

Psykisk helsevern for voksne

Distriktpsikiatriske sentre

*- med blikket vendt mot kommunene og
spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*

Heftets tittel: Distriktpsykiatriske sentre
– med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen

Utgitt: 9/2006

Bestillingsnummer: IS-1388

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avd. psykisk helse
Besøksadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Universitetsgaten 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/Trykksaksekspedisjonen
E-post: trykksak@shdir.no

Tlf.: 24 16 33 68 (tirs.–tors. 12–14)
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1388

Grafisk design: Ultimatum Design

Trykk: Nr. 1 Arktrykk, Mysen

Forord

Det overordnede målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse er å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv.

For å bygge opp under dette skal det psykiske helsevern utvikle desentraliserte, tilgjengelige og sammenhengende tjenester av høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov for tjenester.

Hovedgrepet i utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste er å etablere distrikts-psykiatriske sentre (DPS) som skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne.

Oppbygging av DPS er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land og i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (WHO). Vi er nå syv år ute i planperioden. Målet med å etablere DPS over hele landet er i ferd med å bli innfridd og mange er kommet godt i gang med å utvikle et bedre behandlingstilbud. Det er likevel store variasjoner mellom DPS-ene både når det gjelder, bemanning, ressurser i forhold til befolkningsgrunnlag og hvilke typer av tilbud og tjenester de kan tilby. I tillegg oppleves tjenestene mange steder fragmentert med manglende samhandling både innen og mellom de ulike nivåene.

Fortsatt er mesteparten av ressursene og mange oppgaver knyttet til sentraliserte sykehusavdelinger. Det er behov for betydelig fokus på ressurser, omstilling og rollefordeling for at DPS-ene kan bli realisert som forutsatt. Utøvere av tjenestene må gis rammer som gjør det mulig å møte de forventninger som er knyttet til DPS. Dette er en forutsetning for å styrke brukernes tillit til det psykiske helsevern.

Formålet med veilederen er å gi tydelige føringer for videreutviklingen av det desentraliserte psykiske helsevern og å fokusere på utfordringer som er særlig aktuelle for å innfri Opptrappingsplanens intensjoner.


I arbeidet med veilederen har det vært nedsatt arbeidsgrupper på følgende områder; ambulante akuttjenester ved DPS, oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger og dagbehandling ved DPS. Et utkast av veilederen ble drøftet på DPS-lederseminar og i et bredt innkalt høringsmøte i direktoratet, begge i mai 2006. Et utkast er presentert for direktoratets referansegruppe for brukerorganisasjonene. Det har vært bred enighet blant høringsinstansene om hovedlinjene i veilederen.

Gjennomføring av intensjonene i veilederen innebærer til dels betydelige utfordringer. Veilederen henvender seg både til ledere på ulike nivåer, til utøvere og til brukere av tjenestene. Vi håper at veilederen vil være en støtte i det videre arbeidet, gi klarere retning for videreutvikling av tjenestene og bidra til styrking av kvaliteten på den behandling som gis pasientene.

Vi ønsker dere lykke til med arbeidet!



Bjørn-Inge Larsen
Direktør



Gunn-Elin Aa Bjørneboe
Ass.direktør

Innhold

FORORD	3
1. INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn og formål med veilederen	6
1.2 Mål og prinsipper for utforming av psykisk helsevern	7
1.3 Særlige utfordringer i videreutvikling av DPS-ene	9
2. SAMHANDLIG, ANSVAR OG OPPGAVEFORDELING	10
2.1 En sammenhengende tjeneste med god pasientflyt	10
2.1.1 Veien gjennom hjelpeapparatet	11
2.1.2 Et tjenestetilbud med fokus på samhandling	12
2.2 Oppgavefordeling og samhandling mellom DPS og den øvrige spesialisthelsetjeneste	14
2.2.1 Sentraliserte sykehusavdelinger	14
2.2.2 Ruspoliklinikkene	16
2.2.3 Psykisk helsevern for barn og unge	16
2.2.4 Avtalespesialister	17
2.3 Oppgavefordeling og samhandling mellom DPS og kommunale tjenester	18
2.4 Oppgavefordeling og samhandling med andre offentlige instanser	19
3. KJERNEOPPGAVER VED DPS	20
3.1 Akutt- og krisetjenester	22
3.2 Vurdering av henvisninger	24
3.2.1 Prioritering og fristfastsettelse	25
3.3 Poliklinisk behandling	26
3.4 Ambulant behandling	27
3.5 Dagbehandling	28
3.6 Behandling i døgnenhet	30
3.7 Tilbud til personer med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet	33
3.8 Veileder til kommunene	34
3.9 Kontakt med pårørende	35
3.10 Opplæring av pasienter og pårørende	35
3.11 Opplæring og utdanning av helsepersonell	36
3.12 Forskning	37

4.	FAGLIG KVALITET I TJENESTEN	38
4.1	Etablering av gode relasjoner	38
4.2	Krav til utredning og diagnostikk	39
4.2.1	Vurdering av selvmordsrisiko	41
4.2.2	Vurdering av risiko for å være til fare for andre	41
4.3	Krav til behandlingstilbudet ved DPS	42
4.4	Faglig kompetanse ved DPS	43
4.5	Utvikling og vedlikehold av kompetanse	44
5.	DIMENSJONERING, KAPASITET OG BEMANNING	46
5.1	Størrelsen på opptaksområdet	46
5.2	Dimensjonering av døgnplasser	47
5.3	Status for bemanning ved DPS	47
5.4	Ønsket bemanningssituasjon	49
6.	ORGANISERING OG LEDELSE	52
6.1	Organisering	52
6.2	Ledelse og ledelsesutfordringer	53
6.2.1	Rammebetingelser for utøvelse av lederskap	54
6.2.2	Skape forståelse for -og motivasjon for behovet for endring	55
6.2.3	Leders ansvar for forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling	56
6.3	Medansvar for det samlede behandlingstilbudet	57
7.	RAMMER FOR TJENSTEN	58
7.1	Regelverk	58
7.1.1	Regler om helsetjenestene m. v.	59
7.1.2	Regler om helsepersonell	59
7.1.3	Pasientrettigheter	60
7.2	Internkontroll og kvalitetsforbedring	61
7.3	Brukermedvirkning	62
7.4	Innviduell plan	64
7.5	Tvunget psykisk helsevern	66
7.5.1	Krav om godkjenning	66
7.5.2	Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold	67
8.	DOKUMENTASJON	69
9.	REFERANSER	70
	lover og forskrifter	72
	Publikasjoner fra Sosial- og helsedirektoratet	73
	Direktoratets retningslinjer for behandling	74
	Andre offentlige publikasjoner	75

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med veilederen

St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* danner bakgrunnen for den endringen som finner sted gjennom *Opptappingsplanen for psykisk helse* (St prp nr. 63 1997-98). Stortingsmeldingen slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for omfattende styrking og omstrukturering. En vesentlig strategi i Opptappingsplanen er utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Oppbygging av DPS er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land. Slike desentraliserte spesialiserte tjenester omtales som *community psychiatry* i internasjonal litteratur, og positive virkninger av disse er dokumentert ved mye forskning¹. DPS er *community mental health centres* tilpasset norske forhold.

At det også legges stor vekt på desentralisert psykisk helsevern i europeiske land i utviklingen av helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser, er uttrykt i en handlingsplan og en deklarasjon fra den europeiske helseministerkonferansen om psykisk helse som ble avholdt i Helsinki i januar 2005². Dokumentene bygger på flere års forberedelser og samarbeid mellom de europeiske land under ledelse av WHO med sikte på å utforme et felles syn og en felles strategi for bedring av psykisk helse i Europa. Det legges vekt på prinsippene som inngår i *community psychiatry* med tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenester og rustiltak samt å redusere stigma, forebygging psykisk lidelse og fremme god helse.

Målet i Opptappingsplanen om å etablere DPS over hele landet er i ferd med å bli innfridd. Det er imidlertid registrert store variasjoner mellom DPS både når det gjelder, bemanning, ressurser i forhold til befolkningsgrunnlag og typer av

Utvikle helhetlige og sammenhengende tjenester som støtter oppunder pasientens egenmestring.

tilbud og tjenester³. Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester, særlig i akutte krisesituasjoner, er ikke tilfredsstillende ivaretatt på nasjonalt nivå.

Brukerperspektivet er ikke tilstrekkelig integrert og tjenestene fremstår ofte som fragmenterte med mangelfull samhandling og uklar oppgavefordeling mellom DPS og sykehus.

Intensjonen i Opptappingsplanen er å tilby tilgjengelige og

¹ Thornicroft & Szmukler 2001.

² Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005. Tilgjengelig på WHO hjemmeside.

³ Ruud et al (2006), Sintef rapport.



helhetlige spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov for tjenester. Det er derfor behov for å sette større fokus på innhold og kvalitet på tjenestene. På denne bakgrunn har Sosial- og helse-direktoratet funnet det nødvendig å tydeliggjøre forventningene til tjenestene gjennom en ny og revidert DPS-veileder. Organisering og arbeidsområder ved DPS er tidligere beskrevet i veileder utgitt av Helsetilsynet⁴. Foreliggende veileder vil erstatte denne.

Formålet med veilederen er å gi tydelige føringer for videreutviklingen av det desentraliserte psykiske helsevern og fokusere på utfordringer som er særlig aktuelle for å nå intensjonene i Opptrappingsplanen. Gjennomføring av intensjonene veilederen innebærer til dels betydelige utfordringer. Å møte disse utfordringene på en god måte er et ansvar som påhviler ledere på alle nivåer.

1.2 Mål og prinsipper for utforming av psykisk helsevern

Det overordnede målet i Opptrappingsplanen er å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve

⁴ Distriktpsikiatriske sentre. - organisering og arbeidsområder. Statens helsetilsyn 1-2001;IK-2738

et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv.

St. meld. nr. 25 (1996-97) slo fast at det var nødvendig både å bygge ut og å modernisere psykisk helsevern. Psykisk helsevern måtte få en klarere spesialistprofil med mer differensiert og lettere tilgjengelige tjenester for befolkningen gjennom etablering av DPS. Dette betyr store omstillinger med endring av ansvar og oppgavefordeling både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbud.

De konkrete mål som er satt i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008) står fast og skal realiseres. Midtveisevalueringen av Opptrappingsplanen viste imidlertid at det var behov for å sette klarere mål for innholdet i tjenesten for å nå intensjonene i planen. Planperioden ble utvidet med to år.

Sosial- og helsedirektoratet har en sentral rolle i gjennomføringen av Opptrappingsplanen. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har direktoratet utformet supplerende mål for psykisk helse:

1. *Virkningsfulle og trygge tjenester*
2. *Involvere brukere og gi dem innflytelse*
3. *God samordning og kontinuitet i tjenestene*
4. *God ressursutnyttelse*
5. *Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling*

Det utvikles indikatorer for å se i hvilken grad fastsatte mål oppnås. For å nå målene bør følgende prinsipper legges til grunn ved utforming av tjenestene:

- Helsepersonell⁵ skal møte pasienten med respekt og ta hjelpsøkers beskrivelse av sin lidelse på alvor. Helsepersonell er spesialister på sitt fag – pasienten på sitt liv.
- Behandlings- og utredningstiltak skal i størst mulig grad bygge opp under og utvikle pasientens opplevelse av mestring. Det betyr at tjenestene må legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne ta i bruk egne ressurser for å mestre tilværelsen.
- Befolkningen må få nødvendige tjenester, når de trenger det, der de trenger det. God tilgjengelighet forutsetter at

⁵ For definisjon av helsepersonell, se Helsepersonelloven.

befolkningen har kunnskap om hvilke tjenester de kan få, når og hvordan. Tjenestene må følgelig være kjent, riktig dimensjonert og organisert for å møte befolkningens behov.

- Behandling skal foregå på lavest mulig effektive behandlingsnivå (LEON-prinsippet). Det er ikke diagnosen som skal avgjøre hvor pasienten behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet og tilgjengelig kompetanse hos behandler.
- Mest mulig frivillighet, - tjenestene må legges til rette for at behandling gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former.
- Høy faglig kvalitet på tjenestene. Dette forutsetter kompetente medarbeidere og at tilgjengelig fagkunnskap benyttes av tjenestene.
- God samhandling og samordning av tjenestetilbudet innad i spesialisthelsetjenesten og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at ansvars- og oppgavefordeling er tydelig og kjent.
- Kontinuitet og sammenheng i behandlingen. Dette innebærer både kontinuitet i kontakten/relasjonen samt at behandlere tilstreber en felles forståelse av pasientens problemer, behandlingsbehov og behandlingsstrategier.
- Ressursfordelingen mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner må samsvare med oppgavefordelingen.

1.2

Særlige utfordringer i videreutvikling av DPS-ene

For å nå mål for tjenesten og intensjonene i Opptrappingsplanen vil det i den pågående videreutvikling av de desentraliserte spesialisthelsetjenester være nødvendig med et økt fokus på følgende områder:

Samarbeid og samhandling:

Bedre samarbeid og samhandling ved:

- å avklare oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger

- at det finnes samarbeidsavtaler som sikrer helhetlige tjenester innad i psykisk helsevern og med kommunene
- at det fortsatt fokuseres på bruk av individuelle planer som et samhandlingsverktøy

Tilgjengelighet:

Bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten ved:

- å etablere akuttjenester ved samtlige DPS

Faglig innhold:

Styrke det faglige innholdet i tjenestene ved:

- at det finnes en bemanning ved DPS som står i forhold til oppgaver, ansvar og befolkningsgrunnlag
- at utforming av tjenester og innhold i behandlingstilbud er basert på tilgjengelig kunnskap
- at det finnes gode systemer for kvalitetssikring, evaluering og dokumentasjon

Brukermedvirkning:

Brukermedvirkning på individ- og systemnivå må styrkes ved at:

- det finnes systemer og rutiner som ledd i kvalitetsforbedring som bygger opp under pasientens delaktighet og egenmestring

2 Samhandling, ansvar og oppgavefordeling

2.1 En sammenhengende tjeneste med god pasientflyt

Helsehjelp tilbys på ulike nivåer og ved ulike behandlingseenheter innen samme behandlingsnivå. Pasientflyt omhandler helsetjenestens evne til gi riktig behandling på riktig nivå, til riktig tidspunkt, uten unødige omveier. Pasientflyt stiller særlige krav til god ledelse og evne/vilje til samhandling på tvers av nivåer og tjenester.

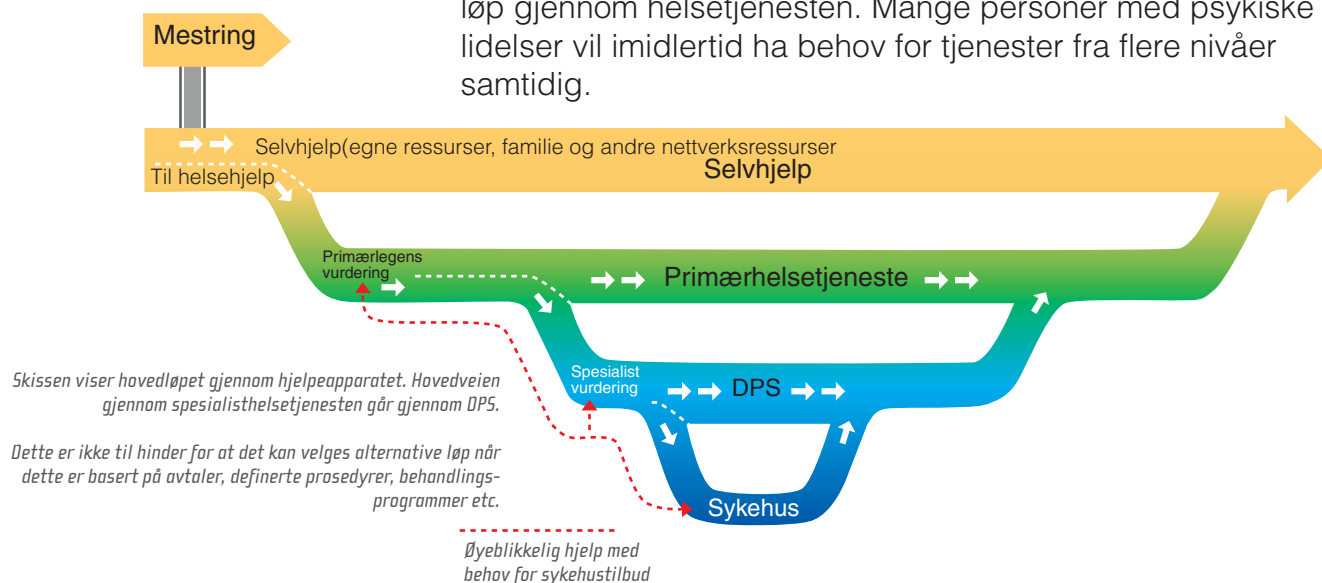
For å oppnå helhetlige tilbud er det avgjørende at den enkelte enhet fokuserer på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsnettverket. En må bevisst utvikle gode samarbeidskulturer, der partene har den nødvendige respekt for hverandres muligheter og begrensninger. Ansvarsfordeling og samhandling mellom og innad i nivåene synes ikke alltid å være tilfredsstillende. God

Fokus på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsnettverket

Samhandling avhenger også av en tydelig oppgave- og ansvarfordeling mellom nivåene. Studier viser at arbeidet med individuell plan enda ikke er godt nok forankret i tjenestene og at tydelige mål for behandling og oppfølging ofte ikke er utarbeidet.

2.1.1 Veien gjennom hjelpeapparatet

Mennesker med psykiske lidelser har ulike behov og ulike forløp. For noen mennesker vil problemene oppstå akutt i voksen alder og medføre behov for akutt hjelp, mens for andre kjennetegnes forløpet av vedvarende større eller mindre problemer som enten går over uten noen form for behandling i helsetjenesten, eller som trenger behandling i kortere eller lengre tid. For mange kan en kort intervensjon fra primærhelsetjenesten være tilfredsstillende. Det finnes ingen standardløsning som passer for alle - hver person har individuelle behov. Figuren nedenfor viser de ulike hovedløp gjennom helsetjenesten. Mange personer med psykiske lidelser vil imidlertid ha behov for tjenester fra flere nivåer samtidig.



Kommunene har ansvar for å gi sine innbyggere et adekvat tjenestetilbud. Hva dette tilbudet bør omfatte når det gjelder voksne med psykiske lidelser og problemer er nærmere beskrevet i veileder for psykisk helsearbeid i kommunene⁶. Det er viktig å se disse to veilederne i sammenheng.

Psykisk helsearbeid er under oppbygging i kommunene og skal tilby hjelp og oppfølging til personer med psykiske lidelser. De aller fleste får tilstrekkelig behandling og oppfølging der. Pasienten vil bli henvist til spesialisthelsetjenesten når vedkommende har behov for helsetjenester utover det som kommunen kan tilby.

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten bør som hovedregel rettes til DPS. DPS bør være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Dersom andre løsninger vurderes som mer hensiktsmessig noen steder, bør dette være regulert i samarbeidsavtaler.

⁶ Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. 2006. IS-1332.

Akutt- og krisetjenester ved DPS skal sikre en bedre pasientflyt i akuttsituasjoner gjennom økt tilgjengelighet⁷. For at tilbudet skal ha den ønskede effekt bør pasienter så langt det er mulig vurderes av DPS-ets akuttjeneste før en eventuell innleggelse i akuttavdeling ved sykehus.

Pasienter som er innlagt ved sentraliserte sykehusavdelinger bør, ved behov for videre oppfølging etter utskrivning, prioriteres på DPS-nivå. Samarbeid mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger om enkeltpasienter må starte opp tidligst mulig etter innleggelse i sykehuset. Ved overføring må DPS-et få god informasjon om pasienten, som omfatter informasjon om den vurdering og behandling som er gitt og eventuell vurderinger av videre behandlingsbehov. For å sikre en faglig god behandling bør det være samsvar mellom valg av behandlingsmetoder på de to nivåene.

2.1.2 Et tjenestetilbud med fokus på samhandling

God samhandling kjennetegnes av gjensidig informasjons- og kompetanseutveksling, at de ulike instansene til enhver tid vet hva som er deres oppgaver og ansvar og at en har gjensidig respekt for hverandres kompetanse og oppgaver. Manglende samhandling og manglende kunnskap om hverandres tilbud kan føre til at brukere og pårørende blir overlatt til seg selv når behovet for hjelp er størst, eller at de ikke får tilgang til nødvendig informasjon. Resultatet kan bli unødig lidelse og forverring av situasjonen. Samhandling og samarbeid mellom involverte instanser vil være avgjørende for en kvalitativ god og sammenhengende tjeneste.

Noen personer har et omfattende tjenestebehov som krever at flere instanser jobber sammen mot felles mål. Dette kan gjøres ved å opprette ansvarsgruppe rundt pasienten med deltagelse fra involverte instanser både fra det psykisk helsearbeid i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

For pasienter med behov for et langvarig og koordinert behandlingstilbud vil samhandling mellom ulike instanser være helt sentralt for å sikre et vellykket behandlingsforløp og *individuell plan*⁸ er her et viktig verktøy. Det er viktig å utpeke en koordinator på et tidlig tidspunkt for å forhindre at det oppstår situasjoner der ingen fagfolk eller instans tar ansvar.

⁷ Se kapittel 3.1 for utdyping av akuttjenestene ved DPS

⁸ Se individuell plan 2005, veileder til forskrift om individuell plan. IS-10113

DPS må samarbeide med sentraliserte sykehusavdelinger, det psykiske helsearbeid i kommune og eventuelt andre involverte instanser om å utarbeide individuelle planer. Behandlingsopplegget til den enkelte pasient må være et helhetlig og koordinert tilbud i tråd med planen. Planarbeidet bør være tuftet på et likeverdig samarbeid med en klar fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering.

For å stimulere til økt kunnskap om hverandre er det høstet gode erfaringer ved *praksiskonsulentordninger*. Ordningen innebærer at primærleger, sykepleiere og fysioterapeuter har bistillinger ved kliniske avdelinger med ansvar for å forbedre kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjenester. Praksiskonsulentordninger har vist seg å være svært effektive med tanke på å forbedre samarbeidsrutiner og å øke den gjensidige forståelsen for samarbeidspartenes ulike rammebetingelser. Å la annet fagpersonell fra kommunehelsetjenesten arbeide i spesialisthelsetjenesten kan gi liknede gevinster som praksiskonsulentordninger.

Gjennom statsbudsjett og bestillerdokument til de regionale helseforetak har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om at det i løpet av 2006 skal foreligge formaliserte samarbeidsavtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten. Avtalene skal omfatte både individ- og systemnivå og være basert på prinsippet om likeverdighet mellom partene. Videre skal det foreligge formaliserte samarbeidsrutiner mellom de ulike instanser innad i psykisk helsevern, herunder særskilte rutiner/avtaler om pasientflyt ved akutte situasjoner. I tillegg til samhandling mellom helsetjenestene, vil arbeids- og velferdskontorene (NAV) være viktige samarbeidspartnere både når det gjelder arbeid og psykisk helse og ulike velferdsordninger, likeledes sosialkontor og andre offentlige instanser.

Forutsetninger for sammenhengende tjenester med god pasientflyt:

- Pasienten settes i sentrum
- En felles oppfatning av ansvars- og oppgavefordeling
- Delt ansvar for ivaretagelse av helheten i behandlingstilbudet administrert gjennom felles fora for koordinering og problemløsning
- Hensiktsmessig utbygging og dimensjonering av tjenestene på de ulike nivåer
- Klare avtaler og rutiner for samhandling som inkluderer god informasjonsflyt om behandlingsskapasitet og samhandling om enkeltpasienter
- Lojalitet til inngåtte avtaler
- Tydelig forankring av individuell plan

2.2 Oppgavefordeling og samhandling mellom DPS og den øvrige spesialisthelsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten må fremstå helhetlig og sammenhengende. Etablering av samhandlingsmodeller og tydeliggjøring av oppgavefordeling representerer mange steder store utfordringer som fortsatt vil kreve fokus på omstilling og faglig videreutvikling av tjenestene. I det følgende omtales oppgavefordeling og samhandling mellom DPS og den øvrige spesialisthelsetjenesten.

2.2.1 Sentraliserte sykehusavdelinger

Opptappingsplanen fremmer et desentralisert psykisk helsevern og beskriver oppgavefordelingen mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger. Likevel praktiseres dette forskjellig og det er behov for en ytterligere konkretisering. Det varierer også hvor langt de ulike helseforetakene har kommet i omstillingen av ressurser og oppgaver fra sentralisert til desentralisert virksomhet.

Helse- og omsorgsdepartementet igangsatte i 2004 i samarbeid med RHF-ene et nasjonalt strategiarbeid innen psykisk helsevern, i den hensikt å legge grunnlag for en felles virkelighetsoppfatning som basis for det videre arbeidet med utvikling av behandlingstilbudene innen psykisk helsevern.

I følge sluttrapporten⁹ fra dette strategiarbeidet er det betydelige forskjeller med hensyn til hvordan RHF-ene har dimensjonert tjenestene innen psykisk helsevern. I følge denne rapporten brukes mer enn 60 % av ressursene i psykisk helsevern for voksne i sykehus og klinikkavdelinger, mens 40 % brukes i DPS-ene¹⁰. Anslagsvis brukes 85-90 % av ressursene i tjenesten for voksne til drift av døgnavdelinger, og 10-15 % til utadrettet arbeid som poliklinikk og dagavdelinger. Rapporten anbefaler at DPS-ene og det utadrettede og forebyggende arbeidet der må få en større andel av ressursene og peker på at endring av økonomiske og personellmessige rammer vil være det mest effektive virkemiddelet for å sikre en riktig utvikling av tjenestetilbudet. Rapporten foreslår at ressursfordelingen mellom sykehusavdelingene og DPS-ene på om lag 50 % til hver og at andelen til DPS-ene sannsynligvis bør økes på sikt. Oppgavefordelingen mellom DPS og sykehus kan ikke

⁹ Helse Øst RHF, mars 2006; Nasjonal strategi for psykisk helsevern. Rapport fra prosjektgruppe.

¹⁰ I følge SAMDATA (2/2005) gikk 23 % av ressursene til DPS i 1998 og 39% i 2005.

være nøyaktig den samme i alle helseforetak og regioner. Variasjoner i geografi, kompetanse og tradisjon kan gi ulike løsninger. Regionale og fler-regionale funksjoner blir som regel tillagt sentralsykehusene. De overordnede prinsippene for utforming av tjenestene tilsier likevel at en fortsatt sentralisering av oppgaver som bør løses desentralisert må begrunnes både faglig og økonomisk.

I henhold til Opptappingsplanen skal DPS ha hovedansvaret for det psykiske helsevern i et gitt geografisk område (lokalsykehusfunksjonen). Noen personer med alvorlig psykisk lidelse har så stor grad av problematisk atferd at de må tas hånd om i lukket avdeling for en periode. Dette vil være en oppgave for en sentralisert sykehusavdeling. Tjenestetilbudet ved sentraliserte sykehusavdelinger skal ivareta pasienter med lidelser som krever spesiell kompetanse, store personellmessige ressurser eller behov for lukket avdeling.

En forutsetning for å lykkes i arbeidet med å få en tydeligere ansvars- og oppgavefordelingen, er at tjenestene setter av tilstrekkelig tid til samarbeid og informasjonsutveksling.

Anbefalt oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner:

DPS har ansvar for:

- akutt- og krisetjenester
- spesialisert utredning og behandling
- tett samarbeid med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste
- bistå kommunene med råd og veiledning
- ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten

Sentraliserte sykehusfunksjoner:

- 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 trenger opphold i sikkerhetsavdeling
- 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
- samarbeid med DPS, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommuner

Gjennomføring av oppgavefordelingen krever et tydelig fokus på omstilling og faglig videreutvikling av tjenestene innen psykisk helsevern.

Anbefalte tiltak for gjennomføring:

- DPS-oppgaver som fremdeles utøves ved sentraliserte sykehusavdelinger overføres til DPS med tilhørende ressurser
- De regionale helseforetakene må påse at fordelingen av ressursene mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner samsvarer med oppgavefordelingen
- DPS gis tilfredsstillende bemanning for å kunne ivareta pålagte oppgaver, herunder tilstrekkelig dekning av lege- og psykologspesialister
- Helseforetak som ikke har tilfredsstillende spesialistbemanning ved DPS-ene lager forpliktende planer for rekruttering og utdanning av spesialister
- Det bør foretas en gjennomgang av struktur og rammer for de sentraliserte sykehusfunksjonene for å vurdere hvilke endringer som er nødvendige

2.2.2 Ruspoliklinikkene

Ruspoliklinikkene har hovedansvar for personer med vedvarende rusavhengighet som primærlidelse kombinert med psykisk lidelse og er en viktig samarbeidspartner for DPS. Direktoratet anbefaler at ruspoliklinikker etableres i alle DPS-områder, og at disse bør samlokaliseres med DPS. Dette kan være gunstig for å fremme samarbeid om denne målgruppen.

Det vises for øvrig til arbeidet med en egen opptrappingsplan for rusfeltet som også tar sikte på å styrke tilbudet til personer med samtidige rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse.

2.2.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Gode rutiner for samhandling med psykisk helsevern for barn og ungdom er sentralt for å ivareta gruppen eldre ungdom med behov for oppfølging etter endt behandling i BUP. Mange steder er BUP og DPS samlokalisert. Dette kan fremme samarbeidet og gi mer robuste fagmiljøer. Det er viktig å legge tilrette for at ungdom som nærmer seg

18 år og som fortsatt har behov for spesialisert behandling, får en god og planlagt overføring til DPS.

Samhandling mellom etater/nivåer må ikke hindres av aldersgrenser. Det er behov for å samkjøre behandlingsoppbygg og overganger bedre enn i dag. DPS bør ha et bevisst og planlagt forhold til samarbeid med den lokale BUP. Samarbeidspraksisen bør evalueres en gang i året. Det bør være etablert møter for overføring i forhold til enkeltpasienter samt regelmessig evaluering av samarbeidspraksis.

2.2.4 Avtalespesialister

Avtalespesialister som finansieres gjennom offentlige tilskudd er en del av spesialisthelsetjenesten. Det bør tilstrebes at dette tilbudet integreres i en samlet plan for spesialisthelsetjenestene og at et forpliktende samarbeid etableres. Ved reforhandling av driftsavtaler bør det fastsettes i avtalen hvilke tjenester den privatpraktiserende skal yte. Avtalehjemler bør knyttes opp mot DPS.

Muligheter for deltidsstilling i DPS for avtalespesialister vil kunne bidra til rekruttering av psykiatere og psykologer. Avtalespesialister i opptaksområdet er en ressurs som også kan engasjeres som eksterne veiledere ved DPS-et.

Anbefalinger for styrket samhandling mellom DPS og øvrig spesialisthelsetjeneste:

- Pasienter som er innlagt på sentralisert sykehusnivå bør prioriteres på DPS ved behov for videre oppfølging etter utskrivning
- For å sikre et godt samarbeid mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner bør det etableres faste rutiner for kommunikasjon
- DPS bør ivareta kontinuiteten i pasientbehandlingen innen spesialisthelsetjenesten
- Utredning og behandling må være tuftet på felles kliniske retningslinjer uavhengig av på hvilket nivå hjelpen ytes
- Det må etableres egne samhandlingsrutiner mellom DPS og BUP
- Det må legges til rette for gode samarbeidsordninger med ruspoliklinikkene om pasienter med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse
- Privatpraktiserende spesialister knyttes opp med det lokale DPS gjennom egne samarbeidsavtaler

2.3 Oppgavefordeling og samhandling mellom DPS og kommunale tjenester

Det er kommunenes ansvar å sørge for at innbyggere med psykiske lidelser og redusert funksjonsnivå får tilfredsstillende grunnleggende behov enten behovet skyldes somatisk eller psykisk lidelse og uavhengig av hvor stort tjenestebehovet er. Det vises til veileder for psykisk helsearbeid i kommunene.

De som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunen er DPS-ets viktigste samarbeidspartnere. Fastlegen har her en sentral rolle. De fleste pasienter ved DPS er henvist fra fastlegen og vil bli fulgt opp av denne etter avsluttet spesialistbehandling. Mange pasienter vil også ha kontakt med sin fastlege mens de mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig å etablere kontakt med fastlege og andre aktuelle tjenesteytere i kommunen både ved behandlingsstart, under behandlingen og ved avslutning.

Når det psykiske helsearbeidet i kommunen har behov for bistand fra DPS er det viktig at henvendelsen tas på alvor. DPS skal bidra med råd og veiledning til kommunene, eller med utredning og behandling av pasienten og eventuelt dennes familie dersom det er behov for det. Spesialisthelsetjenesten skal, i tråd med LEON-prinsippet, ikke overta oppgaver som kommunen kan løse selv.

Samhandlingsavtaler med kommunene bør omfatte:

- Samarbeid om planlegging og evaluering av tjenester
- Samarbeid om tjenesteutvikling og kompetanse
- Veiledningstjenester, både faste avtaler og ad hoc
- Samarbeid om behandling og hjelp til den enkelte pasient, inkl. utarbeidelse av individuell plan

I forbindelse med at det etableres akuttjenester ved DPS er et tett samarbeid med kommunene avgjørende for at denne tjenesten får den tiltenkte positive effekt. Formaliserte samarbeidsavtaler bør omfatte rutiner som sikrer at den kommunale legevakten benytter DPS og de sentraliserte sykehusavdelingene på en måte som samsvarer med den anbefalte oppgavefordelingen.

Anbefalte krav til samarbeid om akuttfunksjonen ved DPS:

- Avtaler og rutiner bør underbygge at hovedveien inn til spesialisthelsetjenesten går via DPS
- Samarbeidsavtaler og samarbeidsrutiner for akuttjenestene bør også omfatte samarbeid på ettermiddag og kveld, inkludert legevakt
- DPS og kommuner bør ha en felles strategi for informasjon til befolkningen om akuttjenester innen psykisk helse

2.4 Oppgavefordeling og samhandling med andre offentlige instanser

Opptappingsplanen vektlegger deltakelse i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. Mange kan ha problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet eller å beholde den jobben de har. Enkelte vil også ha problemer med å sikre en nødvendig inntekt enten i form av lønn eller ulike trygdeytelser og stønader.

Ut fra dette vil de nye arbeids- og velferdskontorene, inkludert sosialkontorene være viktige samarbeidspartnere for DPS. Samarbeid med arbeidsgivere, skole og andre vil også være aktuelt. DPS må være med å legge til rette for at pasienten får mulighet til å utnytte egen arbeidsevne og bidra til arbeidsfastholdelse for dem som har et arbeidsforhold. Koordinering av ulike tiltak er viktig, slik at det ikke oppstår uheldige venteperioder for pasienten/brukeren. For å få dette til bør det inngås avtale om samhandlingsrutiner med arbeids- og velferdsforvaltningen.

For å bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal få bedre mulighet til å utnytte egen arbeidsevne utarbeides det en nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse som skal implementeres vinteren 2006/2007. Informasjon om strategien vil bl.a. bli lagt ut på nettsidene til NAV og SHdir.

Samhandling og samarbeid med andre offentlig instanser bør omfatte:

- Gjensidig informasjon om hverandres tjenester og tilbud
- Samarbeid om enkeltpasienter ved behov for bistand i forhold til arbeid og inntektssikring
- Samarbeid om individuell plan

3 Kjerneoppgaver ved DPS



DPS har ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykiske helsevern for voksne, i et gitt geografisk område. Det desentraliserte tilbudet bør bestå av dag - og døgn-tilbud, polikliniske og ambulante tjenester.

For at DPS skal kunne yte et kvalitativt godt tilbud må tilbudet være i samsvar med og bygges opp ut fra behovene i opptaksområdet. DPS må derfor ha nødvendig kunnskap om befolkningens psykiske helsetilstand og ha evne til å endre tilbudet når befolkningens behandlingsbehov endres. Det innebærer at leder for DPS jevnlig bør stille spørsmål ved om egen virksomhet ivaretar befolkningens behandlingsbehov, for eksempel slik de reflekteres gjennom henvisninger, men også være oppmerksom på grupper som ikke selv søker hjelp.

Leder for DPS bør ha oppdatert kunnskap om den aktuelle befolkning og om forhold som kan ha betydning for utforming og dimensjonering av tjenestene. Eksempler på forhold som kan ha betydning er sosioøkonomiske faktorer, aldersammensetning for eksempel i områder med større skolesentra, etniske grupper og bistand overfor personer ved stedlige asylmottak. I tillegg til å nyttiggjøre seg tilgjengelige datakilder vil det her være avgjørende å ha et nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet.

Variasjonen i behandlingsbehov tilsier en bred faglig tilnærming slik det også omtales nærmere under punkt 4.3 og 4.4. Kjernevirksomheten i et DPS er utredning/ diagnostikk og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Denne kjernevirksomheten må til enhver tid være faglig forsvarlig og i samsvar med god faglig praksis.

For å oppnå helhetlige tjenester av høy kvalitet må DPS, som omtalt i kap. 2, ha et faglig nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet og med den øvrige spesialisthelsetjenesten.

"Tilgjengelig og differensiert spesialistbehandling for personer med psykiske lidelser"

DPS-enes kjerneoppgaver er:

- Akutt- og krisetjenester
- Vurdering og utredning av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
 - poliklinisk undersøkelse og behandling til enkelt-pasienter, par eller familier
 - ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser

- strukturert dagbehandling
- krise- og korttidsbehandling på døgnenhet
- lengre tids døgnbehandling

- Opplæring av pasienter og pårørende
- Veiledning til psykisk helsearbeid i kommunen
- Forskning og kvalitetsutvikling
- Utdanning av helsepersonell

Behandling av psykiske lidelser bør i størst mulig grad gis poliklinisk, ambulant og som dagbehandling (utvidede polikliniske behandlingsprogram). Tilbudet bør være så fleksibelt tilrettelagt at det lett kan tilpasses befolkningens behandlingsbehov.

DPS bør kunne gi behandling for de fleste psykiske lidelser. Spesialkompetanse bør bygges opp på ulike fordypningsområder for å tilstrebe nødvendig kvalitet og bredde på det totale tilbudet.

En rekke oppgaver kan være fordelt på flere enheter ved senteret, eller at flere enheter kan eller må samarbeide om å løse dem. Det er et ledelsesansvar å tilrettelegge for en funksjonell oppgaveløsning og koordinering gjennom samarbeid på tvers av enheter og innen senteret som helhet.

3.1 Akutt- og krisetjenester

Akutt- og krisetilbud finnes i dag ved mange poliklinikker, også i form av oppsøkende virksomhet. Tilbudet varierer imidlertid både med hensyn til kapasitet og åpningstid. Ved noen DPS er det etablert ambulante akutteam. Teamene varierer imidlertid både med hensyn til bemanning, muligheter for å vurdere innleggelser i døgnavdeling, åpningstider, henvisningspraksis og i hvilken grad de disponerer kriseplasser ved DPS.

Utvidede akutt- og krisetjenester skal sikre en mer helhetlig og fleksibel spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner gjennom rask og god tilgjengelighet. Tjenesten har som siktemål å redusere behovet for innleggelser på sentralisert sykehusnivå, redusere behovet for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt i forløpet, og oppnå større brukertilfredshet. Det

vises for øvrig til Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern¹¹.

Akutt- og krisetjenester ved DPS er et supplerende tilbud til akuttavdelinger som er pålagt en øyeblikkelig hjelp plikt¹². Som det fremgår av punkt 2.2.1 foreslås det at sentraliserte sykehusavdelinger fortsatt bør utpekes til å ha ansvaret for øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Direktoratet foreslår ikke at DPS skal overta denne oppgaven.

Akutt- og krisetjenestene ved DPS bør bestå av poliklinisk og ambulant tilbud samt kriseplasser. Tilbudet bør innrettes i retning av mer ambulant og nettverksorienterte intervensjoner som støtter opp om pasientens og nettverkets egen mestringsevne. De polikliniske og ambulante akutt- og krisetjenestene bør derfor som en hovedregel organiseres i egne akutteam som kan utvikle en særlig kompetanse på dette feltet.

Tjenestene må tilpasses lokale behov og den øvrige helse-tjeneste, herunder akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus¹³.

For å oppnå et mer sammenhengende tilbud er det avgjørende at akutttilbudet ved sykehusavdelinger og DPS planlegges og sees i sammenheng. I tillegg må DPS forbedre samhandlingen med de kommunale tjenestene vedrørende krise- og akuttproblematikk¹⁴. Vi viser forøvrig til rapport med anbefalinger for ambulante akutt tjenester utgitt av Sosial- og helsedirektoratet 2006¹⁵.

Direktoratet har følgende anbefalinger for ambulante akuttjenester:

- Ambulante akuttjenester bør så langt som mulig organiseres i egne team som også er tilgjengelige på kveldstid og i helger.
- Teamene må kunne foreta akuttpsykiatriske vurderinger, inkludert vurdering av om personen er til fare for seg selv eller andre.
- Akutteamene bør inneha både real – og formal-kompetanse, og tilsikte en tverrfaglig sammensetting.
- Teamet må ha tilgjengelig kompetanse for diagnostiske vurderinger, ha medisinsk kompetanse og besitte eller tilegne seg særlig kompetanse på akutfeltet. Det betyr at

¹¹ Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. IS-1370/2006 ¹² jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd og forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, der det fremgår at RHF er pålagt å utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner/avdelinger til å ivareta ansvaret for å gi øyeblikkelig hjelp. ¹³ Jf. forskrift av 18. mars 2005 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. ¹⁴ Jf. punkt 2.3 ¹⁵ Du er kommet til rett sted..." Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre. 2006. Rapport IS-1358, Sosial- og helsedirektoratet.

teamet som et minimum bør ha spesialsykepleier samt psykiater og psykolog tilgjengelig.

- I akutteamets åpningstid bør pasienter som en hovedregel vurderes av teamet før en eventuell innleggelse i akuttavdeling.
- Akutteamet må fokusere på mobilitet, fleksibilitet og tilgjengelighet.
- Teamet må gi støtte gjennom krisesituasjonen i tråd med aktuelt hjelpebehov.
- Teamet bør disponere avlastningssenger/krisesenger i DPS.
- Teamet bør kunne tilby oppfølging av kort varighet i påvente av at adekvat utrednings- eller behandlingstilbud tilrettelegges på riktig behandlingssted.
- Teamene må fortløpende vurdere egen virksomhet i henhold til målgruppe og kjerneoppgaver.

3.2 Vurdering av henvisninger

Henvisninger skal vurderes innen 30 virkedager fra den mottas i DPS, eller raskere dersom pasienten tilstand tilsier det, jf. pasientrettighetsloven¹⁶ § 2-2. Formålet med vurderingsretten er å sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten, og en rask vurdering av henvisninger og prioritering av pasienter skal bidra til å sikre behandling til rett tid.

I løpet av denne perioden skal det vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (prioritering) og det skal fastsettes en individuell frist for når nødvendig helsehjelp senest skal igangsettes, jf. pkt 3.2.1. Vurderingen av pasientens helsetilstand skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse innenfor denne perioden. Pasienten og henviser skal gis tilbakemelding om resultatet.

DPS bør etablere et internt felles møte eller "inntaksmøte," for vurdering og fordeling av henvisninger. "Inntaksmøtet" må etablere systemer som ivaretar fortløpende fordeling av hastesaker. Et felles inntaksmøte vil bedre kunne sikre en enhetlig vurdering og prioritering og enklere kunne avgjøre om pasienten bør innkalles til poliklinikk eller til dag- eller døgnenhet. Dersom DPS-et har "en dør inn" vil dette kunne bidra til en bedre pasientflyt og ressursutnyttelse internt.

¹⁶ Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (Pasientrettighetsloven)

Etter at DPS har foretatt den nødvendige vurdering av henvisningen skal pasienten registreres på venteliste, jf. forskrift om ventelisteregistrering. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og hvilken frist som er fastsatt. DPS må til enhver tid holde ventelisten oppdatert.

3.2.1 Prioritering og fristfastsettelse

Pasientrettighetsloven skal sikre pasienter lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten, herunder

- Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Rett til en individuell frist
- Rett til oppfyllelse ved fristbrudd

Lønning II-utvalget¹⁷ formulerte tre kriterier for prioriteringsbeslutninger: Tilstandens alvorlighetsgrad, forventet nytte av behandlingen, og kost/nytte vurderinger.

Regelverket bygger på denne modellen og prioriteringsforskriften § 2 utdyper at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp* fra spesialisthelsetjenesten når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes,
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og
3. de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Dette er en effektivering av Lønning II utvalgets prioriteringsgruppe I og II. Pasienter som omfattes av disse gruppene skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Hvorvidt ovennevnte kriterier er oppfylt må imidlertid baseres på en skjønnsmessig vurdering.

Når en henvist pasient tildeles rett til nødvendig helsehjelp, skal det settes *en individuell* frist for når medisinsk forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende "rettighetspasient". Dette forutsetter også en skjønnsmessig vurdering. Fristen skal imidlertid fastsettes uavhengig av kapasitet, men ut fra en vurdering av pasientens tilstand.

¹⁷ Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste NOU 1997:18

Overholdes ikke fristen får pasienten et *rettskrav om oppfyllelse* uten opphold mot det RHF i pasientens bostedsregion som skal sørge for at tidsfristen overholdes. Ved brudd på tidsfristen kan pasienten henvende seg direkte til en formidlingsenhet i Rikstrygdeverket som uten opphold skal skaffe et behandlingstilbud fra offentlig eller eventuelt privat tjenesteyter, om nødvendig i utlandet.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er det igangsatt et samarbeidsprosjekt (Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten) mellom RHF-ene og SHdir som blant annet skal utvikle veiledere i prioritering av henvendelser til spesialisthelsetjenesten for å sikre en riktigere prioritering. Utarbeidelsen av veiledere vil bli forankret i de kliniske miljøene i helseforetaksstrukturen. Det tas sikte på å etablere arbeidsgruppen innen ulike fagområder i spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helsevern for voksne, for å utvikle forslag til nasjonale veiledere i prioritering ved henvisning til spesialisthelsetjenesten.

3.3 Poliklinisk behandling

Økt poliklinisk aktivitet er et sentralt mål i Opptrappingsplanen. For de fleste pasienter som er i kontakt med et DPS vil det være aktuelt å få tilbud om vurdering og/eller poliklinisk behandling. Pasientgruppen vil representere et stort spekter av lidelser og ha behov for både kortere og noe lengre tids behandling. DPS må derfor utvikle et bredt spekter av polikliniske behandlingstilbud.

Det meste av den polikliniske behandlingsaktiviteten vil være organisert under DPS-ets poliklinikk. Poliklinikkene vil oftest være inndelt i ulike team. Alt etter størrelse på opptaksområde vil poliklinikken kunne ha flere "allmenne" team med ansvar for hvert sitt geografiske område. I tillegg vil det være spesialteam for ulike funksjoner som rehabiliteringsteam, akutteam, rusteam eller team for tidligintervensjon ved psykoser. Det kan også være aktuelt at en eller flere behandlere som har særlig kompetanse på et område, fungerer som ressurspersoner på tvers av teamene.

Mange DPS dekker et stort geografisk område som nødvendigvis gjør en utstrakt reisevirksomhet til kommunene for å kunne gi et best mulig tilbud til befolkningen og samarbeids-

partnere i området. Ved faste besøksdager til kommunene i distriktet kan det gis behandlingstilbud til pasienter som har vanskelig for å reise til DPS. Det kan være ambulante tilbud, besøk på arbeidsplass, felles samtaler med pasient og henvisende instans, og andre former for samarbeidsmøter. Kommunene bør stille lokaler til rådighet i dette arbeidet. Ulike tema vedrørende drift er forøvrig drøftet i Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker¹⁸, IK 2739, utgitt av Statens helsetilsyn 2001.

3.4 Ambulant behandling

Behandlingen er ambulant når den finner sted i pasientens eget miljø. Ambulant behandling benyttes ved tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse, systematisk langtidsbehandling og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser og som tilbud til personer i akutte krisesituasjoner. Under følger en nærmere beskrivelse av ulike team og erfaringer.

- A. **Ambulante akutteam** innen psykisk helsevern, Crisis Resolution Team, har eksistert siden 1980-tallet både i USA, Australia og i England. Evalueringer har vist lovende resultater ikke minst når det gjelder brukernes tilfredshet med tilbudet. Forskning indikerer at ulike former for ambulant hjemmebasert akuttbehandling reduserer behovet for døgnbehandling, fører til færre gjeninnleggelser over tid og gir mindre frafall fra behandlingen enn tradisjonell døgnbehandling i akuttavdelinger¹⁹.
- B. **Ambulant behandling er viktig innen tidlig intervensjon** ved alvorlige psykiske lidelser som psykoser, - ikke minst har det vist seg gunstig overfor ungdom og unge voksne. Ved å rykke ut og møte pasienten, pasientens familie og lokale hjelpere hjemme hos pasienten eller på pasientens hjemsted er det i mange tilfelle mulig å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner og finne alternative løsninger til innleggelse²⁰.
- C. **Ambulant langtidsbehandling og rehabilitering** av personer med alvorlige psykiske lidelser, som for eksempel langvarige psykoser, er effektiv og hensiktsmessig²¹. En systematisk modell for ambulante team, kalt *Assertive community teams*, er dokumentert som en effektiv psykososial behandlingsform ved

¹⁸ Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker, IK 2739, Statens helsetilsyn 2001.

¹⁹ 1 Gråwe, Ruud & Bjørngaard, 2005.

²⁰ Guo et al 2001.

²¹ Tyrer et al 2001

psykososer²². Slike team er det aktuelt å etablere både ved DPS og i kommunehelsetjenesten. Hvem som bør behandles hvor vil avhenge av pasientens tilstand og hvor pasienten befinner seg i behandlingsforløpet. Rehabiliteringsteam/ psykoseteam som gir tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser finnes i dag ved mange DPS men bør utvikles videre i tråd med kunnskap om hva som er effektiv behandling.

Ambulant behandling og rehabilitering er også et hensiktsmessig i forhold til personer med rusmiddel avhengighet og alvorlig psykisk lidelse. Tjenestene kan etableres i egne team eller inkluderes i øvrige ambulante team. En modell for ambulant tilbud for denne målgruppen er "New Hampshire-modellen"²³. Modellen tar utgangspunkt i integrert behandling, dvs. at den psykiske lidelsen og rusavhengigheten behandles samtidig.

Det er forutsatt at ambulante tjenester ved DPS skal utgjøre et viktig ledd i et desentralisert tjenesteapparat²⁴. Ambulante team ved DPS kan være organisert under poliklinikk, dag-, eller døgnenhet eller som en selvstendig enhet. Store og middels store DPS bør etablere differensierte spesialteam. Ved mindre DPS kan det være aktuelt å slå sammen ulike ambulante oppgaver og funksjoner.

3.5 Dagbehandling

Det har tidligere blitt anbefalt at dagbehandling bør tilbys der det er behov for mer omfattende tilbud enn poliklinisk behandling. I forrige DPS veileder²⁵, beskrives dagbehandling som aktive behandlingsopplegg, individuelt tilrettelagte eller gruppebaserte. Veilederen understreket viktigheten av å ha en klar grenseoppgang mot kommunale mer aktivitetsbaserte tiltak. Det ble anbefalt at dagbehandling skal gis i egen enhet, men at det også kunne være behandlingsplasser på døgnavdelinger. Beskrivelsen av rammene for dagbehandling var vide både med hensyn til faglig innhold og organisering. Tydeligere forventninger til hva dagbehandling bør være har vært etterlyst.

Behandling i dagavdelinger springer historisk sett ut fra behandling i døgnavdeling. Utviklingen har i grove trekk vært den samme i de fleste vestlige land. Som en fleksibel

²² Marshall & Lockwood 2001

²³ Mueser et al, 2001.

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjettet for 2005. 2004. St. prp. nr. 1 (2004–2005).

²⁵ Organisering og arbeidsområder ved DPS", Statens Helsetilsyn 2001

ordning ble det gitt anledning til dagbehandling som et overgangstilbud før utskrivning. Dette fremmet en gradvis overgang til livet utenfor en beskyttet institusjonstilværelse. På 1970- tallet ble det opprettet egne dagavdelinger ved sykehus som ikke krevde forutgående døgnbehandling. Etter hvert ble dagavdelinger også etablert utenfor psykiatriske sykehus/klinikker, ofte i tilknytning til poliklinikker. I tillegg har utviklingen gått i retning av større mangfold med hensyn til struktur og innhold. I dag har vi en situasjon hvor brukerne kanskje bare er på enheten 1 – 3 dager i uken. Av og til også bare for å delta på en gruppe noen timer, en dag i uken.

Dagens praksis viser at det er store variasjoner i DPS-enes dagbehandlingstilbud. Prioritering av målgrupper, innholdet i behandlingstilbudet, tilbudets omfang og organisatorisk plassering varierer. Eksempler på variasjoner når det gjelder innhold og målgrupper er strukturerte behandlingstilbud til personer med personlighetsforstyrrelser tilknyttet DagbehandlingsNettverket, tilbud til personer med sosial fobi og strukturerte rehabiliteringsopplegg for personer med psykoseproblematikk. Gruppebaserte tilbud er likevel fellesnevneren for de fleste dagbehandlingsenheter. I tillegg er gruppevirksomhet mange steder tilknyttet poliklinikkene.

Tiltak av mer aktivitetsbasert karakter synes i større grad å ha blitt etablert rundt i kommunene, og videreutviklet i tråd med anbefalinger gitt i veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene²⁶.

DPS skal gi veldokumenterte og tilpassede tilbud til pasienter innen hele spekteret av lidelser/plager. Følgelig kan behandlingstilbudene beskrives på et kontinuum fra enkle polikliniske konsultasjoner til sammensatte behandlingsprogrammer hvor individuelle konsultasjoner sammen med gruppeterapi og ferdighetstrening kan utgjøre tilbudet til den enkelte.

Det vil også være aktuelt å gi dagtilbud ved DPS-ets døgnenheter. Særlig vil dette være et aktuelt tilbud for mennesker med kroniske eller gjentatte psykotiske episoder. Dagopphold ved den døgnenheten hvor vedkommende er kjent og trygg kan være det minst stressende alternativet og dermed være det mest hensiktsmessige behandlings-/rehabiliteringstilbudet.

²⁶ Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332

Utfordringen videre blir å videreutvikle differensierte og kunnskapsbaserte behandlingstilbud som imøtekommer de hjelpesøkendes behov. Hvordan tilbudene best kan organiseres vil kunne variere ved de ulike DPS også i fremtiden.

Anbefaling:

Direktoratet anbefaler at dagbehandling defineres som utvidede polikliniske behandlingsprogrammer, som både gir målrettede behandlingstilbud til ulike pasientgrupper og individuelt tilpassede behandlingssopplegg til enkeltpersoner som er av et omfang som går ut over enkeltkonsultasjoner.

3.6 Behandling i døgnet

Behandling i døgnet ved DPS vil i hovedsak skje i åpne enheter som gir tilbud om aktiv behandling når polikliniske og ambulante tilbud ikke er nok. Antall plasser og type døgntilbud vil avhenge av flere faktorer som størrelsen på opptaksområdet, kompetanse og ressurser ved DPS, samt fordeling av oppgaver innen de samlede psykiatriske spesialisthelsetjenestene som dekker området. For å sikre en god ressursutnyttelse bør behovet for døgnplasser ved det enkelte DPS være gjenstand for tidvis evaluering både når det gjelder antall plasser og type tilbud.

Døgnetene ved DPS bør drive målrettet og strukturert behandling og må videreutvikles både når det gjelder arbeidsform og faglig innhold. En oppbygging av døgntilbud ved DPS vil muliggjøre at pasienter lettere kan få tilbud om døgnopphold når det er behov for det samt at utskrivningsklare pasienter kan overføres fra akuttavdelinger tidligere enn i dag.

Individuelle behandlingsplaner som angir mål for behandlingen bør omfatte konkrete miljøterapeutiske tiltak. Det er behov for å oppjustere den miljøterapeutiske delen av tilbudet. Dette må gjenspeiles i bemanningen, i kompetansehevings tiltak og ved ansettelse.

Behandlingstilbudet kan innbefatte flere enheter ved DPS samtidig og muliggjøre en behandling som den enkelte enhet ikke kan tilby alene. Dersom den innlagte pasient har en

primærterapeut ved en annen enhet i DPS er det viktig at disse samarbeider om det behandlingsmessige innholdet.

Ved DPS med store og middels store opptaksområder vil det være behov for å ha en åpen korttidspost for behandling av personer med depresjoner og andre ikke-psykotiske tilstander, og en åpen post for kortere eller lengre tids behandling av personer med psykoser.

Det legges ikke opp til at DPS bør ha lukkede avdelinger. Pasienter som er i behandling ved døgnavdeling på DPS (frivillig eller tvungen behandling), bør ha så god selvkontroll og funksjonsevne at de kan behandles på en åpen post. DPS bør kunne iverksette kortvarig skjerming. Dersom pasienten har behov for behandling på en lukket avdeling, er dette en oppgave for sentraliserte sykehusavdelinger. DPS vil kunne overføres ansvar for pasienter under tvunget psykisk helsevern når de er i en fase av sykdommen der de er i stand til delvis å samarbeide om behandling. Noen av døgnplassene ved DPS bør defineres som kriseplasser som de ambulante akutteamene kan disponere ved behov.

Mange pasienter har permisjon fra døgnenheten i helgene. Flere DPS har ut fra slike erfaringer utviklet 5-døgnsposter. Behandlingstiden blir da mer intensivert og personellressursene utnyttes bedre.

Opphold i en døgnenhet bør som en hovedregel planlegges på forhånd blant annet for å sikre en felles oppfatning av hensikt og varighet av oppholdet. Planleggingen kan skje i form av et møte ved DPS, i pasientens hjem eller på et egnet sted i kommunen. Pasient og pårørende kan også inviteres på besøk i avdelingen. For personer som har kontakt med det psykisk helsearbeid i kommunen kan det være en fordel at personell med godt kjennskap til pasienten deltar i planleggingen. Det bør være mulig å tilby avtalte re-innleggelser for personer som er kjent ved senteret. Enkelte pasienter kan ha nytte av et slikt målrettet tilbud i en periode, som et ledd i å oppnå en mer stabil fungering og på denne måten unngå kriser og akutte innleggelser.

Det bør utarbeides kriterier for hvilke pasienter som bør gis et behandlingstilbud ved DPS-ets døgnenheter for å sikre at pasienten får det beste behandlingstilbudet nettopp der. Ulempene ved døgnbasert behandling bør vurderes opp mot de behandlingsmessige fordelene.

Eksempel på kriterier for inntak på døgnavdelinger ved DPS:

Inklusjonskriterier:

- Varselsymptomer/tidlig intervensjon: Mennesker som gjennom tidlig intervensjon kan hjelpes til å forebygge psykoseproblematikk
- Forebygge suicid: Suicidforebyggende tiltak som kan iverksettes og opprettholdes med enhetens tilgjengelige ressurser
- Forebygge at akutt krise utvikler seg til permanente plager: Kortvarig innleggelse som kan dempe sterkt subjektivt ubehag og/eller forhindre utvikling av symptomer og/eller krisereaksjon
- Omfattende svikt i hverdagsfungering: Menneskets funksjonssvikt er så omfattende at de har falt ut av det som for dem er hverdagsfungering. F.eks. depressive plager som fører til stor grad av isolasjon og inaktivitet, og der poliklinisk eller hjemmebasert hjelp ikke er virksom eller mulig
- Samtidighet: Mennesker som kun gjennom innleggelse ved døgnenheten klarer å nyttiggjøre seg behandlingstilbudet fra seksjon for polikliniske tjenester (f. eks. tvangslidelser og alvorlige spiseforstyrrelser)

Eksklusjonskriterier:

- Mennesker med utagerende og voldelig atferd som har behov av lukket avdeling.
- Personer med lidelser som er så sjeldne at utredning og behandling må sentraliseres for å få opprettholdt nok erfaring til å kunne gi forsvarlig tilbud (for eksempel psykotiske døve, mennesker med omfattende somatiske lidelser hvor døgnbehandling i DPS vil være uforsvarlig)

(Fra DPS Halden)

3.7 Tilbud til personer med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet

Personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser vil ha behov for utredning og behandling fra flere nivåer. De ulike tiltakene kan gis samtidig eller i planlagt rekkefølge. Det er viktig at ansvar og oppgaver for de aktuelle tjenesteytere er avklart.

Alle DPS bør ha kompetanse i utredning og behandling av mennesker med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet (dobbeltdiagnose). Henviste pasienter med rusmiddelavhengighet skal få behandling for sin psykiske lidelse på linje med andre henviste pasienter.

En forutsetning for å kunne gi egnet hjelp til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, er en grundig og helhetlig utredning. Utredningen må omfatte somatiske og psykososiale forhold. For å vite hvilke hjelpetiltak som er realistisk å satse på, er det viktig å kartlegge funksjonsnivå. Ulike instanser vil nesten alltid måtte bidra i utredningen. Det er avgjørende at tjenestene har tilstrekkelig basiskompetanse til å oppdage behov for kartlegging ut over eget mandat- og kompetanseområde for dermed å kunne sørge for at egen utredning blir komplett.

I utredningen bør det benyttes godkjente verktøy som f.eks. AUDIT og DUDIT (Alcohol/Drug Use Disorder Identification). Behandlingen bør være integrert slik at rusavhengigheten behandles samtidig med den psykiske lidelsen. Dette krever et nært samarbeid mellom psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. DPS bør ha hovedansvar for personer der den psykiske lidelsen er vedvarende i kombinasjon med en rusmiddelavhengighet.

For å kunne gi et bedre tilbud til denne gruppen pasienter er det av vesentlig betydning at de ulike tjenestenes mandat ikke begrenser mulighetene til å vurdere personens ulike behov for hjelp. Uansett hvor personen først henvender seg, skal hjelpeinstansen sikre at vedkommende får en grundig vurdering og et behandlingsopplegg som inkluderer de ulike funksjons- og livsområder.

Prinsipper i organisering og utforming av tilbudet til målgruppen:

- Hjelp skal ytes med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd, og være tilpasset dennes uttrykte behov. Den som mottar hjelp bør så langt råd er, være aktivt med i tilretteleggelsen av tilbudet
- Personer med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser skal gis et helhetlig og faglig forsvarlig tilbud
- Ansvar for tjenestene skal følge normal ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenestene
- Aktuelle tjenester må medvirke til forpliktende samarbeid

3.8 Veiledning til kommunene

Helsepersonell ved DPS skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold for at de skal kunne løse sine oppgaver²⁷.

Dette kan omfatte:

- pasientrettet veiledning i faste veiledningsmøter
- veiledning ved behov rundt enkeltpasienter og kompliserte situasjoner
- råd og veiledning på overordnet nivå for eksempel når det gjelder oppgaver og utforming av helsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulike oppgaver og har til dels ulik kunnskap. For å oppnå en god forståelse for felles problemområder er det viktig og møtes som likeverdige parter slik at kunnskap overføres begge veier. For å få et tilfredsstillende utbytte av råd og veiledning må den som gir veiledning ha mer kompetanse og erfaring innen sitt fagområde enn den som mottar veiledningen. Kommunens tjenester må bygges ut i forhold til behovene og planlegges i samspill mellom brukere, kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det skal finnes samarbeidsavtale mellom kommune og DPS. For å få til et godt samhandlingsklima både på systemnivå og individnivå er det avgjørende at det etableres gode informasjons- og kommunikasjonskanaler mellom DPS og kommunen.

²⁷ Jf. Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3

3.9 Kontakt med pårørende

Pårørende er en viktig del av pasientens nettverk og er oftest en ressurs både i pasientens dagligliv og i behandlingssammenheng. Pårørende har kunnskap om den syke og om vedkommendes ulike livssituasjoner og utfordringer. Selv om det noen ganger er konfliktfylte relasjoner mellom pasient og pårørende eller mellom pårørende og hjelpeapparatet, er det viktig at tjenesteytere i utgangspunktet ser på pårørende som en ressurs. Se ellers tiltaksplan for pårørende²⁸.

Pårørende vil oftest kunne bidra med viktig informasjon i kartleggingsfasen. Samtidig må man være oppmerksom på at mange pårørende er utsatt for store belastninger, og har egne behov for å bli sett, få informasjon, praktisk bistand og hjelp. Ivaretagelse av de pårørende vil derfor være en viktig oppgave.

Barn og unge er en stor pårørendegruppe. Når foreldre eller søsken er i behandling må det vurderes om de øvrige barna i familien også trenger hjelp. Sosial- og helsedirektoratet har utgitt et rundskriv²⁹ som inneholder en sjekklister som tjenesteenhetene anbefales å bruke for å sikre at nødvendig oppfølging blir igangsatt. Dette rundskrivet vil bli fulgt opp av en veileder for tjenesteapparatet.

3.10 Opplæring av pasienter og pårørende

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 fastslår at opplæring av pasienter og pårørende er en av oppgavene spesialisthelsetjenesten særlig skal ivareta.

En anerkjent modell for slik opplæring er Lærings- og mestringssentra (LMS)³⁰. Gjennom etablering av lærings- og mestringssentra i spesialisthelsetjenesten vil DPS kunne sikre strukturerte og systematiske tiltak innen pasient- og pårørendeopplæring. Modellen legger opp til god brukermedvirkning i utformingen av de enkelte opplæringsprogram. På den måten kan en prioritere helsepedagogisk kompetanseoppbygging.

²⁸ Se Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser. 2006- IS-1349

²⁹ Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. IS-5/2006.

³⁰ For nærmere beskrivelse, se www.aker-universitetssykehus.no/LMS

Lærings- og mestringssentra vil kunne bidra til å gi:

- En likeverdig møteplass der fagpersonell og brukere samarbeider om planlegging, iverksetting og evaluering av opplæringstiltak, og brukererfaringer og fagkunnskap sidestilles i undervisningsopplegget.
- Et sted hvor brukere lærer om sin sykdom/funksjonshemming, og tilegne seg kunnskaper for å mestre hverdagen.
- Integrering av virksomhetenes læringstilbudt.
- Et sted hvor helsearbeidere kan tilegne seg helsepedagogisk kompetanse; å formidle kunnskap om sykdom, funksjon og helse på en slik måte at det fører til økt selvstendighet for brukerne.
- En tilgjengelig møteplass og et veilednings- og informasjonssenter der brukere kan henvende seg.

Likemannsarbeid bør være en naturlig del av aktiviteten ved LMS. LMS vil kunne ivareta det lovpålagte kravet om helsefremmende og forebyggende arbeid i form av livsstilsintervensjons-programmer. LMS vil også være en naturlig samhandlingsarena i forhold til kommunene.

3.11 Opplæring og utdanning av helsepersonell

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 skal de regionale helseforetakene sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helse-regionen. Som en følge av oppgavefordelingen mellom DPS og sentralsykehus, vil mesteparten av praksisbehovet til helsefaglige studenter innen psykisk helsevern dekkes av DPS. Det samme gjelder for psykologer og leger i spesialist-utdanning.

I følge den samme lovens § 3-10 har virksomheter innen psykisk helsevern ansvar for å gi ansatte helsepersonell opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid for-svarlig, dvs at det må stå i forhold til de oppgavene som skal utføres.

3.12 Forskning

Det er viktig at det legges til rette for forskning ved DPS-ene. Dette gjelder både helsetjenesteforskning og klinisk forskning. FoU- enheter (forsknings- og utviklingsenheter) ved helseforetakene bør initiere og støtte klinisk personell til å kunne gjennomføre større og mindre evaluerings- og forskningsprosjekter ved DPS.

De fleste pasientene i psykisk helsevern for voksne behandles ved DPS. Forskningsaktiviteten bør reflektere dette. Det kan være hensiktsmessig å sette av øremerkede ressurser for å stimulere til økt forskningsaktivitet. I tillegg til å stimulere til fagutvikling vil økt forskningsaktivitet ved DPS også kunne være et viktig grep for å bedre rekruttering av fagpersoner.

4 Faglig kvalitet i tjenesten

Helsetjenester skal til enhver tid være faglig forsvarlige og i samsvar med god faglig praksis. For å kunne tilby tjenester av høy faglig kvalitet må det arbeides bevisst og kontinuerlig med kvalitetsforbedring.

Kvaliteten på og innholdet i behandlingstilbudet i psykisk helsevern bestemmes i stor grad i møtet mellom pasient og fagperson. Effekten av tjenestene er avhengig av at disse "møtene" fungerer. Utformingen av tjenestene og innholdet i all behandling må i tillegg være basert på kunnskap om hvordan tjenester og tiltak virker. Virksomhetene har ansvar for jevnlig å vurdere om deres behandlingstilbud har god kvalitet.

Grunnlaget for å oppnå gode fagmiljøer som er i stand til å gi kvalitativt gode tjenester er å rekruttere og å beholde gode fagressurser. Erfaring viser at en vesentlig faktor for å oppnå dette er å skape faglig stimulerende miljøer der systematisk fagutvikling, kompetanseutvikling, forskning og faglig vedlikehold står høyt i kurs. Dette forutsetter en faglig strategisk ledelse som arbeider systematisk for å rekruttere kompetente medarbeidere, stimulere til fagutvikling og derigjennom utvikle gode fagmiljøer.

"For å kunne tilby tjenester av høy faglig kvalitet må det arbeides bevisst og kontinuerlig med kvalitetsforbedring."

Ledelsen ved DPS har ansvar for at det foreligger nødvendig bredde i kompetansen blant medarbeiderne for å kunne ivareta de tilbud som skal gis. Det betyr at de enkelte medarbeidere bør ha tilstrekkelig grunnkompetanse i forhold til sitt arbeid, samtidig som det ved DPS-et totalt sett må finnes tilleggskompetanse på mange forskjellige områder for å dekke det totale behandlingsansvaret.

4.1 Etablering av gode relasjoner

Hjelp skal ytes med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd, og være tilpasset dennes uttrykte behov. Den som mottar hjelp skal fortrinnsvis være aktivt med i tilretteleggelsen av tilbudet, både når det gjelder form og innhold.

En god relasjon bygger først og fremst på en aksepterende holdning, der behandler viser vilje og evne til å ta pasien-



ten på alvor. Det innebærer blant annet å kunne lytte, vise interesse og inngi håp for fremtiden. Videre må den hjelp som tilbys stå i rimelig forhold til den hjelp som det blir bedt om. Det er derfor viktig fra første møte å sette av tid til relasjonsbygging som kan gi grunnlag for videre dialog der en også har fokus på pasientens ressurser og mestringsstrategier.

4.2 Krav til utredning og diagnostikk

Utgangspunktet for god behandling er en grundig utredning og diagnostisering. Utredningen må dekke vesentlige psykologiske, medisinske og psykososiale forhold i klientens liv og kunne ut i en konkret beskrivelse av de problemområder som hindrer vedkommende i sin hverdagsfungering. Det betyr at utredning skal ivareta alle sider ved personens fungering. Pasientens sosiale status som bolig, arbeid, økonomi og nettverk er grunnleggende rammer for fungering i hverdagen og må kartlegges nøye. Det er en utfordring å få til en balansert vektning mellom kartlegging av problemområder og symptomer på den ene siden og tilgjengelige ressurser på den

andre. Som en hjelp i dette arbeidet bør det brukes en mal for primærjournal som angir hvilke områder som skal kartlegges³¹.

I møtet med behandlingsapparatet kan pasienten holde tilbake informasjon om sin tilstand og fungering. Dette kan resultere i at avgjørende symptomer ikke fanges opp og medvirke til at uvirksom behandling blir foreslått og iverksatt, eller at kritiske situasjoner ikke fanges opp. Eksempler på lidelser der det lett kan forekomme underrapportering av symptomer er ved tvangslidelsene og ved rusmiddelavhengighet. Symptomene ved disse lidelsene er belagt med mye skam og skyld. Mange hjelpsøkere sier ikke noe om disse symptomene dersom de ikke blir spurt direkte om det. Rusmiddelmisbrukere som plages av psykiske symptomer, særlig angst og depresjon er ofte dårlig diagnostisert, og risikerer derfor å få et tilbud som er underdimensjonert i forhold til sine lidelser.

For å sikre en mest mulig korrekt funksjonsbeskrivelse og diagnose bør det i tillegg til grundig anamnestic intervju brukes standardiserte og strukturerte diagnostiske intervjuer. Hovedbegrunnelsen for bruk av diagnostiske hjelpemidler (strukturerte diagnostiske intervjuer) er at fagpersonen blir veiledet til å spørre om hele symptomspespekteret. Ved å bruke disse hjelpemidlene minsker sannsynligheten for underrapportering. MINI intervjuet og SCID-I er eksempler på godt utprøvde diagnostiske hjelpemidler.

Bruken av standardiserte kartleggingsinstrument (strukturerte intervjuguider) erstatter ikke kliniske overveielser og skjønn, men sikrer en viss minimumsstandard som er nødvendig for det kliniske arbeidet. Det anbefales også å gjøre en mer lidelsesspesifikk kartlegging med standardiserte måleinstrumenter når man har identifisert en hovedlidelse. Dette vil lette evalueringen av behandlingsarbeidet underveis og ved avslutning av behandlingstilbudet.

DPS må sikre at personell som foretar diagnostisering/utredning har inngående kjennskap til diagnosesystemet og diagnostiske hjelpemidler som f.eks MINI intervjuet. Fagpersoner som har ansvaret for utredning/diagnostikk må ha tilstrekkelig bred basiskompetanse til å oppdage behov for kartlegging ut over eget fagområde. Utreder må sørge for at egen utredning blir komplett.

Det stilles samme krav til systematikk og bruk av minimumsstandarder i utredning/ diagnostikk ved alle enheter i et DPS.

³¹ Se forøvrig Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker, Statens helsetilsyn 2001.

For å sikre mulig kartlegging av pasientens tilstand, vil det ofte være hensiktsmessig å innhente komparent-opplysninger fra familie/nære pårørende.

4.2.1 Vurdering av selvmordsrisiko

Psykiske lidelser kan medføre økt risiko for selvmord. Depressive tilstander utpeker seg spesielt i denne sammenhengen, men også andre lidelser kan medføre økt risiko. Tidlig oppdagelse av selvmordstanker og eventuelt planer muliggjør tiltak med sterk forebyggende effekt. Erfaring viser at mennesker med selvmordstanker/ planer ikke alltid forteller om dette spontant. Det er derfor nødvendig at man som et ledd i kartlegging spør direkte om dette.

Vurdering av selvmordsrisiko inngår som standard i alle førstegangsvurderinger og utredninger i psykisk helsevern. Dersom en risiko avdekkes initialt må slike vurderinger gjøres jevnlig i behandlingskontakten. Det anbefales å benytte standardiserte og velprøvde kartleggingsverktøy.

4.2.2 Vurdering av risiko for å være til fare for andre

Det er store utfordringer i forhold til å identifisere, ivareta og behandle personer som kan være til fare for andre. For å mestre disse oppgavene kreves kunnskap om hvilke situasjoner og omstendigheter som kan medføre risiko, aktuelle behandlingsformer, samt kunnskap om bruk av diagnostiske hjelpemidler og kartleggingsverktøy (risikovurdering og risikohåndtering).

I det siste tiåret er det utviklet standardiserte vurderingsredskaper i form av forskjellige sjekklister, som sammen med klinisk vurdering har bedret muligheten for prediksjon betydelig. Et velprøvd kartleggingsinstrument som har fått stor internasjonal anvendelse er HCR-20, Historical- Clinical-Risk scheme fra 1997. HCR-20 kartlegger vedkommendes atferdshistorie, "her og nå" situasjonen og den ytre risiko-situasjonen.

Når det gjelder samarbeid med politiet i situasjoner hvor pasienten kan gjøre en risiko for andres sikkerhet vises det til rundskriv IS-15/2006.

4.3 Krav til behandlingstilbudet ved DPS

Behandlingstilbudet ved DPS må være basert på tilgjengelig kunnskap om hva som er virksom behandling. Det er et lederansvar å sørge for at utredning og behandling utøves i tråd med dette. I praksis betyr det at behandlingstilbudet skal utformes i tråd med nasjonale retningslinjer³² og øvrig kunnskapsbasert praksis.

Dersom tjenesten avviker fra hovedlinjene i disse anbefalingene må dette begrunnes og journalføres. I klinisk praksis forekommer situasjoner der bruk av retningslinjer ikke er mulig. Det kan være at den som søker hjelp ikke ønsker den typen behandling eller at behandleren/DPS ikke har den kompetansen som behandlingstilnærmingen krever. Behandlingen bør da overlates til andre fagpersoner på enheten eller man må være behjelpelig med viderehenvisning til kompetent instans/enhet. Det er avgjørende at behandlingstilbudet bygger på en behandlingsplan som er utformet i samarbeid med den det gjelder. Et målrettet og strukturert behandlingstilbud som pasienten også er inneforstått med forutsetter at det utarbeides en behandlingsplan som journalføres. Nedenfor følger en sjekklister som skisserer hovedpunktene som bør inngå i behandlingsplanen.

Sjekklister for behandlingsplanen:

- Inneholder behandlingsplanen følgende momenter:
 - diagnose/funksjonsstatus (inkl. arbeid, skole, etc.)
 - konkrete observerbare mål for behandlingen
 - skissering av valgt behandlingstilnærming med begrunnelse
 - skissering av antatt varighet
 - kriterier for avslutning
- Har pasienten blitt informert om sin lidelse og om ulike behandlingstilnærminger der slike finnes?
- Er behandlingsplanen utformet i samråd med pasienten og evt. andre aktuelle personer?
- Er det avtalt evaluering og systematisk tilbakemelding underveis i behandlingen?

³² Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å revidere behandlingsveiledere for behandling av affektive lidelser, schizofreni og spiseforstyrrelser. Det tas sikte på at disse vil være ferdig ved utgangen av 2006.

4.4 Faglig kompetanse ved DPS

Det følger av de oppgaver som DPS skal ivareta at senteret må ha bred kompetanse innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser. Dette bør inkludere kompetanse på følgende områder; relasjonsbygging og forståelse av dynamikken i relasjoner, samarbeid og respekt for pasienten og dennes familie og deres synspunkter og ønsker, tverrfaglig samarbeid, utforming og etablering av individuelle planer, diagnostisk utredning, kriseintervensjon, medikamentell behandling, psyko-dynamisk forståelse og psykoterapi, kognitiv terapi og eksponeringsterapi, gruppepsykoterapi, familieterapi, miljøterapi, kunst- og uttrykksterapi, nettverksarbeid, psykososial rehabilitering, og bruk av sentrale skårings-skalaer som ledd i utredning og evaluering. Kjennskap til lokale forhold og samarbeidspartnere er også en form for kompetanse som bør finnes ved et DPS.

Forståelse og kunnskap om to-personsrelasjoner bør være basis i kompetanseutviklingen. Det må tydeliggjøres i undervisningen hvilke tiltak av pedagogisk og praktisk karakter som vil være nødvendig for å oppnå denne relasjonskompetansen. Arbeid med behandlingsrelasjonen er en basisforutsetning uavhengig av hvilke behandlingsmetoder som for øvrig benyttes. Relasjonskompetanse, motivasjonsarbeid og mobilisering av pasientens egne ressurser, er sentrale stikkord i denne sammenhengen.

Kompetanseutviklingsprogrammer med fordypning i behandling av ulike psykiske lidelser vil også være nødvendige tiltak. Eksempler på dette er: behandling av angstlidelser, spiseforstyrrelser, affektive lidelser, schizofreni, behandling av rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser.

Ved DPS bør det finnes kompetanse på utredning og behandling av de fleste psykiatriske tilstander hos eldre. Samarbeid med alderspsykiatrisk enhet ved sykehus vil være aktuelt, jf. anbefalt oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner. DPS bør videre ha kompetanse på de vanligste psykiske lidelsene hos psykisk utviklingshemmede. Personer med lettere psykisk utviklingshemming vil ofte ha en utforming av psykiske symptomer tilsvarende personer med normal intelligens og bør få tilbud ved DPS. Personer med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse bør behandles ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området.

Personer med fremmedkulturell bakgrunn er en gruppe som kan representere en særlig utfordring. I tillegg til språkbarrierer kan også symptomer være vanskelig å tolke. DPS må bygge opp nødvendig kompetanse for å ivareta denne oppgaven, inkludert bruk av tolk i forbindelse med utredning og behandling. Det bør vurderes hvor vidt den etniske sammensetningen av fagpersonell også bør reflektere den befolkningen som skal betjenes.

Kompetansen ved de ulike enhetene må være adekvat i forhold til de pasientgrupper og oppgaver DPS har. Det betyr blant annet at DPS må ha tilstrekkelig andel lege- og psykolog spesialister. I tillegg må en sikre at kompetansen oppdateres i tråd med utviklingen i de ulike deler av fagfeltet, og at kompetansen ikke er smalsporet ut ifra lokale interesser.

Ledelsen ved DPS bør sørge for at kompetansen ved senteret utnyttes best mulig, for eksempel ved at fagfolk med høy kompetanse bruker tid på veiledning av medarbeidere og dermed bidrar til at fagpersonalet samlet sett gir et tilbud med både tilfredsstillende kvalitet og maksimal kapasitet. DPS bør også søke samarbeid med andre institusjoner for å få dekket kompetanse som en ikke har selv.

Eksempel på aktuelle kompetansemiljøer:

- Regionale ressursentre om selvmordsforebygging, vold og traumatisk stress
- Regionale sentre for barn og unges psykiske helse, RBUP
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, NAKMI
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS
- Nasjonalt klinisk nettverk for behandling av spiseforstyrrelser
- Kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

4.5 Utvikling og vedlikehold av kompetanse

Virksomheter i psykiske helsevern må sørge for at ansatt helsetpersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Kompetanseutvikling oppnås ikke uten at det brukes tid og penger på dette. Årlige opplærings- og kompetanseutviklingsplaner bør bidra til en bevisst satsing med utgangspunkt i enhetenes kompetansebehov.

Tiltak som bør inngå i slike planer er:

- Internundervisning og veiledning til alt behandlingspersonell

- Videreutdanning inkl. spesialistutdanningsprogrammer
- Oppgaveorienterte videre- og etterutdanningsprogrammer

Institusjonseier bør sikre rett kompetanse ved blant annet å gi gode rammebetingelser for utvikling og vedlikehold. Intern undervisning er et viktig virkemiddel da dette vil nå mange og gi felles kunnskap. I tillegg bør alle få tilbud om regelmessig veiledning individuelt og i smågrupper. Det er også viktig å gi anledning til å delta på kurs og seminarer for å oppdatere sine kunnskaper, treffe fagfolk som arbeider andre steder og få perspektiver på eget arbeid og egen institusjon. Gjensidige hospiteringsordninger kan gi nyttige impulser mellom ulike fagmiljøer. Samarbeid med andre distriktpspsykiatriske sentre vil også kunne gi nye muligheter for kompetansebygging.

Felles tiltak for kompetanseoppbygging mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bidrar til utvikling av felleskompetanse og virker oftest relasjonsbyggende. Kommunene har imidlertid behov for kompetanseheving på ulike nivåer. Det første nivået er en minste felles faglig plattform for alle involverte hjelpere som har oppgaver overfor mennesker med alvorlig psykiske lidelser. Dette kan i stor grad bli ivaretatt gjennom de kompetanseutviklingsprogrammer som er utviklet av helsemyndighetene i regionale og lokale program. Det andre nivået representerer mer avansert kompetanse som hjelpere med fullt eller delegert behandlingsansvar må ha i tillegg. Dette behovet må DPS søke å imøtekomme gjennom veiledning og undervisningsopplegg.

Det er av avgjørende betydning at den opplæring som finner sted har et innhold og en utforming som faktisk øker fagpersonalets evne og forutsetninger for å kunne møte brukernes behov, utvikle samarbeidskompetanse og støtte opp om pasientenes egenmestring. Forholdene må legges til rette for at personell kan gjennomføre deler av grunn-, og videreutdanning ved DPS. Noen ganger er det hensiktsmessig å rette rekrutteringsinnsats mot personer som kan forventes å være stabile over tid. I samarbeid med aktuelle faggrupper bør en finne fram til virkemidler som antas å ha mest effekt for rekruttering av de faggruppene en mangler.

Informasjonsteknologi kan med fordel tas i bruk som et hjelpemiddel i kompetansebygging. Bruk av Internett, videokonferanser eller forelesninger ved hjelp av telematikk har vist seg nyttig for mange.

5 Dimensjonering, kapasitet og bemanning

Strukturene for DPS utbyggingen er lagt selv om de bygningsmessige forutsetninger varierer. Mange DPS er samlet i felles lokaler mens andre har spredte enheter som kan medføre utfordringer, ikke minst på et faglig plan. Det er viktig at lokalene ivaretar kravet til universell tilgjengelighet.

5.1 Størrelsen på opptaksområdet

Størrelsen på opptaksområdet besluttes ut fra en avveining av flere forhold. Behovet for å ha robuste fagmiljøer med tilstrekkelig bredde i sin kompetanse og minst mulig sårbarhet ved fravær, tilsier en viss minimumsstørrelse. Samtidig er det en grense oppad for hvor stort opptaksområdet bør være. Muligheter for god kjennskap og nærhet til kommunale samarbeidspartnere er avgjørende i denne sammenheng.

Pr. januar 2006 var det til sammen etablert 75 DPS i landet. Befolkningsgrunnlaget i opptaksområdene varierer fra 13 800 til 155 550.

Ved å dele opp befolkningsgrunnlaget i 3 intervaller får vi følgende fordeling:

•	15 000 – 29 000:	12 DPS
•	30 000 – 75 000:	44 DPS
•	75 000 – 150 000:	16 DPS

Ut fra erfaringer som er gjort synes det mest hensiktsmessig at opptaksområdet for et distriktpsikiatrisk senter har en befolkning på 30 – 75 000. Pr. januar 2006 har 18 DPS et større befolkningsgrunnlag enn dette.

" God bemanning ved DPS avhenger både av et tilstrekkelig antall ansatte og en hensiktsmessig sammenstilling ut fra oppgavene"

Større DPS kan være hensiktsmessig i tett befolkede områder. DPS bør likevel ikke bli så store at det går ut over kunnskap om opptaksområdet og kontakt og samarbeid med det lokale hjelpeapparat.

Det har foregått en stadig omorganisering hvor sammenslåing av DPS-er, er et gjennomgående trekk. Dette kan være en stor utfordring da alle DPS har sin særkultur. Når to DPS slås sammen må dette begrunnes, planlegges nøye og følges tett opp for at ressursene kan ivaretas på en god måte.



5.2 Dimensjonering av døgnplasser

Tilstrekkelig antall døgnplasser i et område vil avhenge av flere forhold som for eksempel forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen, befolkningstetthet, geografi og hvilke andre tjenester som finnes ved DPS og det øvrige psykisk helsevern i opptaksområdet.

Ved oppstart av opptrappingsperioden anslo SINTEF at behovet for døgnplasser ved DPS var ca 6 per 10 000 voksne innbyggere, og måltallet for etablering av døgnplasser ved DPS, ble satt til 2065 plasser totalt. Dette vil innebære 25 døgnplasser i et DPS med 40 000 voksne innbyggere. I 1998 var det 1487 døgnplasser i DPS og antallet øket til 2009 plasser i 2005. Ved utbygging av ambulante og polikliniske behandlingstilbud samt gode tilbud i kommunene, vil behovet for døgntilbud sannsynligvis avta.

5.3 Status for bemanning ved DPS

Tilstrekkelig og stabil fagkompetanse ved DPS er den viktigste forutsetningen for å lykkes med kjernevirksomheten.

Selv om det har skjedd en positiv utvikling siden starten på opptrappingsperioden, er det fortsatt store variasjoner når det gjelder bemanningsfaktor. Flere DPS har problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell.

SAMDATA Psykisk helse for 2004³³ viser store forskjeller i bemanningen ved DPS i forhold til befolkningsgrunnlaget. *Totalbemanningen ved DPS varierer fra 9 til 49 ansatte pr. 10 000 innbyggere.* Det er også store forskjeller med hensyn til andelen av de ulike yrkesgruppene. For psykiatere varierer dette fra 0,3 - 2.6 ansatte pr. 10 000 innbyggere. For psykologspesialistene varierer det mellom 0,0 – 1.5 pr. 10 000 innbyggere.

Døgnetenhetene ved DPS har varierende, og noen steder ingen, psykiater/ psykologresurser knyttet til seg, et krav som må være innfridd for å yte spesialisthelsetjenester. Mangelfull spesialistdekning kan være et hinder for å utvikle gode fagmiljøer og føre til at medisinske, sosiale og psykologiske sider ved utredning og behandling ikke ivaretas på en tilfredsstillende måte ved døgnetenhetene. Det er direktoratets erfaring at DPS som søker om godkjenning for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold kan ha for få psykiater og psykologspesialistressurser knyttet til døgnetenhetene for å få godkjenning.

Sentrale myndigheter har ikke utarbeidet normtall for bemanning ved DPS. Norsk psykiatrisk forening foreslår i sin generalplan 2001 – 2010, at det pr. 1 spesialist i psykiatri bør være 3 andre fagstillinger og tilnærmet lik fordeling av antall lege og psykologstillinger. Foreningen sier også i generalplanen at det bør være minimum 1 spesialist i psykiatri, 1 spesialist i klinisk psykologi og en ass. lege knyttet til en døgnetenhet.

Det må sikres at alle enheter ved DPS har tilstrekkelig spesialistbemanning. Dette gjelder også døgnetenhetene som må ha fast tilknyttet lege- og psykologspesialist, slik at de kan ivareta det døgntilbud som forventes³⁴. Under følger eksempel på totalbemanning ved nyopprettet døgnetenhet, DPS Skien.

³³ SAMDATA psykisk helsevern; sektorrappport 2004, SINTEF Helse 2005.

³⁴ Jf. pkt. 3.6

Bemanning av døgnenhet ved DPS Skien	
Antall plasser	28,0
Planlagt bemanningsfaktor	1,75
Overlege/psykiater	2,0
Ass. Lege	2,0
Psykologspesialist	2,0
Spesialsykepleier i turnus	20,0
Spesialsykepleier ikke i turnus	2,0
Ergoterapeut	1,0
Klinisk sosionom	2,0
Fysioterapeut	1,6
Miljøarb./terapeut i turnus	16,4
Stillinger i alt	51

5.4

Ønsket bemanningssituasjon

God bemanning ved DPS innebærer både et tilstrekkelig antall ansatte totalt sett og en hensiktsmessig sammensetting ut fra de oppgavene som skal ivaretas. DPS bør tilstrebe en tverrfaglig sammensatt personalgruppe som også innehar adekvat formal- og realkompetanse og der representasjonen av spesialister er sterk nok til å ivareta en forsvarlig spesialisthelsetjeneste av høy faglig kvalitet. Totalbemanningen må stå i rimelig forhold til den befolkning DPS-et skal betjene.

Tverrfaglighet

For å sikre et bredt behandlingsperspektiv ved DPS må en tilstrebe og bygge opp en tverrfaglig sammensatt personalgruppe. Tverrfaglighet er noe annet enn at personer fra flere fagområder arbeider under samme tak. Det er en utvikling av det som skjer mellom de ulike fagfeltene som gir tverrfaglig gevinst. Ved tverrfaglig samarbeid vil de som jobber sammen om de samme områdene ha oppmerksomhet på og få frem løsninger som ellers ville blitt oversett. Tilgang på spesialistkompetanse fra psykiater og psykologspesialist er nødvendig for å sikre tverrfaglighet ved samtlige enheter ved DPS. Det må derfor være egne stillinger for psykiatere og psykologer også ved dag- og døgnbehandlingsenhetene.

Formalkompetanse og realkompetanse

Den formelle grunn og videreutdanning hos ansatte utgjør en grunnleggende kvalitetsgaranti mht fagutøvelsen. Utrednings- og behandlingsoppgavene kan kreve kunnskap i form av spesiell erfaring og tilegnet praksisbasert spesialkunnskap. Det er derfor viktig å ha en oversikt over de ansattes realkompetanse og utnytte denne i tilbudet. Dette kan gjøres ved en årlig gjennomgang av realkompetansen hos ansatte og at man utnytter denne kunnskapen når man avgjør hvem av de ansatte som skal jobbe med henviste saker. På denne måten utnytter man ressursene/fagkunnskapen maksimalt samtidig som det gir trivsel blant ansatte.

Spesialistbemanning

En kartlegging av dagens situasjon viser at flere distrikter har problemer med å rekruttere og å beholde spesialister i psykiatri og klinisk psykologi. Denne situasjonen er vanskelig for små DPS og effektive tiltak for å sikre en minimumsbemanning mht spesialister er nødvendig.

Det er enighet om at en faggruppe må ha en viss størrelse for å bidra til å rekruttere og å beholde ansatte. Et tiltak for å sikre større stabilitet kan være å justere opp bemanningsfaktoren for spesialister ved de minste DPS-ene.

Eksempelvis kan det tenkes at alle DPS, uansett størrelse, bør ha minimum 2 spesialister i psykiatri og 2 spesialister i klinisk psykologi. For noen DPS vil det bety at stillingshjemler for spesialister måtte økes noe. Det kan være aktuelt å se på en omfordeling av resursene innenfor enkelte HF.

Rekrutteringsfremmende tiltak bør ha høy prioritet. Dette kan være tilbud om kurs, videreutdanning og muligheter for fleksible arbeidstider. Å knytte f. eks 20 % driftshjemler for privatpraksis til DPS vil også kunne være et rekrutteringsfremmende tiltak. Dette bør være en aktuell problemstilling ved reforhandling av allerede inngåtte avtaler.

Anbefalinger angående bemanning ved DPS:

- DPS må ha en bemanning som står i forhold til de oppgavene de skal løse
- DPS bør tilstrebe en tverrfaglig bemanning med et bredt spekter av kompetanse
- DPS bør ha en spesialistbemanning som står i forhold til befolkningsgrunnlaget
- De minste DPS-ene bør ha en minimumsbemanning av spesialister, for eksempel ikke mindre enn 3 årsverk
- Samtlige DPS bør som et minimum ha en legespesialist og en psykologspesialist fast tilknyttet alle enheter
- Som en hovedregel bør det opprettes utdanningsstillinger for leger og psykologer ved alle DPS
- Det bør utarbeides planer for utdanning og rekruttering av spesialister

6.1 Organisering



Opptrappingsplanen definerer DPS som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område. Det betyr at et DPS verken faglig eller administrativt skal legges inn under en annen avdeling som kan styre senterets ressursbruk eller kapasitet på en måte som hindrer senteret i å utføre sine egentlige oppgaver. Det betyr imidlertid ikke at tjenestene ved DPS kan utøves eller utvikles isolert fra den øvrige behandlingkjede.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 skal virksomheter organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I tillegg til leder for DPS skal det i tråd med dette være en leder for hhv poliklinikk, for dagenhet, døgnenhet og så videre. Disse lederne utgjør senterets styrende organ/ ledergruppe.

Helsetjenester som tilbys ved DPS skal være forsvarlige³⁵. Dette innebærer at funksjoner som planlegging,

"For å skape organisasjonskulturer som er innstilt på læring må ledere kartlegge og eliminere faktorer som hindrer at læring kan finne sted."

kompetanse- og kvalitetsutvikling, organisering, koordinering, drift og vedlikehold av tjenesten må innrettes slik at forsvarlighetskravet kan etterleves. Leder må bygge opp strukturer der de ulike ledelsesfunksjonene kan ivaretaes, slik at de samlede ressurser brukes optimalt og det kan ytes mer og bedre pasientbehandling. Det bør finnes råd og utvalg som støtter opp om en hensiktsmessig ledelse, eksempelvis kvalitetsråd, brukerråd og FoU-utvalg.

6.2 Ledelse og ledelsesutfordringer

Tjenestetilbudet ved DPS er under oppbygging samtidig som det er forventninger om ivaretagelse av mange ulike oppgaver. Dette innebærer store utfordringer. En god og tydelig ledelse er avgjørende for å arbeide systematisk i retning av å nå intensjonene. Ledelsesoppgavene er mange og sammensatte. Ledelsesaktivitetene må derfor være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver. Det er institusjonseiers ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen.

³⁵ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Det er et ledelsesansvar å følge med på, analysere, prioritere og koordinere aktiviteten ved DPS. For å få til dette behøves både en styrking av den enkelte leders kompetanse på dette feltet og en øket legitimitet til lederrollen.

Rapport fra Statens helsetilsyn fra evaluering av psykiatriske poliklinikker³⁶ viste at poliklinikker med tydelig ledelse og ledelsesstruktur var de mest produktive og vel-fungerende. Dette bekrefter funn fra lignende undersøkelser.

6.2.1 Rammebetingelser for utøvelse av lederskap

Helseforetakene må ta et særlig ansvar for at ledelse ved DPS blir prioritert og at det gis nødvendige rammebetingelser for å utøve godt lederskap. I følge rapport fra Sintef Helse 2006³⁷, er det behov for både å styrke og å legge bedre til rette for utøvelse av lederskap.

Rammebetingelsene må sikre at det settes av tid til å utøve lederskap. I tillegg må det finnes klare funksjons- og stillingsbeskrivelser for alle lederstillinger. For å utøve profesjonell ledelse må lederen ha en bakgrunn som gjør vedkommende kompetent som leder, ha gjennomgått opplæring, ha erfaring innen ledelse, få veiledning i å inneha en lederrolle og ha lyst til å påta seg lederoppgaver. Det bør derfor gis lederopplæring for de som ikke har det og tilbys lederveiledning for de som ønsker det. Alternativ til lederveiledning kan være å etablere nettverk for ledere der ledere kan gi hverandre gjensidig veiledning og støtte.

I følge den overnevnte rapporten går mye av behandlernes tid med til pasientadministrativt arbeid. Forholdene bør legges til rette for at fagpersonalet får nødvendig støtte til merkantile oppgaver slik at større del av arbeidstiden kan gå til pasientrettet arbeid.

I tillegg må det utvikles en kultur for å utøve ledelse og en anerkjennelse av å bli ledet. Det er viktig at helseforetakene tydeliggjør sine forventninger til ledelse av DPS. Samtidig må det gis handlingsrom til å utøve ledelse og nødvendig støtte i strategisk planlegging og videreutvikling av tjenestene.

³⁶ "Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien" (utredningsserie nr. 4-2000) Statens helsetilsyn.

³⁷ Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker, 2005. SINTEF Helse.



6.2.2 Skape forståelse for - og motivasjon for behovet for endring

For å utvikle organisasjoner som kan tilpasse seg de økende krav til endring og fleksibilitet har teoretikere lagt stadig større vekt på perspektivet *organisatorisk læring* som utgangspunkt for fornyelse og stimulering til gode endringsprosesser i organisasjoner. Det er i flere sammenhenger blitt pekt på at det psykiske helsevern i dag ikke fremstår som lærende organisasjoner³⁸.

³⁸ Jf. Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2005.

En lærende organisasjon kjennetegnes ved at en tidlig oppdager svikt og problemer, identifiserer endringsbehov og korrigerer disse. Samtidig som et kontinuerlig forbedringsarbeid pågår med søking etter nye og bedre arbeidsformer, metoder og rutiner, finnes kontinuerlige læringsprosesser på individ- og organisasjonsnivå. Gjennom klare visjoner for virksomheten skapes det mening og kanaliseres energi³⁹. Det har tidligere vært pekt på at arbeid med kulturendring er viktig for å nå intensjonene i Opptappingsplanen. For å skape organisasjonskulturer som er innstilt på læring må ledere kartlegge og eliminere de faktorer som hindrer at kontinuerlig læring kan finne sted.

6.2.3 Leders ansvar for forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling

Det er et lederansvar å etablere et fungerende internkontrollsystem⁴⁰. Internkontrollplikten må også sees i sammenheng med krav til organisering i helsepersonelloven § 16, der det heter: "Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter." De ansatte bør trekkes aktiv inn i dette arbeidet slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Tydelig organisering og ansvars plassering og et hensiktsmessig system for håndtering av avvik og forebygging av svikt, er viktige forutsetninger for forsvarlig virksomhet. Dette vil derfor være sentrale elementer i internkontrollsystemet ved DPS.

Systematisk styring og ledelse er en klar forutsetning for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid. Gjennom å ta i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, slik som systematisk bruk av statistikk, tilfredshetsmålinger fra brukere og fra primærhelsetjenesten, erfaringer og data for evaluering av egen virksomhet, bør ledere på alle nivåer arbeide i retning av å utvikle lærende organisasjoner. For å oppnå gode utviklingsprosesser må ledere som et minimum:

³⁹ Senge PM. 2004-

⁴⁰ Se Kap. 7.2 Internkontroll og kvalitetsforbedring

- Etablere hensiktsmessige styringssystemer
- Tilrettelegge for kontinuerlig evaluering av egen virksomhet
- Utarbeide planer for videreutvikling av tjenestene
- Utarbeide årlige kompetanseutviklingsplaner for den enkelte behandlingseenhet og for den enkelte medarbeider

6.3 Medansvar for det samlede behandlingstilbudet

Et overordnet mål i Opptrappingsplanen er å skape helhetlige tjenester. Brukerne skal ikke oppleve at tjenestene er fragmentert og usammenhengende og de skal ikke være i tvil om hvem som har ansvaret for oppfølgingen. Dette krever en god og velfungerende samhandling horisontalt og vertikalt mellom tjenester og nivåer, bygd på klare avtaler om ansvar og oppgavefordeling.

Det er et ledelsesansvar å sørge for at tjenestene fremstår som koordinerte og helhetlige til beste for brukeren. Dette fordrer at ledere på alle nivåer tar ansvar for mer enn de selv har ansvar for, dvs. at alle ledere tar medansvar for helheten. Det er en klar forventning om at ledere er lojale i forhold til sentrale føringer.

For å ivareta helheten i behandlingstilbudet bør det finnes et ledelsesforum for det psykiske helsevern innen hvert sykehusområde. DPS-oppgaver og sentraliserte sykehusoppgaver må sees og planlegges i sammenheng, i tråd med helsepolitiske føringer. Avtaler for samhandling må utarbeides. Et felles ledelsesforum er en forutsetning for å legge til rette for en forpliktende samhandling og en bedre styring, koordinering og ressursutnyttelse innen det totale spesialisttilbudet.

7.1 Regelverk

Det er gitt ulike typer rettsregler som regulerer helseinstitusjoners, helsepersonells og pasienters rettsstilling som er relevante for virksomheten ved DPS. Slike regler er i stor grad gitt i lovs form av Stortinget eller som forskrift av forvaltningen. Rettsregler er av en slik karakter at helsetjenesten forpliktes til å følge opp tiltak som blir fastlagt i enten lov eller forskrift. Det er derfor viktig at driften tilrettelegges på en slik måte at krav i regelverket overholdes, jf. punkt 7.2 nedenfor vedrørende krav til internkontroll og kvalitetsforbedring.

En del aktuelle regler har blitt omtalt underveis i veilederen knyttet til de ulike temaene. I det følgende gis likevel en kort omtale av regelverk som er aktuelt for virksomheten ved DPS, men uten at det tas sikte på en uttømmende fremstilling. I kap. 9 er relevante lover og forskrifter opplistet med fullstendig referanse, og kan finnes på www.shdir.no. Alle lover og forskrifter finnes oppdatert til enhver tid på Lovdatas åpne nettsted www.lovdata.no.

7.1.1 Regler om helsetjenestene m.v.

Det er gitt generelle regler om organisering, drift og finansiering av institusjoner og tilbud innen helsetjenesten. I forhold til DPS er *spesialisthelsetjenesteloven* sentral, som regulerer hovedsaklig organisatoriske og administrative forhold i spesialisthelsetjenesten. Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. lovens § 2-1. Spesialisthelsetjenesten er organisert som

" For å tilfredsstille kravet om forsvarlig helsehjelp og ivareta pasientrettigheter må gjeldende lover og forskrifter være kjent og bli fulgt.

helseforetak, jf. *helseforetaksloven*. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a skal de regionale helseforetak sørge for at befolkningen innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester, herunder psykisk helsevern.

I spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrifter finnes sentrale bestemmelser for virksomheten ved DPS bl.a. om forsvarlighet, ventelisteregistrering, journal- og informasjonssystemer, meldeplikt til Helsetilsynet, kvalitetsutvalg, deltagelse i undervisning og opplæring, pasientansvarlig lege, organisering av ledelse, krav om opplæring, etterutdanning og videreutdanning, informasjon, særlige regler om behandling for rusmiddelmissbruk, finansiering, samt veiled-



ningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten.

Psykisk helsevernloven gir særlige regler for etablering og gjennomføring av både frivillig og tvungent psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, både i og utenfor sykehus. Loven er sentral for pasienters rettsikkerhet da den gir hjemmel for bruk av tvang, jf. nærmere omtale i punkt 7.5.

Ansvar for drift og finansiering av alminnelige helsetjenester er regulert i kommunehelsetjenesteloven. Etter loven § 1-1 er landets kommuner pålagt å sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunehelsetjenesten er en viktig samarbeidspart for psykisk helsevern og DPS, bl.a. i forhold til utarbeidelse av individuell plan. Det vises også til sosialtjenesteloven som også kan være sentral for pasienter som mottar tjenester ved DPS.

7.1.2 Regler om helsepersonell

Det enkelte helsepersonells rettigheter og plikter reguleres av helsepersonelloven med tilhørende forskrifter. Det gis sentrale bestemmelser om helsepersonells

yrkesutøvelse, bl.a. krav til forsvarlighet, organisering og øyeblikkelig hjelp-plikt. Videre er det gitt regler om taushetsplikt, opplysningsrett/plikt og dokumentasjonsplikt.

7.1.3 Pasientrettigheter

De generelle pasientrettighetene utgjør en viktig del av helselovgivningen og pasientrettighetsloven med tilhørende forskrifter er sentral for virksomheten ved DPS.

Pasientrettighetsloven skal sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, og bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste, og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Tilsynserfaringer har påvist mangelfull kjennskap til generelle pasientrettigheter innen psykisk helsevern. Selv om det er gitt særlige regler for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i psykisk helsevernloven vil pasientrettighetsloven gjelde også innen psykisk helsevern.

Pasientrettighetenes stilling er også tydeliggjort og styrket ved vedtatte lovendringer⁴¹ i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Reservasjonen om at pasientrettighetsloven gjelder "så langt det passer" er opphevet, og den vil således gjelde fullt ut innen psykisk helsevern. Kun der det er nødvendig på grunn av bruk av tvungent vern er det gitt særlige unntak.

Loven inneholder bl.a. bestemmelser om rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp, jf. omtale i pkt. 3.2.1. Videre inneholder loven rettigheter pasienten får etter at et pasientforhold er etablert, bl.a. rett til å medvirke til behandling, få informasjon, innsyn i journal og har krav på konfidensialitet om helseopplysninger. Pasienten er også gitt formelle rettigheter som gjelder saksbehandling, som for eksempel retten til å klage. Slike regler skal bidra til at pasienten mottar de nevnte rettighetene.

⁴¹ Ot.prp.nr.65, Inst.O.nr.66, Besl.O.nr.69 (2005-06). Det tas sikte på at endringene trer i kraft fra 2007.

7.2 Internkontroll og kvalitetsforbedring

Enhver som yter helsetjeneste skal ha et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 med tilhørende forskrift.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Helsetilsynet utarbeidet en egen veileder om internkontroll i helse- og sosialtjenesten⁴². Den kan være et hjelpemiddel for DPSene i arbeidet med internkontroll, eventuelt som en sjekkliste hvor internkontroll eller andre mer omfattende kvalitetssystemer er etablert.

Som det påpekes i veilederen handler internkontroll om å systematisere det som mange vil karakterisere som ordinære lederoppgaver og sikre at virksomheten utvikles og forbedres slik at myndighetskravene i sosial- og helselovgivningen etterlevs. Det sentrale er systematisk styring og kontinuerlig forbedring.

Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring for å sikre at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige og i tråd med god faglig praksis. En godt fungerende internkontroll bør utgjøre kjernen i et kvalitetssystem som utover lovgivers krav og forventninger også kan omhandle hvordan virksomheten skal tilfredsstille andre krav til kvalitet. Dette kan for eksempel være krav til ventetider, behandling og samhandling. Ansattes medvirkning og aktiv bruk av brukererfaringer er sentrale elementer ved utforming av kvalitetssystemer.

Mange sider ved driften av enheter ved DPS vil omfattes av et kvalitetssystem. Direktoratet vil her særlig fremheve betydningen av at det finnes rutiner for å kvalitetssikre diagnostikk/utredning og behandling. Dette bør være et hovedområde i interne revisjoner.

Å drive kvalitetskontroll innebærer at det må foreligge standarder for de aktiviteter som skal sikres. For diagnostisering/utredning bør standardiserte diagnostiske hjelpemidler som f.eks. MINI-intervjuet brukes for å sikre minimum bredde i de diagnostiske spørsmål. Når det gjelder behandlingstil-

⁴² Veileder IS-1183 Hvordan holde orden i eget hus – internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2004)

budet bør de nasjonale retningslinjer for behandling legges til grunn og utgjøre den standard behandlingsaktivitetene blir målt mot.

At gjeldende lover og forskrifter som regulerer tjenesten er kjent og blir fulgt, er en forutsetning for å tilfredsstille kravet om forsvarlig helsehjelp og ivaretagelse av pasientrettigheter. Helsetilsynet (2003) har uttrykt bekymring for at det i deler av psykisk helsevern synes å være dårlig kjennskap til og forståelse for deler av regelverket. Det er et lederansvar å sørge for nødvendig opplæring og ajourføring. Sikring av dette området må inngå i kvalitetssystemet ved alle DPS. Det vises til internkontrollforskriften § 4 bokstav b) hvor det er et krav om at det skal sikres tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.

7.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har en egen verdi ved at mennesker som søker hjelp styrer viktige deler av eget liv, mottar hjelp på egne premisser og blir sett og respektert. Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg vil det bidra til et bedre selvbilde og økt motivasjon. Brukermedvirkning kan bidra til økt åpenhet omkring psykisk lidelse, gi disse et ansikt og bidra til en holdning om at brukerne har en viktig kompetanse som bør bli hørt.

Det har ikke skjedd noen vesentlig endring i hvordan pasienter opplever tilbudet ved DPS⁴³. Pasientene er i 2005 som i 2002 stort sett fornøyd med behandlingskontakten, men mindre fornøyd med informasjon og muligheter for reell innflytelse. Mange pasienter mente at behandlernes evne til å lytte, forstå og å vise respekt for pasientens synspunkter og meninger, ikke var tilfredsstillende.

Brukermedvirkning innebærer at bruker er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk både på individ og systemnivå, og er en vesentlig kvalitetsforbedringsstrategi i Opptrappingsplanen. Brukermedvirkning reguleres også ulike steder i helselovgivningen, og er på denne måten noe DPS-ene må forholde seg til. Det vises til direktoratets rapport IS-1315 om brukermedvirkning på psykisk helsefeltet,

⁴³ Ruud et al; Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsykiatriske sentre fra 2002 til 2005. Sintef rapport.

hvor det redegjøres nærmere for mål, anbefalinger og tiltak knyttet til brukermedvirkning.

Virksomheten må innrettes slik at brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individnivå og på systemnivå, samt at brukeres erfaring inngår som en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser som også reflekteres i behandlingstiltak.

Krav til brukermedvirkning må inngå i virksomhetens system for internkontroll og kvalitet. Tjenestestedet bør videre ha informasjonsmateriell og rutiner for hvordan brukermedvirkning skal praktiseres.

Anbefalinger for brukermedvirkning:

På individnivå:

- Pasienten må gis informasjon om sykdommen, ulike behandlingsalternativer, hva som finnes av aktuelle tjenestetilbud og behandlers vurderinger og forslag til tiltak
- Informasjonen bør inngå i en dialog med pasienten der det gis rom for spørsmål og oppklaring
- Informasjonen må tilpasses den enkeltes situasjon og muligheter for å ta imot informasjonen
- Informasjon bør omfatte hva som kan forventes av det offentlige tjenestetilbudet, for eksempel via en serviceerklæring.
- Viktig muntlig informasjon bør understøttes av skriftlig materiale.
- Benytte behandlingsmetoder som sikrer innhenting av pasientens erfaringer og medvirkning under behandlingen. Pasientens erfaringer og ønsker skal være sentrale i alle deler av prosessen; i vurdering, utredning, planlegging og avslutning av behandling.
- Invitere pasienten med der viktige beslutninger om behandling blir tatt
- Viktige personer i pasientens familie og nettverk inviteres til å delta i utredning og behandling ut fra pasientens behov og ønske
- Gi tilbud om opplæring i selvhjelp og mestring. Opplæring bør tilrettelegges i samarbeid med brukerorganisasjoner og Lærings- og mestringssentrene

Anbefalinger for brukermedvirkning:**På systemnivå:**

- Etablere brukerråd/brukerforum på administrativt nivå, hvor bruker- og pårørenderepresentanter gis reell innflytelse
- Arbeide videre med å etablere gode systemer for innhenting av brukererfaringer
- Benytte innhentede brukererfaringer til forbedring av tjenestene.
- Invitere brukerrepresentanter med til å delta i ulike prosjekter, utviklings- og endringsarbeid som gjelder tjenester innen psykisk helsearbeid
- Benytte brukerorganisasjonene som høringsinstans av forslag til tiltak som berører tjenestetilbudet innen psykisk helse
- Forsøke tiltak som f. eks brukerombud, brukeransettelse og lignende, for å høste erfaringer fra ulike ordninger
- Støtte brukerstyrkende tiltak som brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsarbeid, lærings- og mestringsarbeid til bruker og pårørende m.m.
- Sørg for at alle tjenesteutøvere får nødvendig opplæring og informasjon om brukermedvirkning

7.4 Individuell plan

Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning og at ulike typer tjenester blir vurdert i sammenheng. Individuell plan er en rettighet brukere har gjennom helse- og sosiallovgivningen⁴⁴ og tjenestene er pålagt en planplikt for å sikre nødvendig samhandling.

Ansvar for å utarbeide individuelle planer er pålagt både kommuner og helseforetak. Den delen av hjelpeapparatet som bruker henvender seg til har et selvstendig ansvar for å sørge for at planarbeidet kommer i gang. DPS vil være sentral i den sammenheng da de har et viktig ansvar overfor brukere med langvarige og sammensatte tjenester. Arbeidet forutsetter et nært samarbeid mellom de involverte instanser. I praksis vil som regel hovedansvaret for koordineringen legges til kommunen ut fra nærhetsprinsippet.

Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud, samt at planen skal sikre brukerens og evt. pårørendes deltagelse i

⁴⁴ Jf. pasientrettighetsloven § 2-5, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1, sosialtjenesteloven § 4-3 a, samt nærmere regulering i Forskrift om individuell plan av 23. desember 2004.

planleggingen og utformingen av tjenestetilbudet. Planen skal ta utgangspunkt i brukerens egne mål og behov, og samhandlingsprosessen rundt planarbeidet skal vektlegges. Det er også viktig å merke seg at individuell plan er brukerens plan, som vedkommende selv skal ha et aktivt forhold til. Brukernes egne mål må legges til grunn for planarbeidet. Fagplaner/ behandlingsplaner må samordnes inn under den overordnede og sektorovergripende individuelle planen.

Planarbeidet må koordineres, og det skal sikres at det til enhver tid er en tjenesteyter/koordinator som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.

Den individuelle planen bør inneholde en "kriseplan" for de som ønsker å formidle hvilken bistand de ønsker i kritiske situasjoner og i perioder brukeren ikke er i stand til å medvirke, for eksempel i perioder under tvunget psykisk helsevern. Kriseplanen kan inneholde informasjon om hvordan brukeren ønsker å bli møtt, hvilke personer som skal kontaktes samt brukerens behandlingsønsker ved en akutt krise. En slik kriseplan kan for noen være et godt hjelpemiddel, men vil ikke være juridisk bindende for helse-tjenesten.

Der pårørende er berørt av pasientens sykdom, vil det kunne være aktuelt å trekke dem inn i arbeidet både med individuell plan og kriseplan, dersom dette er et ønske fra pasienten. Når pasienten har mindreårige barn, bør det undersøkes om kriseplanen skal innbefatte ivaretagelse av barna. Det vises for øvrig til Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1253 om Individuell plan.

DPS skal i forhold til IP sørge for å:

- Undersøke om pasienten har en individuell plan
- Opplyse pasienten om retten til individuell plan
- Igangsette planarbeidet i samarbeid med pasienten og andre aktuelle aktører, for pasienter som ønsker det
- Sørge for at det angis hvem som har ansvar for samordning og framdrift i planarbeidet
- Bistå pasienten med å utarbeide en "kriseplan" som del av den individuelle planen dersom vedkommende ønsker det

7.5 Tvunget psykisk helsevern

Psykisk helsevern skal som hovedregel skje ved frivillighet. I visse tilfeller kan det imidlertid være nødvendig med bruk av tvang.

Etablering og gjennomføring av tvunget psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten reguleres av psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter. For nærmere informasjon om vilkår m.v. og link til relevant regelverk vises det til: www.shdir.no/psykisk/psykisk_helsevernloven.

I det følgende vil kun noen forhold knyttet til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold omtales da dette vil være aktuelt for mange DPS.

7.5.1 Krav om godkjenning

Tvunget psykisk helsevern kan bare skje under ansvar av en institusjon som har særlig godkjenning for det, jf. psykisk helsevernloven § 3-1. Godkjenningsordningen skal sikre at pasienter under tvunget vern mottar behandling under forsvarlige forhold.

Tvunget psykisk helsevern kan gjennomføres enten ved døgnopphold i institusjon eller uten slikt døgnopphold. Hva som skal til for at godkjenning kan gis fremgår av forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern §§ 3, 4 og 5. Godkjenningsmyndigheten er lagt til Sosial- og helsedirektoratet.

Ordningen med godkjenning må imidlertid ses i sammenheng med psykisk helsevernlovens § 3-2 som nedfeller grunnleggende krav til behandling og omsorg ved tvunget psykisk helsevern. Dette innebærer at selv om institusjonen er godkjent må det i tilknytning til hvert enkelt vedtak om tvunget psykisk helsevern vurderes om institusjonen faglig og materielt er i stand til å gi den aktuelle pasient den behandling og omsorg som er nødvendig. Alle institusjoner som har fått godkjenning for tvunget psykisk helsevern vil således ikke kunne ta imot enhver pasient uavhengig av diagnose og behandlingsbehov.

De fleste DPS er kun godkjent for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

7.5.2 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er nærmere regulert i psykisk helsevernloven § 3-1 annet ledd og forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Slikt tvungent vern kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om fremmøte til behandling og kan ikke omfatte tvangstiltak i pasientens bolig. Pasienten kan om nødvendig avhentes med tvang og bistand fra offentlig myndighet⁴⁵. Tvangsformen kan enten finne sted etter et institusjonsopphold eller uten forutgående innleggelse.

Det vises til ovennevnte forskrift § 3 vedrørende de nærmere vilkår for å etablere slikt vern. Sentralt er at dette etter en grundig helhetsvurdering anses som bedre for pasienten enn innleggelse i institusjon. Det skal særlig legges vekt på pasientens eget ønske.

Ansvarlig DPS skal sørge for at pasienter som er under slikt tvangsvern har en kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid. Videre må det påses at pasienten og pårørende vet hvem de kan kontakte utenom åpningstiden.

Det skal videre etableres et samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten om å lage et opplegg for vernet. Dette skal nedfelles i den individuelle planen. Under forutsetning at pasienten samtykker skal DPS også søke å etablere et samarbeid med pasientens pårørende.

Den faglig ansvarlige for vedtak skal fortløpende vurdere om denne tvangsformen er den *beste løsningen* for pasienten, eller om døgnopphold i institusjon vil være et bedre alternativ. En slik vurdering skal alltid foretas når en pasient ikke møter til behandling.

Ved *tvangsbehandling* skal det treffes særskilt vedtak, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 og forskrift om undersøkelse

⁴⁵ Jf. Rundskriv IS-15/2006, vedr. helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

og behandling uten eget samtykke. Et slikt vedtak forutsetter bl.a. at pasienten er tilstrekkelig undersøkt. Ved vedtak om behandling med legemidler skal undersøkelsen skje ved døgnopphold i institusjon, med mindre ansvarlig DPS har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og vedkommendes situasjon, samt erfaring med tilsvarende eller lignende medikamenter og virkningen på den aktuelle pasienten.

Den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler kan overlates til helsepersonell utenfor psykisk helsevern, ved for eksempel at kommunens hjemmesykepleie sørger for at pasienten tar medisinene. Det stilles tre vilkår for en slik ordning: Pasienten må selv ønske dette, det må være inngått en avtale mellom ansvarlig DPS og den helsetjenesten som sørger for den praktiske gjennomføringen, og gjennomføringen må skje under forsvarlig tilsyn og veiledning av ansvarlig DPS.

8.1 Dokumentasjon

God dokumentasjon av tjenestene er viktig både for å kunne planlegge og å dimensjonere tjenestene i forhold til behov. Opplysninger om aktivitet, økonomi, personell og kapasitet registreres i dag ved alle DPS, og inngår senere i Norsk pasientregisters og Statistisk sentralbyrås datagrunnlag. Disse opplysningene legges til grunn for viktige beslutninger om tjenestene og er viktige for å følge med på om sentrale målsettinger innen det psykisk helsevern nås. Dataene som registreres brukes til lokale, regionale og nasjonale formål.

For å ha et korrekt og godt beslutningsgrunnlag er det derfor viktig at hver enkelt ansatt i DPS med ansvar for registrering gis nødvendige opplæring og setter av tid til registrering, slik at kunnskapsgrunnlaget om aktiviteten i den enkelte enhet blir best mulig.

Viktige faktorer for å oppnå god datakvalitet:

- Entydig registreringspraksis
- Tilrettelegging for lokalt uttak og bruk av tall om egne tjenester
- Gode kontroll- og oppfølgingsrutiner

For å få gode data er det nødvendig med en entydig registreringspraksis. Det vil gi mulighet til å foreta sammenligning over tid og med andre institusjoner. Det er utarbeidet en egen veileder for registrering av pasientdata i psykisk helsevern. Denne kan lastes ned i sin helhet fra www.npr.no, og planlegges i tillegg gjort tilgjengelig som integrert del av de pasientadministrative systemene.

Den informasjonen som dataene gir må brukes i styring av virksomhetene og i fagutvikling lokalt. De pasientadministrative systemene må derfor tilrettelegges for lokalt uttak av data, og ledere og fagpersonell må være opplært til å kunne nyttiggjøre seg informasjonen. Lokal bruk av dataene bidrar også til bedret kvalitet på registrerte data.

For å sikre god kvalitet på data må det i tillegg legges inn kontroll- og oppfølgingsrutiner. Dette er en utfordring som er særlig knyttet til pasientdata, der det er behov for å kontrollere både opplysninger knyttet til det enkelte pasientforløp og kvalitet på de samlede dataene før de benyttes lokalt og sendes inn til NPR. Som en hjelp i arbeidet med å styrke lokal kontroll, oppfølging og bruk av pasientdata er det utviklet en egen prosessveileder som kan lastes ned fra www.npr.no.

9.1 Referanser

Burns T. Generic versus specialist mental health teams. I: Textbook of community psychiatry. Ed. G Thornicroft and G Szmukler. Oxford: Oxford University Press, 2001. s. 231-241.

Burns T. Community mental health teams. A guide to current practices. Oxford: Oxford University Press, 2004.

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings in a Swedish population sample. Eur Addict Res 2005;11(1):22-31.

Chisholm A, Ford R. Transforming Mental Health Care, Assertive outreach and Crisis resolution in practice. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2004.

Mental Health Policy. Implementation Guide. Community Mental Health Teams. London: Department of Health, 2001. <<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/89/60/04058960.pdf>>

Gammersvik B. Mellomleders opplevelse av organisasjonskultur og endring. En case studie ved et tidligere psykiatrisk sykehus i Norge. Gøteborg: Nordiska hälsovårdhögskolan, 2002. MPH 2002:15

Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. Assessing the Impact of Community-based Mobile Crisis Services on Preventing Hospitalization. Psychiatr Serv 2001;52(2):223-228.

Gråwe RW, Ruud T, Bjørngaard JH. Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(23):3265-8.

Hatling T, Røhme K, Bjørngaard JH. Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport. Trondheim: SINTEF Helse, 2005. SINTEF rapport STF78 A055014.

Helse Øst RHF. Nasjonal strategi for psykisk helsevern [rapport fra prosjektgruppe]. Hamar: Helse Øst, 2006.

Johnson S et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ 2005;331(7517):599.

Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub2.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. The World Health Report 2001.

Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York: The Guilford Press, 2004.

Norges forskningsråd. Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse - konklusjoner og policyutfordringer. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2004.

NICE. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence, 2003.

Ruud T, Gråwe RW, Lilleeng S, Bjørngaard JH. Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsykiatriske sentre fra 2002 til 2005. Oslo: SINTEF Helse, 2006. SINTEF rapport STF78 A055028.

Ruud T, Lidal E, Røhme K, Sitter M, Hagen H. Distriktpsykiatriske sentre i Norge 2003. Oslo: SINTEF Helse, 2004. SINTEF rapport STF78 A045008.

SAMDATA psykisk helsevern: sektorrappport 2004 : sammenligningsdata for psykisk helsevern. Trondheim: SINTEF Helse, 2005. SINTEF rapport STF78 A055021.

Senge PM. Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon. Oslo: Pensumtjeneste, 2004.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol

Consumption-II. Addiction 1993;88(6):791-804.

Textbook of Community Psychiatry. Ed. G Thornicroft and G Szmukler. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams for people with severe mental illness and disordered personality. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.

Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005.

Lover og forskrifter

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) nr 61 (2-7-1999).

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) nr 63 (2-7-1999).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) nr 62 (2-7-1999).

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) nr 64 (2-7-1999).

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) nr 93 (15-6-2001)

Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) nr 66 (11-19-1982)

Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) nr 81 (12-13-1991)

Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. 2000-12-21 nr 1409.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. 2005-3-18 nr 252

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. 2004-12-23 nr 1837.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. 2002-12-20 nr 1731.

Forskrift om ventelisteregistrering. 2000-12-7 nr 1233

Forskrift om pasientansvarlig lege. 2000-12-1 nr 1218

Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. 2000-11-3 nr 1098

Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. 2000-11-24 nr 1174

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd. 2000-12-1 nr 1208

Publikasjoner fra Sosial- og helsedirektoratet

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. 2005. Veileder. IS-1332.

... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. 2005. Veileder. IS-1162.

Veileder for individuell plan 2001. 2001. Veileder. IS-1013.

Individuell plan 2005, veileder til forskrift om individuell plan. 2005. Veileder. IS-1253.

Wenche Haukø og Mette Ystgaard. Å forstå og forklare selvmordsatferd. 1998. Veileder. S-2613.

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. 2000. Veileder. IS-2727.

Du er kommet til rett sted.... Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. 2006. Rapport. IS-1358.
Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser. 2006. Rapport. IS-1349.

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. 2006. IS-1370.

Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. 2006. Rapport. IS-1315.

Nasjonal plan for selvhjelp. 2004. Rapport. IS-1212

Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern. Rundskriv. IS-17/2004.

Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Rundskriv. IS-15/2006.

Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. 2004. IS-1183.

Oppfølging i psykisk helsevern av personer som har vært utsatt for ulykker og katastrofer. Rundskriv. IS-3/2005.

Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern. Rundskriv. IS-17/2004.

Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006. 2003. Rapport. IS-1128.

Direktoratets retningslinjer for behandling:

Stemningslidelser - Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. 2000. IS-2695.

Alvorlige spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjeneste. 2000. IS-2714.

Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. 2001. IS-2743

Angstlidelser - Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. 1999. IS-2694

Schizofreni-Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. 2000. IS-2726

Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. 2004. IS-1197.

Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. 2004. IS-1202.

Andre offentlige publikasjoner:

Sosial- og helsedepartementet. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. 1997. St. meld nr. 25 (1996-97).

Helsedepartementet. Resept for et sunnere Norge. 2003. St. meld nr. 16 (2002-2003).

Sosial- og helsedepartementet. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. 1998. St prp nr. 63 (1997-98).

Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjettet for 2005. 2004. St. prp. nr. 1 (2004–2005).

Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2005. NOU 2005:3.

Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997. NOU 1997:2.

Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997. NOU 1997:18.

Distriktpsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001. Veiledningsserie 1-2001. IK-2738.

Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. Utredningsserie 2-2000. IK 2692

”Noe å snakke om...?” : overordnet informasjonsstrategi. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Psykisk helse 1999-2006. I-1023B.

Sosial- og helsedepartementet. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv I-36/2001.

Veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeides innenfor helse- og sosialfaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000, St Olavs plass
0130 Oslo
Tlf: 810 200 50
www.shdir.no