

HELSE VEST RHF

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	Samanheng 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 pårørende.....	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 eigenmestring og til å leve eit sjølvstendig liv.

Helsetenesta må leggje til rette for prosessar som bidreg til at den enkelte meistar kvar dagen 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 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 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 psykisk helsevern for vaksen er det framleis viktig å styrkje DPS-a.

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 sørgje for at befolkninga i Helseregion Vest får tilbod om spesialisthelsetenester i og utanfor institusjon. Det gjeld også tenester til personar med psykiske lidningar.

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 2018–2023.

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

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

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 2018 er det mellom anna lagt vekt på følgjande styringsbodskap:

- høgare vekst i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn i somatikk

- færre tvangsinnleggingar
- færre pasientar med tvangsmiddelvedtak
- implementering av pakkeforløpa
- registrering av utskrivingsklare og samarbeidsrutinar med kommunane for å førebu utskrivingar
- betre helsetenester til barn og unge i barnevernet

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 kostnader, ventetid og aktivitet (polikliniske konsultasjonar).

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 meining 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 likeverdig 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
- Leggje 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
- Innføre betalingsplikt i forskrifta om betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar innanfor rus og psykisk helse frå 2019
- Bidra til at tenestetilbodet blir føreseieleg, og at uønskt variasjon blir redusert gjennom systematisk kvalitetsforbetring og styrkt fagleg leiing
- Sikre system og rutinar som sørgjer for at brukarane får påverke og medverke på individ- og systemnivå

I «Mestre heile 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 er bygd opp rundt fire hovudtema:

- 1 Pasientens helseteneste
- 2 Eitt helsevesen
- 3 Utvikling av helsetenestene
- 4 Medarbeidaren, leiinga og organisasjonen

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 lidingar, finst det ingen gode nasjonale studiar av førekomsten. Folkehelseinstituttet har tidlegare vurdert at mellom 30 og 50 prosent vil få ei psykisk liding i løpet av livet.

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

I det store biletet er det venta at fleire vil få angst, depresjon og rusproblem. Fleire vil òg få traumelidingar. 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 lidingar i løpet av livet, og mange må leve lenge med dei. Psykiske lidingar 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 lidingar 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 lidingar 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 (jf. side 27 og 29 i regjeringsstrategien).

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 lidingar 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 lidingar 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 lidingar 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 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. 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 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 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.

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 understøttes med god kunnskap, gode mål for kvalitet og arbeid for systematisk forbetring. Kunnskapsutvikling, tydeleg leiarskap og forbetnings- og endringsevne er sentralt. Systematisk tilbagemelding 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 DPS-a (jf. oppdragsdokumenta frå dei siste åra).

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 lidningar. 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.

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 (TIPS-prosjektet). 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 ein generell 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 lidningar 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 og Helse Bergen har familieambulatorium, eit lågterskel tilbod til gravide kvinner og nybakte foreldre.
- I Helse Stavanger er det eit eige 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 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 lidningar.

Tiltak i helseføretaka:

- Vidareutvikle systema for tidleg avklaring / tidleg hjelp i samarbeid med kommunane/fastlegane. Målet er å gi rask hjelp til dei som har behov for spesialisthelsetenester, og gi råd og rettleiing overfor kommunane.
- Redusere ventetida for vidare utgreiing/behandling og sikre oppfølging utan uønskt venting.
- Bidra med kunnskap og kompetanse som kan gjere kommunane betre i stand til å førebyggje psykiske lidningar.

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 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 knytta til eiga behandling, og utgangspunktet må vere pasienten sine mål for sitt eige liv. Pasienten og helsepersonellet må vere likeverdige samarbeidspartnarar.

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 lidning 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 lidning. 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 lidning 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 sinnsliding.

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. Specialisthelsetenesta må i større grad vere aktiv og arbeide for å leggje til rette og motivere alvorleg sjuke pasientar til å ta imot helsehjelp.

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, jf. mellom anna PasOpp-undersøkinga frå 2016 om kva erfaringar pasientar har med døgnopphald i psykisk helsevern.

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. Helse Vest har starta eit prosjekt for å utvikle samvalsverktøy for menneske med psykoselidingar.

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

Samvalsverktøyet blir utforma for nasjonal bruk og blir publisert på www.helsenorge.no i 2018.

Tiltak:

- Ta initiativ til og delta i utviklinga av samvalsløysingar innanfor fleire psykiske lidningar

7.2.3 Medikamentfrie tilbod

Pasientane skal kunne velje mellom ulike behandlingstiltak, også behandling utan medikament, så langt det er forsvarleg. Sjølv om antipsykotika har god dokumentert effekt på psykotiske symptom på gruppenivå, er det ikkje nødvendigvis ei like god løysing for alle og i alle fasar. Medisineringa må vere kunnskapsbasert og skje i samarbeid med pasienten så langt som mogleg, og effekten og biverknadene må overvakast kontinuerleg.

Ved medikamentfri behandling får pasienten aktiv behandling for ei psykisk liding utan bruk av medikament. Pasienten kan òg velje om han eller ho ønskjer å bruke færre medikament og/eller lågare dosar. Behandlaren skal gi pasienten god informasjon om eventuelle konsekvensar.

Noko av det brukarorganisasjonane kritiserer helseføretaka for, er at dei ikkje informerer pasientane godt nok om at dei har eit val, og at dei ikkje fortel kva som finst av behandlingstilbod dersom ein ønskjer behandling utan medikament. Pasientane skal vite at det er dei sjølve som set premissane, og at det er dei – saman med behandlaren – som skal ta eit informert val om kva som passar best for akkurat dei.

Det er etablert ein pilot for å prøve medikamentfri behandling i Helse Bergen. Piloten, som er utarbeidd i samarbeid mellom Helse Vest, Helse Bergen og Regionalt brukarutval med eigen protokoll, gjeld pasientar med psykoselidingar. Prosjektet er treårig, og alle dei distriktpsikiatriske sentra (DPS-a) i opptaksområdet til Helse Bergen som deltek, samarbeider tett om å behandle psykoselidingar utan medikament. Forløpet gjeld òg dersom pasienten ønskjer å trappe ned medikamentbruken. Alle helseføretak deltek i styringsgruppa.

Eit medikamentfritt behandlingsforløp er eit aktivt, recovery-basert tilbod for personar med psykoselidingar. Behandlinga blir tilpassa den enkelte pasienten og inneheld ein kombinasjon av

fleire kunnskapsbaserte metodar. Behandlinga er fleksibel, og pasienten kan nytte antipsykotika i låge dosar i akutte fasar.

Det blir lagt vekt på å sikre pasientane tilgang til eit breitt kunnskapsbasert behandlingstilbod, der alle DPS-a mellom anna skal kunne tilby kognitiv terapi / psykose terapi, familiesamarbeid, fysisk aktivitet, musikkterapi og individuell jobbstøtte (IPS). Illness Management and Recovery, eller tilfriskningsgrupper, blir introdusert som eit nytt gruppetilbod for psykosepasientar på alle DPS-a som er med i prosjektet.

Prosjektet er sentralt for å gi pasientane meir valfridom, men òg for å få meir kunnskap om medikamentfrie alternativ. Det er lagt opp til tett oppfølging, innsamling av data og forskning for å sjå korleis det går med pasientane som deltek.

Tiltak:

- Styrkje kunnskapsgrunnlaget om medikamentfri behandling gjennom dokumentasjon og forskning og leggje til rette for erfaringsoverføring mellom einingar og føretak

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:
 - regionalt e-læringskurs om tvang
 - regionalt kurskonsept for medarbeidarar med vedtakskompetanse

Når det gjeld bruk av tvang for barn og unge under 18 år, har ikkje Helse Vest sett så mykje på datakvaliteten. Det er derfor viktig å kartleggje tvangsbruken på barne- og ungdomspsykiatriske avdelingar og sjå på registreringspraksisen.

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:

- Kartleggje tvangsbruken og sjå på registreringspraksisen i psykisk helsevern for barn og unge
- Etablere eit læringsnettverk mellom helseføretaka for rett bruk og redusert bruk av tvang
- Følgje opp handlingsplanar for rett bruk og redusert bruk av tvang

Det er elles stilt krav om kvalitetssikra og redusert bruk av tvang i styringsdokumenta, og dei blir ikkje gjentekne her.

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.

7.3.1 Psykisk og somatisk helse og rusproblem

Utviklinga av helsetenesta har vore basert på ei deling mellom psykisk helse og somatisk helse. Tenestene innanfor somatikk og psykisk helsevern er stort sett organisatorisk skilde og som oftast fysisk/geografisk skilde. Det er utfordrande, for psykiske lidningar, 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. Sjølv mord 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. 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 lidningar. Samarbeidet mellom psykisk helsevern og fastlegane må styrkjast.

Studiar viser òg at psykiske sjukdommar og rusproblem ofte opptre saman (Helsedirektoratet 2012, ROP-retningslinja). Jo meir alvorleg rusproblemet er, jo høgare er førekomsten 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.

Helse Vest har sett i gang eit regionalt arbeid for å førebyggje sjølvmord. Det går føre seg eit eige regionalt arbeid med ein folkeopplysningskampanje for å auke kunnskapen rundt sjølvordsåtfærd. Målet er meir openheit og lågare terskel for å søkje hjelp.

I tillegg blir det jobba med ei regional tilnærming for å kartleggje og vurdere sjølvordsrisikoen.

Tiltak:

- Tenestene må etablere rutinar og ei organisering som sikrar forsvarleg ivaretaking av den somatiske helsa og rusproblema til pasientane. Samarbeidet med fastlegane må òg styrkjast.

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 videre 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 eigenmeistering.

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. Les meir om dette i punkt 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:

- Etablere gode rutinar for å følgje opp forskrift om utskrivingsklare pasientar.
- Vurdere korleis tenestene til pasientar med stort hjelpebehov både i spesialisthelsetenesta og kommunane kan samordnast betre.

7.3.3 Pakkeforløp

Pakkeforløpa vil føre til ei meir heilskapleg utgreiing og behandling med gode forløp, særleg i spesialisthelsetenesta. Dei vil òg byggje bru til kommunale tenester.

I dag er det for stor variasjon i utgreiings- og behandlingstilbodet i psykisk helsevern og TSB. Pakkeforløpa innanfor psykisk helse og rus skal òg bidra til at pasientar og pårørande får meir likeverdig tilbod, uavhengig av kvar i landet dei bur.

Pakkeforløpa vil bidra til å redusere uønskt variasjon gjennom meir standardisering, men samtidig må dei vere fleksible nok til å ta høgde for dei individuelle forholda for kvar enkelt pasient.

Målet med pakkeforløpa er mellom anna

- å auke brukarmedverknaden og brukartilfredsheita
- 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

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 òg utarbeidd konkrete tiltak for å sikre at den somatiske helsa og levevanane blir ein integrert del av utgreiinga og behandlinga.

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. Pakkeforløpa

vil mellom anna beskrive konkrete anbefalingar om samarbeid mellom fastlege og andre samarbeidande instansar, for eksempel kva ei tilvising bør innehalde.

Til saman er sju pakkeforløp klare for implementering i 2018. Dei tre første blir implementerte i september:

- pakkeforløp for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)
- pakkeforløp for utgreiing og behandling i psykisk helsevern, vaksne
- pakkeforløp for utgreiing og behandling i psykisk helsevern, barn og unge

Dei andre pakkeforløpa, som er meir diagnosespesifikke, blir implementerte frå 15. desember 2018:

- pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidingar, barn, unge og vaksne
- pakkeforløp ved eteforstyrningar, barn og unge
- pakkeforløp for utgreiing og behandling av tvangslidingar (OCD), barn, unge og vaksne
- pakkeforløp for gravide som bruker / har brukt alkohol, vanedannande legemiddel og/eller illegale rusmiddel

Tiltak:

- Implementere pakkeforløpa etter kvart som dei blir ferdigstilte

7.3.4 Helse og arbeid

Vanlege psykiske lidingar 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 kan forsterke psykiske lidingar 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 lidingar 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.

Angstlidingar 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 liding.

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 lidingar» under «Raskare tilbake»-ordninga, og IPS/Jobbresept har vore nytta saman med NAV.

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 skjelettlidingar
- vanlege psykiske lidingar

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.

I Regjeringa sin strategi er arbeid og deltaking sentralt for å fremje psykisk helse og meistring. Det er ei særleg utfordring at mange unge får uføretrygd for psykiske lidingar. Deltaking i skule og utdanning er òg viktig.

Frå 2018 ønskjer vi å utvikle fleire tiltak som har ein arbeidsretta dimensjon. Det er teke initiativ til å laga samarbeidsavtalar med NAV-kontora.

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:

- Stimulere til utvikling av fleire arbeidsretta tiltak innanfor psykisk helsevern i helseføretaka som del av behandlingstilbodet, og vidareutvikle IPS og anna jobbrelatert arbeid

7.3.5 Integrering av avtalespesialistane

Avtalespesialistane står for ein stor del av dei polikliniske konsultasjonane i psykisk helsevern. 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. I utgangspunktet kunne det berre gjerast ved nye utlysingar. 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.

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 og nært fagleg samarbeid

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.

I samband med kravet om høgare vekst innanfor psykisk helsevern og TSB enn innanfor somatikk er det styrking av DPS-a og tilbodet til barn og unge som blir halde fram. Samtidig må tenestene ved DPS-a vidareutviklast.

DPS-a må ha eit sett av tenester som gjer dei stand til å hjelpe personar med vanlege lidingar. 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 lidningar 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. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet gir svært klare føringar for ansvaret som førstelinjetenesta skal ha for medborgarar som slit med psykisk helse eller rusproblem.

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/lidningar og langvarige mildare problem/lidningar, 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/lidningar, 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 – skulder ved skulder. 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. Målet er at ressursfordelinga blir 60:40 i DPS-favør innan 2020.
- 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 lidningar 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. Spesialisthelsetjenesta og kommunane må vere spesielt merksam på overgang av tenester til barn/unge og til vaksne, då det kan være 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:

- 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 tidleg 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 lidingar.

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 blir det etablert to institusjonar i 2018 (Helse Nord og Helse Sør-Øst). I Helse Vest er det aktuelt å etablere ein slik institusjon i 2020, men planlegginga av tenestene må ta til tidlegare.

Helse Vest har delteke i eit felles nasjonalt arbeid med å planleggje målgruppa for, innhaldet i og organiseringa av institusjonane.

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 må utviklast gode modellar for utgreiing av barn i barnevernet, og det ambulante arbeidet inn mot barnevernet må utvidast.

Tiltak:

- Vidareutvikle og styrkje helsetenestene til barn og unge 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 sjølv 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 begynt.

Tiltak:

- Utvikle og drive eit nasjonalt nettverk for kompetanseutvikling og betring av behandlingstilbodet til unge som gjer overgrep

7.5.4 Barn som pårørnde

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 pårørnde. Ansvar for barn som pårørnde 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 pårørnde 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.

Erfaring har vist at dei barneansvarlege ofte blir tillagde alt ansvaret for å ta vare på barn som pårørnde, mens det i stor grad er helsepersonell generelt som har ansvaret for barn som pårørnde. Det er eit generelt mål at barn som pårørnde blir 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

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 i psykisk helsevern skal i hovudsak ta i vare dei pasientane som i dårlege fasar treng eit høgare omsorgs- og behandlingsnivå, 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 psykoseavdelingar, 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 lidingar eller forverringar i eksisterande psykiske liding. 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.

Tiltak:

- Vidareutvikle god samordning mellom sjukehusa og DPS-a for å sikre heilskapelege og gode pasientforløp

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 eigne 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 denne 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 sikringsplassar vil auke, jf. neste punkt.

7.6.3 Særreaksjonar

Det er to strafferettslege særreaksjonar for utilreknelege lovbrutarar. 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 dømmer, 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. 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 knytta til kapasitet og forsvarlegheit.

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

Tiltak:

- Utviklinga i bruken av dei nye særreaksjonane må følgjast. Helse Vest vil i 2019 ta initiativ til ein samla gjennomgang, eventuelt i samarbeid med dei andre RHF-a.

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 lidningar 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. FACT-modellen 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 ønskjeleg 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 eller liknande 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

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 særskilt omtalt (boks 8.5) i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016–2019).

Etter at prosjektperioden var over, blei det konkludert med at eMeistring skulle vidareførast som ein eigen seksjon ved Bjørgvin DPS frå 1. januar 2017. Seksjonen tek no i mot pasientar frå Helse Bergen-området. 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:

- Det blir teke initiativ til å vurdere vidare utbreiing av eMeistring i regionen og til nye pasientgrupper. Då må ein vurdere kva for pasientar som vil ha best nytte av tilbodet, og korleis det kan organiserast best mogleg.

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:

- Vidareutvikle bruk av meir intensive arbeidsformer der dette er dokumentert nyttig

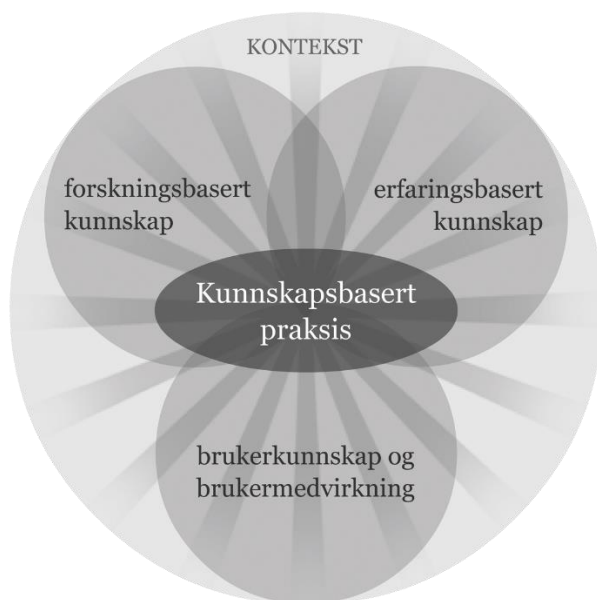
7.8 Kunnskapsbaserte tenester, kvalitet og forbetring

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 forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap.

I kunnskapsbasert praksis (KBP) er faglege avgjerder baserte på systematisk innhenta forskningsbasert 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 forbetringsprosjekt. Bruarkunnskap 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 særleg vellykka 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 sjølvrapporteringssystem 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 sjølvrapporteringssystem 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 alle helseføretak. 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 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
- eteforstyrningar
- 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 innanfor psykisk helse

- Nytte faglege revisjonar som del av forbetringsarbeidet
- 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 mogeleg tvang?

I planen er det foreslått mange tiltak for å forbetre tenestene. I tillegg til å sørgje for enkelttiltak må helseføretaka og private ideelle institusjonar leggje til rette for ein kultur for kontinuerleg forbetring der ein systematisk nyttar forbetringsmetodikk, jf. pasientsikkerhetsprogrammet.

Forskrift om «ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» slår fast at det er leiaren sitt ansvar å sørgje 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 forbetringskompetanse. Det finst ulike opplæringsprogram for dette, både i regional og nasjonal regi.

Tiltak:

- Auke kompetansen innanfor forbetringsmetodikk for å kunne setje i verk forbetringar på bakgrunn av mellom anna evalueringar, registerdata og faglege revisjonar

8 Oppsummering med hovudprioriteringar og 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 psykoselidingar 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 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.

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 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.

I den overordna prioritering må tilbodet til barn og unge framleis ha høg prioritet. I vaksenpsykiatrien er styrkinga av DPS-a framleis viktig (jf. oppdragsdokumenta frå mange år).

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 har vi først og fremst trekt fram tiltaka som ikkje direkte går fram av styringsdokumenta for 2018, eller tiltak der det er viktig med vidare utvikling.

Tiltaksoversikt

	Tiltak som skal støtte god tilgang med tidleg avklaring og tidleg hjelp	Oppfølging	Tidspunkt
1	Vidareutvikle system for tidleg avklaring / tidleg hjelp i samarbeid med kommunane/fastlegane med mål om å gi rask hjelp til dei som har behov for spesialisthelsetenester og gi råd og rettleiing overfor kommunane	Helseføretaka	Heile perioden
2	Redusere ventetida for start av vidare utgreiing/behandling og sikre oppfølging utan uønskt venting	Helseføretaka	Heile perioden
3	Spesialisthelsetenesta må bidra med kunnskap og kompetanse som kan gjere kommunane betre i stand til å førebyggje psykiske lidingar.	Helseføretaka	Heile perioden
4	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 tidleg hjelp på rett stad, jf. tiltak 1.	Helseføretaka	2018/2019
5	Vidareutvikle og styrkje helsetenestene til barn og unge i barnevernet	Helseføretaka	Heile perioden
6	Utvikle og drive nasjonalt nettverk for kompetanseutvikling og betre behandlingstilbodet til unge som gjer overgrep	Helse Vest / Betanien	2018/2019
7	Følgje opp det lovpålagde ansvaret og funna i fagrevisjonen når det gjeld barn som pårørande	Helseføretaka	2018/2019

	Tiltak som skal støtte og leggje til rette for medverknad, val og frivilligheit	Oppfølging	Tidspunkt
1	Alle einingar/klinikkar bør bruke erfaringskonsulentar.	Helseføretaka sjølve må vurdere situasjonen og behovet for styrking.	I perioden
2	Vidareutvikle tenestene med basis i ei «recovery» og verdibasert tilnærming	Dette må vere sentralt i leiar- og medarbeidar-utviklinga i helseføretaka.	Heile perioden
3	Ta initiativ til og delta i utvikling av samvalsløysingar innanfor fleire psykiske lidingar	Helseføretaka tek initiativ	Heile perioden
4	Styrkje kunnskapen om medikamentfri behandling gjennom dokumentasjon og forskning og leggje til rette for erfaringsoverføring mellom einingar og føretak	Samarbeid mellom Helse Bergen og Helse Vest	Heile perioden
5	Kartleggje tvangsbruken og sjå på registreringspraksisen i psykisk helsevern for barn og unge	Helse Vest tek initiativ overfor helseføretaka	2018/2019
6	Etablere eit læringsnettverk mellom helseføretaka for rett og redusert bruk av tvang	Helse Vest tek initiativ overfor helseføretaka	2018

7	Følgje opp handlingsplanar for rett og redusert bruk av tvang	Helseføretaka	Heile perioden
----------	---	---------------	----------------

	Tiltak for å støtte integrerte tenester og gode pasientforløp	Oppfølging	Tidspunkt
1	Tenestene må etablere rutinar og ei organisering som sikrar forsvarleg varetaking av den somatiske helsa og rusproblema til pasientane. Samarbeidet med fastlegane må òg styrkjast.	Helseføretaka må nytte pakkeforløpa til å sikre heilskapleg utgreiing og behandling	Frå 2018
2	Etablere gode rutinar for å følgje opp forskrift om utskrivingsklare pasientar.	Helseføretaka	2018/2019
3	Vurdere korleis tenestene til pasientar med stort hjelpebehov både i spesialisthelsetenesta og kommunane kan samordnast betre	Helseføretaka	2018/2019
4	Implementere pakkeforløpa etter kvart som dei blir ferdigstilte	Helseføretaka	2018/2020
5	Stimulere til å utvikle fleire arbeidsretta tiltak innanfor psykisk helsevern i helseføretaka som del av behandlingstilbodet og vidareutvikle IPS og anna jobbrelatert arbeid	Helseføretaka	2018/2019
6	Nytte samarbeidsavtalane mellom helseføretaka og avtalespesialistane til å utvikle ei god oppgåvefordeling og nært fagleg samarbeid	Helseføretaka	Heile perioden
7	Halde fram å styrkje DPS-a, slik at fleire pasientar kan få tilbod lokalt. Målet er at ressursfordelinga blir 60:40 i DPS-favør innan 2020.	Helseføretaka	Innan 2020
8	Vidareutvikle tenestene til pasientar med rusproblem også ved DPS-a	Helseføretaka	I heile perioden
9	Vidareutvikle god samordning mellom sjukehusa og DPS-a for å sikre heilskapelege og gode pasientforløp	Helseføretaka	I heile perioden

	Tiltak for å vidareutvikle nye måtar og nye arenaer å møte pasientane på	Oppfølging	Tidspunkt
1	Vurdere om det er grunnlag for å etablere fleire ACT/FACT-team eller liknande team i samarbeid med kommunane	Helseføretaka	2019
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 /private ideelle	2019
3	Det blir teke initiativ til å vurdere vidare utbreiing av eMeistring i regionen og til nye pasientgrupper. Då må ein vurdere kva for pasientar som vil ha best nytte av tilbodet, og korleis det kan organiserast best mogleg.	Helse Vest i samarbeid med Helse Bergen og dei andre helseføretaka	2019
4	Vidareutvikle bruken av meir intensive arbeidsformer der det er dokumentert nyttig	Helseføretaka	Heile perioden

	Tiltak for å støtte den faglege utviklinga	Oppfølging	Tidspunkt
1	Halde fram med å 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 innanfor psykisk helse	Helseføretaka	Heile perioden
4	Nytte faglege revisjonar som del av forbetningsarbeidet	Helse Vest i samarbeid med helseføretaka	Heile perioden
5	Leggje til rette for god leiar- og medarbeidarutvikling	Helseføretaka	Heile perioden
6	Auke kompetansen innanfor forbetningsmetodikk for å kunne setje i verk forbetringar på bakgrunn av mellom anna evalueringar, registerdata og faglege revisjonar	Helseføretaka	Heile perioden

Kostnader

Når tenestene skal utviklast i tråd med planen, vil det føre til kostnader 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 eigne vurderingar i samband med budsjettbehandlinga av kostnadane.

14.10.18

Vedlegg 1

Oversikt over tenestene i Helse Vest per 01.01.2018

Helseføretak / private ideelle	Sjukehusfunksjonar	DPS	Brakar-styrt plass i DPS
Helse Førde	Førde sentralsjukehus Akutt døgn, med særleg ansvar for sikkerheitspasientar (kjøper i tillegg éin til to plassar på lokal sikkerheitsavd. i Helse Bergen)	Indre Sogn psykiatrisenter - Døgntilbod - Poliklinikk - Rusteam - Alderspsykiatrisk team	Ja
	Psykisk helsevern barn og unge - Ungdomsavdeling - BUP Førde - BUP Sogndal - BUP Nordfjord - Utekontor i kommunane	Nordfjord psykiatrisenter - Døgntilbod - Poliklinikk - Dagavdeling - Ambulant team - Gruppebehandling - Seksjon rus, ti døgn, med to brukarstyrte plassar, med m.a. LAR (sjukehus-funksjon)	Ja
		Førde DPS (lokalisert til Førde sjukehus) - Døgntilbod - Poliklinikk, integrert rus og LAR - Ruspost (sjukehus-funksjon)	Ja
Helse Bergen	- Psykiatrisk klinikk Sandviken og Haukeland - Psykiatrisk akuttmottak - Avd. for spesialisert psykosebehandling - Avd. for stemningslidingar - Avd. for alderspsykiatri - Avd. for eteforstyrningar - Avd. for psykosomatisk medisin - Klinikk for psykisk helsevern barn og unge	Øyane DPS - Døgntilbod - Poliklinikk - Gruppebehandling - Akuttbehandling	Ja
		Björgvin DPS - Døgntilbod - Poliklinikk - Gruppebehandling - Akuttbehandling - ACT	Ja
		Kronstad DPS	Ja

	• Sju lokale BUP-poliklinikkar • Seksjon for utviklingsforstyrningar • Seksjon for psykosomatisk avdeling • Ambulante tenester • Døgntilbod, barnepost, ungdomspost, akuttpost • Klinikk for sikkerheitspsykiatri • Lokal sikkerheitsseksjon • Regional sikkerheitsseksjon • Fængselshelsetenesta (poliklinikk) • Kompetansesenter for fængsel, sikkerheit og rettspsykiatri	• Døgntilbod • Poliklinikk • Dagbehandling i gruppe • Akuttbehandling • FACT • OCD-team	
Helse Fonna	BUP Stord og Haugesund • Poliklinikkar • Sengepost ungdom og barn • Ambulerande vaktteam	Stord DPS • Døgntilbod • Poliklinikk med integrert TSB-team	Ja
	Haugesund sjukehus • Akuttpost • Avrusingspost • Alderspsykiatrisk døgnpst og poliklinikk • Poliklinikk for ECT, LAR og utviklingshemming • Nevropsykologisk utgreiing barn og vaksne	Folgefonn DPS • Døgntilbod • Poliklinikk med TSB-team og ADHD-team • LAR-utdeling • FACT-team	Ja
	Valen sjukehus • Akuttpost • Sikkerheit • Psykosepost • Sikkerheit- og rehabiliteringspost • Ambulant sikkerheitsteam	Haugaland DPS • Døgntilbod • Poliklinikk • Ruspoliklinikk • Akutt ambulant team • ACT-team	Ja
		Karmøy DPS • Døgntilbod • Rusrehabiliteringspost for unge • LAR-utdeling • Poliklinikk med TSB-team	Ja
Helse Stavanger	Sjukehusavdelingane på Våland • Avdeling Akutt • Avdeling Affektiv og psykose ○ Eining for eteforstyrningar ○ ECT-eining • Avdeling Alderspsykiatri	Stavanger DPS • Døgntilbod • Poliklinikk • Ambulant behandling • Gruppebehandling	Ja

	○ Alderspsykiatrisk sengepost ○ Alderspsykiatrisk poliklinikk ○ Forskingsnettverket SESAM • Avdeling Sikkerheit ○ Sikkerheitspost ○ Eiketunet rehabiliteringseining ○ Mobilt innsatsteam ○ Fængselspoliklinikk ○ Nevropsykologisk eining • Forskingsnettverk TIPS • Familiepoliklinikken	• OCD-team	
		Sandnes DPS • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Ambulant behandling	Ja
	Psykisk helsevern for barn og unge og rusavhengige (PHBURA) • 8 poliklinikk BUP • 3 sengepostar BUP • Dagpost • Ambulantbehandling • Avdeling for unge vaksne og flyktningar • Gausel poliklinikk • Gausel behandlingsspost • Engelsvoll • Transkulturelt senter • Jobb-skule-resept	Sola DPS • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Arbeidsretta behandling • Ambulant behandling	Ja
		Dalane DPS • Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Ambulant behandling • Dagavdeling	Ja
Solli DPS – opptaksområdet til Helse Bergen		• Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Ambulant behandling • Dagavdeling	Ja

Voss/Bjørkelid DPS – opptaksområdet til Helse Bergen		• Døgntilbod • Poliklinikk • Ambulant behandling	Ja
Betanien DPS – opptaksområdet til Helse Bergen		• Døgntilbod • Dagbehandling • Poliklinisk og ambulant • Gruppebehandling • Ambulant behandling	Ja
Jæren DPS – opptaksområdet til Helse Stavanger	Sjukehusfunksjon	• Døgntilbod • Poliklinikk • Gruppebehandling • Ambulant team for vaksne og barn ned til 13 år	Ja
Olaviken sjukehus	Alderspsykiatri • Døgntilbod • Poliklinikk		
Betanien BUP – opptaksområdet til Helse Bergen	Psykisk helsevern for barn og unge • Lokal poliklinikk • Ressurseining V27, tilbod til barn og unge som har forgripe seg på andre, eller som har vist upassande seksuell åtferd		

Kilder

1. Oppdragsdokument 2018.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdrag-sdokument-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/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister>
9. Helsedirektoratet, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, analysenotat 2013-2017.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/2018-10%20Hovedresultater%20Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf>