreining. Tenestene må i større grad bli sett frå eit pasientperspektiv.

Det er fleire sentrale moment i pasientens helseteneste:

- Pasienten kan medverke i behandlinga og i utviklinga av tenestene.
- Pasienten er informert og kan gjere egne val.
- Tenestene understøttar pasientens eige ansvar og evne til å meistre eige liv
- Tenestene er lett tilgjengelege – nære (når det er mogleg) og blir gitt tidleg.
- Rask diagnostikk og avklaring med behandlingsplan og oppfølging som er utarbeidd i samarbeid med pasienten.

Pasientens helseteneste handlar om at pasientane skal vere trygge på at dei får hjelp når dei treng det, dei skal bli informerte, og dei skal oppleve at dei kan påverke behandlinga og har makt til å ta egne val.

God kommunikasjon er ein føresetnad for pasientens helseteneste. Helsepersonell skal ha kunnskap om, og vere bevisste på, korleis kommunikasjon kan nyttast til å betre innbyggjarane og pasientane si helse og opplevingane dei har i møte med helsetenestene. Ny teknologi skal nyttast til å ha dialog med pasientane, samle pasientrelatert informasjon på éin stad og sikre at pasientane får medverke i behandlingsforløpet. Medverknaden omfattar òg krava til pasientane sin eigeninnsats i behandlinga.

4.2 Oppdragsdokument

I alle oppdragsdokumenta har det stått mykje om korleis tenestene i psykisk helsevern skal utviklast. I oppdragsdokumentet for 2019 er det mellom anna lagt vekt på følgjande styringsbodskap:

- fortsett prioritering av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling og høgare vekst på desse områda enn i somatikk
- betre tilvisingsrutinar og samarbeid med kommunale tenester og andre
- system og rutinar for å sikre medverknad både system- og individnivå
- førebygge kriser, akuttinnleggingar og bruk av tvang

Det er sett klare mål for gjennomføring av pakkeforløpa

Det første kulepunktet blir omtala som den «gylne regel». Det skal vere høgare relativ vekst i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialistert rusbehandling enn i somatikk. Det blir målt ved utvikling i kostnadar, ventetid og aktivitet (polikliniske konsultasjonar).

Den «gylne regel» set mål for forholdet mellom vekst i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling og somatikk. Planen inneheld ei mengd tiltak til styrking av psykisk helsevern og gir grunnlag for oppfyljing av den «gylne regel». Om regelen blir oppfylt vil sjølvstøtte også avhengig av korleis veksten blir innan somatikk.

Tenestene innan psykisk helsevern utgjer ca. 20 % av samla driftsutgifter når avskrivningar, pensjon og legemidlar ikkje blir medrekna.

4.3 «Mestre hele livet» – regjeringa sin strategi for god psykisk helse (2017–2022)

Regjeringa har nyleg laga ein strategi der psykisk helse blir sett inn i ei tverrsektoriell ramme som inneheld både helsefremjande (del av folkehelsearbeidet), førebyggjande og kurative initiativ med særleg vekt på barn og unge. Det å fremje meistring, tilhøyrslø og oppleving av mening er sentralt. Strategien er forankra i sentrale internasjonale planar frå mellom anna Verdas helseorganisasjon. Ei slik tverrsektoriell tilnærming byggjer på tanken om at god psykisk helse og verkemidla for å støtte og fremje god psykisk helse i stor grad ligg utanfor helsesektoren.

Det er fem overordna mål i strategien:

- Psykisk helse – ein likeverdige del av folkehelsearbeidet
- Inkludering, tilhøyrslø og deltaking i samfunnet for alle
- Pasientens helse- og omsorgsteneste
- Meir kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tenestene
- Betre psykisk helse hos barn og unge

«Pasientens helse- og omsorgsteneste» er den sentrale overskrifta for korleis tenestene bør utviklast.

Strategien peiker på dei store og positive endringane innanfor tenestene med utvikling av nye arbeidsmåtar, betre brukarpåverknad, betre tilgang og meir kompetanse. Utfordringa vidare, både i kommunane og i spesialisthelsetenesta, er å redusere variasjonen i tenestetilbodet og auke bruken av kunnskapsbasert behandling. Ein må i større grad involvere pasientar og pårørande i behandlinga

og i tenesteutviklinga. Nye og effektive metodar må implementerast i større grad, og tenestene kan bli betre koordinerte.

Det blir mellom anna vist til at nyare erfaring viser at utgreiing og behandling i form av intensiv innsats over kortare tid kan ha vesentleg betre effekt enn tradisjonell utgreiing/behandling, som ofte går over lenger tid (eit eksempel på det er OCD-team i Helse Bergen som m.a. behandlar pasientar med tvangslidingar).

Førebygging av kriser, akuttinnleggingar og bruk av tvang er truleg framleis dei største utfordringane tenestene står overfor.

Strategien peiker på at ulik fagleg praksis og manglande kunnskap om behandlingsmetodar og kva effekt dei har på ulike psykiske lidningar, kan medføre at den same lidinga blir behandla ulikt. Det blir vist til variasjon i bruken av tidleg intervensjon, ambulante tilbod, arbeidsmetodar, samarbeid mellom kommunar og spesialisthelsetenesta og bruk av tvang. Det kan føre til både over-, under- og feilbehandling. Det er for eksempel store fylkesvise variasjonar i diagnostiseringa av ADHD og føreskriving av sentralstimulerande medikament.

Nokre sentrale oppfølgingspunkt:

- Sikre utbreiing av dokumentert effektive arbeidsmåtar som rask psykisk helsehjelp, ACT-team og Internett-assistert behandling
- Implementere og systematisk evaluere pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Leggjje til rette for å førebyggje kriser, akuttinnleggingar og bruk av tvang
- Sørge for at tenestene etablerer rutinar og organisering som sikrar forsvarleg ivaretaking av den somatiske helsa til pasientane
- Bidra til at tenestetilbodet blir føreseieleg, og at uønskt variasjon blir redusert gjennom systematisk kvalitetsforbetring og styrkt fagleg leiing
- Sikre system og rutinar som sørger for at brukarane får påverke og medverke på individ- og systemnivå

I «Mestre hele livet», regjeringa sin strategi for god psykisk helse (2017–2022), er målet at fleire skal oppleve god psykisk helse og trivsel. Målet er òg å fange opp dei som er i ein sårbar situasjon og treng hjelp, og å setje inn målretta tiltak før dei utviklar sjukdommar. For dei som blir sjuke, skal tenestene vere tilgjengelege, gode og koordinerte. Tvangsbruken skal reduserast, og datakvaliteten må bli betre.

Organisatoriske strukturar og grenser skal ikkje stå i vegen for gode pasientforløp og tverrfagleg samarbeid. Somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling må då vere betre integrerte. Pakkeforløp for psykisk helse og rus er viktige tiltak for å møte desse utfordringane.

4.4 Helse 2035

Helse 2035 er Helse Vest sin overordna strategi for tenesteutvikling. Helse 2035 beskriv på overordna plan korleis spesialisthelsetenesta på Vestlandet skal utvikle seg fram mot 2035. Målet er å utvikle pasienten si helseteneste. Det inneber mellom anna at pasientane skal vere trygge på at dei får hjelp når dei treng det, og at samhandlinga på tvers av faglege og organisatoriske grenser fungerer saumlaust. Heilskaplege pasientforløp krev solide IKT-løysingar og bruk av nye teknologiske løysingar.

Strategiplanen peiker på medarbeidarane som den viktigaste ressursen. Kunnskapen, innsatsen og initiativet til kvar enkelt medarbeidar er avgjerande dersom ein skal få til dei endringane som trengst for å møte utfordringane. Målet er å få til

- trygge og nære helsetenester
- god samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet
- aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon

Planen har eit perspektiv fram mot 2035. Tiltaksdelen har likevel eit kortare perspektiv og dei fire hovudbodskapane i denne regionale planen for psykisk helsevern heng godt saman med Helse 2035, og er også sentrale i arbeidet med ny nasjonal helse- og sjukehusplan.

5 Utfordringar

Nasjonale og regionale føringar, korleis tenestene er i dag, og korleis behovet vil utvikle seg, seier noko om kva utfordringar tenesta står overfor.

5.1 Utbreiing og generell utvikling

Sjølv om svært mange har psykiske plager eller lidningar, finst det ingen gode nye nasjonale studiar av førekomsten. Folkehelseinstituttet har tidlegare vurdert at mellom 30 og 50 prosent vil få ei psykisk lidning i løpet av livet.

Studiar som har samanlikna førekomsten over tid, har ikkje vist nokon auke i psykiske lidningar, men høgare folketal betyr at fleire vil få psykiske lidningar, og fleire eldre vil føre til at fleire får lidningar som opptrer i høg alder.

Det er elles særleg viktig å følgje utviklinga når det gjeld dei unge. Her viser utviklinga dei seinare åra m.a. at unge jenter har størst auka i bruk av tenester.

I det store biletet er det venta at fleire vil få angst, depresjon og rusproblem. Fleire vil òg få traumelidningar. Fleire studiar viser at tidlege traume aukar sannsynlegheita for lågare levealder, lite utdanning og svakare somatisk og psykisk helse. Flyktningar og asylsøkjjarar kan vere særskilt utsette.

Mange får som nemnt psykiske lidningar i løpet av livet, og mange må leve lenge med dei. Psykiske lidningar er såleis den mest kostbare sjukdomsgruppa. Det er mange grunnar til det:

- tidleg debutalder
- høg utbreiing
- negativ effekt på utdanning og yrkeskarriere – med mange tapte arbeidsår og ei hovudårsak til at ein blir ufør
- innverknad på somatisk helse
- avgrensa effekt av behandling og høg risiko for tilbakefall

Psykiske lidningar er altså ei stor utfordring for samfunnet. I regjeringa sin strategi for psykisk helse (2017–2022) har ein prøvd å setje psykisk helse inn i ei tverrsektoriell ramme fordi svært mange forhold verkar inn på den psykiske helsa og verkemidla i stor grad ligg utanfor helsesektoren.

I denne planen er oppgåva å få fram korleis Helse Vest kan bidra til betre psykisk helse gjennom å utvikle og forbetre tenestetilbodet.

5.2 **Utfordringar i dagens tenestetilbod**

Vi kan gjere meir for å førebyggje psykiske lidningar og redusere sjukdomsbelastinga. Det er viktig at spesialisthelsetenesta gir hjelp tidleg – både tidleg i livet og tidleg i sjukdomsutvikling – for å redusere den samla sjukdomsbyrden.

Styrking av tilbodet til barn og unge blei gitt hovudprioritet i dei to siste planane. Utviklinga har vore god, men det er framleis grunn til å prioritere tilbodet til barn og unge og ha særleg merksemd på barn og unge i barnevernstiltak som har behov for tenester frå psykisk helsevern for barn og unge.

Kriseførebygging, akuttinnleggingar og unødvendig bruk av tvang blir i regjeringsstrategien rekna som kanskje dei største utfordringane tenestetilbodet står overfor.

Pasientane si evne til å medverke og velje må styrkjast, og tilbakemeldingar frå pasientane må nyttast til forbetring.

Det er framleis grunnlag for å styrkje dei nære, polikliniske og utoverretta tenestene og betre oppgåvedelinga mellom kommunane, DPS-a, sjukehusa og avtalespesialistane. Samtidig er det vesentleg at tenestene på sjukehusnivå blir utvikla for å støtte DPS-a og sikre gode tenester for dei pasientane som i dårlege fasar treng eit behandlingstilbod på sjukehusnivå.

Vi må arbeide vidare med å sikre at alle tenestene byggjer på den beste kunnskapen, og ein må utvikle gode mål på behandlingsresultat, også som grunnlag for å betre kvaliteten. Det er usikkert om ulik fagleg praksis og mangelfull kunnskap om behandlingsmetodar og effekt medfører ulikskap og variasjon og at pasientane ikkje får likeverdig utgreiing og behandling basert på beste kunnskap

Variasjon og ulikskap er bra når det svarer på ulike behov og såleis støttar ei likeverdig helseteneste. Variasjon er uheldig når enkelte pasientar får eit dårlegare tilbod enn andre i den same situasjonen, eller når auke i ressursbruken ikkje gir betre tenester. Det er nødvendig med nærmare gransking for å skilje mellom ønskt og uønskt variasjon.

Tenestene må vere integrerte og hengje saman både internt (horisontalt) og mellom nivåa (vertikalt). Psykisk helse, somatisk helse og rusproblem må sjåast i samanheng. Personar med alvorlege psykiske lidningar lever for eksempel i snitt 15–20 år kortare enn befolkninga elles.

Undersøkingar viser at nokre pasientar får omfattande behandling både i spesialisthelsetenesta og i kommunane med stadige opphald i sjukehus/DPS. Kan betre samordning mellom tenestene gi desse pasientane ein meir stabil livssituasjon?

Psykiske lidningar påverkar evna den enkelte har til å delta i arbeid og utdanning, og i verste fall kan personen bli tidleg ufør. Dersom ein får støtte til å delta i arbeid og utdanning, vil det for dei aller fleste gi ein helsegevinst.

Det blir ofte stilt spørsmål om kva som er god behandling i psykisk helsevern. Helse Vest har satsa på forskning og styrkt kunnskapsgrunnlag, og det er nasjonalt utvikla faglege retningslinjer på fleire område. Det er likevel utfordrande, for psykiske lidningar kan ofte vere komplekse og samansette, og dermed er det krevjande å byggje og nytte generell kunnskap. Like fullt må vi stadig prøve nye tiltak – med evaluering og justering – og framleis satse på forskning.

Det blir også reist spørsmål om sterkare fagleg leiing.

6 Overordna mål og strategiar

Psykiske lidningar oppstår som eit resultat av samspel mellom biologiske faktorar og miljøfaktorar som oppveksttilhøve, tidlige erfaringar i livet og noverande belastningar. Psykiske lidningar oppstår ofte i ung alder. Det kan svekka evna til meistring av eige liv, til deltaking og mogeligheit til utvikling av eigne evner og ressursar. Lidningar som angst og depressive tilstandar førekjem relativt hyppig, mens ulike psykoselidningar er meir sjeldne. Lidingane kan vere milde og forbigåande, men og alvorlege og langvarige med auka risiko for somatisk sjukdom og høg dødelegheit. Årsakene til ulike lidningar og samanheng mellom livserfaring og biologi/sårbarheit for utvikling av psykiske lidningar er ikkje tilstrekkeleg kjent.

Det overordna målet for tilbodet i psykisk helsevern er å auke pasientane si evne til eigenmeistring og til å leve eit sjølvstendig liv.

Helsetenesta må leggje til rette for prosessar som bidreg til at den enkelte meistrar kvardagen sin, får betre funksjonsevne og blir betre i stand til å ta vare på seg sjølv og leve eit mest mogeleg sjølvstendig liv i lokalmiljøet.

Denne planen tek utgangspunkt i at psykisk helsevern er ei teneste som har vore igjennom ei stor omstilling. Det går framleis for seg mykje utviklingsarbeid.

Det overordna budskapet for vidare utvikling av tenestene kan samanfattast til følgjande 4 hovudbudskap eller strategisk føringar:

- Tenestene må ha god tilgjenge med tidleg avklaring og tidleg hjelp
- Tenestene må understøtte og legge til rette for medverknad, val og frivilligheit
- Tenestene må vere integrerte – samordna internt i spesialisthelsetenesta og med viktige andre tenester – slik at pasientane opplever gode pasientforløp
- Nye måtar og nye arenaer for å møte pasientane på må vidareutviklast

Dette må understøttes med god kunnskap, gode mål for kvalitet og arbeid for systematisk forbetring. Kunnskapsutvikling, tydeleg leiarskap og forbetnings- og endringsevne er sentralt. Systematisk tilbakemelding frå pasientane vil vere eit viktig grunnlag for forbetningsarbeidet.

Den viktige målestokken for tenestene er i kva grad og korleis dei skapar verdi for pasientane.

Barn og unge skal ha høgaste prioritet. Planen omhandlar m.a. førebygging og tidleg hjelp, samhandling med kommunane, barnevernet, implementering av pakkeforløpa for barn og unge og vidare breidding av «Barn og unges helsetjeneste» som er utvikla i Helse Fonna.

Tidleg hjelp og samarbeid med kommunane (både helse, barnehage og skule) er særst viktig for å unngå uheldig utvikling hos barn og unge.

I vaksenpsykiatrien er det framleis viktig å styrkje DPS-a og vidareutvikle samarbeidet med kommunane.

Nedanfor er planen delt opp i åtte satsingsområde som dels overlappar og grip inn i kvarandre, men som alle skal byggje opp om dei overordna føringane som er gitt for å vidareutvikle tenestene.

7 Satsingsområde

7.1 Førebygging og tidleg hjelp

Samfunnet vil truleg ha god nytte av ei brei og systematisk gjennomført førebygging, jf. strategiplanen til regjeringa (punkt 4.3)

Universelle tiltak retta mot heile befolkninga er sannsynlegvis meir effektive enn behandlingsretta tiltak for å redusere sjukdomsbelastinga av psykiske lidingar. God psykisk helse blir skapt der folk lever: i livmora, i familien, i barnehagen, på skulen, på arbeidsplassen, i kulturlivet og i idrettslaget. Tidleg innsats gir mest igjen, det vil seie at svangerskapsomsorga, helsestasjonane, småbarnsfamilien og barnehagen er dei viktigaste områda. Regjeringa har varsla at det kjem ein opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, som blir viktig i denne samanheng, jf. Prop. 121 S (2018-2019)

Universelle tiltak er i stor grad tiltak utanfor helsetenesta og behandlingsapparatet. Generell innsats i barnehagar og helsestasjonar med god foreldrerettleiing kan bidra til trygge og stimulerande rammer for barn og unge.

Det å fremje folkehelsa og førebyggje sjukdom og skade er likevel eit ansvar for spesialisthelsetenesta òg.

På den eine sida kan spesialisthelsetenesta bidra med viktig kunnskap om kva som verkar sjukdomsframkallande, og kva som fremjar god helse. På den andre sida må spesialisthelsetenesta meir direkte støtte kommunane, for eksempel ved å gi rettleiing og konsultasjon i barnehagar og helsestasjonar og ved å bidra til at unge ikkje droppar ut av skulen og vaksne fell ut av arbeidslivet.

Her vil det vere ein glidande overgang til tidleg hjelp. Det har to aspekt: tidleg i livet og tidleg i sjukdomsutvikling. Når det er snakk om tidleg i livet, tenkjer ein på barn og den tidlege utviklinga, faktisk alt frå fødselen (perinatal helse).

Det er viktig å gi hjelp både tidleg i livet og tidleg i sjukdomsutviklinga for å redusere sjukdomsbyrden. Her kan det vere vanskeleg å prioritere. Skal innsatsen rettast mot dei som står i fare for å bli sjuke, eller mot dei som alt er alvorleg sjuke? Svaret er at spesialisthelsetenesta må gjere begge delar. I samarbeid med kommunane må spesialisthelsetenesta bidra til tidleg avklaring og sørge for at pasientar som treng spesialisthelseteneste, får det, samtidig som ho må gi rettleiing til kommunale tenester.

Helse Stavanger har i mange år vore ein pådrivar for tidleg intervensjon ved psykoselidingar (TIPSprosjektet). Det er utvikla ein metodikk for tidleg oppdaging som omfattar informasjonskampanjar og kunnskap om tidlege symptom både i skulen og i helsetenestene. Tidleg intervensjonstenking blir òg brukt i andre helseføretak, og eit generelt styringsbodskap til føretaka er å styrkje arbeidet med tidleg intervensjon.

Tanken er at det å oppdage og behandle psykotiske symptom, åtferdsproblem og psykososiale vanskar i tidleg fase reduserer langtidseffektane av slike alvorlege lidingar og bidreg til å førebyggje tilbakefall og betre funksjonsevna. Målgruppa er primært unge med psykotiske symptom.

Det er etablert fleire tiltak i regionen for å støtte tidleg hjelp til barn og foreldre. Her er nokre eksempel:

- Både Helse Fonna har familieambulatorium, eit lågterskel tilbod til gravide kvinner og nybakte foreldre.
- Helseføretaka har spedbarns- og småbarnsteam som tilbyr oppfølging til familiar der det av ulike årsaker er utfordringar i samspelet eller bekymring for utviklinga til barnet.
- Helse Fonna har etablert «Barn og unges helseteneste» i samarbeid med kommunane. Samhandlingsforløpa skal sørge for at barn og unge med psykiske helseplager får betre og meir samanhengande helsetenester på tvers av kommune og spesialisthelseteneste.
- Jæren DPS og Helse Stavanger har etablert eit akutt ambulant team 24/7-tilbod til ungdom over 13 år.

DPS-a må òg kunne gi rettleiing i svangerskapsomsorga i kommunane for å førebyggje og følgje opp gravide som er sårbare for å utvikle alvorlege psykiske lidingar.

Tiltak i helseføretaka:

- Vidareutvikle systema for tidleg avklaring / tidleg hjelp i samarbeid med kommunane/fastlegane
- Redusere ventetida og sikre oppfølging utan uønskt venting.
- Bidra med kunnskap og kompetanse som kan gjere kommunane betre i stand til å førebyggje psykiske lidingar

7.2 Medverknad, samval og frivilligheit

7.2.1 Medverknad i eiga behandling og utvikling av tenestene

Pasientens helseteneste medfører ei perspektivdreining, jf. punkt 4.1. Det kan føre til at det blir behov for å endre etablerte system, kultur og måten pasientane blir møtt på.

For å realisere pasientens helseteneste må meir makt og påverknad flyttast frå systemet til pasienten. Pasienten må i større grad kunne medverke i avgjerder knytt til eiga behandling, og utgangspunktet må vere pasienten sine mål for sitt eige liv. Pasienten og helsepersonellet må vere likeverdige samarbeidspartnarar, der pasienten er ekspert på si eiga helse og helsepersonell på sjukdom, testar og prognosar.

Opplevinga av å ha kontroll ved val av behandling bidreg til å skape meistringsevne, eigenverd og sjølvtilitt. Sjølvbestemming, medverknad, inkludering og deltaking skal vere fundamentet i behandlingstilbodet. Samarbeidet med dei pårørande er ein sentral del av behandlingstilbodet, likeeins rettleiing og støtte.

Ei tilnærming som er meir basert på måla, erfaringa og kunnskapen til pasienten, blir gjerne kalla recovery-basert og verdibasert tilnærming.

Nokre sentrale tiltak for å støtte medverknad og deltaking i avgjerder om eiga behandling:

- brukarstyrte plassar
- bruk av erfaringskompetanse
- lett tilgang til informasjon om eiga liding og helse
- ulike samvalsløysingar

Brukarstyrte plassar er eksempel på eit tilbod som gir meir føreseielegheit og kontroll, og som kan føre til eit betre liv for brukarane og dei pårørande. Alle helseføretaka/DPS-a har slike plassar.

Tilsetjing av erfaringskonsulentar er ein måte å styrkje brukarperspektivet og brukarmedverkinga i tenestene på. Erfaringskonsulentane har innsikt som det ikkje er mogleg å lese seg til, og bidreg dermed med ny kunnskap mellom brukaren og hjelpeapparatet. I tillegg er dei positive rollemodellar som viser at det er mogleg å komme i jobb sjølv om ein har eller har hatt ei alvorleg psykisk liding. Helseføretaka i Helse Vest har i ulik grad tilsett erfaringskonsulentar. Bruk av erfaringskonsulentar er eksempel på tiltak som bringar erfaringane til brukarane inn i behandlinga på ein god måte.

Elektronisk tilgang til eigen journal og informasjon om eiga liding og behandling bidreg til å styrkje grunnlaget for medverknad i eiga behandling.

1. september 2017 blei lova om psykisk helsevern endra. Den største endringa er at pasientar som har samtykkekompetanse (avgjerdskompetanse), har rett til å godta eller nekte behandling. Det betyr at tvunge psykisk helsevern og tvungen observasjon, undersøking og behandling berre kan nyttast når pasienten ikkje er samtykkekompetent, altså ikkje er i stand til å ta avgjerd om si eiga behandling. Dette kjem i tillegg til dei andre kriteria om at frivillig behandling skal vere prøvd først, og at pasienten må ha ei alvorleg sinnsleding.

Dersom det er fare for livet og helsa til pasienten eller andre, kan tvang likevel nyttast – uavhengig av om pasienten er samtykkekompetent eller ikkje.

Endringa er gjort for å støtte pasientane sin autonomi. Dersom pasienten er samtykkekompetent og ikkje ønskjer den behandlinga som blir tilbydd, må behandlaren prøve å samarbeide med pasienten for å finne forsvarlege behandlingsmetodar som pasienten sjølv ønskjer.

Her er det viktig å følgje utviklinga og prøve å motverke at alvorleg sjuke pasientar får eit dårlegare sjukdomsforløp. Spesialisthelsetenesta må i større grad vere aktiv og arbeide for å leggje til rette og motivere alvorleg sjuke pasientar til å ta imot helsehjelp, som er basert på beste kunnskap.

Tiltak:

- Alle einingar/klinikkar bør bruke erfaringskonsulentar.

- Tenestene skal vidareutviklast med basis i recovery-basert og verdibasert tilnærming.

Samvalsløysingar vil gi betre grunnlag for medverknad i eiga behandling. Utvikling av fleire medisinfrie alternativ vil òg gi pasientane meir å velje mellom. Det er nærmare omtala i dei neste to punkta.

Pasientane medverkar òg til å utvikle tenestene på systemnivå. Det er etablert brukarutval både regionalt og i helseføretaka, og det er oppretta ulike former for brukarråd.

7.2.2 Samvalsløysingar

Brukarmedverknad er ein lovfesta rett, og ein viktig del av brukarmedverknad er retten til å kunne gjere informerte val om eiga behandling. Brukarane fortel at dei får for lite eller for dårleg tilpassa informasjon om eigen sjukdom og behandlingalternativa.

I oppdragsdokument for 2017 fekk Helse Vest i oppgåve å utvikle fleire samvalsverktøy for at pasientar skal kunne delta aktivt i si eiga behandling.

Samval inneber å ta informert val i tråd med eigne preferansar, på bakgrunn av kunnskapsbasert informasjon. Målet er at pasienten skal kunne medverke aktivt i alle avgjerder om si eiga behandling. I Helse Vest er det no utvikla eit samvalsverktøy for menneske med psykoselidingar.

Samvalsverktøyet presenterer informasjon om dei viktigaste behandlingalternativa for psykoselidingar, og gir pasientane høve til å reflektere over dei ulike vala. Samvalsverktøyet tar utgangspunkt i nasjonale retningslinjer og oppdatert forskning og skal følgje nasjonale kvalitetskriterium for samvalsverktøy.

Samvalsverktøy er publisert på www.helsenorge.no.

Tiltak:

- Ta i bruk samvalsverktøy for psykose på Helsenorge.no
- Ta initiativ til og delta i utviklinga av samvalsløysingar innanfor fleire psykiske lidningar

7.2.3 Medikamentfrie tilbod

I Helse Vest skal pasientane, uansett kva helseutfordring dei har, kunne velje mellom ulike behandlingstiltak, også behandling utan medikament.

Helseføretaka i Helse Vest har etablert mange ulike behandlingstilbod som pasientane kan velje mellom, men tilbakemeldinga får pasient og pårørande er at dei ikkje kjenner til alle moglegheitene. Informasjon til pasientane om alle behandlingstilboda er viktig i denne samanhengen.

I 2016 fekk Helse Bergen i oppdrag å etablere ein pilot for medikamentfri behandling til pasientar med psykoselidingar. Piloten vart utarbeidd i samarbeid mellom Helse Vest, Helse Bergen og Regionalt brukarutval. Prosjektet var treårig, og alle dei distriktpsikiatriske sentra (DPS-a) i opptaksområdet til Helse Bergen deltok. Prosjektet blei avslutta i juni 2019.

Det blei i prosjektet lagt vekt på å sikre pasientane tilgang til eit breitt kunnskapsbasert behandlingstilbod, der alle DPS-a mellom anna kunne tilby kognitiv terapi / psykose terapi,

familiesamarbeid, fysisk aktivitet, musikkterapi og individuell jobbstøtte (IPS), Illness Management and Recovery, eller tilfriskningsgrupper.

Erfaringa etter at prosjektet no er avslutta, er mellom anna at behandlingstilbodet til pasientar med psykoselidingar ved alle DPS-a i Helse Bergen sitt opptaksområde blei betre og det blei fleire valmoghleighter for alle pasientar, også for dei som ønskjer å bruke medisin. Prosjektet i Helse Bergen sitt opptaksområde er no gått over i drift.

Tiltak:

- Styrkje kunnskapsgrunnlaget om medikamentfri behandling gjennom dokumentasjon og forskning og leggje til rette for erfaringsoverføring mellom einingar og føretak
- Alle DPS-a bør tilby eit breitt behandlingstilbod til pasientar med psykoselidingar, jamfør piloten i Helse Bergen

7.2.4 Kvalitetssikra og redusert bruk av tvang

Det er eit overordna helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet, både tvangsinnleggingar og bruk av tvangsmiddel hos innlagde pasientar. Helseføretaka har sett inn mange tiltak og ulike prosjekt for å redusere tvangsbruken. Tiltaka har hatt ein viss effekt, men bruken av tvang i institusjonar og talet på tvangsinnleggingar har likevel ikkje gått ned like mykje som forventa, men utviklinga går i rett retning.

Førebygging av tvang inneber førebygging på fleire ulike nivå og tek til alt i kommunane. Pasienterfaringar viser at alt i heimesituasjonen kan stressfaktorar som fører til kriser, reduserast gjennom avlastande tiltak.

For at vi skal kunne sjå at tvangstala går i rett retning, må tala vere gode og kvalitetssikra. Talgrunnlaget må mellom anna nyttast til kvalitetsforbetring, overvaking og styring av tvangsbruken.

For å sikre betre datakvalitet har Helse Vest jobba aktivt for å auke kunnskapen om registrering og få ei felles regional forståing av kva som skal registrerast. Det er òg blitt arbeidd med å auke kunnskapen om lov om psykisk helsevern, særleg om lovendringa som tok til å gjelde 1. september 2017.

Helse Vest har mellom anna jobba med

- å sikre god kvalitet på registrering og rapportering og utarbeide regionale rutinar for registrering, rapportering og kvalitetssikring av data
- å ha tilgjengelege tal på tvang i styringsportalen, der helseføretaka og RHF-a kan ta ut data om tvang og følgje med på utviklinga
- å setje konkrete mål for å redusere tvangsbruken i helseføretaka
- å auke kompetansen om lov om psykisk helsevern, særleg om nye lovendringar:

Når det gjeld bruk av tvang for barn og unge under 18 år, har ikkje Helse Vest sett så mykje på datakvaliteten. Helse Vest vil i arbeidet med vidareutvikling av styringsportalen jobba for å få inn tal for barn og unge når det gjeld bruk av tvang.

Gjennomgang av forskning på og litteratur om alternativ til og reduksjon av tvang viser at mange systematiske forsøk på å redusere tvangsbruken ser ut til å verke. Det trengst meir forskning for å kunne konkludere med kva som verkar best, men det kan sjå ut til at breie og samansette intervensjonar som rettar seg mot fleire nivå i tenestene, har best effekt. Noko av det viktigaste er likevel god forankring i leiinga, med mål om å redusere tvangsbruken, leggje ein plan for arbeidet og vere konsentrert om målet over tid.

Tiltak:

- Følgje opp handlingsplanar for rett bruk og redusert bruk av tvang
- Auke kompetansen om psykisk helsevernlova, mellom anna gjennom e-læringskurs

Arbeidet med å redusere bruk av makt og tvang må halde fram m.a. basert på gode eksempel frå andre (Lovisenberg sjukehus). Det er også stilt krav om kvalitetssikra og redusert bruk av tvang i styringsdokumenta, og dei blir ikkje gjentekne her.

Eit anna element knytt til dette er utvikling av gode løysingar for å hente og transportere akutt sjuke pasienter. Alle helseføretaka har over fleire år arbeid med løysingar for å unngå unødig bruk av makt og politihjelp.

7.3 Integrerte tenester og gode pasientforløp

Integrerte tenester (integrated care) er eit sentralt stikkord både nasjonalt og internasjonalt for utvikling av helsetenestene. Det har to dimensjonar: ein horisontal og ein vertikal. Det betyr at tenestene må henge saman både internt i spesialisthelsetenesta (horisontalt) og mellom ulike tenesteytarar og nivå.

Gode pasientforløp er behandlingsforløp som er heilskaplege, føreseielege og utan venting som ikkje er fagleg grunna. Pasienten skal vite kva som skal skje – når det skal skje – og kven som har ansvaret. Pasienten skal medverke i alle avgjersler om eiga behandling og oppfølging. Pårørande skal og involverast. Pakkeforløpa skal bidra til gode pasientforløp i spesialisthelsetenesta.

Samhandlingsforløpa i Helse Fonna for barn og unge er eksempel på gode forløp mellom spesialist- og kommunehelsetenesta kor også dei kommunale tenestene inngår.

7.3.1 Psykisk og somatisk helse og rusproblem

Tenestene innanfor somatikk og psykisk helsevern er stort sett organisatorisk skilde og som oftast fysisk/geografisk skilde. Det er utfordrande, for psykiske lidingar, somatisk sjukdom og rusproblem heng ofte saman.

Det er mykje høgare sjukelegheit og dødelegheit hos pasientar med alvorleg psykisk sjukdom. Den venta levetida er vurdert å vere rundt 15–20 år kortare enn for befolkninga elles. Det er mange grunnar til det, men ein stor del av årsaka er somatiske sjukdommar, og der er det stort potensial for førebygging. Sjølvmord bidreg òg til høg dødelegheit og rammar mange unge menneske.

Psykisk og somatisk helse heng saman og bør behandlast samtidig. Nasjonal fagleg retningslinje for psykosebehandling gir tilrådingar om somatisk utgreiing og tiltak mot risikofaktorar. Retningslinja tilrår at aktiv motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet bør vere ein viktig del av behandlinga.

Det er også viktig å halde fram samanhengen mellom kosthold/ernæring og helse. Den somatiske helsetilstanden skal ifølgje retningslinja vurderast med jamne mellomrom og følgjast opp med minst ein årleg kontroll.

Det må byggjast bru mellom dei ulike fagtradisjonane innanfor somatisk og psykisk helse, for å sikre ei heilskapleg utgreiing og behandling av psykiske og fysiske lidingar. Samarbeidet mellom psykisk helsevern og fastlegane må styrkjast.

Studiar viser òg at psykiske sjukdommar og rusproblem ofte opptrer saman (Helsedirektoratet 2012, ROP-retningslinja). Jo meir alvorleg rusproblemet er, jo høgare er førekomen av psykiske sjukdommar, og omvendt. Personar med samtidig rusrelaterte og psykiske lidingar (ROP-lidingar) har større håp om færre symptom og betre livskvalitet dersom begge lidingane blir utgreidde og behandla på ein koordinert måte (ROP-retningslinja). Helse Førde si organisering av TSB og psykisk helse i DPS-strukturen er eit godt eksempel på det.

Betre integrasjon av tenester kan skje ved organisatoriske løysingar, men òg ved samlokalisering av akuttmottak, slik det er planlagt i Helse Fonna.

Sjølvmord er eit stort folkehelseproblem i verda. I Noreg dør om lag 550–600 menneske av sjølvmord kvart år. Tidleg hjelp, lett tilgang til helsetenester og informasjonskampanjar er viktige tiltak.

Helse Vest har sett i gang eit regionalt arbeid for å førebyggje sjølvmord. I 2019 har Helse Vest hatt ein folkeopplysningskampanje for å auke kunnskapen rundt sjølvordsåtferd. Målet var meir openheit og lågare terskel for å søkje hjelp. Kunnskap frå det regionale arbeidet blir vidareført i eit nasjonalt arbeid.

Det er og utarbeidd ein regional rutine for korleis risiko for sjølvmord kan kartleggast og vurderast, og som er teke i bruk i alle einingar.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging har laga eit nasjonalt kartleggingssystem for sjølvmord under og inntil 12 månader etter behandling i psykisk helsevern og rusbehandling. Målet med systemet er å identifisere nye områder for førebygging av sjølvmord på systemnivå.

I pakkeforløpa for psykisk helse og rus er det utarbeidd konkrete tiltak for å sikre at somatisk helse og levevanar blir ein integrert del av utgreiinga og behandlinga, sjå punkt 7.2.3.

7.3.2 Samanheng med andre tenester

Personar med psykiske lidingar har ofte behov for tenester frå både kommunane og spesialisthelsetenesta, og nokre kan vere i barnevernsinstitusjonar eller i fengsel. Det krev godt samarbeid og felles planlegging.

I § 9 i forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar er det gitt føringar for dette:

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte

arbeidet med å utarbeide en samlet plan for vidare behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.

Forbruket av tenester viser at ein liten del av pasientane står for ein stor del av ressursbruken i spesialisthelsetenesta. Dei har mange og til dels lange opphald, og mange av dei bruker òg mange kommunale tenester.

Det må gjerast ein nærmare analyse av dei pasientane som bruker tenestene mest, slik at vi kan få meir kunnskap om kva som ligg til grunn. I neste omgang må kvart helseføretak/DPS saman med kommunane vurdere om ein ved hjelp av betre planlegging og samordning kan gi desse pasientane ein meir stabil livssituasjon med større grad av eigenmeistring.

Mange barn og unge i barnevernet/barnevernsinstitusjonar slit med psykiske vanskar. Samtidig viser undersøkingar at dei ikkje får nok hjelp frå psykisk helsevern for barn og unge, jf. pkt. 7.5.2.

Mange innsette i fengsel har òg psykiske helseproblem. I alle helseføretaka er det etablert fleire ordningar for å yte helsehjelp til innsette. Ein kan for eksempel ha faste medarbeidarar som er til stades i fengselet, ein kan bruke ambulering, og innsette kan møte i ein poliklinikk eller bli lagde inn.

I tråd med styringskrava må det vurderast korleis tenesta til innsette kan styrkjast.

Tiltak:

- Vurdere korleis tenestene til pasientar med stort hjelpebehov både i spesialisthelsetenesta og kommunane kan samordnast betre.

7.3.3 Pakkeforløp

1. januar 2019 blei pakkeforløp for psykisk helse og rus innført, i alt 7 ulike pakkeforløp.

Målet med pakkeforløpa er mellom anna:

- å auke brukarmedverknaden og brukertilfredsheita
- å bidra til samanhengande og koordinerte pasientforløp
- å unngå unødig ventetid for utgreiing, behandling og oppfølging
- å gi likeverdig tilbod til pasientar og pårørande, uavhengig av kvar i landet dei bur
- å kunne ta i vare somatisk helse og gode levevanar på ein betre måte

Pakkeforløpa skal gi pasientane gode og samanhengande tenester, utan unødig ventetid, og dei skal gjere det enklare å få til samarbeid og samhandling både internt og mellom tenestene.

Pakkeforløpet psykisk helse og rus skal bidra til pasientens helseteneste ved å gi pasientane innverknad på behandlingsval og sikre at dei pårørande får den hjelpa og støtta dei treng.

Situasjonen, ønska og behova til pasientane skal vere utgangspunktet, og forløpa skal tilpassast kvar enkelt pasient. Det er mellom anna utarbeidd konkrete tiltak for å sikre at den somatiske helsa og levevanane blir ein integrert del av utgreiinga og behandlinga.

Tiltak:

- Sikre at pakkeforløpa blir innført og følgt opp.

7.3.4 Helse og arbeid

Vanlege psykiske lidningar som angst og depresjon er ei stor folkehelseutfordring. Dei fører til redusert livskvalitet og funksjonsnedsetjing for den enkelte og auka risiko for å falle utanfor arbeid og utdanning. Langvarig fråvær frå arbeidet og skule kan forsterke psykiske lidningar og er årsaka til ein stor del av sjukefråværet og uføretrygda i Noreg, ikkje minst hos unge.

Depresjon er den sjukdommen som fører til flest tapte arbeidsår i befolkninga. Sjukefråværet ved depresjon varer lenger enn ved andre lidningar og er ei hovudårsak til uførheit. I tillegg gjer gjerne depresjon utviklinga av somatiske sjukdommar verre og kan vere ei avgjerande tilleggsbelastning som skyv personen ut av arbeidslivet.

Angstlidningar er ei av dei viktigaste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdagar og fråfall frå skule og studiar.

Sjølv om depresjon medfører plager og gjeld mange, verkar det som om berre eit mindretal får behandling. Det gjeld òg dei fleste som blir gitt uføretrygd med bakgrunn i ei psykisk lidning.

I Helse Vest har ein hatt nokre tiltak som har vore retta mot arbeidslivet, eller der ein aktivt har nytta forholdet til arbeidslivet som del av behandlinga. Sola DPS har hatt eit prosjekt for personar med «vanlege psykiske lidningar» under «Raskare tilbake»-ordninga, og IPS/Jobbresept har vore nytta saman med NAV.

Jobbresept har hatt gode resultat når det gjeld å halde unge vaksne i arbeidslivet. Skuleresept kan vere et godt tiltak for å sikre at unge oppretthald skuletilbodet sitt, samt oppretthald kontakt med vener.

I arbeidet med å leggje om Raskare tilbake-ordninga og innlemme henne i den ordinære verksemda er det særleg to område som blir trekte fram:

- muskel- og skjelettlidningar
- vanlege psykiske lidningar

Det er grunn til å forvente at meir merksemd på arbeidsevne, arbeidssituasjon, tilrettelegging og tilbakeføring til arbeid i behandlinga både vil gi helsegevinst for den enkelte og meir arbeidsdeltaking.

Det er ei særleg utfordring at mange unge får uføretrygd for psykiske lidningar. Deltaking i skule og utdanning er òg viktig.

Fleire av helseføretaka har erfaring med IPS (individuell jobbstøtte / individual placement and support). Det er basert på ein samarbeidsmodell mellom NAV, spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta for å hjelpe personar med moderate til alvorlege helseproblem og eventuelt rusproblem ut i det ordinære, konkurranseutsette arbeidslivet.

Også her er det særleg viktig å halde fram med «samtidigheitsprinsippet», altså at arbeidsperspektivet er integrert i behandlinga/behandlingsforløpet. Jobbsøking startar tidleg, og den individuelle oppfølginga er i prinsippet utan tidsavgrensing.

Internasjonale studiar har vist gode resultat, og det har effektevalueringa av seks IPS-prosjekt i Noreg òg. Evalueringa viser at IPS bidrog til signifikant betre livskvalitet, betre sjølvopplevd helse, lågare symptomnivå på depresjon og betre funksjon ved tolv månaders oppfølging.

I IPS får brukaren individuell oppfølging frå ein jobbspesialist som er integrert i behandlingsteamet til brukaren. Det blir tilsett eigne jobbspesialistar i samarbeid med NAV. Dei har god kunnskap mellom anna om arbeidsmarknaden.

Tiltak:

- Utvikle fleire arbeidsretta tiltak som del av behandlingstilbodet, og ha særskilt merksemd på meistring for barn og unge i skule og arbeid

7.3.5 Flyktningar og innvandrarak

Flyktningar, asylsøkarar og innvandrarak har krav på likeverdige tenester og nyttar dei same tenestene som andre. Det kan likevel vere særleg utfordringar knytt til språk og ulike kulturar og at mange av dei har hatt opplevingar som pregar både deira psykiske og fysiske helse.

Helse Stavanger valte å etablere eit eige transkulturelt senter (poliklinikk) for å møte desse utfordringane. Det er vurdert som ei god ordning.

Det er søkt lagt til rette for at dei andre helseføretaka kan lære av den kompetansen som her er bygd opp. Senteret har no fått i oppdrag å planlegge og arrangere ein årleg konferanse i samarbeid med RVTs Vest (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – region vest).

Tiltak:

- styrke kompetansen knytt til flyktningar og innvandrarak m.a. gjennom faglege samlingar

7.3.6 Integrering av avtalespesialistane

Avtalespesialistane står for ein stor del av dei polikliniske konsultasjonane i psykisk helsevern for vaksne. Det har lenge vore eit mål å integrere avtalespesialistane tettare med spesialisthelsetenesta elles, mellom anna fordi ein ønskjer å ha ei god funksjons- og arbeidsdeling og mest mogeleg lik prioritering av pasientane.

Avtalespesialistane er ikkje gitt formell (juridisk) kompetanse til å gjere vurdering av rettar. Dei skal likevel følgje dei nasjonale rettleiarane.

Helse Vest starta tidleg med å knyte avtalespesialistane opp mot DPS-a. Frå 2016 er det nedfelt i rammeavtalane mellom RHF-a og foreiningane at det skal vere ein samarbeidsavtale med helseføretak/DPS. I 2017 blei det inngått slike samarbeidsavtalar med avtalespesialistane i alle føretaksområda.

Det er samtidig til vurdering i nasjonal samanheng om avtalespesialistane òg skal få kompetanse til å gjere vurdering av pasientrettigheter. I første omgang vil det blir prøvd ut i pilotar. Det skal her prøvast ut ulike modellar for vurdering av pasientrettigheter. Helse Vest vil mellom anna teste ei felles vurderingseining i eit av føretaksområda, og arbeidsgruppa hald fram med arbeidet om ein mulig pilot i Helse Stavanger sitt opptaksområde.

Det er viktig at helseføretaka i samarbeid med avtalespesialistane sikrar ei god oppgåvefordeling og mest mogeleg lik prioritering, og at dei støttar kvarandre i pasientbehandlinga og kompetanseutviklinga.

Mange pasientar som i dag får tilbod i avtalepraksis, må vente mykje lenger enn det som er fagleg ønskjeleg og som ikkje er i tråd med ventetidsmåla i helseføretaka.

I tillegg til å sikre betre og meir lik prioritering og god oppgåvefordeling, må det på denne bakgrunnen òg vurderast om det skal etablerast fleire avtalespesialistheimlar. Det vil vere i tråd med sentrale styringsbodskap.

Tiltak:

- Nytte samarbeidsavtalane mellom helseføretaka og avtalespesialistane til å utvikle ei god oppgåvefordeling, nært fagleg samarbeid og tettare integrering av avtalespesialistane

7.4 Samhandling og lokalbasert psykisk helsearbeid

Då DPS-a blei etablerte, blei det lagt eit grunnlag for ei meir desentralisert og utoverretta spesialisthelseteneste der tenestene kan ytast nært og i tett samarbeid med kommunane.

Det har vore eit styringskrav i lang tid å styrkje og prioritere utbygging av tenester i DPS-a. Det har ført til at fleire pasientar får tilbod i DPS-a, og at ressursbruken ved DPS-a aukar i forhold til det han gjer ved sjukehusa.

Samanlikna med helseføretaka i andre regionar har helseføretaka i Helse Vest komme langt når det gjeld å flytte tenester frå sjukehusa til DPS-a. Rundt 50 prosent av døgnplassane er i DPS-a. Helse Førde har komme lengst; der er nær 70 prosent av døgnplassane i DPS.

DPS-a må ha eit sett av tenester som gjer dei stand til å hjelpe personar med vanlege lidningar. Det omfattar ulike døgntilbod, dagtilbod og polikliniske og ambulante tenester med ulike typar team.

Hovudoppgåva for DPS-a er utgreiing og behandling av tilviste pasientar, men det er òg viktig at dei kan bidra til tidleg avklaring og tidleg hjelp i samarbeid med kommunane, og at dei kan ta imot pasientar som treng akutt hjelp, og yte akutte tenester.

Alle DPS-a i Helse Vest har akuttenester, dei fleste med eigne akutte ambulante team (AAT), eller akutte ambulante tenester. DPS-a har akuttenester på dagtid, og mange har ope på kveldstid og i helga, og samarbeider med sjukehusa om natta. Det er likevel grunn til å sjå nærmare på akutttilbodet i DPS-a, for det er store skilnadar på opningstidene, spesialistdekninga og krava om tilvising eller ikkje.

Mange pasientar har samansette behov. For desse ligg nøkkelen til gode og effektive tenester ofte i overgangen mellom tenester, særleg mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenester.

I samarbeidsavtalane må helseføretaka og kommunane leggje gode rammer for korleis pasientar som har samansette behov, og som treng tenester frå begge nivåa, skal følgjast opp. I avtalen blir det òg vist til samarbeidskrav som er tekne inn i forskrift om utskrivingsklare pasientar, jf. punkt 7.3.2.

DPS-a skal ha eit tilbod til pasientar med både psykiske lidingar og rusproblem, men tilsyn har vist at tilbodet ikkje er godt nok. Tilbodet på området rus og psykisk helse må vere integrert i helseføretaka, slik at dei kan møte kommunane med eit samla tilbod til desse pasientane, jf. punkt 7.3.1.

Tilbodet i kommunane har mykje å seie for kva pasientar som blir tilviste til spesialisthelsetenesta, og kor tidleg dei blir tilviste.

Kommunane har fått store oppgåver både innanfor rusbehandling og psykisk helsearbeid.

Rettleiaren «Sammen om mestring» frå Helsedirektoratet tek utgangspunkt i tre hovudforløp for å beskrive oppgåvedelinga mellom tenestenivåa.

- Ved det første forløpet, som gjeld personar med psykiske helseproblem eller rusmiddelproblem som truleg blir milde og kortvarige, bør hovudansvaret liggje hos kommunen. Spesialisthelsetenesta bør berre unntaksvis ha ei rolle i desse brukar- og pasientforløpa, og då fortrinnsvis dersom problema utviklar seg til å bli meir langvarige eller alvorlege.
- Ved det andre forløpet, som gjeld kortvarige alvorlege problem/lidingar og langvarige mildare problem/lidingar, har kommunen og spesialisthelsetenesta begge eit ansvar for kartlegging og utgreiing. Når dette varer over tid, bør spesialisthelsetenesta bli kontakta for å bidra i diagnostikken.
- Ved det tredje forløpet, som gjeld alvorlege langvarige problem/lidingar, har både kommunen og spesialisthelsetenesta eit ansvar for å bidra i kartlegging og diagnostisering. Alvorlege lidningar som psykosar, alvorlege stemningslidningar, personlegdomsforstyrningar og alvorleg rusmiddelavhengigheit bør bli diagnostisert av spesialisthelsetenesta.

Det er forventa at kommunane handterer pasientar med store plager og uttalt funksjonssvikt. Det krev rettleiing og samarbeid mellom forvaltningsnivåa. Då trengst det ei meir utoverretta spesialisthelseteneste, og kommunane må ta lovkravet om innbyrdes rettleiing inn over seg. Her er det viktig at helseføretaka får meir kunnskap om kommunane og kan lære av dei.

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

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

Det kan òg vere ei viss funksjonsfordeling mellom DPS-a. For eksempel er OCD-tilbodet til pasientar med tvangslidingar lagt til bestemte DPS i kvart føretaksområde.

Tiltak:

- Halde fram med og styrkje DPS-a, slik at fleire pasientar kan få tilbod lokalt

- Vidareutvikle tenestene til pasientar med rusproblem også ved DPS-a

7.5 Spesielt om barn og unge

7.5.1 Tidleg hjelp til barn og unge

Gode oppvekstvilkår for barn og unge er svært viktig for helse og utvikling. Vi får stadig meir kunnskap om kor mykje den tidlege barndommen (også fostertida) har å seie for den psykiske og den somatiske helsa og evna til å meistre sitt eige liv. Dersom vi som samfunn skal klare å skape gode og like helse- og levevilkår for alle, er det å skape trygge og gode oppvekstvilkår for alle barn og ungdommar eit av dei viktigaste innsatsområda.

Det er forskjell mellom gutar og jenter på ulike alderstrinn, og til dømes har stadig fleire unge jenter rapportert om psykiske plager dei siste ti åra. Fleire får antidepressiva. Stadig fleire unge blir uføre, og psykiske lidingar er den viktigaste årsaka til uførheit for personar under 30 år.

Barn som blir utsette for vald og overgrep i nære relasjonar, har stor risiko for å få fysiske og psykiske helseplagar både på kort og lang sikt. Einslege mindreårige asylsøkjjarar er òg ei utsett gruppe. Elles gir sosial ulikskap, barnefattigdom og mobbing auka risiko for psykiske helseplagar. Det er viktig å vere bevisst på traume i utgreiing og behandling.

Berekningar frå Folkehelseinstituttet viser at ca. 15–20 prosent av barn og unge har så store psykiske plager at det går utover den daglege fungeringa. Mange av dei vil sannsynlegvis klare seg godt dersom dei får tilbod om lågterskelhjelp og tidleg intervensjon. Omkring 8 prosent har behov for meir spesialisert behandling, til dømes hos psykolog i kommunen eller BUP.

Tidleg oppdaging er svært viktig for barn og unge, for effekten av innsatsen er større jo tidlegare vanskane blir oppdaga og tiltak blir sette inn. Det er gjort omfattande forskning på tidleg innsatsfeltet, og TIPS-prosjektet (tidleg intervensjon ved psykose) er eit godt eksempel på at tidleg innsats reduserer sjukdomsutviklinga. Ofte er vanskane samansette og krev ulike, men samtidige tiltak. Det stiller krav til god samordning og aktivt samarbeid mellom tenestene, barnet sjølv og foreldra / dei føresette.

Dei kommunale tenestene vil som regel vere dei instansane som først identifiserer psykiske helseproblem hos barn og unge, og som gir primær hjelp.

Barn og unge som får hjelp i kommunane, får tilbod om hjelp hos fastlegar, helsestasjonar, skulehelsetenesta, pedagogisk psykologisk teneste, barnevern, NAV o.a. Felles for dei kommunane som lykkast med å gi barna god hjelp, er at dei tek utgangspunkt i behova til barna og foreldra / dei føresette.

I psykisk helsevern for barn og unge (BUP) blir dei fleste barna behandla poliklinisk/ambulant. Nokre får tilbod om dag- og døgnbehandling.

Behandlarane må evne å byggje gode relasjonar og skape tillit, og saman med barnet/ungdommen og foreldra skal dei lage ein behandlingsplan som blir opplevd som meningsfull.

Det er mykje god kompetanse både i BUP og i mange kommunar, men eit godt resultat er avhengig av god samhandling og oppgåvedeling mellom BUP og kommunane. Meir samlokalisering og ambulant verksemd kan vere gode verkemiddel for tidleg innsats til dei familiare og barna som vil ha

nytte av hjelp. Samtidig vil det kunne føre til styrkt samarbeid mellom kommunale tenester og BUP. Spesialisthelsetenesta og kommunane må vere spesielt merksam på overgangar i tenesteytinga - frå barn/unge og til vaksne. Slike overgangar kan vere utfordrande.

Når barn og unge har både psykiske utfordringar og rusproblem, er det i hovudsak psykisk helsevern for barn og unge som skal ta seg av dei. Det finst òg polikliniske ungdomsteam som jobbar særleg med unge med psykiske vanskar og rusproblem.

Personar som utviklar alvorlege rusproblem, debuterer ofte når dei er mellom 11 og 13 år. Skal desse barna få god behandling, må vi samarbeide med kommunane om tidleg identifisering.

Fråfall frå vidaregåande opplæring er eit anna alvorleg problem, og talet på unge uføre er aukande. Årsakene er samansette. Fleire forhold kan verke inn, mellom anna lite tilpassa opplæring, dårleg skulemiljø, lærevanskar, fysiske og psykiske helseproblem, rusmiddelproblem og vanskelege heimeforhold.

Helseføretaka bør ta initiativ til fleire samarbeidsprosjekt for tidleg oppdaging og målretta og samordna tilbod mellom dei kommunale tenestene, poliklinikkane for barn og unge (BUP) og dei særskilde ruspoliklinikkane for unge.

Eit eksempel på tiltak i vidaregåande skule er «Skoleresept» i Helse Stavanger, der psykisk helsevern har tilbod saman med skulehelsetenesta i dei vidaregåande skulene for å kunne setje inn tidleg innsats ved behov.

Punktet overlappar med punkt 7.1 om førebygging og tidleg hjelp. Der er det vist til andre eksempel.

Tiltak:

- Utvikle samhandlingsforløp for barn og unge, etter modell av «Barn og unges helseteneste» i Helse Fonna
- Alle poliklinikkane for barn og unge skal ha samarbeidsordningar med kommunane for konsultasjon og gjensidig rettleiing, slik at barn og unge og familien deira får hjelp på rett stad.

7.5.2 Barn og unge i barnevernet

Barn og unge som har behov for barnevernstiltak, har høgare risiko for å utvikle emosjonelle problem eller åtferdsproblem. Forsking viser at barn som får hjelp frå barnevernet, har høgare førekomst av psykiske vanskar enn barn og unge elles i befolkninga. Når det gjeld barn og unge som bur i institusjon, viser undersøking at ein stor del har éi eller fleire psykiske lidningar.

Helse Vest RHF og Bufetat Vest har i fleire år samarbeidd både på regionalt og lokalt nivå. Det er laga avtalar og møteforum.

Fleire tilsyn viser at barn og unge som er i barnevernstiltak, ikkje får nok hjelp frå psykisk helsevern for barn og unge. Den såkalla Ida-saka eller glasjentesaka viste at det er behov for særskilde krav til oppfølginga både i barnevernet (Bufetat) og helsetenesta.

Derfor er det no stilt krav om at samarbeidsavtalane mellom Bufetat og helseføretaka må vidareutviklast, og at det må vere barnevernsansvarlege i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Det skal etablerast ein barnevernsinstitusjon i kvar region (to i Helse Sør-Øst) som skal gi tilbod til barn og unge som har behov for langvarig omsorg utanfor heimen, og som har stort behov for psykisk

helsehjelp. Psykisk helsevern for barn og unge skal yte spesialisthelsetenester inn i desse institusjonane. I første omgang er det etablert to institusjonar i Helse Nord og Helse Sør-Øst. Erfaringane får desse to institusjonane vil være førande for om og når dei andre regionane skal etablere slike institusjonar.

I denne samanhengen er det viktig å få innspel frå barn og unge. Ifølgje psykiatriproffane og barnevernsproffane frå Forandringsfabrikken er det viktig at barna får tilbod om hjelp når dei er klare for det. Ved overgangen frå heim til institusjon er barna i ein sårbar fase. Då er dei i liten grad mottakelege for utgreiing/behandling. «Proffane» har vore opptekne av at BUP skal vere ein trygg stad, og at barna opplever at behandlarane er emosjonelt tilgjengelege.

Barn i barnevernsinstitusjonar må få rask hjelp og eit fleksibelt tilbod frå psykisk helsevern, og medarbeidarar på barnevernsinstitusjonar bør få rettleiing i utfordrande saker.

Psykisk helsevern for barn og unge, kommunalt barnevern og det statlege barnevernet må samarbeide om tidleg oppdaging og prøve å hindre at utsette barn får utviklingstraume eller begynner med rusmiddel. Det er utarbeida eit forslag til samhandlingsforløp for barnevern og psykisk helse- og rustenester, etter modell frå pakkeforløpa.

Tiltak:

- Implementere samhandlingsforløp om kartlegging og utgreiing av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet

7.5.3 Barn og unge som er utsette for vald og overgrep

Vald og overgrep mot barn er eit alvorleg folkehelseproblem og ei stor utfordring for samfunnet. Barn som blir utsette for vald i nære relasjonar, har større risiko for å få fysiske og psykiske helseplager både på kort og lang sikt. For å kunne førebyggje valdshendingar og bidra til gode tenester for dei som har vore utsette for vald og overgrep, er det viktig å følgje opp regjeringa sin opptrappingsplan mot vald og overgrep (2017–2021).

Det er oppretta overgrepsmottak i alle helseføretaka, anten i ei eiga teneste eller i samarbeid med kommunen. Barnehusa i regionen yter òg tenester.

Det er laga ein plan for å byggje opp kompetanse og kapasitet, mellom anna den sosialpediatriske kompetansen i helseføretaka.

Barn og unge kan sjølve gjere overgrep mot andre barn og unge. Nokre kan vere både offer og overgripar. Helse Vest har fått i oppdrag å etablere og drive eit nasjonalt nettverk for kompetanseutvikling når det gjeld behandling av unge med problematisk og skadeleg seksuell åtferd. Eininga V27 ved Betanien sykehus har ei sentral rolle her. Nettverket er etablert, og arbeidet med kompetanseutvikling og -spreiing er godt i gang.

Tiltak:

- Utvikle og drive eit nasjonalt nettverk for kompetanseutvikling og betring av behandlingstilbodet til unge med skadelig seksuell åtferd

7.5.4 Barn som pårørende

I spesialisthelsetenesta er det mange pasientar som er foreldre til barn under 18 år: 200 000 i somatiske avdelingar, 29 000 i psykisk helsevern og 5000 i TSB.

Det har i mange år vore ei nasjonal satsing på barn som pårørende. Ansvar for barn som pårørende er heimla i helsepersonellova. Formålet er å ta i vare barna sine behov for informasjon og nødvendig oppfølging når foreldra blir sjuke. Helse Vest har sett inn mange tiltak for at barn som pårørende skal bli godt varetekne. Her er nokre døme på tiltak:

- to barneansvarlege per post/eining
- koordinatorar i helseføretaka
- kartleggingsskjema i journal
- e-læringskurs
- kompetanseplanar i kvart HF
- prosedyrebeskriving

I 2017 blei det gjort ein fagrevisjon i eitt DPS i kvart HF for å undersøkje om ansvaret i helsepersonellova blei følgt opp. Funna i revisjonen viser at det i liten grad blir brukt kartleggingsskjema i DIPS, at det i liten grad blir gjennomført kompetanseheving, og at rolla og oppgåvene til dei barneansvarlege er noko uklare.

Sjølv om det er barneansvarlege på eininga er det viktig at alt helsepersonell har merksemd på barn som pårørende og at det er ein naturleg del av helsehjelpa.

På bakgrunn av revisjonen blei det mellom anna foreslått å utarbeide ein regional kompetanseplan og framleis ha eiga rapportering i årleg melding.

Tiltak:

- Følgje opp det lovpålagde ansvaret og funna i fagrevisjon når det gjeld barn som pårørende

7.6 Spesielle tenester, tryggleik og særreaksjonar

7.6.1 Sjukehusfunksjonar

For å kunne sikre gode og forsvarlege helsetenester i spesialisthelsetenesta er vi avhengige av gode sjukehusfunksjonar som kan støtte DPS-a og ta vare på dei pasientane som i dårlege fasar treng eit behandlingstilbod på sjukehusnivå.

Sjukehusa skal i hovudsak ta i vare dei pasientane som i dårlege fasar treng eit høgare omsorgs- og behandlingstilbod, og som ikkje kan få eit godt nok behandlingstilbod på DPS-nivå. Sjukehusa skal òg ha behandlingstilbod for sjeldne eller særleg kompliserte tilstandar som DPS-a ikkje kan nok om. Det gjeld mellom anna å kunne tilby lukka akuttavdelingar, lukka psykoavdelingar, alderspsykiatri, behandling for alvorlege eteforstyrningar og sikkerheitspsykiatri. Det krev høg fagleg kompetanse.

Ei sentral oppgåve for akuttfunksjonane på sjukehusnivå er å ta i vare og behandle pasientar med akutt oppståtte psykiske lidningar eller forverringar av eksisterande psykisk lidning. Pasientane er ofte i

ein svært sårbar og kaotisk situasjon og kan vere til fare for seg sjølv eller andre. Det fordrar erfarne og høgt kompetente medarbeidarar i sjukehusa.

Det er sjukehusa som skal vurdere kvar og når pasientane skal vidare i eit pasientforløp. Skal ein få til gode pasientforløp, er det heilt nødvendig at sjukehusa samarbeider med DPS-a og med aktuelle instansar i kommunehelsetenesta.

7.6.2 Sikkerheitspsykiatri

Når det gjeld sikkerheitspsykiatri, er det etablert to nivå i sjukehusa. Det regionale nivået er lokalisert i Klinikk for sikkerheit i Helse Bergen med ti plassar. Helseføretaka har òg egne lokale sikringspostar.

Tidvis har det vore kapasitetsutfordringar både lokalt og regionalt. For å kunne utnytte begge nivåa best mogleg har helseføretaka utvikla eit system som skal sikre god dialog mellom den regionale sikringsposten og dei fire lokale sikringspostane.

Dei fleste pasientar blir etter ei tid overførte til vidare oppfølging ved DPS-a eller i kommunane. Dersom dei tilsette ved DPS-a skal kunne følgje opp desse pasientane og vurdere faregraden, må dei ha meir kompetanse. I dag finn vi som regel kompetansen innanfor sikkerheitspsykiatrien på sjukehusa.

Dei siste åra har stadig fleire blitt dømde til tvungent psykisk helsevern, og bruken av judisiell observasjon i sikringspostar har auka.

Endringane i straffelova og straffeprosesslova kan gi grunn til å vente at bruken av sikkerheitsplassar vil auke, jf. neste punkt.

Det er no satt ned ei arbeidsgruppe for å vurdere kapasitet og bruken av sikkerheitsplassane i regionen.

Tiltak

- Vurdere kapasitet på og bruk av sikkerheitsplassane

7.6.3 Særreaksjonar

Det er to strafferettslege særreaksjonar for utilreknelege lovbrytarar. Dersom ein person på handlingstidspunktet var psykotisk eller bevisstlaus, kan vedkommande dømmast til overføring til tvungent psykisk helsevern. Den som på handlingstidspunktet var psykisk utviklingshemma i høg grad, kan dømmast til tvungen omsorg.

Når alvorleg psykisk sjuke blir dømde til tvungent psykisk helsevern, må spesialisthelsetenesta ta ansvar både for behandlinga og samfunnsvernet.

Det er domstolane som dømmar, og det er helseføretaket der vedkommande har bustadsadresse, som i første omgang har ansvar for tilbodet i spesialisthelsetenesta. Det er litt ulik erfaring frå føretaka. Det er avsagt flest dommar i opptaksområdet til Helse Stavanger HF.

Pasientane skal vere på ein lukka post i minst tre veker. Deretter er det tilstanden til pasienten som avgjer kvar vedkommande kan vere. Mange har likevel behov for opphald på sikkerheitspostar i

kortare eller lengre tid, og desse pasientane bruker ein stor del av kapasiteten på desse postane. Det er derfor nødvendig at den samla kapasiteten i psykisk helsevern tek høgde for dette.

Ordninga med å bli dømd til behandling er no utvida til å omfatte personar som ikkje gjer alvorleg kriminalitet, men som har ei kriminell åtferd som er plagsam. Denne gruppa kan no dømmast til psykisk helsevern. Det er uvisst kor mange som fell inn under denne kategorien. På nasjonalt nivå er det kanskje mellom 15 og 30 personar, men det kan òg vere fleire.

Straffeprosesslova opnar no for å avgjere at ein sikta person som er psykotisk, og som blir vurdert å vere strafferettsleg utilrekneleg, kan leggjast inn i institusjon (varetektssurrogat). Det har tidlegare kravd samtykke frå institusjonen, men slikt samtykke er ikkje lenger nødvendig. Det gjer det meir utfordrande for institusjonane, som tidlegare kunne gjere vurderingar knytt til kapasitet og forsvarlegheit.

Samla sett har vi for lite erfaring med endringane og korleis bruken vil utvikle seg. Her må vi derfor følgje nøye med.

Helse Vest leia i 2019 arbeidet med ein nasjonal evaluering av lovendringar om særreaksjonar og varetektssurrogat.

7.7 Utvikling/vidareutvikling av nye arbeidsmåtar

Utviklinga i psykisk helsevern må støttast av ei vidare utvikling/utprøving og utbreiing av nye måtar og stader å møte pasientane på.

Det gjeld meir utoverretta tenester / ambulante tenester, men òg bruk av telemedisinske løysingar som E-meistring og videokonsultasjonar. Det er fire moglegheiter:

- Helsepersonellet i sjukehuset/DPS-et flyttar seg ikkje fysisk, pasienten (og helsepersonellet i kommunen) flyttar seg inn til sjukehuset.
- Pasienten flyttar seg, men ikkje inn til sjukehuset/DPS-et.
- Helsepersonellet flyttar på seg fysisk, pasient flyttar seg ikkje.
- Verken pasienten eller helsepersonellet flyttar seg.

7.7.1 Utoverretta team

Det er i spesialisthelsetenesta og i samarbeid med kommunane utvikla ulike team. Ved alle DPS-a er det oppretta akutte ambulante team (AAT) som skal vere tilgjengelege for pasientane utover vanleg opningstid. Dei siste ti åra er det òg utvikla såkalla ACT- og FACT-team i samarbeid med spesialisthelsetenesta og kommunane. ACT står for Assertive Community Treatment, mens FACT betyr Flexible Assertive Community Treatment.

Teama representerer ei utoverretta og oppsøkjande arbeidsform i samhandlingssona mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Målgruppa er pasientar med psykiske lidingar og ofte også rusproblem. Det er gjerne pasientar som i liten grad sjølve kontaktar tenestene med mindre dei er akutt sjuke.

Det er ACT-teama som er mest utvikla, og dei er òg evaluerte.

- ACT skal gi tilbod til personar med dei mest alvorlege psykiske lidningane som har lågt funksjonsnivå. Dei har ofte rusproblem i tillegg, og dei har gjerne vanskar med gjere seg nytte av ordinære tenester.
- FACT skal gi tilbod til alle med alvorlege psykiske lidningar i eit område.

ACT-teama har ein meir intens og hyppig oppfølging.

ACT-modellen er godt dokumentert internasjonalt, og evalueringa av tolv norske ACT-team kunne vise til svært gode resultat for målgruppa. Det gjeld mellom anna redusert lengd på sjukehusopphald, meir tilfredsheit med tenestene og betre busituasjon samanlikna med standard behandling. FACTmodellen i Norge blir no evaluert.

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

Når det gjeld AAT (akutte ambulerande team) er desse utforma litt ulikt i regionen med tanke på kva kompetanse dei har, når på døgnet dei er tilgjengelege, og korleis dei arbeider. Det er ønskeleg å gjere ei samla kartlegging og vurdering av korleis teama best kan nyttast.

Tiltak:

- Vurdere om det er grunnlag for å etablere fleire ACT-/FACT-team i samarbeid med kommunane
- Ta initiativ til ei kartlegging av bruk av AAT i regionen med sikte på å få mest mogleg nytte av desse teama

7.7.2 eMeistring

I 2012 blei det starta opp eit prosjekt i Helse Bergen med eit nettbasert behandlingstilbod: eMeistring. Det starta ved Bjørgvin DPS, men er etterkvart teke i bruk ved fleire DPS i Bergen. Det blei innført refusjon for behandlinga frå 1. januar 2016.

eMeistring har fått mykje merksemd. I 2013 fekk prosjektet årets eHelsepris og eMeistring fekk Helse Vest sin innovasjonspris for 2014.

eMeistring er no ein eigen seksjon ved Bjørgvin DPS. Seksjonen tek i mot pasientar frå Helse Bergensområdet. Nett-terapeutane blir tilsette i stillingar på mellom 20 og 60 prosent og arbeider i eit tverrfagleg samansett team. Den resterande delen av stillinga er ordinært klinisk arbeid eller forskning. I 2017 var det ca. 350 nye pasientar som var behandla gjennom eMeistring.

Behandlingsprogramma for panikkangst, sosial angst og depresjon er henta frå Karolinska Universitetssjukhuset. Dei er omsette til norsk og testa i ein norsk kontekst.

Behandlingstida i eMeistring er normalt 14 veker. Avslutningsdatoen blir avtalt med pasienten ved start. Pasienten jobbar sjølvstendig med tekst og oppgåver og har kontakt med behandlaren kvar veke via meldingsfunksjonen i eMeistring-programmet for å få oppfølging og rettleiing. Ved behov kan ein ha kontakt per telefon eller ha ein ansikt-til-ansikt-samtale hos terapeuten. Pasienten har elektronisk tilgang til heile behandlingsprogrammet i seks månadar etter avslutta behandling.

Netterapi er ikkje som ordinær terapi. Ein erfaren nett-terapeut kan behandle 10–15 pasientar på ein arbeidsdag. Behandlinga er asynkron. Terapeuten svarer på spørsmål etter eit avtalt opplegg, men sjekkar at det ikkje kjem meldingar om negativ utvikling frå pasienten. Sjølvmondsfaren blir overvaka og følgd opp særskild. Den skriftlege kommunikasjonen mellom pasienten og behandlaren stiller store krav til presisjonsnivået, og det er avgjerande at terapeutane kan drøfte korleis dei skal formulere tilbakemeldingane.

Så langt blir eMeistring vurdert som eit like godt tilbod for dei pasientgruppene som til no har nytta det. I det følgjande må det vurderast kva andre pasientgrupper som kan ha nytte av dette, og korleis ein kan få gitt tilbodet i heile regionen.

Tiltak:

- Vidare utbreiing av eMeistring i regionen og til nye pasientgrupper, samt leggje tilrette for videokonsultasjonar

7.7.3 Meir intensive arbeidsformer

I strategien til regjeringa er det mellom anna peikt på at nyare erfaring viser at utgreiing og behandling i form av intensiv innsats over kortare tid kan ha vesentleg betre effekt enn tradisjonell utgreiing/behandling.

Behandling av tvangslidingar (OCD) kan haldast fram som eit godt eksempel på systematisk forbetring av tenestene med klare resultatmål. Pasientgruppa er lita og relativt avgrensa, og behandling av tvangslidingar er eit fagområde der ein har god dokumentasjon på kva som er effektiv og verksam behandling. Behandlinga er kort, men intensiv. I kvart av helseføretaka er det oppretta eigne behandlingsteam som har fått systematisk opplæring.

Det må vurderast om meir intensive arbeidsformer kan nyttast overfor pasientar med andre lidningar.

Tiltak:

- Etablere og vidareutvikle bruk av meir intensive behandlingsmetodar med dokumentert effekt

7.8 Kunnskapsbaserte tenester, kvalitet og forbetring

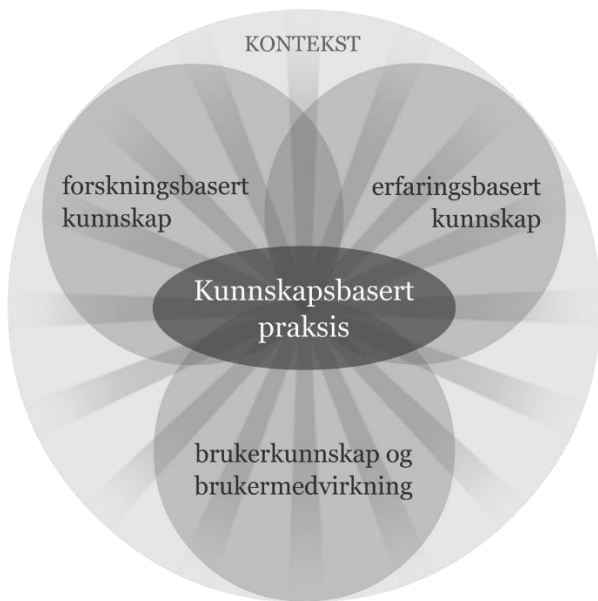
7.8.1 Kunnskapsbasert tenesteutvikling

Det er eit mål at både innhaldet i og organiseringa av helsetenestene er basert på den beste tilgjengelege kunnskapen. Det kan vere forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap.

I kunnskapsbasert praksis (KBP) er faglege avgjerder baserte på systematisk innhenta forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienten sine ønske og behov i ein gitt situasjon.

Forskningsbasert kunnskap er mellom anna å finne via kunnskapsoppsummeringar og nasjonale retningslinjer. Erfaringsbasert kunnskap blir ofte definert som det å lære av erfaring i praksis, og kjelder til systematisert erfaringskunnskap kan vere kvalitetsregister og forbetningsprosjekt.

Brukarkunnskap blir definert som erfaringane, kunnskapen, verdiane og preferansane som pasientane/brukarane har. Ei viktig kjelde til brukarkunnskap er pasienterfaringsundersøkingar.



Kunnskapsbasert praksis byggjer på alle dei tre typene kunnskap. I samanheng med planarbeid kan dette kallast «kunnskapsbasert tenesteutvikling».

Det er usikkert om alle pasientane får utgreiing og behandling i tråd med beste kunnskap, mellom anna nedfelt i nasjonale retningslinjer. Kunnskapsgrunnlaget er òg ufullstendig eller motstridande.

Satsinga på forskning og kunnskapsutvikling har bidrege til å styrkje kunnskapsgrunnlaget, og forskning innanfor psykisk helse er i dag eit av dei fagområda som får mest offentlege forskingsmidlar.

Helse Vest har her hatt ei sær velykka satsing på forskning innafor psykisk helse. På fem år blei det gitt støtte til tre forskingsnettverk på utvalde diagnoser. Det blei gjennom dette utvikla gode forskingsmiljø som kunne konkurrere om dei ordinære forskingsmidlane til Helse Vest. Ein stadig større del av midlane har dermed gått til psykisk helsevern dei siste åra.

Det er viktig at alle helseføretaka kan vere med og bidra i regionalt forskingssamarbeid.

Utprøvinga av korleis lys (særleg blått lys) verkar inn på mentale prosessar, er eit eksempel på eit interessant utviklingsprosjekt (jf. bruk av gule briller).

Samtidig er det viktig å vere merksam på at psykiske lidingar ofte er eit resultat av eit komplekst samspel mellom ulike faktorar, og at oppfølginga i avgrensa grad kan standardiserast. Som regel finst det ikkje dokumentert kunnskap frå standardiserte studiar med kontrollgrupper osv. Det er likevel ikkje til hinder for kontinuerlig kunnskapsutvikling med veksling mellom prøving av tiltak, evaluering og justering.

Ny forskning og nye metodar viser at helsetenesta innanfor psykisk helsevern kan bli meir effektiv og gi pasientane meir verksam behandling. Samtidig er det viktig å halde fram at mange undersøkingar viser at eigenskapane til behandlaren er viktigare enn kva for ein type behandlingsmetode som blir brukt.

Tiltak:

- Framleis satse på systematisk kunnskapsutvikling og forskning i heile føretaksgruppa

7.8.2 Kvalitet på tenestene

Det overordna målet for tilbodet i psykisk helsevern er å auke pasientane si evne til eigenmeistring og til å leve eit sjølvstendig liv. Tenestene må skape verdi for pasientane i form av helsegevinst eller på annan måte støtte pasienten si evne til å meistre sin eigen livssituasjon.

I ei verdibasert teneste er ein oppteken av helseeffekten i forhold til omkostningane.

Arbeidet med kvalitet handlar om å forbetre den faglege kvaliteten i behandlinga. I tillegg handlar det om pasienten si oppleving av kvalitet. Pasientane sitt møte med helsetenesta skal gi ein opplevd verdi i form av betre funksjon, høgare livskvalitet, større grad av eigenmeistring eller mental og fysisk lindring.

Det er utfordrande å få gode mål på korleis behandlinga verkar for pasientane, og kvalitet blir ofte målt meir indirekte med indikatorarar som er nært assosierte med god kvalitet. Alle indikatorane i psykisk helsevern er såleis «prosessindikatorar». Det er ingen «resultatindikatorar» som måler resultatet av helsehjelpa. Mangel på slike data gjer det vanskeleg å seie korleis det går med pasientane, særleg på lang sikt, og å seie kva for ein effekt helsehjelpa som blir gitt har.

Det er i alt 19 nasjonale kvalitetsindikatorar for psykisk helsevern for barn, unge og vaksne. Helse Vest skårar stort sett godt, men vi skårar dårlegast av regionane på prosentdelen tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne og prosentdelen epikrisar utsende innan sju dagar innanfor psykisk helsevern vaksne. Det er viktig å følgje opp desse områda spesielt. I tillegg er det nokre indikatorar der det er stor variasjon mellom helseføretaka.

Måling av funksjonsnivå før og etter behandling er ein metode som blir nytta for å måle resultatet av behandlinga. I Helse Førde har dei utvikla og innført eit elektronisk sjølvrapporteringsystem der pasientar melder frå om korleis dei opplever behandlinga dei får innanfor psykisk helsevern: The Norwegian Response System for Evaluation (NORSE). Det er eit aktivt lærande elektronisk sjølvrapporteringsystem der pasientar melder frå om korleis dei opplever behandlinga dei får i psykisk helsevern. Verktøyet blir nytta til å tilpasse behandlinga og som samvalsverktøy. Det eksemplifiserer ein ny og betre måte å samhandle med pasientane på. Det er gitt store forskingsmidlar til å vidareutvikle systemet.

Det blir elles gjort systematiske brukarundersøkingar i mange av helseføretaka. Det er eit eige skjema i styringsportalen til dette. Pasientane sine erfaringar med døgnopphald i psykisk helsevern (PasOpp) er ei nasjonal brukarundersøking som mellom anna undersøker om pasientane er nøgde med behandlinga. Undersøkinga skal no bli elektronisk og kontinuerlig, om må følgjast opp i helseføretaka.

Utvikling og bruk av kvalitetsregister er elles eit sentralt verkemiddel for å auke kvaliteten på ei teneste. I psykisk helsevern var det berre eitt register som fekk status som nasjonalt kvalitetsregister i 2015: Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis).

I tillegg har Psykiatrisk klinikk i Helse Bergen eit lokalt helseregister: Kvalitetsregister for bruk av tvang og gjennomføring av psykisk helsevern.

Det er òg teke i bruk fagrevisjonar som metodikk for forbetring. Målet for fagrevisjonane er å sjekke om pasientbehandlinga skjer i tråd med god praksis.

Dei nasjonale faglege retningslinjene i psykisk helsevern skal òg bidra til å betre kvaliteten. Dei er baserte på forskning. Det er utarbeidd åtte nasjonale faglege retningslinjer:

- bipolare lidningar
- ADHD
- førebygging av sjølvmod i psykisk helsevern
- psykoselidningar
- ruslidningar og psykiske lidningar
- vaksne med depresjon
- eteforstyrringar
- elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Pakkeforløpa skal byggje på nasjonale retningslinjer og den beste kunnskapen.

Det er eit leiaransvar å leggje til rette for at tilrådingane i dei nasjonale faglege retningslinjene kan bli følgde.

Måten helsepersonell møter pasientar på er alltid viktig. I psykisk helsevern er relasjonen særskild viktig. Det blir nytta ulike behandlingsmetodar. I fleire undersøkingar av effekten av behandlinga kan det likevel sjå ut som om det er andre faktorar enn behandlingsmetode som har mest å seie for resultatet. Eigenskapane til terapeuten/behandlaren verkar å vere det viktigaste. Behandlaren må ha evne til å få ein god allianse med pasienten, pasienten må oppleve behandlaren som empatisk, det må bli sett felles mål for behandlinga, og pasienten og behandlaren må i fellesskap evaluere og sikre at behandlinga blir opplevd som nyttig.

Det stiller krav til den faglege utviklinga, og det må vere gode rammer for utgreiing og behandling.

Tiltak:

- Vidareutvikle gode system for systematisk evaluering og forbetring av behandlingstilbodet
- Ta initiativ til å utvikle fleire kvalitetsregister
- Nytte faglege revisjonar som del av forbetningsarbeidet
- Leggje til rette for god leiar- og medarbeidarutvikling

7.8.3 Omstilling og forbetring

Psykisk helsevern er eit fagområde som har endra seg sterkt. Det er òg eit fagområde med mykje utviklingsarbeid. Samtidig blir det peikt på mange utfordringar.

Korleis kan tenestene bli meir tilgjengelege? Korleis kan tenestene bli meir integrerte og samordna for å ta høgde for at pasientane ofte har behov for tenester frå fleire fagområde/instansar? Korleis kan tenestene bli meir likeverdige og utan uønskt variasjon? Korleis kan ein få meir kunnskap om effekten av ulike tiltak? Korleis kan tenestene i endå større grad støtte medverknad og pasienten sine eigne val og nytte minst moglege tvang?

I planen er det foreslått mange tiltak for å betre tenestene. I tillegg til å sørge for enkelttiltak må helseføretaka og private ideelle institusjonar leggje til rette for ein kultur for kontinuerleg forbetring der ein systematisk nyttar forbetningsmetodikk, jf. pasientsikkerheitsprogrammet.

Forskrift om «ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» slår fast at det er leiaren sitt ansvar å sørge for at verksemdene blir styrte og forbetra systematisk. Forskrifta stadfester plikta til kontinuerleg å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda. Leiaren har altså ikkje berre ansvar for at lover blir følgde, men òg for at det blir laga system som sikrar trygge tenester av god kvalitet, og for at det blir jobba kontinuerleg med pasienttryggleik og forbetring. For å kunne oppfylle dette trengst det forbetningskompetanse. Det finst ulike opplæringsprogram for dette, både i regional og nasjonal regi.

Tiltak:

- Auke kompetansen innanfor forbetningsmetodikk

8 Oppsummering med tiltaksoversikt

Psykiske lidingar oppstår som eit resultat av samspel mellom biologiske faktorar og miljøfaktorar som oppveksttilhøve, tidlige erfaringar i livet og noverande belastningar. Psykiske lidingar oppstår ofte i ung alder. Det kan svekka evna til meistring av eige liv, til deltaking og mogeligheit til utvikling av eigne evner og ressursar. Lidingar som angst og depressive tilstandar førekjem relativt hyppig, mens ulike psykoselidningar er meir sjeldne. Lidingane kan vere milde og forbigåande, men òg alvorlege og langvarige med auka risiko for somatisk sjukdom og høg dødelegheit. Årsakene til ulike lidingar og samanheng mellom livserfaring og biologi/sårbarheit for utvikling av psykiske lidingar er ikkje tilstrekkeleg kjent.

Det overordna målet for tilbodet i psykisk helsevern er å auke pasientane si evne til eigenmestring og til å leve eit sjølvstendig liv.

Helsetenesta må leggje til rette for prosessar som bidreg til at den enkelte meistrar kvardagen sin, får betre funksjonsevne og blir betre i stand til å ta vare på seg sjølv og leve eit mest mogeleg sjølvstendig liv i lokalmiljøet.

Denne planen tek utgangspunkt i at psykisk helsevern er ei teneste som har vore igjennom ei stor omstilling. Det går framleis for seg mykje utviklingsarbeid. Utfordringa er dels å breie ut tiltaka, gjere det meir systematisk og vidareutvikle tenestene i tråd med behova og utfordringane.

Det overordna budskapet for vidare utvikling av tenestene kan samanfattast til følgjande 4 hovudbudskap eller strategisk føringar:

- Tenestene må ha god tilgjenge med tidleg avklaring og tidleg hjelp
- Tenestene må understøtte og leggje til rette for medverknad, val og frivilligheit
- Tenestene må vere integrerte – samordna internt i spesialisthelsetenesta og med viktige andre tenester – slik at pasientane opplever gode pasientforløp
- Nye måtar og nye arenaer for å møte pasientane på må vidareutviklast

Dette må understøttes med god kunnskap, gode mål for kvalitet og arbeid for systematisk forbetring. Kunnskapsutvikling, tydeleg leiarskap og forbetnings- og endringsevne er sentralt. Systematisk tilbakemelding frå pasientane vil vere eit viktig grunnlag for forbetningsarbeidet.

Den viktige målestokken for tenestene er i kva grad og korleis dei skapar verdi for pasientane.

Barn og unge skal ha høgaste prioritet. Planen omhandlar m.a. førebygging og tidleg hjelp, samhandling med kommunane, barnevernet, implementering av pakkeforløpa for barn og unge og vidare bredding av «Barn og unges helsetjeneste» som er utvikla i Helse Fonna.

Tidleg hjelp og samarbeid med kommunane (både helse, barnehage og skule) er særst viktig for å unngå uheldig utvikling hos barn og unge.

I vaksenpsykiatrien er det framleis viktig å styrkje DPS-a og vidareutvikle samarbeidet med kommunane.

Planen viser at det skjer mykje endringsarbeid, og at det er sett i verk mange tiltak, mellom anna i tråd med nasjonale og regionale styringskrav. I oversikta nedanfor er det først og fremst trekt fram tiltaka som ikkje direkte går fram av styringsdokumenta for 2019, eller tiltak der det er viktig med vidare utvikling. Dei er sett opp i same rekkefølge som i teksten med unntak av tiltak i pkt 7.5 Spesielt om barn og unge, som er fordelt på dei andre overskriftene.

Tiltaksversikt

	God tilgang med tidleg avklaring og tidleg hjelp	Oppfølging	Tidspunkt
1	Utvikle samhandlingsforløp for barn og unge, etter modell av «Barn og unges helseteneste» i Helse Fonna	Helse Førde, Helse Bergen og Helse Stavanger	2019-2021
2	Alle poliklinikkane for barn og unge skal ha samarbeidsordningar med kommunane for konsultasjon og gjensidig rettleiing, slik at barn og unge og familien deira får hjelp på rett stad.	Helseføretaka	Heile perioden
3	Implementere samhandlingsforløp om kartlegging og utgreiing av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet	Helseføretaka	2019-2020
4	Utvikle og drive nasjonalt nettverk for kompetanseutvikling og betre behandlingstilbodet til unge med skadelig seksuell åtferd	Helse Vest / Betanien	2019-2020
5	Følgje opp det lovpålagde ansvaret og funna i fagrevisjonen når det gjeld barn som pårørande	Helseføretaka	2019-2020
6	Vidareutvikle system for tidleg avklaring / tidleg hjelp i samarbeid med kommunane/fastlegane	Helseføretaka	2020

7	Redusere ventetida og sikre oppfølging utan uønskt venting.	Helseføretaka	Heile perioden
---	---	---------------	----------------

	Medverknad, val og frivilligheit	Oppfølging	Tidspunkt
1	Alle einingar/klinikkar bør bruke erfaringskonsulentar.	Helseføretaka	Heile perioden
2	Tenestene skal vidareutviklast med basis i recovery-basert og verdibasert tilnærming	Helseføretaka	Heile perioden
3	Ta i bruk samvalsverktøy for psykose på Helsenorge.no	Helse Vest leier arbeidet med informasjon og implementering, helseføretaka deltek	2019-2020
4	Ta initiativ til og delta i utvikling av samvalsverktøy innanfor fleire psykiske lidingar	Helseføretaka	Heile perioden
5	Styrkje kunnskapsgrunnlaget om medikamentfri behandling gjennom dokumentasjon og forskning og leggje til rette for erfaringsoverføring mellom einingar og føretak	Helse Vest og Helse Bergen	Heile perioden
6	Auke kompetansen om psykisk helsevernlova, mellom anna gjennom e-læringskurs	Helseføretaka og Helse Vest	2020-2024
7	Alle DPS-a bør tilby eit breitt behandlingstilbod til pasientar med psykoselidningar, jf. Piloten i Helse Bergen	Helseføretaka	2020
8	Følgje opp handlingsplanar for rett og redusert bruk av tvang	Helseføretaka	Heile perioden

	Integrerte tenester og gode pasientforløp	Oppfølging	Tidspunkt
--	---	------------	-----------

1	Sikre at pakkeforløp innføres og følges opp.	Helse Vest og helseføretaka	2019-2021
2	Utvikle fleire arbeidsretta tiltak som del av behandlingstilbodet, og ha særskilt merksemd på meistring for barn og unge i skule og arbeid	Helseføretaka	2019/2020
3	Styrke kompetansen knytt til flyktningar og innvandrara m.a. gjennom faglege samlingar	Helse Stavanger	Heile perioden
4	Nytte samarbeidsavtalane mellom helseføretaka og avtalespesialistane til å utvikle ei god oppgåvefordeling og nært fagleg samarbeid og tettare integrering av avtalespesialistane	Helseføretaka	Heile perioden
5	Halde fram å styrkje DPS-a, slik at fleire pasientar kan få tilbod lokalt.	Helseføretaka	Innan 2020
6	Vidareutvikle tenestene til pasientar med rusproblem ved DPS-a	Helseføretaka	I heile perioden
7	Vurdere kapasitet på og bruk av sikkerheitsplassane	Helse Vest leiar arbeidet, helseføretaka deltek	2019
8	Vurdere korleis tenestene til pasientar med stort hjelpebehov både i spesialisthelsetenesta og kommunane kan samordnast betre.	Helseføretaka	Heile perioden

	Utvikling/vidareutvikling av nye arbeidsmåtar	Oppfølging	Tidspunkt
1	Vurdere om det er grunnlag for å etablere fleire ACT/FACT-team i samarbeid med kommunane	Helseføretaka	2020
2	Ta initiativ til å kartleggje AAT-bruken i regionen for å få mest mogleg nytte av desse teama	Helse Vest i samarbeid med helseføretaka	2020
3	Vidare utbreiing av eMeistring i regionen og til nye pasientgrupper, samt legge tilrette for å ta i bruk videokonsultasjonar	Helse Vest i samarbeid med Helse Bergen og dei andre helseføretaka	2020
4	Etablere og vidareutvikle intensive behandlingsmetodar med dokumentert effekt	Helseføretaka	Heile perioden

	Kunnskapsbaserte tenester, kvalitet og forbetring	Oppfølging	Tidspunkt
1	Framleis satse på systematisk kunnskapsutvikling og forskning i heile føretaksgruppa	Helseføretaka og Helse Vest m.a. gjennom samarbeidsorganet for forskning og innovasjon	Heile perioden
2	Vidareutvikle gode system for systematisk evaluering og forbetring av behandlingstilbodet	Helseføretaka	Heile perioden
3	Ta initiativ til å utvikle fleire kvalitetsregister	Helseføretaka	Heile perioden
4	Nytte faglege revisjonar som del av forbetningsarbeidet	Helse Vest i samarbeid med helseføretaka	Heile perioden
5	Auke kompetansen innanfor forbetningsmetodikk	Helseføretaka	Heile perioden
6	Legge til rett for god leiar og medarbeidarutvikling	Helseføretaka	Heile perioden
7	Bidra med kunnskap og kompetanse som kan gjere kommunane betre i stand til å førebyggje psykiske lidingar	Helseføretaka	Heile perioden

Kostnadar

Når tenestene skal utviklast i tråd med planen, vil det føre til kostnadar for helseføretaka. Kostnadane vil vere ulike, både fordi helseføretaka har ulike utgangspunkt, og fordi dei ikkje er komne like langt i tenesteutbygginga.

Helseføretaka må såleis gjere egne vurderingar i samband med budsjettbehandlinga av kostnadane.

Vedlegg 1

Oversikt over tenestene i Helse Vest per 01.01.2019

Helseføretak / private ideelle	Sjukehusfunksjonar	DPS	Brakarstyrt plass i DPS
Helse Førde	<p>Førde sentralsjukehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutt døgn, med særleg ansvar for sikkerheitspasientar (kjøper i tillegg éin til to plassar på lokal sikkerheitsavd. i Helse Bergen) 	<p>Indre Sogn psykiatrisenter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Rusteam • Alderspsykiatrisk team 	Ja
	<p>Psykisk helsevern barn og unge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsavdeling • BUP Førde • BUP Sogndal • BUP Nordfjord • Utekontor i kommunane 	<p>Nordfjord psykiatrisenter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Dagavdeling • Ambulant team • Gruppebehandling • Seksjon rus, ti døgn, med to brukarstyrte plassar, med m.a. LAR (sjukehusfunksjon) 	Ja
		<p>Førde DPS (lokalisert til Førde sjukehus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk, integrert rus og LAR • Ruspost (sjukehusfunksjon) 	Ja
Helse Bergen	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk klinikk Sandviken og Haukeland • Psykiatrisk akuttmottak • Avd. for spesialisert psykosebehandling 	<p>Øyane DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Akuttbehandling 	Ja

	<ul style="list-style-type: none"> • Avd. for stemningslidingar • Avd. for alderspsykiatri • Avd. for eteforstyrningar • Avd. for psykosomatisk medisin 	<p>Bjørgvin DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Akuttbehandling • ACT 	Ja
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikk for psykisk helsevern barn og unge 	<p>Kronstad DPS</p>	Ja
	<ul style="list-style-type: none"> • Sju lokale BUP-poliklinikkar • Seksjon for utviklingsforstyrningar • Seksjon for psykosomatisk avdeling • Ambulante tenester • Døgntilbod, barnepost, ungdomspost, akuttpost • Klinikk for sikkerheitspsykiatri • Lokal sikkerheitsseksjon • Regional sikkerheitsseksjon • Fungselhelsetenesta (poliklinikk) • Kompetansesenter for fongsel, sikkerheit og rettspsykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Dagbehandling i gruppe • Akuttbehandling • FACT • OCD-team 	
Helse Fonna	<p>BUP Stord og Haugesund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikkar • Sengepost ungdom og barn • Ambulerande vaktteam 	<p>Stord DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk med integrert TSBteam 	Ja
	<p>Haugesund sjukehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akuttpost • Avrusingspost • Alderspsykiatrisk dognpost og poliklinikk • Poliklinikk for ECT, LAR og utviklingshemming 	<p>Folgefonn DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk med TSB-team og ADHD-team • LAR-utdeling • FACT-team 	Ja

	<ul style="list-style-type: none"> • Nevropsykologisk utgreiing barn og vaksne 	<p>Haugaland DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Ruspoliklinikk • Akutt ambulant team • ACT-team 	Ja
	<p>Valen sjukehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akuttpost • Sikkerheit • Psykosepost • Sikkerheit- og rehabiliteringspost • Ambulant sikkerheitsteam 	<p>Karmøy DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Rusrehabiliteringspost for unge • LAR-utdeling • Poliklinikk med TSB-team 	Ja
Helse Stavanger	<p>Sjukehusavdelingane på Våland</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avdeling Akutt • Avdeling Affektiv og psykose o Eining for eteforstyrringar o ECT-eining • Avdeling Alderspsykiatri 	<p>Stavanger DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Ambulant behandling • Gruppebehandling 	Ja

	<ul style="list-style-type: none"> o Alderspsykiatrisk sengepost o Alderspsykiatrisk poliklinikk o Forskingsnettverket SESAM • Avdeling Sikkerheit o Sikkerheitspost o Eiketunet rehabiliteringseining o Mobilt innsatsteam o Fengselspoliklinikk o Nevropsykologisk eining • Forskingsnettverk TIPS • Familiepoliklinikken 	<ul style="list-style-type: none"> □ OCD-team 	
--	--	--	--

		<p>Sandnes DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikkar • Gruppebehandling • Ambulant behandling 	Ja
	<p>Psykisk helsevern for barn og unge og rusavhengige (PHBURA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 poliklinikkar BUP • 3 sengepostar BUP • Dagpost • Ambulantbehandling • Avdeling for unge vaksne og flyktningar • Gausel poliklinikk • Gausel behandlingsspost • Engelsvoll • Transkulturelt senter • Jobb-skule-resept 	<p>Sola DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Arbeidsretta behandling • Ambulant behandling 	Ja
		<p>Dalane DPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Ambulant behandling • Dagavdeling 	Ja
Solli DPS – opptaksområdet til Helse Bergen		<ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Ambulant behandling • Dagavdeling 	Ja
Voss/Bjørkeli DPS – opptaksområdet til Helse Bergen		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Døgntilbod <input type="checkbox"/> Poliklinikk <input type="checkbox"/> Ambulant behandling 	Ja
Betanien DPS – opptaksområdet til Helse Bergen		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Døgntilbod <input type="checkbox"/> Dagbehandling <input type="checkbox"/> Poliklinisk og ambulant <input type="checkbox"/> Gruppebehandling <input type="checkbox"/> Ambulant behandling 	Ja

Jæren DPS – opptaksområde til Helse Stavanger	Sjukehusfunksjon	<input type="checkbox"/> Døgntilbod <input type="checkbox"/> Poliklinikk <input type="checkbox"/> Gruppebehandling <input type="checkbox"/> Ambulant team for voksne og barn ned til 13 år	Ja
Olaviken sjukehus	Alderspsykiatri <ul style="list-style-type: none"> • Døgntilbod • Poliklinikk 		
Betanien BUP – opptaksområde til Helse Bergen	Psykisk helsevern for barn og unge <ul style="list-style-type: none"> • Lokal poliklinikk • Ressurseining V27, tilbod til barn og unge som har forgripe seg på andre, eller som har vist upassande seksuell åtferd 		

Vedlegg 2

Kilder

1. Oppdragsdokument 2018.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-vest-rhf.pdf>
2. Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse.
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
3. Helse 2035. <https://helse-vest.no/om-oss/mal-og-strategiar/helse2035>
4. Nasjonal helse- og sykehusplan, 2016-2019.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
5. Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
6. Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
7. Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>
8. Helsedirektoratet, Norsk pasientregister, statestikk.
<https://helsedirektoratet.no/statistikkog-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister>
9. Helsedirektoratet, SAMDATA Specialisthelsetjenesten, analysenotat 2013-2017.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/201810%20Hovedresultater%20Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf>