

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

Utgitt av:
Helse Nord RHF
2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
1. Innledning.....	8
2. Pasientens helsetjeneste.....	13
2.1 Brukermedvirkning.....	13
2.2 Barn som pårørende.....	13
2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	14
2.3.1 Kunnskapsbasert praksis.....	14
2.3.2 Kvalitetssikring.....	14
2.3.3 Registrering og overvåkning av pasientskader i psykisk helsevern og TSB15	
2.3.4 Forskning.....	16
2.4 Samhandling i praksis frem mot 2025.....	16
2.5 Tilgjengelighet gjennom digitale helsetjenester.....	17
2.6 Helsetjenester til samisk befolkning.....	18
2.7 Fremmedkulturelle og fremmedspråklige.....	18
2.8 Utviklingsområder i pasientens helsetjeneste frem mot 2025.....	19
3. Pasientens helsetjeneste for barn og unge med psykiske lidelser.....	20
3.1 Fagfeltets organisering og struktur.....	20
3.2 Brukermedvirkning for barn og unge.....	20
3.3 Familieperspektivet.....	21
3.4 Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord frem mot 2025.....	21
3.5 Tjenestens kompetansebehov.....	23
3.5.1 Basiskompetanse.....	23
3.5.2 Spisskompetanse.....	24
3.6 Oppsummering – psykisk helsevern for barn og unge frem mot 2025.....	25
4. Pasientens helsetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB.....	26
4.1 Fagfeltets organisering og struktur.....	26
4.2 Bruker- og pårørendemedvirkning i TSB.....	27
4.3 TSB i Helse Nord frem mot 2025.....	27
4.4 Tjenestens kompetansebehov.....	29
4.4.1 Basiskompetanse TSB.....	29
4.4.2 Spisskompetanse TSB.....	29

4.5	Oppsummering – TSB frem mot 2025	30
5.	Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser	31
5.1	Fagfeltets organisering og struktur	31
5.2	Brukermedvirkning.....	32
5.3	Psykisk helsevern for voksne i Helse Nord frem mot 2025	32
5.4	Tjenestens kompetansebehov	34
5.4.1	Basiskompetanse i psykisk helsevern for voksne	34
5.4.2	Spisskompetanse i psykiske helsevern for voksne	35
5.5	Utviklingsområder psykisk helsevern for voksne mot 2025.....	36
6.	Sluttnoter	37
7.	Referanser	
8.	Vedlegg 1: Rapport om regionale funksjoner i Helse Nord	
9.	Vedlegg 2: Oversikt over prosjektdeltakere	

Forord

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) blir psykiske lidelser den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i Vesten i 2020.^{1,2} Det forventes særlig vekst i lidelser som depresjon, angst og rusmiddelproblemer. Utviklingsplanen er skapt i samarbeid med brukerne for å gi innhold til pasientens helsetjeneste i Helse Nord, og for sammen å finne gode løsninger for å sikre et trygt og kvalitativt godt helsetilbud til befolkningen. Psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet rammer omtrent halve befolkningen for kortere eller lengre perioder av livet.³ Genetisk sårbarhet, belastende livshendelser og langvarig stress er vanlige årsaker. For en mindre gruppe utvikles lidelsene til langvarige vansker med stor funksjonssvikt. Psykiske lidelser og ruslidelser fører alt for ofte til frafall fra skole, vansker med å komme inn i arbeid eller arbeidsuførhet. Helse Nord skal derfor ha et tilbud både til pasienter som raskt kan hjelpes tilbake til normal fungering, og til de som trenger oppfølging over tid.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser har vesentlig lavere levealder enn øvrig befolkning, og dødsårsaken er hovedsakelig somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges. I pasientens helsetjeneste må derfor helsetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet integreres med somatisk utredning, oppfølging og behandling. For å lykkes med å gi et helsetilbud av god kvalitet tidlig i sykdomsforløpet, må samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene være godt.⁴ I pasientens helsetjeneste skal pasienter og pårørende medvirke i valg som angår egen behandling. Brukererfaringer skal samles og systematiseres for å bidra til utvikling og organisering av helsetjenester. Pasient- og brukerorganisasjonene har deltatt i arbeidet med utviklingsplanen og gitt konstruktive bidrag fra tidlig planleggingsfase og til de siste redigeringer i slutfasen. Det medikamentfrie behandlingstilbudet, som åpner i 2016, er etablert etter ønske fra brukerne, og viser brukerstyring i praksis. Tilbudet er utformet i nært samarbeid med brukerne, og bidrar til å øke pasientenes valgfrihet.

Det har vært et mål å gjøre utviklingsplanen kort og leservennlig. Av denne grunn er det flere fagområder og store pasientgrupper som ikke gis særskilt omtale. Planen beskriver faglige krav til tjenesten for fagområdene psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB, og foreslår utviklingstiltak for de tre fagområdene. Vi håper utviklingsplanen bidrar til at tjenestetilbudet innen psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord blir pasientens helsetjeneste.

Geir Tollåli

Fagdirektør, Helse Nord

Sammendrag

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

Utviklingsplanen beskriver hvilken faglig kompetanse som skal være i alle ledd av psykisk helsevern og TSB i Helse Nord. Det skilles mellom basis- og spisskompetanse. Alle enheter skal ha basiskompetanse til å utrede og påbegynne behandling av de vanligste og mest utbredte tilstandene. I tillegg skal alle helseforetak tilby spesialiserte tjenester til komplekse eller lavfrekvente tilstander. For enkelte tilstander må det inngås avtaler mellom flere helseforetak for å etablere tilstrekkelig gode tjenester.

Hovedtrekkene i tjenesten fremover er at psykisk helsevern for voksne skal ha robuste DPS som også i fremtiden er veien inn og ut fra spesialisthelsetjenesten. Alle DPS skal ha et komplett behandlingstilbud bestående av polikliniske og ambulante tjenester, akuttjenester gjennom døgnet og et differensiert døgntilbud. Psykisk helsevern for barn og unge skal ha et tilbud for barn fra spedbarnsalder til unge voksne. BUP skal tilby poliklinisk behandling og ambulante tjenester, akuttjenester og døgntilbud. TSB skal ha akuttjenester gjennom døgnet, døgntilbud, ambulante tjenester og poliklinisk tilbud. Tjenestetilbudet i TSB skal samorganiseres med DPS. Spesialpsykiatrien skal tilby høyspesialiserte tjenester til de alvorligst rammede pasientgruppene.

Helse Nord har psykisk helsevern og TSB som et satsningsområde. *Plan for Helse Nord* er en overordnet plan for utvikling av hele spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, med finansiering og prioritering. *Utviklingsplan for psykisk helse og TSB 2016-2025*, peker ut utviklingsområder for de tre fagområdene i planen, både samlet og hver for seg. Tabell 1 på side 7, viser kostnader knyttet til særskilt finansierte utviklingsområder i første del av planperioden.

Felles utviklingsområder

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

- Helse Nord skal etablere god pasientskaderregistrering for psykisk helsevern og TSB
- Det skal utvikles kvalitetsregister og kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern og TSB
- Helse Nord skal, i samarbeid med kommune og NAV, bidra til at pasienter i psykisk helsevern og TSB kan fortsette skolegang og delta i arbeidslivet. Helseforetakene skal legge til rette for deltagelse i skole og arbeid for pasienter i behandling

Utviklingsområder for psykisk helsevern for barn og unge

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

Utviklingsområder for TSB

- Alle helseforetak i Helse Nord skal bygge ut poliklinisk kapasitet slik at den samsvarer med landsgjennomsnittet
- Det skal utarbeides en regional fagplan for TSB som skal beskrive innhold, organisering og kapasitet i tjenestetilbudet i dag, samt gi forslag til endringer for å møte utfordringene i feltet frem mot 2025
- Helse Nord skal bygge opp spesialistkompetanse slik at alle helseforetak har tilstrekkelig med spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin

Utviklingsområder for psykisk helsevern for voksne

- Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med samtidig psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming
- Helse Nord skal tilby medikamentfri døgnbehandling for alvorlig psykisk syke
- Helse Nord skal bygge opp kapasitet og kompetanse på alderspsykiatriske lidelser
- Helse Nord skal arbeide for å etablere en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri
- Helse Nord skal øke kapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien og etablere tilbud som fyller kriterier for regionalt sikkerhetsnivå

Økonomi

Tabell 1 viser planens utviklingsområder med budsjett for første del av planperioden. Endelige rammer vedtas i *Plan for Helse Nord*, som rulleres årlig.

Tabell 1: Utviklingstiltak med budsjett (tall i kr. 1000)

Satsningsområder utviklingsplan PHV og TSB	2016	2017	2018	2019	2020
Nye behandlingstilbud	16 700	31 200	31 200	45 700	53 700
Styrke eksisterende behandlingssenheter	4 250	6 300	20 300	20 300	20 300
Kvalitet og fagutvikling	750	1 200	10 000	12 000	12 000
Kompetansebygging og utdanning	3 300	4 300	8 500	10 000	12 000
SUM	25 000	43 000	70 000	88 000	98 000

Nye behandlingstilbud omfatter blant annet medikamentfritt døgntilbud og døgntilbud til personer med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Midler til å styrke eksisterende behandling omfatter økonomisk styrking av poliklinisk behandling innen TSB, rustilbudet til barn og unge og tilbudet til eldre. Utvikling og etablering av kvalitetsindikatorer og system for å registrere pasientskader er sammen med digitale helsetjenester, pasientforløpsarbeid og fagplan for TSB sortert som kvalitet og fagutvikling. Kompetansebygging og utdanning omfatter blant annet skole- og arbeidsinkluderingsarbeid, og kompetansebygging innen sikkerhetspsykiatri, rus- og avhengighetslidelser. Budsjettrammene viser kun økonomisk tilskudd som gis utenfor basisrammen, og det forutsettes at generell omstilling skjer innenfor ordinær rammefinansiering.

1. Innledning

Pasientens helsetjeneste i Helse Nord skal tilby faglig gode og trygge tjenester til pasienter som trenger spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten må arbeide for å gi tidlig hjelp til barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser. Halvparten av alle psykiske lidelser debuterer før fjortenårsalder og hele tre av fire før tjuefemårsalder.^{5,6} Av denne grunn har tidlig innsats et betydelig potensial for å bedre befolkningens livskvalitet og muligheter til å gjennomføre skolegang og senere delta i arbeidslivet.

Planens første del beskriver sentrale elementer i pasientens helsetjeneste frem mot 2025 som er felles for planens tre fagområder; Psykisk helsevern for barn og unge, TSB og psykisk helsevern for voksne. Disse er brukermedvirkning, barn som pårørende, kvalitetsindikatorer, pasientsikkerhet, samhandling, digitale helsetjenester og helsetjenester til samisk og fremmedkulturell befolkning. Planens andre del består av de tre fagspesifikke kapitelene som beskriver fagfeltets organisering, bruker- og pårørendemedvirkning, fagspesifikke utfordringer og faglige krav til tjenesten. Fagkapitelene avsluttes med utviklingsområder for fagområdet frem mot 2025.

Pasientens helsetjeneste i Helse Nord

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

Faglig kvalitet må være basert på kunnskapsbasert praksis der forskning har en sentral plass. For pasientene er det viktig at de har nytte av behandlingen, og i særdeleshet at behandlingen ikke er til skade. Planen presenterer derfor et rammeverk for pasientsikkerhet. I pasientens helsetjeneste er pasientens behov førende for struktur og innhold i tjenesten. Utviklingsplanen skal legge rammebetingelser for tjenestetilbudet til en befolkning med demografiske endringer i alder og etnisk sammensetning. Helse Nord har et nasjonalt ansvar for å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen. Arbeidet skal bidra til å realisere Helse Nord's mål om god kvalitet i helsetjenesten og til å oppfylle Helse Nord RHF's *sørge-for-ansvar*.

Alvorlig psykisk syke har betydelig lavere levealder enn befolkningen for øvrig.⁷ Forventet levealder er mellom 15 og 20 år kortere, hvorav 60 prosent kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges.⁸ Alvorlig syke pasienter i psykisk helsevern og TSB må derfor sikres somatisk oppfølging. Tilsvarende må somatiske pasienter med samtidige psykiske lidelser og/eller ruslidelser gis et tilbud i psykisk helsevern og/eller TSB. Mange pasienter med sammensatte og samtidige lidelser trenger tett og omfattende oppfølging for å få et godt behandlingstilbud. I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan, må det etableres rutiner som sikrer at pasienter i

psykisk helsevern og TSB får likeverdig utredning og behandling av somatiske helseproblemer, og at pasienter som under somatisk behandling, får likeverdig utredning og behandling av psykiske lidelser og ruslidelser.⁹ For fremtiden bør det vurderes å samlokalisere spesialpsykiatriske tjenester med somatiske helsetjenester for å legge til rette for å behandle flere tilstander hos pasienten samtidig.

Psykiske lidelser og rusavhengighet er blant de viktigste risikofaktorene for selvmord.¹⁰ Hensiktsmessige kultursensitive tiltak for å forebygge selvmord i befolkningen er et folkehelseansvar, og spesialisthelsetjenesten skal følge opp mennesker som står i fare for å ta sitt eget liv. Det begås om lag 530 selvmord i Norge årlig.¹¹ Helsedirektoratets handlingsplan fra 2014 legger til grunn at god psykisk helse og tidlig hjelp kan bidra til å redusere antall selvmord.¹²

Utviklingsområder i planperioden

I internasjonal sammenheng holder norsk helsetjeneste for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk høy kvalitet. I følge OECD er det særlig utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, tidlig innsats og tiltak for å hindre frafall fra skole og arbeidsliv som bør videreutvikles.¹³ Planen fremmer derfor forslag om å utvikle kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern og TSB, tidlig innsats i forhold til rus og integrere arbeids- og skoleinkludering i behandlingstilbudet.

Forbruksrater i psykisk helsevern og TSB

Magnussen-utvalget¹⁴ brukte analyser av faktisk forbruk av helsetjenester som grunnlag for å vurdere helseregionenes behov for helsetjenester. Psykisk helsevern og TSB ble vurdert til å ha behov på linje med landsgjennomsnitt, mens kostnadene ble vurdert som høyere grunnet geografiske forhold.

Tabell 2 viser forbruksrater i psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, inkludert avtalespesialister i hvert foretaksområde. Tabellen viser at antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er på nivå med landsgjennomsnittet. UNN og Finnmarkssykehuset har relativt mange utskrivninger i forhold til oppholdsdøgn. Det tyder på at hver innleggelse er kortere i varighet enn det nasjonale gjennomsnittet.

Tabell 2. Forbruksrater i prosent for psykisk helsevern for voksne i Helse Nord sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt (snitt = 100)

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

Kilde: SAMDATA 2014

Helse Nord har noe mer døgnbehandling enn landsgjennomsnitt. Aktiviteten varierer mellom helseforetakene og Nordlandssykehuset har lavere poliklinisk aktivitet enn de andre helseforetakene. Den høyere aktiviteten i døgnbehandling kan forstås ut fra lange reiseavstander og en sentralisert spesialpsykiatri. Avtalespesialistenes andel av den polikliniske aktiviteten er om lag halvparten av landsgjennomsnittet.

Tabell 3 viser aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt er det høy aktivitet i Helse Nord. Oversikten viser at alle helseforetak i regionen ligger over nasjonalt gjennomsnitt på aktivitetsmålene. Helse Nord har ingen private leverandører og svært få avtalespesialister i psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 3. Andel pasienter i prosent for psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt (snitt = 100)

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

Kilde: SAMDATA 2014

Tabell 3 viser at psykisk helsevern for barn og unge behandler et stort antall pasienter og at det er høy aktivitet både i døgnbehandling og poliklinikk. Det kan være grunnlag for å se nærmere på arbeidsfordelingen mellom psykisk helsevern for barn og unge og kommunale tjenester. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har et godt utbygd

døgntilbud pr. innbygger. Aktivitetstallene viser at tilgjengelig behandlingstilbud blir brukt.

Det foreligger mindre tilgjengelig tallgrunnlag i SAMDATA for TSB. En kombinasjon av mange små enheter og lav datakvalitet oppgis som forklaring. Tabell 4 viser at Helse Nord gir TSB behandling til om lag halvparten av antall pasienter sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt.

Tabell 4. Andel pasienter i prosent for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord sammenliknet med nasjonalt gjennomsnitt (snitt = 100)

	Antall pasienter	Døgnopphold	Utskrivninger	Polikliniske konsult.
Helse Nord	54	85	90	35
Finnmarkssykehuset	51			
UNN	70			
Nordlandssykehuset	43			
Helgelandssykehuset	36			
Norge	100	100	100	100

Kilde: SAMDATA 2014

Det registreres få polikliniske konsultasjoner i Helse Nord. Det skyldes blant annet at Helgelandssykehuset ikke har rapportert noen poliklinisk aktivitet innen TSB for 2014. Den polikliniske TSB-aktiviteten er trolig registrert i psykisk helsevern for voksne. Mangelen på nasjonale data viser at det er behov for tiltak for å bedre datakvaliteten i TSB. Pålitelige aktivitetstall er nødvendig for å vurdere behov for endringer i tilbudet.

Dagens status

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

Sikkerhetspsykiatri

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

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019

Nasjonal helse- og sykehusplan er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Planen skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester. Den gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. Nasjonal helse- og sykehusplan har syv hovedområder og mål:

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

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

2. Pasientens helsetjeneste

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

2.1 Brukermedvirkning

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

I pasientens helsetjeneste er pasienten en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger om egen helse. På systemnivå må brukermedvirkning inngå som en del av spesialisthelsetjenestens planleggings- og forbedringsarbeid. Et viktig premiss for at helsetjenestene skal endre seg i tråd med pasientens behov legges gjennom fortløpende pasienterfæringsundersøkelser. Helse Nord's kvalitetsstrategi legger opp til elektroniske løsninger for å samle brukeropplevd kvalitet (PREM) og effekt av behandling (PROM) for bruk i forbedringsarbeid.²³ På individnivå kan hyppige tilbakemeldinger i en behandlingssituasjon gjøre behandlingen mer treffsikker og redusere frafall fra behandling.²⁴ Økt innflytelse og påvirkning over egen behandling gir en opplevelse av respekt og likeverdighet. Pasientens opplevelse av den terapeutiske alliansen virker inn på behandlingseffekten og alliansens kvalitet påvirkes av at pasient og terapeut får til et forpliktende samarbeid.²⁵ Et slikt samarbeid inspirerer til økt egeninnsats og opplevelse av ansvar for egen helse. Det å bli sett og hørt på en gjennomgående og systematisk måte har en egenverdi i seg selv.

2.2 Barn som pårørende

Over en femtedel av alle norske barn har foreldre med en psykisk lidelse eller rusproblemer som går ut over daglig fungering.²⁶ Det gir barna fordoblet risiko for selv å utvikle psykiske vansker og mer enn fordoblet risiko for å utvikle rusproblemer. Risikoutsatte barn og unge skal derfor få tidlig oppfølging, slik at de sammen med sine foreldre kan mestre sin hverdag.

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

inkluderes i standardiserte behandlingsforløp.²⁷ Helse Nord skal sikre at det etableres en praksis med kartlegging av barn og deres behov, samtaler med voksne og barn, besøksrom som er egnet for familier, og informasjonsoverføring til kommunehelsetjenesten. Barn og familie må være et fast tema i all utredning og behandling. Oppfølging av familiene må gjøres i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenestetilbud og på tvers av voksen- og barnetjenester.

2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

2.3.1 Kunnskapsbasert praksis

I Helse Nord skal alle behandlingssenheter tilby kunnskapsbasert utredning og behandling av psykiske- og avhengighetslidelser. Kunnskapsbasert praksis er definert som *en integrasjon av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser.*²⁸ Helsedirektoratets retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging skal ligge til grunn for pasientbehandlingen.²⁹

Det meste av utredning og behandling skal utføres lokalt nær der pasienten bor. For å sikre kvalitet i tjenesten, må utrednings- og behandlingssenheter på helseforetaksnivå vurderes for enkelte tilstander. Regionale behandlingssenheter bør behandle lavfrekvente tilstander og lidelser som krever høyspesialiserte behandlingsmetoder. Diagnostiske vurderinger bør være evidensbaserte for sikre best mulig behandlingsutfall, da feilvurderinger kan føre til forsinket behandling og/eller forverret prognose.³⁰ Riktig diagnose før behandling gir bedre kvalitet og øker pasientsikkerheten.³¹ Utgangspunktet må være konsensus mellom pasient og ansvarlig behandler om symptom bildet og diagnose før behandlingen starter.³²

Pakkeforløp er et begrep som brukes om standardiserte utrednings- og behandlingsforløp ved spesifikk sykdom.³³ Formålet er å høyne kvaliteten ved å redusere uønsket faglig variasjon, og gi større forutsigbarhet for pasientene. Pakkeforløpene er beskrivelser av komponenter i utredning og behandling, ikke retningslinjer for faglige metodevalg. Pakkeforløpene vil sikre en viss behandlingsstandard, som at det skal gjennomføres somatiske undersøkelser, samtaler med pårørende og medikamentvurdering fra lege, etc. Pakkeforløpene gir ikke svar på faglige problemstillinger og behandler ikke spørsmål om samsykelighet. Helsedirektoratet forbereder nasjonal innføring av standardiserte utrednings- og behandlingsforløp, og spesialister fra helseforetakene i Helse Nord deltar i det nasjonale arbeidet.

2.3.2 Kvalitetssikring

Kvalitet i pasientbehandlingen måles nasjonalt gjennom indikatorer som ventetid og fristbrudd. Disse gir ingen informasjon om hvordan pasienten har det, sykdomsbelastning, mulighet for samfunnsdeltakelse og mestring av eget liv. Helse Nord skal derfor fortsette arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern

og TSB. Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister gir viktige bidrag for å bedre behandlingseffekt og brukerfornøydhets med helsetjenestene.

Kunnskapsbasert praksis må basere seg på kvalitetssikret grunnlagsinformasjon. Medisinske kvalitetsregistre samler informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor ulike sykdomsgrupper. Hensikten er å danne et kunnskapsgrunnlag som fører til bedre og tryggere behandling for pasientene. Det finnes i 2016 over 50 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) er det eneste kvalitetsregisteret innen psykisk helsevern og TSB med nasjonal status.³⁴ Registeret er etablert ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser for voksne (RESSP) ved Nordlandssykehuset. Det er behov for flere kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og TSB.

Helsetjenester skal bedre pasientens helse, men kan i verste fall føre til skade. Pasientsikkerhet må derfor være en integrert del av virksomheten i psykisk helsevern og TSB.³⁵ Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender* har flere innsatsområder som er aktuelle for psykisk helsevern og TSB. Disse er *forebygging av selvmord i institusjon*,³⁶ *forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon*,³⁷ *samstemming av legemiddellister*³⁸ og *forebygging av fall i helseinstitusjoner*.³⁹ Psykisk helsevern og TSB har behov for et system for å kartlegge pasientskader. Bruk av avviksmeldinger, tilsynsrapporter, klagesaker og driftsdata til refleksjon og læring er viktige forutsetninger for god pasientsikkerhet. Psykisk helsevern og TSB mangler i dag et system for å registrere pasientskader og uønskede hendelser. Planen presenterer derfor et rammeverk for å registrere skader og uønskede hendelser.

2.3.3 Registrering og overvåkning av pasientskader i psykisk helsevern og TSB

Pasientsikkerhet må bli et fokusområde i psykisk helsevern og TSB gjennom systematisk kartlegging av skade på pasienter. Som hjelpemiddel brukes en modell for pasientsikkerhet som er utviklet av Wolpert et al. (2014).⁴⁰ Modellen er utarbeidet for å registrere skader og uønskede hendelser psykisk helsevern for barn og unge, men kan brukes tilsvarende i psykisk helsevern for voksne og TSB.⁴¹

1) Skade forårsaket av mangelfull bruk

Skade skjer når pasienten slutter i behandling før behandlingen har hjulpet pasienten med lidelsen (fracfall, drop-out).

2) Skade forårsaket av ineffektiv praksis

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

3) Skade forårsaket av uønskede hendelser

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

Modellens nivå 1-3 er skade som har oppstått som følge av behandling gitt i helsetjenesten. Skade kan også oppstå fordi pasienter ikke får den behandlingen de har behov for, eller unnlater å oppsøke helsehjelp ved sykdom (nivå 0). For å kartlegge og estimere omfanget av denne pasientgruppen, er det nødvendig med forskning og befolkningsundersøkelser siden denne formen for skader ikke registreres av spesialisthelsetjenesten. Skade på nivå 1 kan for eksempel kartlegges ved å samle informasjon om de som faller ut av behandling. Det gir kunnskap om risikofaktorer for frafall. På nivå 2 kan bedring i symptomnivå og funksjonsnivå måles, og ulike tjenester sammenliknes for å kunne lære av hverandre. Skader på nivå 3 må overvåkes ved å etablere oversikt over hvilke hendelser som skal defineres som uønskede. Deretter må disse registreres og overvåkes på lik linje med pasientskader i kirurgi og kreftomsorg. En slik overvåking av pasientskader på ulike nivå vil gi god innsikt i tjenestekvaliteten og kan brukes som grunnlag for forbedringstiltak.

2.3.4 Forskning

Helse Nord's nye strategi for forskning og innovasjon 2016-2020 vektlegger forskning og innovasjon av høy kvalitet og stor nytteverdi for pasientene, tjenesten og samfunnet. Det skal være brukermedvirkning i alle faser av forskningen.⁴² Visjonen er at god forskning og aktiv innovasjon former fremtidens helsevesen av beste kvalitet. Helse Nord skal tilby kunnskapsbaserte tjenester, og vil i årene fremover fortsatt bevilge midler til klinisk forskning innen psykisk helsevern og TSB. Flere kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og TSB kan danne basis for mer forskning. Helse Nord skal legge til rette for at egne forskningsmiljø kan delta og inkludere flest mulig pasienter i behandlingsstudier, gjerne gjennom nasjonale eller internasjonale multisenterstudier.

2.4 Samhandling i praksis frem mot 2025

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester.⁴³ I pasientens helsetjeneste skal livskvalitet stå i sentrum for utforming av samhandlingen. For pasienter i psykisk helsevern og TSB er en meningsfull hverdag, gjennom muligheter for deltagelse i samfunnet, sentralt for livskvalitet og tilfriskning. Personer med behov for langvarig og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal ha en individuell plan (IP) dersom de ønsker det. I utformingen av individuell plan, er brukermedvirkningen sentral. Pårørende bør involveres dersom pasienten ønsker det. Pasienter med sammensatte behov og lidelser trenger integrerte og helhetlige helsetjenester. Felles behandlingsteam for samtidig oppfølging og behandling over omsorgsnivåene kan møte pasientenes grunnleggende behov for bolig, midler til livsopphold, deltagelse i samfunnet og behandling for psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Teamene kan drive oppsøkende virksomhet for å fange opp pasienter som ikke drar nytte av tradisjonell poliklinisk behandling. Etablerte samhandlingsstrukturer vil sikre god kompetanseoverføring og kompetanseutveksling

mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Rus- og psykiatritjenesten ved UNN har i samarbeid med Tromsø kommune etablert et ACT-tilbud. ACT står for aktivt, oppsøkende behandlingsteam og målgruppen er alvorlig psykisk syke pasienter.⁴⁴ Denne samhandlende måten å samorganisere oppfølging og behandling kan utvides til flere pasientgrupper og slik at den blir mer egnet for mindre opptaksområder.

Samfunnsdeltakelse er et mål både for den enkelte og samfunnet som helhet. For å hindre frafall fra skole og arbeidsliv, må tjenesten legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser kan mestre hverdagen og delta i samfunnet.⁴⁵ Prosjekter som *Kom i jobb* i regi av Kompetansesenteret for arbeid og psykisk helse, ved Nordlandssykehuset, viser at med riktig oppfølging kan alvorlig psykisk syke personer mestre ordinært arbeid.⁴⁶ Konseptet bør derfor spres til flere steder, og arbeidsmåten må utvides til videregående skole og ned i barneskolen for å hindre frafall i skolen. Samfunnsdeltakelse må være et klart overordnet mål for all behandling i psykisk helsevern og TSB. For å nå dette målet må helseforetakene samarbeide tett med kommuner og NAV.

2.5 Tilgjengelighet gjennom digitale helsetjenester

Digitale helsetjenester er et av flere virkemiddel som kan bidra til raskere hjelp og bistand til selvhjelp. Digitale helsetjenester omfatter både behandling via digitale medier og internettbaserte behandlingsmoduler som eMeistring⁴⁷ og MoodGym.⁴⁸ I årene fremover vil det utvikles sikre løsninger for behandling via internettbaserte medier. Digitale helsetjenester reduserer reisetiden og gjør helsehjelpen mer tilgjengelig, og vil bli et viktig supplement til dagens behandlingstilbud. Digitale helsetjenester kan øke tilgjengeligheten til fagkompetanse internt i helseforetakene og i samhandling med kommunene. DeVaVi-prosjektet er et eksempel på en struktur for å dele kompetanse mellom geografiske enheter som bedrer spesialisttilgangen for mindre enheter.⁴⁹ Andre bruksområder er undervisning til pasienter og pårørende, veiledning til kommunehelsetjenesten og utdanning av helsepersonell.

Frem mot 2025 bør digitale helsetjenester bli en naturlig del av pasienttilbudet, både i form av e-terapi⁵⁰ og e-læringsprogram. Flere enkeltstudier viser at e-terapi har like god effekt som ordinær behandling.⁵¹ UiT – Norges arktiske universitet arbeider med e-helseprogrammet MoodGym⁵² som hjelpemiddel mot angst og depresjon.

Pasienter i Helse Nord fikk i 2015 tilgang til egen pasientjournal på Helsenorge.no.⁵³ Denne digitale helseplattformen er under kontinuerlig utvikling for å romme flere digitale løsninger. Det bør i planperioden opprettes digitale polikliniske helsetjenester (e-poliklinikker) i Helse Nord som drives av behandlere i helseforetakene for å sikre god faglig kvalitet.

2.6 Helsetjenester til samisk befolkning

Helse Nord har et nasjonalt ansvar for å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen i Norge. Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helse og rus - SANKS, som er organisert i Finnmarkssykehuset, har en særskilt rolle i å utvikle kunnskap og metoder for den samiske befolkningen. De har ansvar for kunnskapsoverføring og i å synliggjøre samiske pasienters spesifikke behov for kultursensitive tjenester. SANKS har et psykiatrisk ungdomsteam (samisk PUT), som gir et tilbud til unge mellom 15 og 30 år med rus- og avhengighetsproblematikk og/eller selvmordsatferd. Finnmarksklinikken består av en døgnenhet og en poliklinikk, og har særlig ansvar for samiske rusavhengige både lokalt, regionalt og nasjonalt. Tilbudet til barn og unge består av barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT), Ungdomspsykiatrisk avdeling UPA og en familieenhet. Tilbudet til voksne består av et akutteam og øremerkede senger ved døgnenheten Lakselv. SANKS har også et tilbud i Tysfjord, på Snåsa og i Oslo.

Samisk Helsepark i Karasjok vil bidra til å gi den samiske befolkningen likeverdige og tilgjengelige tjenester innen psykisk helsevern, TSB og somatikk.⁵⁴ Helseparken samler tjenestetilbudet fra flere fagområder,⁵⁵ og yter spesialisthelsetjenester med god kulturell og språklig kompetanse. Samisk helsepark samordner og tilrettelegger for helhetlige pasientforløp, og danner et større og mer robust fagmiljø for å sikre videre utvikling og oppbygging av samisk fagkompetanse og kvalitet i behandlingen av samiske pasienter. Samisk helsepark skal være i drift fra 2017-2018.⁵⁶

2.7 Fremmedkulturelle og fremmedspråklige

Det store antallet flyktninger som har kommet i nyere tid vil bidra til å øke behovet for psykisk helsevern og TSB frem mot 2025. Spesialisthelsetjenesten skal gi et likeverdig tilbud til personer med fremmedkulturell bakgrunn og språk. Undersøkelser viser at ikke-vestlige innvandrere har dårligere fysisk og psykisk helse, og et større forbruk av helsetjenester enn befolkningen for øvrig.⁵⁷

Levekårsundersøkelser viser nær sammenheng mellom helse og levekår. Det betyr at kommunalt tilbud og oppfølging fra andre aktører som UDI, har stor betydning for hvordan den psykiske helsen utvikler seg. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)⁵⁸ peker på at flyktninger er en gruppe med større behov for tverrfaglig utredning og behandling av psykiske og somatiske lidelser. Det er flere som har alvorlige og sammensatte psykiske lidelser, som følge av fysisk sykdom, sterke kroniske smerter og skader på grunn av tortur, krigsopplevelser og erfaringer fra fengsel og konsentrasjonsleirer.⁵⁹ Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i Nord-Norge (RVTS Nord) er et ressurscenter som bidrar med kunnskap til tjenesteapparatet blant annet på områdene traumer, traumatisk stress, flyktningehelse og tvungen migrasjon. Psykisk helsevern og TSB vil i samarbeide med RVTS Nord bygge opp kompetanse og kapasitet for å gi gode helsetjenester til fremmedspråklige og fremmedkulturelle personer. Psykisk helsevern for barn og unge

må bygge opp kompetanse slik at tjenesten har et tilbud til enslige, mindreårige flyktninger og asylsøkere.

2.8 Utviklingsområder i pasientens helsetjeneste frem mot 2025

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

I Helse Nord skal pasientenes erfaringer av kvalitet og resultat brukes aktivt i forbedringsarbeidet. For å innhente disse erfaringene må det gjennomføres gode pasienterfaringundersøkelser. Brukermedvirkning og fokus på helsefremmende forhold er grunnleggende i den pasientsentrerte modellen som ligger til grunn for pasientbehandling.

I pasientens helsetjeneste skal pasientene møte kompetanse etablert gjennom tverrfaglig sammensatte fagteam med spesialistkompetanse. Pasienter med sammensatte og samtidige behov, trenger sammenhengende helsetjenester med etablerte samarbeidsstrukturer på tvers av omsorgsnivå og fagområder. Slike strukturer vil sikre god kompetanseoverføring og kompetanseutveksling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og mellom fagområdene psykisk helsevern for voksne, for barn og unge og TSB.

Mennesker med en alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig rusmisbruk har vesentlig kortere forventet levealder enn gjennomsnittet i befolkningen. Pasientgruppen har i for liten grad blitt fulgt opp med behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste.⁶⁰ Mange kan fanges opp gjennom bedre ordninger for helhetlige behandlingstilbud og forpliktende samarbeid mellom psykisk helse, rusbehandling og somatikk. Det er behov for at hele helsetjenesten tar ansvar for det helhetlige behandlingstilbudet. Somatisk spesialisthelsetjeneste må ha kompetanse og ressurser som sikrer tilstrekkelig utredning og behandling av den somatiske helsetilstanden til pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. I psykisk helsevern og TSB må det iverksette tiltak for å forebygge inaktivitet og usunne levevaner, samt sikre tilstrekkelig utredning og oppfølging av somatisk helsetilstand.

3. Pasientens helsetjeneste for barn og unge med psykiske lidelser

Psykiske lidelser hos barn og unge oppstår i samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Pasientgruppen favner aldersmessig fra det ufødte barn til unge voksne opp til 23 år. Det er stort spenn i utrednings- og behandlingsmetoder, og tjenesten må alltid samarbeide godt med de som er rundt barnet i hverdagen. Fagfeltet kjennetegnes derfor av tverrfaglighet og samarbeid. Tjenesten har flerfaglig kompetanse med lege, psykolog, sosionom, pedagog og sykepleier for å møte barn og unge og deres familiers sammensatte behov. Psykisk helsevern for barn og unge utreder pasienter med fokus på familie og nettverk, utviklingspsykologiske aspekter og lærings- og mestringsevne, i tillegg til pasientens lidelse. Det stiller krav til sammensetning av behandlingsteamet, kvalifikasjoner og kompetanse, i tillegg til arbeidets organisering.

3.1 Fagfeltets organisering og struktur

I psykisk helsevern for barn og unge behandles rundt 95 prosent av pasientene poliklinisk eller ambulant.⁶¹ Det er ved planperiodens start 19 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, eller BUP, i regionen. Alle helseforetak har poliklinikker, døgnenheter og spesialiserte fagenheter. Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har døgnenheter for øyeblikkelig hjelp og tvunget psykisk helsevern (akuttenheter). Pasienter fra Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, med behov for øyeblikkelig hjelp eller tvunget psykisk helsevern, sendes henholdsvis til Nordlandssykehuset og UNN.

Nasjonale og regionale funksjoner

Helse Nord har et nasjonal kompetansesenter, nasjonalt kompetansesenter -psykisk helsevern og rus - SANKS, og regionale funksjoner for spiseforstyrrelser ved Regional enhet for spiseforstyrrelser. Behandlingen av tvangslidelse (OCD) er regionalisert til UNN.

Avtaler med private

Det er ingen avtaler med private institusjoner om kjøp av psykisk helsevern til barn og unge i Helse Nord.⁶² Kun en avtalespesialist har driftsavtale om behandling av barn og unge.

3.2 Brukermedvirkning for barn og unge

For fagfeltet psykisk helsevern for barn og unge må i stor grad forholde seg til flere enn selve pasienten. Pasienten kan være en jente på tre år med forsinket utvikling, eller en gutt på sytten år som presses av foreldrene til å oppsøke BUP. I andre tilfeller kan brukerne av tjenesten være foreldre, hele familien, eller et ufødt barn der mor har en psykisk lidelse. Brukerne kan også være barnevernet, fosterforeldrene eller en institusjon. Psykisk helsevern for barn og unge skal ivareta flere brukere samtidig, også når de har motstridende opplevelse av tilbudet. Det må alltid være særskilt fokus på at

barn og unges rettigheter blir ivaretatt. Barn og unges brukermedvirkning skal alltid ivaretas parallelt med foresattes rett til å medvirke. Barn og unges rett til brukermedvirkning forutsetter at de voksne legger til rette for at barn og unge kan inkluderes og delta på egne premisser. Tilretteleggingen kan innebære at andre metoder må tas i bruk, og medvirkningen må tilpasses brukeren.

Brukerkompetansen fra barn, unge og deres foresatte gir et helt nødvendig bidrag til å utvikle tjenesten. Erfaringskompetansen bør brukes systematisk ved planlegging og etablering av tjenester og ved evaluering og videreutvikling av tjenestetilbudet. Voksne for barn har blant annet utviklet en metode for brukermedvirkning for barn og unge.⁶³ *Bruker spør bruker*-evaluering og ungdomsråd er andre eksempel på tiltak for å ivareta bruker- og pårørendemedvirkning for barn og unge.⁶⁴

3.3 Familieperspektivet

Barn og unge lever i en familiekontekst, der barnet og omgivelsene gjensidig påvirker hverandre. Barn som opplever omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og psykiske lidelser i nære omgivelser har økt risiko for selv å utvikle psykososiale vansker og psykiske lidelser. Barn som vokser opp med voksne som er psykisk syke eller har et rusmiddelmissbruk, har høyere risiko for å utvikle egne psykiske lidelser. Mange har i tillegg opplevd vold, overgrep eller omsorgssvikt. Videre kan psykiske lidelser gi samspillsvansker som kan forsterkes og utvikles i familien, slik at familien som enhet trenger hjelp til å lære fornuftige måter å mestre vanskene på. Psykisk helsevern for barn og unge må derfor alltid vurdere barnets miljø og oppvekstbetingelser når de skal planlegge tiltak. Familieenheter som gir et tilbud til hele familien, kan bidra til å løse samspillutfordringer mellom familiemedlemmene, uavhengig av om lidelsen er mest uttalt hos barnet eller foreldrene.

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

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

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

Spesialisert tilbud til sped- og småbarn

Helse Nord har et begrenset tilbud til aldersgruppen under tre år, og gir tilbud til en mindre andel sped- og småbarn enn i landet for øvrig.⁶⁵ Frem mot 2025 må de yngste barna sikres et likeverdig tilbud i hvert helseforetak ved å bygge opp spesialisert kompetanse for å utrede og behandle sped- og småbarns psykiske helse.

Barn og unge med rus- og avhengighetsproblem

For mange av dem som utvikler rusmisbruk starter bruken tidlig. Det er ikke uvanlig at rusbruken starter i overgangen fra barn til ungdom (11-14 år). Både psykisk helsevern for barn og unge og barnevernstjenesten har ansvar for å følge opp, og iverksette tiltak ved rusproblematikk hos personer under atten år. Det er nødvendig med godt samarbeid og samtidig klar ansvarsfordeling mellom etatene. Kompetansen på rus- og avhengighetsbehandling av barn og unge må styrkes i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord. Det er i 2016 bare Finnmarkssykehuset som har et eget behandlingstilbud for rusavhengig ungdom. Alle helseforetak må i løpet av planperioden ha godt etablerte utrednings- og behandlingstilbud for rus- og avhengighetsbehandling for barn og unge. Det må vurderes å etablere egne pakkeforløp for rus- og avhengighetsbehandling for pasientgruppen. I tillegg vurderes det å etablere egne enheter med særskilt kompetanse på rusbehandling for barn og unge.

Barn og unge med psykiske lidelser under barnevernets omsorg

Barn i barnevernsinstitusjon har høyere forekomst av psykiske lidelser, flere samtidige lidelser og dårligere tilgang på psykisk helsehjelp enn andre barn.⁶⁶ Tilbudet til barn og unge under barnevernets omsorg må styrkes gjennom regionale og lokale samarbeidsavtaler som beskriver samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og barnevernet. I løpet av planperioden bør det utredes om det er behov for å opprette et felles utrednings- og behandlingstilbud mellom psykisk helsevern og barnevernet.⁶⁷

God utredning gir riktig diagnose og rett behandling

Pasientmedvirkning som innebærer informerte valg om egen behandling, krever god utredning og diagnostikk i samsvar med pasientens opplevelse. Pasienter med ukjent eller uavklart tilstand bør derfor tilbys standardisert utredning av spesialist.⁶⁸ Arbeidet med å sikre god utredning og diagnostikk skal prioriteres høyt i Helse Nord. Helseforetakene bør derfor etablere utredningsteam eller utredningsenheter som inkluderer bredt sammensatt spesialistkompetanse.

Behov for et differensiert behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge

Behandling av avklarte tilstander

De fleste pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har kjente tilstander.⁶⁹ De vanligste diagnosene i psykisk helsevern for barn og unge er; depresjon, angst, ADHD og atferdsforstyrrelser. For mange av disse lidelsene finns det godt dokumenterte behandlingsprogrammer. Det må sikres enkel tilgang til denne behandlingen i lokal poliklinikk eller kommunal tjeneste.

Behandling av uavklarte, sammensatte og lavfrekvente tilstander

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

Dag- og døgnbehandling

Det blir fortsatt behov for døgnenheter for å gjennomføre utredning og behandling av enkelte pasientgrupper. Døgnbehandling, familieeileigheter eller pasienthotell for hele familien, er nødvendig for behandling i helseforetakets spissfunksjoner, regionale funksjoner og SANKS sin nasjonale funksjon. Døgnbehandling bør forbeholdes akutte tilstander, der symptomer og funksjonsnivå tilsier kontinuerlig oppfølging av helsepersonell, samt kompliserte utrednings- og behandlingsforløp hvor døgnkontinuerlige miljøterapeutiske observasjoner er en vesentlig del av vurderingsgrunnlaget for diagnostisering og videre behandling. Dagbehandling er et mindre inngrep enn døgnbehandling og bør foretrekkes hvis mulig. Områder egnet for dagbehandling er omfattende utredninger, kompliserte medisintprøvinger, intensive evidensbaserte behandlingsformer med relativt kort varighet og frivillig behandling der pasienten ikke trenger oppfølging på nattestid.

3.5 Tjenestens kompetansebehov

Psykisk helsevern for barn og unge blir stadig mer spesialisert og skal også fremover behandle alvorlige psykiske lidelser, sjeldne lidelser og pasienter som trenger høyspesialiserte behandlingsmetoder. Ambulerende enheter bør i større grad bidra til å styrke lokale poliklinikker i behandlingen av pasienter som trenger spesialisert behandling. I pasientens helsetjeneste skal kvalifikasjoner og bemanning gjenspeile fremtidens krav til kvalitet og sikre reelle valgmuligheter for pasientene. Det innebærer at alle pasienter skal vurderes av spesialist i psykologi og/eller psykiatri. Samtidig må sosialfaglig og pedagogisk kompetanse være tilgjengelig for å fungere som et bindeledd mellom pasienten og offentlige instanser.

3.5.1 Basiskompetanse

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

Alle lokale BUP skal ha et tilbud for:

- Moderat til alvorlig depresjon
- Selvskading
- Moderat til alvorlig angst
- Utredning av tvangslidelser

- Utredning av ADHD
- Behandling av ADHD-pasienter med alvorlig nedsatt funksjon
- PTSD og andre alvorlige reaksjoner på traumer, kriser og katastrofer
- Moderat til alvorlig atferdsvanske
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og autismspektertilstander
- Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn fra sped- og småbarnsalder
- Tourettes syndrom
- Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom

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

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

BUP må også ha kompetanse i:

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

3.5.2 Spisskompetanse

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

Områder som krever spisskompetanse er:

- Nevropsykologisk funksjonskartlegging
- Pasienter i alvorlig selvmordsfare som trenger behandling i døgnenhet
- Alvorlig psykoselidelse og bipolaritet som trenger behandling i døgnenhet
- Utredning og behandling av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse med alvorlig komorbiditet
- Behandling av tvangslidelser
- Alvorlig spiseforstyrrelse
- Utredning og behandling av spedbarn med alvorlig funksjonstap
- Utredning og behandling av alvorlig funksjonstap grunnet traumer og personlighetsforstyrrelser
- Unge overgripere

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

Frem mot 2025 skal det meste av behandlingen fortsatt skje poliklinisk. Psykisk helsevern for barn og unge skal tilby polikliniske tjenester, dag- og døgnbehandling. Barn og unge skal ha ambulante tjenester, akuttjenester og tilbud om digitale helsetjenester. Alle lokale poliklinikker i Helse Nord skal ha kompetanse på utredning og kunnskapsbasert behandling av de vanligste psykiske lidelser, samt behandling av mer lavfrekvente lidelser i samarbeid med spesialiserte enheter.

Barn og unge ønsker helsehjelp som kan kombineres med skolegang og hverdagsliv. For å møte barn og unges behov, må det særlig satses på å utvikle digitale helsetjenester og øke tilgjengeligheten til hjelp i skole og helsestasjon. Ruskompetansen må styrkes slik at også barn og unge med begynnende rus- og avhengighetsproblematikk får tidlig hjelp. Tilbudet til sped- og småbarn må videreutvikles slik at kompetansen på de aller minste barna finnes i alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Barn og unge i barnevernets omsorg må sikres bedre tilbud for psykiske helsevansker og rusmisbruk.

4. Pasientens helsetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB

Mellom ti og tjue prosent av befolkningen får en rus- eller avhengighetslidelse i løpet av livet.⁷⁰ Rus- og avhengighetslidelser medfører betydelige helseutfordringer som berører enkeltindivider, pårørende og samfunnet, og bidrar til kortere forventet levealder.⁷¹ Opp mot en femtedel av alle innleggelses i somatiske sykehus er forårsaket av rusmiddelbruk.⁷² Rus og avhengighet er for mange kroniske lidelser som krever langvarig behandling og oppfølging.⁷³ Rusavhengige med omfattende hjelpebehov har store utfordringer med somatisk og psykisk sykdom, mangel på egnet bolig og med å mestre hverdagen.⁷⁴ Mange pasienter trenger bistand for å følge opp og gjennomføre behandling. Sammenhengende pasientforløp krever derfor tiltak på flere nivå.

Alkoholmisbruk er den nest viktigste faktoren for tap av friske leveår og den hyppigste forekommende ruslidelsen i Norge.⁷⁵ Rusmiddelbruk skader omgivelsene og vold utøves ofte av personer som er alkoholpåvirket, også i nære relasjoner.⁷⁶ Narkotikabruk er nært forbundet med høy sykkelighet og dødelighet. LAR-behandling beskytter i særlig grad mot overdosedødsfall, og har bidratt til en betydelig nedgang i kriminalitet, generell sykkelighet og dødelighet, samt bedre svangerskapsomsorg og helse for gravide.⁷⁷

4.1 Fagfeltets organisering og struktur

I Helse Nord er TSB-tilbudet ulikt organisert. Enkelte helseforetak har egne ruspoliklinikker eller rusteam, andre helseforetak har lagt TSB til psykisk helsevern. Pasientbehandlingen skjer hovedsakelig gjennom døgntilbud, og i mindre grad poliklinisk enn landsgjennomsnittet.⁷⁸ Helseforetakenes vurderingsinstanser kan henvise både til eget tilbud i eget helseforetak, til private institusjoner som har avtale med Helse Nord RHF, eller til døgntilbud i annet helseforetak i Helse Nord. Vurderingsinstansene vurderer hvilket tilbud som er best egnet ut fra henvisning. TSB har institusjonsplasser hvor rusavhengige, inklusiv gravide, kan holdes tilbake uten eget samtykke.⁷⁹

TSB har egen prioriteringsveileder og nasjonale retningslinjer. I 2012 ble rus- og avhengighetsmedisin en legespesialitet og det er etablert en nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet.⁸⁰ TSB arbeider med sosiale aspekter som ellers ikke behandles i somatisk akuttmedisinsk tenkning. Det favner om medisin-, psykologi-, helse- og sosialfaglig behandling, akutt og elektiv avrusning, utredning, kort- og langtids-rus-/avhengighetsbehandling og LAR - legemiddelassistert rehabilitering.

Private avtalepartnere

I Helse Nord står private institusjoner for om lag halvparten av døgntilbudet innen TSB. Offentlige og private institusjoner samarbeider til en viss grad. I fremtiden blir det behov for et tettere samarbeid om pasientforløp, fagutvikling og styrking av

kompetanse. Flere forpliktende arenaer for samarbeid og kvalitetsutvikling må etableres, da det er vesentlig for å videreutvikle tjenesten og differensiere tilbudet til pasientene. Slike spørsmål er det naturlig å drøfte i en fagplan for TSB.

4.2 Bruker- og pårørendemedvirkning i TSB

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

Nasjonale brukerundersøkelser for døgnopphold viser at pasienter i Helse Nord gir gjennomgående god tilbakemelding på behandling fra både private og offentlige institusjoner. Tilbakemeldingene er likevel at det bør arbeides mer med å forberede pasientene på utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse. Samarbeidet med pårørende kan også forbedres.⁸¹ Behandling og oppfølging av pasienter med avhengighetslidelser bør ha et familieperspektiv som sikrer at hele familien blir ivaretatt og at pårørende blir involvert. Familieorientert arbeid bygger på et tillitsfullt og forpliktende samarbeid med pårørende.⁸² Tidlig, god og tilpasset behandling og systematisk oppfølging som involverer pårørende kan bidra til å hindre forverring og legge til rette for forbedringsprosesser.

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

Brukerstyrte tilbud er tilbud hvor brukeren selv vurderer sitt innleggelsesbehov. Tilbudet skal gjøre innleggelse i spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig og være med på å gi pasienter beskyttelse, struktur og følelse av kontroll.⁸³ Tidlig intervensjon gjennom tilbud om brukerstyrt seng kan forebygge tilbakefall og varig rusmiddelbruk.⁸⁴

4.3 TSB i Helse Nord frem mot 2025

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

Frem mot 2025 må DPS ha innarbeidet rusbehandling i poliklinikker, ambulante tilbud og døgnenheter. Samorganisering mellom TSB og psykisk helsevern bidrar til god og gjensidig nytte av ressurser. For å ivareta TSB-faglig kompetanse, fagutvikling og veiledning, må det etableres egne enheter med overordnet og særskilt ansvar for TSB i helseforetakene. TSB skal være en del av ambulante team og døgnavdelinger for å sikre

en forsvarlig akutfunksjon i DPS. TSB må bygge ut det polikliniske tilbudet og satse mer på behandlingsforberedende polikliniske tiltak for å avklare behov, styrke pasientmedvirkningen og finne riktig tilbud. Pasienter i TSB trenger bedre oppfølging etter utskrivelse for å forlenge effekten av døgnbehandling.

Den nye opptrappingsplanen for rus og avhengighet fra november 2015 fremhever tre innsatsområder: Tidlig innsats, behandling og oppfølgingstjenester etter behandling. Planen er primært rettet mot kommunene og legger derigjennom føringer for spesialisthelsetjenestens arbeid og organisering.⁸⁵

Samhandling med somatiske avdelinger

Somatiske avdelinger har stort innslag av pasienter med rusrelaterte lidelser. Underliggende rusproblemer må avklares, slik at pasienter får tilbud om behandling i TSB. Tidlig rusintervensjon kan forebygge eller forhindre at ruslidelsen videreutvikler seg og forverres, samt forebygge nye somatiske skader. Det må alltid vurderes tilsyn fra TSB for pasienter i somatiske avdelinger ved mistanke om ruslidelse. Fokus må særlig rettes mot alkoholmisbruk ettersom det er mest utbredt.

Samhandling og samarbeid

Pasienter med sammensatte og samtidige behov trenger hjelp fra en sammenhengende helsetjeneste, med etablerte samarbeidsstrukturer på tvers av omsorgsnivå og fagområder. Aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen brukes flere steder i Norge. Modellen er implementert som et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet fører til at ACT-teamene kan levere både spesialisert helsehjelp og kommunale tjenester samtidig. Evaluering har vist at ACT-team oppnår svært gode resultat vurdert i forhold til redusert bruk av tvang, minket behov for innleggelse og bedret funksjonsnivå.⁸⁶ Denne samhandlende måten å organisere behandling på kan også anvendes på andre pasientgrupper og i mindre opptaksområder i form av funksjonell ACT – FACT. Arbeidsformen bør tas i bruk flere steder i Helse Nord. TSB må, som del av behandlingen, legge til rette for deltakelse i skole og arbeidsliv. For å få det til, må det etableres gode samhandlingsstrukturer med kommuner og NAV.

Akutttilbud

Der er behov for å utvikle akutte tjenester til pasienter innen TSB. Akutttilbudet skal være forbeholdt alvorlige tilstander som fare for eskalering og utvikling av mer alvorlig rusproblematikk, fare for tilbakefall og ved behov for rask reoppstart av LAR. Pasienter med alkoholintoksikasjon skal fortsatt legges inn i somatisk avdeling, men bør vurderes av TSB for eventuell videre oppfølging.

4.4 Tjenestens kompetansebehov

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

4.4.1 Basiskompetanse TSB

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

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

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

4.4.2 Spisskompetanse TSB

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

Områder som krever spisskompetanse er:

- Nevropsykologisk funksjonskartlegging
- Avrusning, nedtrapping og stabilisering
- Forebyggende familiebehandling
- Kortvarig stabilisering og behandling (4-6 uker)
- Behandling av pasienter med ruslidelser som har behov for innleggelse utover 4-6 uker
- Pasienter innlagt etter helse- og omsorgsloven § 10-2
- Pasienter innlagt etter helse- og omsorgsloven § 10-3
- Behandling av gravide med ruslidelser

- Inntaksvurdering/oppstart av legemiddelassistert rehabilitering og bytte av substitusjonsmedikament (switch)
- Pasienter med ruslidelser og samtidig nedsatt kognitivt funksjonsnivå

4.5 Oppsummering – TSB frem mot 2025

Frem mot 2025 skal samorganiseringen mellom TSB og DPS fullføres. Det skal sikre pasienter i TSB tilgang til polikliniske tjenester, ambulante tjenester og akuttjenester gjennom døgnet. Det polikliniske tilbudet må bygges ut slik at pasienter i Helse Nord får samme tilgang til polikliniske tjenester som i landet før øvrig. Den polikliniske utbyggingen må styrke pasientenes for- og ettervern. Pasienter i TSB trenger et godt samarbeid med somatisk helsevesen og kommunene for å sikres gode tjenester. ACT/FACT-team er en organisering som legger til rette for god samhandling med kommunale tjenester. Fagfeltet må sikres tilstrekkelig antall leger og psykologer med spesialisering i fagfeltet. Det skal utarbeides en regional fagplan for TSB som skal beskrive innhold, organisering og kapasitet i tjenestetilbudet i dag, samt gi forslag til endringer for å møte utfordringene i feltet frem mot 2025.

5. Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser

Psykisk helsevern for voksne favner om et bredt spekter av psykiske lidelser, fra moderat angst og depresjon til sikkerhetspsykiatri. Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser skal være basert på en åpen tilnærming til pasientens behov, med vekt på erfaringskompetanse og medvirkning. En grunnleggende holdning skal være å møte pasienten med en sosial og kontekstuell forståelse av funksjon, erfaring, opplevelse og mestring.

5.1 Fagfeltets organisering og struktur

Helse Nord har i dag 14 DPS som ivaretar allmenne tjenester innen psykisk helsevern for voksne. DPS utreder og behandler de fleste psykiske lidelser, og skal også fremover være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. De fleste DPS i Helse Nord har voksenalderpsykiatrisk poliklinikk med allmennpsykiatrisk kompetanse, ambulant akutteam og en eller flere døgnenheter. Poliklinisk behandling er mest utbredt. Omtrent 16 prosent av pasientene mottar døgnbehandling.⁸⁷ I Helse Nord ytes det meste av virksomheten i psykisk helsevern for voksne ved DPS og DPS står for 60 prosent av ressursene på regionnivå.

40 prosent av ressursene på regionnivå går til sykehusfunksjoner i psykisk helsevern (spesialpsykiatri), sentralisert til UNN og Nordlandssykehuset. Sykehusfunksjonene omfatter akuttfunksjoner med plikt til øyeblikkelig hjelp, behandling av pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern, pasienter som trenger opphold i lukket avdeling og regionale enheter for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og psykoser. For å sikre likeverdige tjenester til alle pasientgrupper, er det behov for et differensiert og tilstrekkelig tilbud i DPS og sykehus. Nasjonale prioriteringer har over år omstilt tjenesten fra bruk av døgnbehandling til poliklinisk behandling. Dette har ført til en reduksjon av døgnkapasiteten i sykehusavdelinger i Helse Nord. Ytterligere reduksjon må derfor vurderes nøye slik at tilbudet til de mest sårbare pasientgruppene ikke reduseres ytterligere uten at det gjennomføre en konsekvensanalyse.

Nasjonale og regionale funksjoner

Helse Nord har et nasjonal kompetansesenter - SANKS, og regionale funksjoner for spiseforstyrrelser ved Regional enhet for spiseforstyrrelser. I tillegg er behandlingen av tvangslidelser (OCD) regionalisert og psykiatrisk innsatsteam (PIT) har regional funksjon for pasienter med psykiske lidelser og samtidig psykisk utviklingshemming. Fra høsten 2016 opprettes et regionalt medikamentfritt behandlingstilbud ved UNN.

Avtaler med private

Helse Nord RHF har avtale med Viken senter om 40 sengeplasser for familiebehandling, traumelidelser, kognitiv behandling og eksistensielle lidelser. Helse Nord RHF har i dag driftsavtaler med praktiserende lege- og psykologspesialister tilsvarende 30 årsverk.

Avtalespesialistenes virksomhet står for 20 prosent av den polikliniske aktiviteten i Helse Nord.

5.2 Brukermedvirkning

Behandlingstilbudet i psykisk helsevern for voksne må utvikles i samarbeid med pasienter, brukere og pårørende. Brukerorganisasjonene har en sentral rolle i å forvalte erfaringskompetanse, brukerperspektiv og pårørendeperspektiv og erfaringskonsulenter bringer brukerens erfaringer inn i behandlingen.⁸⁸ Pasienter i psykisk helsevern skal oppleve at brukerkompetansen er verdsatt og har en sentral plass i behandlingen. Behandlingen skal vektlegge pasientens selvopplevde behov og tidligere erfaringer, og bistå pasienten i å ta informerte valg om egen behandling. Brukermedvirkning skal ha en egenverdi, sammen med autonomi, likeverd og vern om personlig integritet. Det grunnleggende prinsippet om frivillighet skal ligge til grunn for behandling. Tilgjengelige tilbud, tidlig intervensjon og brukerstyring kan redusere bruk av tvang. Brukererfaringer og tjenesteevalueringer i et brukerperspektiv skal brukes i planleggingsarbeid og kvalitetsutviklingsarbeid. Brukerstyrte senger er et tilbud som øker pasientenes valgmulighet, i tillegg til retten til fritt behandlingsvalg som trådte i kraft fra 1. november 2015.

5.3 Psykisk helsevern for voksne i Helse Nord frem mot 2025

Pasientens helsetjeneste frem mot 2025 skal tilby utredning og behandling av de mest utbredte lidelsene ved DPS, mens sjeldne og særlig kompliserte tilstander skal ivaretas i spesialiserte sykehusavdelinger. Alle DPS skal ha akuttjenester tilgjengelig gjennom hele døgnet og et differensiert døgntilbud til de pasienter som trenger innleggelse som del av behandlingen. Det er flere DPS i Helse Nord som har små døgneheter med få senger. For å sikre tilstrekkelig kvalitet til de ulike pasientgruppene bør det vurderes om tilbudet skal organiseres gjennom et samarbeid mellom de ulike DPS innen hvert helseforetak. Døgneheter skal blant annet ivareta akutttilbud til pasienter, brukerstyrte senger, tilbud til pasienter med psykose, alvorlige depresjoner, pasienter med mye angst og traumepasienter. For å sikre pasienter et likeverdig tilbud må tilbudet differensieres. Alle pasientgrupper bør ikke samles i en døgnet.

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

Digitale helsetjenester bør videreutvikles for å utveksle kompetanse, utrede og behandle over avstander. Det gjør tjenesten mer tilgjengelig for pasientene, og bidrar til å spre spesialistkompetanse, som i DeVaVi-prosjektet. Etter hvert som digitale helsetjenester blir mer utbredt, vil bruken av internettbaserte behandlingsmoduler som for eksempel

eMeistring⁸⁹ og MoodGym⁹⁰ i større grad brukes som supplement til tradisjonell behandling.

Økt frivillighet, redusert og riktig bruk av tvang

Det er et overordnet mål at psykiske helsetjenester i størst mulig grad skal være basert på frivillighet. Psykiske helsetjenester skal ha en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minstenivå, og det skal aldri brukes tvang som ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter. Helse Nord har en regional plan for riktig og redusert bruk av tvang,⁹¹ og UNN og Nordlandssykehuset har utarbeidet lokale planer. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er i Oppdragsdokumentet for 2016 bedt om å ferdigstille lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang.⁹² Arbeidet med å øke frivillighet ved innleggelse, bedre bruker- og pårørendemedvirkning og samhandling med kommunene må videreføres også i årene fremover.

Sikkerhetspsykiatri

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

Medikamentfritt behandlingstilbud

Høsten 2016 etableres et regionalt medikamentfritt døgntilbud ved UNN. Tilbudet er utformet i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Fagpersoner fra UNN har sammen med brukersiden utformet rammene for tilbudet og fastsatt at målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser som tradisjonelt har blitt medikamentelt behandlet, det vil si pasienter med psykose- og bipolare lidelser.⁹³ Ettersom det er lite erfaringsgrunnlag for et medikamentfritt behandlingstilbud, vil tilbudet fortløpende evalueres og bli gjenstand for følgeforskning. I tillegg er det behov for å utvikle en behandlingsskjede med redusert medikamentbruk for personer som ønsker behandling med mindre bruk av medisiner.

Utviklingshemning og psykiske lidelser

Personer med kognitiv svikt og utviklingshemning har større forekomst av psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen.⁹⁴ Tilbudet består i dag av ordinært tjenestetilbud med tilleggstjenester fra habiliteringstjenesten og psykiatrisk innsatsteam (PIT) ved Nordlandssykehuset. PIT har en regional funksjon, og yter sammen med habiliteringstjenesten ambulante og polikliniske tjenester i pasientens hjemmemiljø.⁹⁵ For å sikre pasientgruppen en god behandlingsskjede, bør arbeidsdelingen mellom

psykisk helsevern og habiliteringstjenesten avklares i det enkelte helseforetak. Helse Sør-Øst og Helse Vest har egne døgntilbud. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har vurdert at det er behov for egne høyspesialiserte døgnplasser for pasientgruppen i Helse Midt-Norge. Helse Nord bør derfor opprette et spesialisert døgntilbud til pasientgruppen og gjøre tilbudet egnet for ungdom ned til 15 år.

5.4 Tjenestens kompetansebehov

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

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

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

5.4.1 Basiskompetanse i psykisk helsevern for voksne

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

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

Basiskompetanse ved alle DPS er:

- Moderat til alvorlig angst
- Utredning av tvangslidelser
- Moderat til alvorlig depresjon
- Symptomer på psykoseutvikling og psykoselidelser

- Bipolare lidelser
- Personlighetsforstyrrelser
- Spiseforstyrrelser
- ADHD med betydelig nedsatt funksjonsnivå
- PTSD og andre alvorlige reaksjoner på traumer, kriser og katastrofer
- Rus- og avhengighetslidelser
- TUD (tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold)
- Alderspsykiatriske tilstander

I tillegg forutsettes kompetanse i:

- Vurdering av selvmords- og voldsrisiko
- Kompetanse på utredning og behandling av pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming
- Recovery-baserte tilnærminger, inkludert samvalg (shared decision making)
- Familie- og pårørendearbeid
- Nettverksarbeid og samhandling
- Kunnskap om hvilke aktører og tjenester som finnes utover eget tilbud

5.4.2 **Spisskompetanse i psykiske helsevern for voksne**

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

Kompetanse i sentraliserte sykehusfunksjoner:

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

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

5.5 Utviklingsområder psykisk helsevern for voksne mot 2025

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

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

6. Sluttnoter

¹ Statsbudsjettet 2011

² Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. DOI :10.1787/9789264208445-en

³ Folkehelse rapporten 2014. Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=110865>

⁴ I følge rapporten *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* (20.11.12) kunne 23 % av innleggelsene vært unngått ved en optimal tilrettelegging i kommunalt tilbud.

⁵ [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61213-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61213-7.pdf)

⁶ Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Kessler et al. Archives of general psychiatry 62(6)2005.

⁷ <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1> Basert på statistikk fra de øvrige nordiske landene.

⁸ <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1>

⁹ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Meld. St. 11 (2015-2016)

¹⁰ Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Helsedirektoratet 2014.

¹¹ <http://www.fhi.no/tema/selvsmord/fakta-om-selvsmord>

¹² Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Helsedirektoratet 2014.

¹³ *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECDiLibrary [online].*

Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>

¹⁴ NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

¹⁵ Nasjonal strategigruppe II sin anbefaling er en 60/40-fordeling mellom DPS og sykehus.

[http://www.helse-midt.no/Helse-](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%202.pdf)

[Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%202.pdf](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%202.pdf)

¹⁶ Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. St. Meld. St. 26 (2014-2015).

¹⁷ Basert på Chronic Care Model, en pasientsentrert behandlingsmodell som ble presentert i *Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen* (2012:25) og som verktøyet *Mine behandlingsvalg* er basert på. Mer informasjon om Mine behandlingsvalg her:

<https://minebehandlingsvalg.unn.no/>

¹⁸ Jf Helse Nords kvalitetsstrategi 2015.

¹⁹ Definisjonen er hentet fra Kunnskapscenteret: <http://www.kunnskapscenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>

²⁰ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

²¹ Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008); *...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*; Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fra 2003: "...sammen om psykisk helse.

²² Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020: Facing The Challenges, Building Solutions. WHO Europe 2005.

²³ Utkast – Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020. Det gode pasientforløp.

²⁴ Prosjekt Hindre DropOut fra rusbehandling, Nasjonal kompetansetjeneste TSB. I følge prosjektet er andelen drop-out 23 – 50 % fra poliklinisk tilbud i TSB, med høyest andel blant unge.

²⁵ *Alliance in individual psychotherapy*. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D, Psychotherapy 2011, vol 48, no 1, 9 - 16

²⁶ Barn som pårørende. Folkehelseinstituttet 2011.

²⁷ <http://www.helse-nord.no/barn-som-paerørende/category23640.html>

²⁸ Denne definisjonen er basert på "Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice" som Norsk psykologforening sluttet seg til i 2007.

²⁹ <https://helsedirektoratet.no/nfr>

³⁰ Review and metaanalysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A. & Findling, R. L. Bipolar Disord, 7(6), 2005.

³¹ Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. Jensen-Doss & Weisz, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 76 (5), 2008.

³² Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. Hawley, K. M. & Weisz, J. R. Journal of clinical child and adolescent psychology, American Psychological Association 2005.

³³ <http://www.psykiatrien.rm.dk/fagfolk/behandlingspakker/>

-
- ³⁴ <http://www.kvalitetsregistre.no/nytt/fem-nye-nasjonale-medisinske-kvalitetsregistre-article2465-157.html> Registeret bygger på behandlingsregistret EdNOR utviklet ved Nordlandssykehuset. Oversikt over alle nasjonale kvalitetsregistre finnes her: <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>
- ³⁵ Meld. St. 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*
- ³⁶ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+selvmord+i+akuttpsykiatriske+d%C3%B8gnavdelinger.11.cms>
- ³⁷ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+overdosed%C3%B8dsfall+etter+utskrivelse+fra+institusjon.1416.cms>
- ³⁸ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Samstemming+av+legemiddellister.16.cms>
- ³⁹ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>
- ⁴⁰ Wolpert, Deighton, Fleming & Lachman, 2014 - Adm Policy Ment Health
- ⁴¹ Modellen er oversatt og bearbeidet av psykologspesialist Jon Tomas Finnson.
- ⁴² <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Styredokumenter/2015/Styresak%2046-2015-4%20Forskningsstrategi%20i%20Helse%20Nord%202016-2020%20-%20plan%20for%20arbeidet.pdf>
- ⁴³ St. Meld. Nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen definerer samhandling som "et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evne til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte."
- ⁴⁴ I utgangspunktet er målgruppen pasienter med bipolare og psykoselidelser, noe som krever et opptaksområde av en viss størrelse. I senere tid er ACT-tanken utvidet til FACT, fleksibelt oppsøkende behandlingsteam der teamet også gir et tilbud til pasienter med andre lidelser. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>
- ⁴⁵ <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbst%C3%B8tte-ips>
- ⁴⁶ <http://www.nordlandssykehuset.no/kom-i-jobb/category39407.html>
- ⁴⁷ <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-divisjon/emeistring/Sider/omeistring.aspx>
- ⁴⁸ https://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=192993
- ⁴⁹ <http://helsekompetanse.no/kurs/devavi>
- ⁵⁰ E-terapi er manualbasert terapi som foregår kun elektronisk. Et eks. er MoodGym, som er kognitiv behandling mot depresjon <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>
- ⁵¹ Terapeut og klient på kontor. Eks. "Spek et al. conducted a meta-analysis of 12 randomized controlled trials of Internetbased CBT programs for symptoms of depression and anxiety. Overall, the authors concluded that their analysis indicated that Internet-based interventions are effective, especially those with therapist involvement."
- ⁵² https://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=192993
- ⁵³ <https://helsenorge.no/>
- ⁵⁴ Plan for Helse Nord 2016 – 2023: side 32/Strategiplan for Finnmarkssykehuset HF 2015/2030
- ⁵⁵ Spesialistlegesenteret, SANKS-enhetene innen psykisk helsevern, psykisk helsevern for barn og unge og TSB
- ⁵⁶ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) St meld nr 11 2015.
- ⁵⁷ HUNT-undersøkelsen
- ⁵⁸ Nasjonale kunnskapssenter om vold og traumatisk stress <http://www.nkvts.no/Pages/Index.aspx>
- ⁵⁹ (<http://napha.no/content/13609/-Ma-gi-bedre-hjelp-til-traumatiserte-flyktninger>)
- ⁶⁰ Psykisk syke lever kortere. L Lien, G Huus og G Morken. Kronikk i Tidsskrift for den norske legeförening nr 3/2015. <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1>
- ⁶¹ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015
- ⁶² Ved planperiodens start – 2016.
- ⁶³ Metode for brukermedvirkning fra Voksne for Barn: <http://www.vfb.no/no/vi-tilbyr/barn-og-unges-medvirkning/medvirkning-i-praksis/metoder/>
- ⁶⁴ Bruker Spør Bruker evaluering – «Din Stemme teller» <http://www.brukererfaring.no/> <http://kbtmidt.no/nb/nyheter/336-rapporten-fra-min-stemme-teller-er-ute>
- ⁶⁵ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015.
- ⁶⁶ Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, 2015.
- ⁶⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-22/id587673/?q=&ch=2>

-
- ⁶⁸ Jf. definisjonen i prioriteringsveilederen
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/239/Prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-IS-1581.pdf>
- ⁶⁹ Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge. Helsedirektoratet IS-1581.
- ⁷⁰ Folkehelse rapporten 2014, Folkehelseinstituttet
- ⁷¹ Psykisk syke lever kortere, Tidsskrift for Den norske legeforening Nr 2 2015
- ⁷² I følge Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- ⁷³ Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS rapport nr 2/2004, Alver med flere, side 9
- ⁷⁴ Stortingsmelding 30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012): side 74
Stortingsmelding 30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012): side 15
- ⁷⁶ Et liv uten vold, Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014 – 2017, Justis og beredskapsdepartementet
- ⁷⁷ Folkehelse rapporten 2014, Folkehelseinstituttet
- ⁷⁸ SAMDATA 2014
- ⁷⁹ Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/rus/rusbehandling-i-spesialisthelsetjenesten/id439355/>
- ⁸⁰ Nasjonal kompetansetjeneste for TSB ble opprettet i 2013 etter initiativ fra HOD.
- ⁸¹ Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling PasOpp-rapport 2013/2014
- ⁸² Sammen om mestring, IS-2076 Helsedirektoratet 2014
- ⁸³ Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Stortingsmelding 30 (2011-2012): side 89
- ⁸⁴ Evaluering ved innføring av brukerstyrte plasser ved Jæren distriktspsykiatriske senter viser at pasientene var svært tilfreds med tilbudet og den økte tilgjengeligheten gav mindre døgnforbruk. Samlet innleggelsestid falt med 33 % etter innføring av brukerstyrt tilbud. (Heskestad S, Tytlandsvik M Brukerstyrte kriseinnleggelse ved alvorlig psykiske lidelse Tidsskrift for Den norske legeforening nr 1, januar 2008)
- ⁸⁵ Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020. Prop. 15 s. Helse- og omsorgsdepartementet.
- ⁸⁶ Utprøving av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene? Nasjonal kompetansetjeneste ROP 2014
- ⁸⁷ Aktivitetsdata for psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Helsedirektoratet rapport 4/2015.
- ⁸⁸ Meld. St. 11 (2015-2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)
- ⁸⁹ <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/psykiatrisk-divisjon/emeistring/Sider/side.aspx>
- ⁹⁰ <http://www.moodgym.no/>
- ⁹¹ http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Psykisk%20helse/Regional_plan_for_reduisert_og_riktig_bruk_a_v_tvang_i_Helse_Nord_01032012.pdf
- ⁹² <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Styredokumenter/2016/Styresak%205-2016%20Oppdragsdokument%202016%20til%20helseforetakene.pdf>
- ⁹³ <http://www.helse-nord.no/aktuelt/helse-nord-opprettet-medikamentfritt-dogntilbud-innen-psykisk-helse-article138010-19948.html>
- ⁹⁴ Even Myrbakk 2008 -
- ⁹⁵ Regional handlingsplan for habilitering 2014–2017-

Regionale funksjoner innen sikkerhetspsykiatri i Helse Nord

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

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

Dato: Januar 2016

Innholdsfortegnelse

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

1. Innledning

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

1. Regional sikkerhetsavdeling

2. Regionalt kompetansesenter

Arbeidsgruppen har bestått av:

May Anne Brand, Regionalt brukerutvalg
Ulrika Larsson, overlege, Konserntillitsvalgt
Ragnhild Nilsen, enhetsleder, Finnmarkssykehuset
Per Rørvik, UNN, overlege, UNN
Else-Marie Molund, psykologspesialist, UNN
Knut Kjerpeseth, overlege, Nordlandssykehuset
Marthe Bjørgum, enhetsleder, Nordlandssykehuset
Sidsel Forbergskog, rådgiver, Helgelandssykehuset
Raymond Dokmo, medisinskfaglig rådgiver, Helse Nord RHF
Frank Nohr, rådgiver, Helse Nord RHF

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

2. Sammendrag

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

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

3. Bakgrunn

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

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

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

3.1 Regionale avdelinger

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

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

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

3.2 Regionale kompetansesentre

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

¹ St meld nr. 25:99

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

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

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

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

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

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

Kompetansesentrene får årlig øremerkede tilskudd over statsbudsjettet.

4. Dagens status i Helse Nord

4.1 Lokal sikkerhetsavdeling ved Nordlandssykehuset⁸

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

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

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

Målgruppe

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

⁵ SIFER.no, http://sifer.no/om_sifer

⁶ SIFER.no, http://sifer.no/om_sifer

⁷ SIFER. no, http://sifer.no/om_sifer

⁸ Utarbeidet etter utkast fra representantene i arbeidsgruppen fra Nordlandssykehuset

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

4.2 Lokal sikkerhetsavdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge⁹

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

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

4.2.1 Målgruppe

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

4.3 Kompetansesenter i Midt/Nord

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

⁹ Utarbeidet etter utkast fra representantene i arbeidsgruppen fra UNN

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

5. Fremtidige behov

5.1 Observasjoner etter § 167 i straffeprosessloven

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

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

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

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

5.2 Regional sikkerhetsavdeling

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

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

5.2.1 Gjestepasientkostnader

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

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

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

5.2.2 Innleggelser etter § 167 ved Brøset

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

5.2.3 Utvikling av antall dømte til tvunget psykisk helsevern

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

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

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

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

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

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

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

¹² Representanter i arbeidsgruppen fra UNN/Nordlandssykehuset

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

5.3 Regionalt kompetansesenter

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Vurdering

6.1 Regional sikkerhetsavdeling

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

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

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

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

6.2 Regionalt kompetansesenter

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

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

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

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

7. Konklusjon

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

Vurdering fra arbeidsgruppen

Lokal sikkerhetsavdeling ved UNN HF og NLSH HF samarbeider godt om pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Begge fagmiljø gir et differensiert behandlingstilbud, med visse ulikheter i idelogi, praksis og lokaler.

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

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

Vurdering fra arbeidsgruppen

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

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

Vedlegg 2:

Oversikt over prosjektdeltakere

Mandat

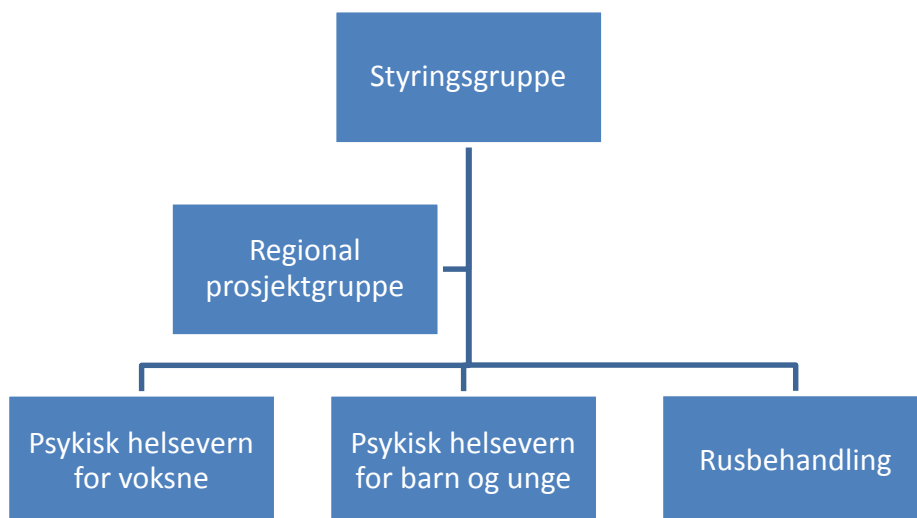
Planen skal bidra til å gi befolkningen i Helse Nord tilgang til likeverdige og tilstrekkelige spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne og TSB. Arbeidet skal bidra til å realisere Helse Nord's mål om god kvalitet og pasientsikkerhet, gi effektiv ressursutnyttelse og oppfylle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

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

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

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

Prosjektorganisering og sammensetning



Figur 1: Prosjektorganisering og struktur

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

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

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

Tre arbeidsgrupper har hatt ansvar for hvert sitt fagområde.

Arbeidsgruppen for psykisk helsevern for voksne har bestått av:

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

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

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

Arbeidsgruppen for rusbehandling har bestått av:

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

Forankringsarbeid og prosessbeskrivelse

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

Referanser

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

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

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

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

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

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

Barn som pårørende. Helsedirektoratet 2011.

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

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

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

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

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

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

Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for barn og unge. NOU 2009:22. Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. Jensen-Doss & Weisz, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 76 (5), 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. NTNU/Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern. Skriftserien til regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern. RKBU Midt-Norge, rapport 5/2016.

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

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

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

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

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

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

Fra stykkevis til helt. Helse- og omsorgsdepartementet 2005

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

Glemsk, men ikke glemt! Sosial- og helsedirektoratet 2007

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

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

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

Helse på barns premisser. Barneombudets fagrappport 2013.

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

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

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

Kowatch, Youngstrom, Danielyan & Findling, 2005

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

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonellova). LOV 1999-07-02-64.
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). LOV 2011-06-24-30.
Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukarrettslova). LOV-1999-07-02-63.
Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap 3, Rett til medvirkning og informasjon
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetenestelova). LOV 1999-07-02-61.
Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020: Facing The Challenges, Building Solutions. WHO Europe 2005.
Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet 2013.
Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: sammensatte tjenester – samtidig behandling. Helsedirektoratet 2012.
Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Meld. St. 11 (2015-2016)
Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve» Helsedirektoratet 2014.
Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. Arbeidsgruppe II, Utvikling og oppbygging av distriktpsikiatriske sentre - arbeidsdeling og ressursdeling mellom DPS og sykehus. 2010.
Nettbasert kognitiv behandling. Norsk helseinformatikk: <http://nhi.no/forside/nettbasert-kognitiv-behandling-45451.html>
Nøkkeltall befolkning. SSB.no 2015
OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECDiLibrary [online]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>
Oppdragsdokument 2015. Helse Nord RHF 7.1.2015
Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008).
Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020). St prp 15 s. Helse- og omsorgsdepartementet.
Organisering og praksis i ambulante akutteam i distriktpsikiatriske sentre. Helsedirektoratet rapport 2014.

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

Prosjekt Hindre DropOut fra rusbehandling, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern, 2015.
Psykisk syke lever kortere. L Lien, G Huus og G Morken. Kronikk i Tidsskrift for den norske legeforening nr 3/2015. <http://tidsskriftet.no/article/3289159/#reference-1>
Pårørende – en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Helsedirektoratet 2008.
Real-Time (Synchronous) Telehealth in Primary Care: Systematic Review of Systematic Review A. Deshpande., S. Khoja, A. McKibbon, and A. R. Jadad, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2008.
Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. NAHPA. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport 4/2013.

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

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

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

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

Riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helse og rus. Handlingsplan for Nordlandssykehuset HF. Nordlandssykehuset 2015.

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

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

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015.

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

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

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

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

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

Selvmord. Faktaside Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/tema/selvmord/fakta-om-selvmord>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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