

Fra: Kiersch Stephen Anselm[Stephen.Anselm.Kiersch@finnmarkssykehuset.no]
Dato: 15.04.2016 11:14:29
Til: RHF-Postmottak
Kopi: Hansen Wenche; Kechter Robert
Tittel: høringsinnspill utviklingsplan psykisk helsevern og TSB

Hei

Her mine innspill til planen i rødt:

3.5.1 Basiskompetanse

Alle lokale BUP skal ha et tilbud for:

- Alvorlig angst og moderat tvangslidelse

Så vidt jeg er orientert så vil OCD teamene helst ha alle pasienter med tvang, også de lette og moderate, fordi det er risiko at de kan bli til alvorlig tvang innenfor kort tid hvis det ikke kommer i spesialisert behandling ganske fort. Dessuten blir behandlingen vanskeligere hvis men starter med eksponering uten å ha god nok kompetanse og mengdetrening i det.

Jeg vil foreslå at dette avklares med OCD teamene mer nøye om de er enige at BUP skal ha «tilbud til moderat tvangslidelse». I tviler på at det er riktig.

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:

- Utredning og behandling av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse

Dette er ikke lavfrekvent. Det kan BUPene gjøre. De har folk som kan ADOS og ADI. Det sår også som basiskompetanse hos BUPene.

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:

- Komplekse traumer

Her vil jeg foreslå at punktet blir kalt «komplekse traumer og personlighetsforstyrrelser» eller at personlighetsforstyrrelser nevnes som et ekstra punkt i tillegg. Komplekse traumer er ikke noen ICD10 diagnose, mens personlighetsforstyrrelse er, og det er stor overlapp mellom begge.

Personlighetsforstyrrelse kan diagnostiseres fra 16 år alderen og når ICD11 kommer i 2018 så vil aldersgrense falle helt bort. Det er en debatt blant fagfolkene i Norge om vi bør diagnostisere personlighetsforstyrrelser hos ungdom. Jeg mener at utviklingsplanen bør stille seg nøytral i denne debatten og i det minste åpne opp for muligheten til å gjøre dette. Andre land som Storbritannia har klare prosedyrer for å diagnostisere av personlighetsforstyrrelse hos ungdom. Da er det med i strategiplanene.

Jeg savner et punkt om ø-hjelps tilbud hos BUPene. I andre deler at lande fins det ø-hjelp for barn og ungdom på BUP i dagtid. Det er fullt mulig å ha det også for mindre BUPer hvis man finner fleksible løsninger på dager eller perioder med lav bemanning (ferie). Det er et langt bedre tilbud at disse pasienter blir vurdert av fagfolk i stedet for at de kommer til en legevakt som har mindre kompetanse og mengdetrening til å foreta en suicidalvurdering for ungdom. Dette vil kunne forebygge noen unødvendige innleggelse og forbedre pasientflyten mellom 2. og 3. linje tjenesten. Dessuten er disse ofte kortvarende

innleggelser ikke en god opplevelse for pasienten. Da vil man spare resurser samtidig med at man kan forbedre tjenesten for brukerne.

Mvh

Anselm Kiersch
Overlege, BUP Hammerfest