



# Psykisk helsevern for framtida

Fagleg grunnlag for utvikling av tenester for vaksne

## Sluttrapport frå prosjektet

Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen HF,

Mai 2022



# Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>s 4</b>
<b>1 Innleiing: Bakgrunn for prosjektet og kontekst</b> .....	<b>s 7</b>
1.1 Kvifor dette prosjektet? Målsettingar og prosessar.....	s 7
1.2 Litt om dagens tenestetilbod innan psykisk helsevern for vaksne.....	s 8
1.3 Nokre utfordringsbilete og premisser for utviklinga framover.....	s 9
1.4 Rapportinnhald og disposisjon.....	s 11
<b>2 Frå akuttvurdering til fleirfagleg avklaring og start behandling</b> .....	<b>s 12</b>
2.1 Lettare tilgang til akutte spesialisttenester og fleirfaglege vurderingar...	s 12
2.2 Sikre eit samla, men differensiert akutt døgntilbod.....	s 15
2.3 Etablere eit fleirfagleg kompetansemiljø med god samarbeidskultur.....	s 17
<b>3 Fagleg differensiering med sub-akutte og spesialiserte funksjonar på Haukelandsområdet</b> .....	<b>s 18</b>
3.1 Samanhengande akutt døgntilbod .....	s 18
3.2 Dei ytterlegare spesialiserte og tilstandsspesifikke tilboda.....	s 19
<b>4 Fagleg differensiering og spesialiserte funksjonar på Sandviken</b> .....	<b>s 22</b>
4.1 Spesialtilbod til komplekse ROP-pasientar.....	s 22
4.2 Komplekse rehabiliteringsfunksjonar.....	s 23
4.3 Funksjonar knytt til sikkerheitspsykiatrien.....	s 23
<b>5 DPSane si framtidige utvikling</b> .....	<b>s 25</b>
5.1 Veggen inn til elektive tenester ved DPS.....	s 25
5.2 Øyeblikkeleg hjelp utanom DPSane si ordinære opningstid.....	s 25
5.3 Vidareutvikling av dei andre behandlingstilboda ved DPSane.....	s 26
<b>6 Samhandling med kommunane og felles oppgåver</b> .....	<b>s 29</b>
6.1 Lette tilgangen til spesialiserte tenester.....	s 29
6.2 Samordna planar for meir samanhengande pasientforløp og oppfølging	s 29
6.3 Sikre god ivaretaking av dei mest alvorleg sjuke og komplekse pasientane	s 30
6.4 Styrke gjensidig informasjonsutveksling og kommunikasjon.....	s 31
<b>7 Tversgåande og overbyggjande problemstillingar</b> .....	<b>s 32</b>
7.1 Sikre samanhengande forløp for ROP-pasientar og andre ruspasientar	s 32
7.2 Sikre somatisk oppfølging og utvekslande fagkompetanse.....	s 33
7.3 Utviklinga innan psykisk helsevern for barn og unge.....	s 35
7.4 Kapasitetsutviklinga-korleis planlegge for ei usikker framtid.....	s 36
<b>8 Oppfølging av prosjektet og veggen vidare</b> .....	<b>s 39</b>
<b>Referansar</b> .....	<b>s 41</b>
<b>Vedlegg: Liste over deltakarar i prosjektet</b> .....	<b>s 43</b>



## Samandrag

Målet med utviklingsprosjektet har vore å utforme eit fagleg grunnlag for å gi befolkninga i opptaksområdet eit framtidretta psykisk helsevern. «Psykisk helsevern for framtida» skal gi den faglege retninga med forslag til tiltak som skal vere tenlege for pasientane, og vidare føre fram til prioriterte satsingsområde og utforming av tenlege driftsmodellar fram mot 2035. Dei viktigaste dimensjonane i utforminga av eit godt tilbod vil vere:

- ✓ God **tilgang** til behandling i psykisk helsevern for dei som treng det
- ✓ Eit **heilskapleg** pasienttilbod utan det sterke skillet mellom psykisk helse, rus og somatikk
- ✓ Gjere det mogeleg med meir **differensierte** og pasienttilpassa behandlingsforløp
- ✓ Målrrette tilbodet til pasientar som treng meir langvarig behandling og rehabilitering

Ein vil nå få høve til å flytte store delar av sjukehusaktiviteten innan psykisk helsevern for vaksne til Haukelandsområdet. Målet er å skape rom for eit tettare samvirke med andre fagområde, og med betre tilgang til somatiske helsetenester. Slik vonar ein å kunne utjamne noko av den store skilnaden i levetid for psykiatriske pasientar samanlikna med resten av befolkninga. Vidare har ein sett at det trengst betre integrerte tenester for pasientar med både psykisk lidning og rusproblem (ROP). Sandviken skal oppretthaldast som ein aktiv del av psykisk helsevern med endå betre rom for tilpassa areal og aktivitetar for pasientar som treng lengre tids behandling.

I perioden frå april 2021 har det vore fire prosjektgrupper i arbeid med ulike problemstillingar:

- I. Etablere ein felles mottaksklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling på Haukelandsområdet*
- II. Utforme funksjonar og differensierte tilbod for psykiatriske pasientar på Haukelandsområdet*
- III. Utforme funksjonar og differensierte tilbod for psykiatriske pasientar på Sandvikenområdet*
- IV. Tenesteutvikling for DPSane i opptaksområde Helse Bergen*

Alle gruppene har hatt brei representasjon frå tilsette, frå tillitsvalde, og frå brukarane ved Erfaringspanelet. Førstelinjetenesta og dei private ideelle institusjonane i området har også delteke i arbeidet. Frå innspelskonferansen med deltaking frå kommunane i opptaksområdet, kom det fram følgjande hovudmoment: Lettare tilgang til spesialiserte tenester, betre samordna planar for samanhengande pasientforløp, sikre god ivaretaking av dei mest alvorleg sjuke og komplekse pasientane, og styrke gjensidig informasjonsutveksling og kommunikasjon.

Å etablere ein ny felles akutt mottaksfunksjon for psykiatri- og ruspasientar på Haukelandsområdet, er eit hovudelement for å betre tilgangen til spesialistvurdering og fleirfagleg avklaring. Modellen vil gi tilgang til spesialistkompetanse innan psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusmedisin og somatikk. Forslaget er å samlokalisere psykiatrisk akuttmottak og dagens somatiske eining for overvaking av ruspasientar (Akuttposten), og vidare opprette ein eigen utgreiingspost for pasientar med uklare og samansette tilstandar. Ein forventar at tilbodet med framskoten fleirfagleg kompetanse skal gi større tryggleik for heilskapleg og rask utgreiing, og gi rom for meir differensierte forløp styrt i større grad av pasientbehovet enn av tilbodet. Tilvisande legar vil få enklare «kontaktveg» for øh-pasientar uavhengig av om problemstillinga er knytt til psykisk helse eller rus, og lettare tilgang til konsultativ rådgiving. Det er forventa at samlokaliseringa skal legge til rette for utvikling av eit fleirfagleg kompetansemiljø med tilnærming mellom ulike fagsektorar. Mellom anna er fleire tilbod innan psykosomatikk, etterspurt. I alle høve vil tilnærminga mellom sektorane også komme somatiske pasientar til gode.

For å halde god kontinuitet i dei akutte pasientforløpa, vil det vere tenleg å lokalisere dei sub-akutte einingane for behandling av stemningslidningar og psykose nær akutt-mottaket. Ein tilrår også ei endå tettare samordning av områdetilbodet innan alderspsykiatri m.a. ved å lokalisere poliklinikken for Olaviken alderspsykiatriske sykehus til Haukeland. Aldersutviklinga i befolkninga tilseier ei styrking av fagfeltet, og vidare å sjå det i samheng med geriatri-tilbodet.

Sandviken skal behaldast som ein aktiv del av psykisk helsevern for å sikre tilbodet til dei mest alvorleg sjuke og komplekse pasientane med rom for tilpassa areal og eit mangfaldig aktivitets- og rehabiliteringstilbod. Ei døgneining for komplekse ROP-tilstandar skal etablerast på området. Det er også naudsynt å styrke kapasiteten innan sikkerheits-psykiatrien der etterspørselen, m.a. for personar dømde til tvungent psykisk helsevern, nå er langt større enn kapasiteten. Med det potensialet som ligg på Sandviken, er det rom for å sikre at dei regionale planane kan oppfyllest på ein god måte. På fleire nivå etterspør ein også rettleiing i risikovurderingar og kompetanse i handtering av situasjonar med utagering og vald.

Dei distriktpsikiatriske sentra vil også i det vidare utgjere grunnstammen i psykisk helsevern for vaksne, der dei fleste pasientane får behandling i nærmiljøet. DPS-strukturen blir samla sett vurdert som godt fungerande og tilpassa oppgåvene. DPS-ane skal framleis ha øyeblikkeleg hjelp tilbod på dagtid som før. For å styrke tilgangen til planlagt poliklinisk behandling med færre avslag, tilrår ein vurderingssamtale i uklare tilfelle. Ein har også fått i oppdrag å samordne inntaket av pasientar til private avtalespesialistar med DPSane. For å dekke etterspørselen framover, må ein i endå større grad utvikle og utvide digitale tenestetilbod som e-meistring, ved sida av styrka ambulante tenester til pasientar med større funksjonsutfordringar. Ein må også styrke innsatsen for at pasientane skal kunne vere i arbeid, i tett samhandling med andre instansar.

Å sikre god ivaretaking av pasientar med dei mest komplekse tilstandane, er ei høgt prioritert oppgåve både for spesialisthelsetenesta og kommunane. Ein bør samlast kring ei felles fagleg plattform med vektlegging av pasientane sine ressursar og målsettingar. Ein tilrår eit samarbeidsprosjekt i regi av Helsefellesskapa der ein kan utvikle modellar for meir samanhengande tenester.

Samla sett er ei av hovudmålsettingane å styrke den somatiske utgreiinga og oppfølginga av pasientane i psykisk helsevern. Tiltaka er retta inn mot ulike komponentar som ein må jobbe vidare med for å få til ei optimal innretning og sikre at dei blir gjennomførte i praksis:

- Differensialdiagnostisk – fleirfagleg mottak
- Nærleik til somatiske fagfelt – samla kompetansemiljø
- Somatisk grunnkompetanse hos tilsette i divisjonen
- Implementering og oppfølging av rutinar for testing/screening i heile pasientforløpet
- Levevanar: Ernæring og fysisk aktivitet

For å styrke den fleirfaglege kompetansen, vil det bli lagt til rette for felles kompetansebygging og møteplassar på tvers av ulike fag-sektorar. Læringsaktivitet/-læringsmål på mottaket skal leggjast inn i utdanningsløpet i psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og mottaksmedisin/-indremedisin. Det skal også utformast ein strategi som sikrar at satsingsområda innan forskning, innovasjon og kompetanse byggjer opp under den faglege retninga som er lagt i prosjektet.

Med endringane i bygg og areal både på Haukeland og Sandviken, vil divisjonsleiinga sikre betre døgnkapasitet med lågare belegg og fråvær av korridorpatientar. I oppfølginga skal det utformast planar for arealbehov og –utvikling. Ein skal også vurdere konsekvensane for drifta i form av økonomi og personell, og utvikle bærekraftige driftsmodellar.



# 1 Innleiing: Bakgrunn for prosjektet og kontekst

## 1.1 Kvifor dette prosjektet? Målsettingar og prosessar

Den overordna målsettinga med prosjektet er å utvikle eit grunnlag som kan gi befolkninga i området eit forbetra og meir framtidretta psykisk helsevern. Dei viktigaste dimensjonane i utforminga av eit godt tilbod vil vere:

- ✓ *God tilgang til behandling i psykisk helsevern for dei som treng det*
- ✓ *Eit heilskapleg pasienttilbod utan det sterke skillet mellom psykisk helse, rus og somatikk*
- ✓ *Gjere det mogeleg med meir differensierte og pasienttilpassa behandlingsforløp*
- ✓ *Målrette tilbodet til pasientar som treng meir langvarig rehabilitering og oppfølging*

Forbetringspunkta er knytt til erfaringar med dagens tenestetilbod, som behov for eit nærare samarbeid mellom ulike fagområde og sektorar, og utfordringar med å differensiere godt nok mellom pasientgrupper med svært ulike behov. Ved å nytte seg at ein nå kan flytte store delar av døgnbehandlinga innan psykisk helsevern for vaksne til Haukelandsområdet, blir det mogeleg med eit tettare samvirke og meir utveksling av tenester med somatiske einingar. Vidare har ein over tid sett at ein må få til betre integrerte tenester for pasientar med både psykisk lidning og rusproblem (ROP-pasientar). Ein ønskjer å etablere ein felles mottaksklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling lokalisert til Haukelandsområdet. Ved å flytte delar av verksemda bort frå Sandviken, kan ein også sikre betre plass der, og gjere det mogeleg å målrette tilbodet til dei som treng meir langvarig rehabilitering.

Mange behandlingsforløp går over fleire nivå og einingar, og derfor er det naudsynt å sjå tenestene i samanheng. Korleis ein fordeler oppgåver og rollar mellom sjukehus, distriktpsikiatriske senter (DPS) og kommunar, er derfor vesentleg. Tilbodet til barn og unge er handsama i eit separat prosjekt.

I prosjektperioden april 2021 til januar 2022 har det vore fire ulike grupper i arbeid, der dei ulike hovudproblemstillingane er fordelte slik mellom gruppene:

- I. Etablere ein felles mottaksklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling på Haukelandsområdet
- II. Utforme funksjonar og differensierte tilbod for psykiatriske pasientar på Haukelandsområdet
- III. Utforme funksjonar og differensierte tilbod for psykiatriske pasientar på Sandvikenområdet
- IV. Tenesteutvikling for DPSane i opptaksområde Helse Bergen

Mandat blei utarbeidd separat for kvar delprosjektgruppe. Alle gruppene har hatt brei representasjon frå tilsette, frå tillitsvalde, og frå brukarane ved Erfaringspanelet. Førstelinjetenesta og dei private ideelle institusjonane i området har også delteke i arbeidet (sjå vedlegg for deltakarar). Alle gruppene har levert eigne rapportar frå sitt arbeid.

For å utvide perspektivet ytterlegare og få med eit breiast mogeleg erfaringsgrunnlag, blei det halde ein eigen innspelskonferanse med deltaking frå alle kommunane i opptaksområdet, med omlag 40 eksterne representantar. Drøftingane var primært retta mot følgjande problemstillingar:

- Tilgang til tenester – akutte og elektive tilvisingar
- Overgangar i forløpet: frå utskrivning til bustad i heimkommunane
- Pasientgrupper som bør prioriterast til å få eit betre tilbod enn i dag

Oppsummeringar frå innspelskonferansen dannar saman med dei fire delprosjektrapportane, grunnlaget for denne sluttrapporten. Tilbakemelding frå kommunane tyder på at dei meiner det har vore lagt godt til rette for innspel og medverknad.



## 1.2 Litt om dagens tenestetilbod innan psykisk helsevern for vaksne

Opptaksområdet Helse Bergen dekker i dag ei befolkning på 500 000 innbyggjarar busette i 18 ulike kommunar, både store og små. Tilbodet innan psykisk helsevern for vaksne inneheld tenester både frå offentlege og private einingar. Dei private ideelle institusjonane er Betanien DPS, Solli DPS, Voss DPS Bjørkeli og Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Alle har både døgntilbod og polikliniske tenester, også ambulante. Dei distriktpsykiatriske sentra har tilbod innanfor fagområda allmenn- og psykosepsykiatri, og utøver tenestene i tett samarbeid med kommunane i sine sektoriserde geografiske område. I tillegg er det om lag 70 privatpraktiserande psykiatarar/psykologspesialistar som har avtale med Helse Vest RHF.

Divisjon psykisk helsevern har seks klinikkar: tre DPSar: Bjørgvin DPS, Kronstad DPS og Øyane DPS, og tre sjukehus-klinikkar: Psykiatrisk klinikk og Klinikk for sikkerhetspsykiatri, og ein Klinikk psykisk helsevern for barn og unge. Psykiatrisk klinikk skal dekke sjukehusfunksjonen innan psykisk helsevern for vaksne i heile området, og funksjonane er lokaliserte dels på Sandviken- og dels på Haukelandsområdet. Øyeblikkeleg hjelp-ansvaret 24/7 er lagt til Psykiatrisk akuttmottak (PAM). Vidare har klinikken følgjande spesialavdelingar: Avd. spesialisert psykosebehandling, Avd. for stemningslidningar, Avd. alderspsykiatri, Avd. for spiseforstyringar og Avd. psykosomatisk medisin. I tillegg til klinikkane er Regionalt ressurscenter for vald, traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging (RVTS) - Region Vest, organisatorisk lagt til divisjonen.

Klinikk for sikkerhetspsykiatri har ansvar for behandling av pasientar med høg risiko for valdeleg åtferd, og personar som er dømde til tvungent psykisk helsevern. Klinikken har både ei lokal og ei regional døgnavdeling. Klinikken har vidare poliklinisk verksemd i området sine fengsel. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri er også knytt til klinikken.

Det finst vidare ei eiga Forskingsavdeling, og målet er at klinisk forskning skal vere ein naturleg og integrert del av verksemda. Ein driv forskning innan ulike fagområde, inklusive på mekanismar bak alvorlege psykiske lidningar, og på nye og innovative teknologiar. Fleire sterke forskingsgrupper er etablerte, også i samarbeid med andre miljø. I 2021 var det registrert 105 publikasjonar og 7 doktorgradar frå divisjonen.

I tillegg til føretaket sitt allmenne Brukarutval, har divisjonen også organisert brukarmedverknad i form av eit eige Erfaringspanel. Ein har tilsett 12 erfaringskonsulentar som har direkte røynsle med tenestetilboda. Desse deltek aktivt i einingane sin aktivitet, og i å vidareutvikle tenestene.

Det har vore ei styrt utvikling over tid, både nasjonalt og lokalt, å dreie innhaldet i behandlingstilbodet mot redusert tal på døgnplassar, særleg på sjukehusnivå. Overordna er det også eit klart bilete at berre eit mindretal av pasientane treng døgnbehandling. Samstundes har ein styrka DPSane og særleg det polikliniske tilbodet nær der folk bur, og i tett samhandling med kommunane. Det har også vore ein sterk vekst i talet på fagstillingar, og ei aktiv satsing på kompetansebygging.

Behandlingstilbodet som møter pasientane er differensiert, med psykoterapi, medikamentell behandling, miljøterapi, jobbstøtte, medikamentfrie tilbod og musikkterapi. Satsing på digitale teknologiar og kortvarige, men intensive behandlingsteknikkar, er også ein del av utviklinga.

Divisjonen har fleire viktige samarbeidspartar ved sida av førstelinjetenesta – særst viktig er fagområdet Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), i Helse Bergen organisert i ei eiga avdeling. Det er også mange gjensidige behov knytt til utveksling av tenester og kompetanse ovafor dei somatiske fagområda. Det er også grunn til å nemne at ein har etablert ein eigen psykiatriambulansesenter i føretaket i eit samarbeid med den generelle ambulansetenesta.

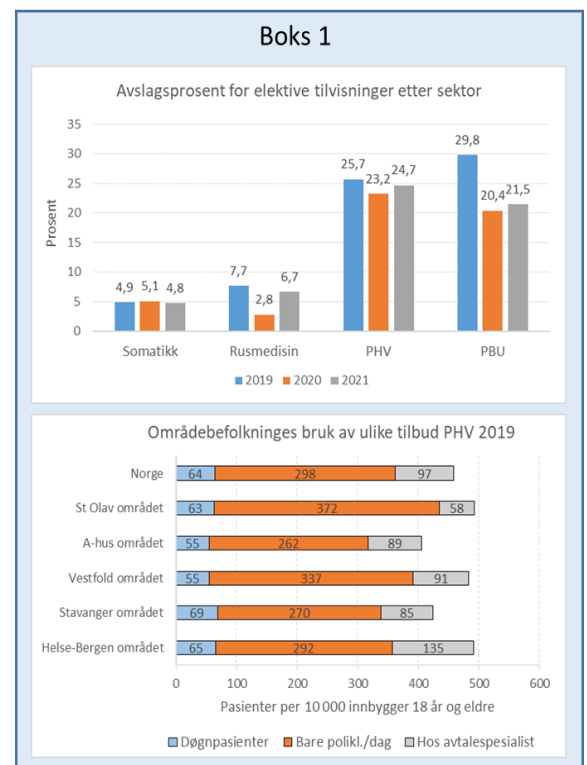
### 1.3 Nokre utfordringsbilete og premisser for utviklinga framover

Psykiske lidningar er mellom tilstandane som er estimerte til å gi relativt stort helsetap og utgjere høg sjukdomsbyrde både for den einskilde og for samfunnet (1). Dels er lettare psykiske lidningar og plager svært utbreidde i befolkninga, og dels har dei alvorlege tilstandane store konsekvensar: dei debuterer i ung alder og kan få stor påverknad på funksjonsnivå, livskvalitet og arbeidsevne. Mange av dei unge uføre har alvorleg psykisk sjukdom, og sjølv-mord er ei hyppig dødsårsak blant ungdom (2). Dei mange unge uføre med psykiske lidningar er ei stor samfunnsutfordring, og det er vesentleg å styrke innsatsen for at dei unge skal bli verande i utdanning og komme i arbeid. Her er det utvikla fleire gode samarbeidsmodellar mellom ulike aktørar, men det er naudsynt å rette meir merksemd mot denne problemstillinga, slik at det i større grad blir integrert i oppfølging og samhandling kring alle pasientar.

Pasientgruppene har svært ulike behov, noko som også avspeglar seg i bruken av tenester og dermed *fordelinga* mellom primær- og spesialisthelsetenester. Lettare psykiske lidningar og plager skal som hovudregel behandlast i førstelinja, der fastlegane utgjør fundamentet med svært mange kontaktar som gjeld psykisk helse. Samstundes har tilgangen til spesialisthelsetenesta vore utfordra, der ein har hatt høg førekomst av avslag på tilvisingar (Faktaboks 1)<sup>1</sup>. Som ein konsekvens av aukande etterspørsel, har ein etablert kommunale lågterskeltilbod for personar med angst eller depresjon. Psykologar i kommunale stillingar er også eit verkemiddel for å styrke tilbodet og utviklings-arbeidet. Også personar med alvorleg psykisk lidning vil ofte trenge oppfølging frå kommunalt nivå, både i form av heimetenester, bustad- og aktivitetstilbod. Det er grunn til å tru at god samhandling kring langsiktig tilrettelegging, vil kunne gi meir stabil funksjon og redusert innleggingsbehov.

*Variasjonen* i pasientbehova er også avspegla internt i psykisk helsevern. Dei aller fleste pasientane nyttar berre polikliniske tilbod, og aktiviteten her har auka monaleg siste åra. Sjølv om den delen av pasientane som treng døgntilbod er relativt låg, (kfr. Faktaboks 1), er det også innanfor denne gruppa stor variasjon. Dei 10% av pasientane med flest opphaldsdøgn, gjerne kalla «storbrukarar», står for heile 60% av den totale døgntilbudet (3). Ei slik fordeling understrekar behovet for differensiering i tenestetilbodet. Nokre vil ha behov for lengre tids behandling og rehabilitering med tilpassa aktivitetstilbod og areal. Andre pasientgrupper sin teneste-bruk kan vere prega av gjentakande innleggingar, noko som kan gi signal om eit forbettringspotensiale knytt til betre tilrettelagt oppfølging med samhandling mellom ulike einingar og nivå.

Hovudregelen og målsettinga er at all behandling i psykisk helsevern skal vere basert på pasienten sitt samtykke. Samstundes er det pasientar med så alvorleg lidning at ein kan vurdere det naudsynt med bruk av tvang for å ta vare på liv og helse (regulert i Lov om psykisk helsevern). I vårt område blir



<sup>1</sup> Kilde til øverste figurane i faktaboks 1, 2 og 3 er Helse Bergen. Data til nederste figuren i faktaboks 1 er henta frå Helsedirektoratet, medan data til tabellen i boks 2 er henta frå Statistisk Sentralbyrå, midlere modell MMM. Kilde til nederste figuren i boks 3 er registreringar frå PAM i Helse Bergen.

relativt mange øh-innlagt i psykisk helsevern med tilvisingsformalitet under tvungent vern/observasjon<sup>2</sup> - om lag 60% av innleggingane i PAM. For å oppfylle lovkrava til innlegging under tvangsformalia, er det naudsynt med ei uavhengig fagleg vurdering frå spesialist i sjukehuset i tillegg til innleggande lege. Denne påfølgjande vurderinga med noko meir tid til å følgje pasienten sin tilstand, fører til at om lag 35% av opphalda i PAM blir stadfesta med tvangsformalitet. Bruk av tvang er sterkt inngripande for pasientane, og ein har lenge hatt som målsetting å redusere bruken - både lokalt og nasjonalt. Å ivareta pasientane sin rettstryggleik og bruke eventuell tvang på ein korrekt måte, må ha høg prioritet.

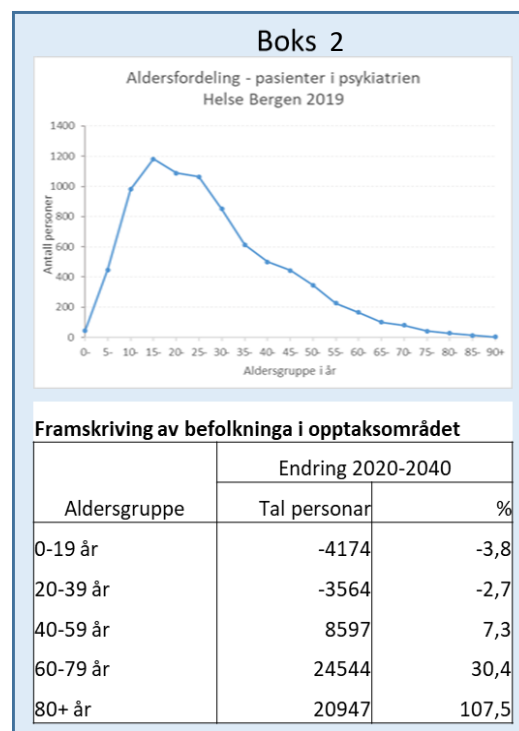
Den forventa *aldersutviklinga* i befolkninga med fleire eldre, er ein annan faktor med store konsekvensar, ikkje minst for kommunane (kfr. Faktaboks 2). I dag er det også slik at eldre (65 år og over), har eit klart lågare forbruk av psykisk helsevern enn yngre vaksne – noko som kan tolkast som eit «behandlingsgap» (4). Endra forventningar og krav kan då endre etterspørselen. Med aukande tal eldre vil ein også få fleire med demens-tilstandar. Sjølv om ein forventar at dei fleste vil få behandlinga si i kommunane, som i dag, vil det også auke etterspørselen etter spesialiserte tenester. Dels vil dei med alvorlegast sjukdom og åtferdsavvik kunne trenge vurdering og opphald i psykisk helsevern, og dels vil det vere eit aukande behov for ambulante tenester med rådgjeving og rettleiing der pasientane bur.

Med aukande alder aukar også førekkomsten av *samansette tilstandar*. I dag er fleire pasientar med demens behandla i somatikken enn i psykisk helsevern knytt til samtidig somatisk sjukdom. Slik vil også utviklinga av det geriatriske tilbodet påverke etterspørselen etter psykiatrisk utgreiing og behandling.

Ein må også ta med at alvorleg psykisk sjuke, og særleg dei med kombinert rusliding, har ei sterkt forkorta levetid samanlikna med andre grupper (5,6). Årsaken ligg i høg førekkomst av somatisk sam-sjukdom. I det heile er det grunn til å tru at det førekjem under-diagnostisering og -behandling av somatisk sjukdom og ruslidingar hos alvorleg psykisk sjuke. Derfor er det svært viktig framover å utvikle ei betre samhandling mellom ulike fagområde innan spesialisthelsetenesta.

Av påverknader utanfrå helsetenesta kan ein særleg nemne kriminalomsorga og rettsinstansane. Det er ei sterk auke i talet på personar som blir dømde til tvungent psykisk helsevern (7). Det synest også vere ei aukande gruppe med samansette tilstandar der både kriminalitet, rusmisbruk og psykisk liding førekjem. Både frå politi og fengsel etterspør ein betre tilgang til spesialiserte tenester og rettleiing for betre å kunne ivareta desse gruppene.

Fleire faktorar kan altså peike i retning aukande etterspørsel etter tenester framover. Samstundes er det også mange utviklingstiltak og endra tilnærmingar på veg. Aukande bruk av digitale verkemiddel, også utforma som eigne digitale behandlingsverktøy som e-meistring, og meir bruk av poliklinikk styrt av sjølvrapporterte behov, er nokre døme. Det er også god grunn til å utvide tilbodet til meir intensive, kortvarige behandlingsformer; her har den såkalla 4-dagars behandlinga for tvangs- og



<sup>2</sup> Tilvisingsformalitet frå innleggande lege – i høve til Psykisk helsevernlov §3.2 og §3.3 (tvungen observasjon (oftast) eller tvungent psykisk helsevern). Etter lovendringane i 2017 skal ein også spesifikt vurdere samtykkekompetansen til pasienten.

angsttilstandar gått føre, og kan vise til svært gode resultat (8). Ein må også styrke og vidareutvikle arbeidet for å legge til rette for optimale pasientforløp med god flyt og sikre overgangar mellom ulike komponentar i tilbodet.

I framskrivingar av tenestebehovet understrekar ein også ei utvikling der manglande tilgang til fagpersonell, vil bli krevjande utan tiltak for å endre arbeidsformene og arbeidsdelinga (9). For å kunne motivere og behalde dyktige og velkvalifiserte medarbeidarar, må ein satse vidare på å gi godt rom for kompetanse- og fagutvikling. Styrka innovasjon for utforming av ny teknologi og forskning på kva behandlingstiltak som har størst effekt på kva pasientgruppe, blir også svært vesentleg. Vidare må ein sikre at ny kunnskap og nye metodar raskt blir implementerte i klinisk praksis.

Godt og inspirerande leiarskap er eit krav for å oppnå naudsynt tenesteutvikling. Ein må kunne kommunisere godt både med tilsette og brukarar, og vere villig til å lytte til deira erfaringar. Open og kontinuerleg dialog med samarbeidspartar både internt og eksternt, vil også vere vesentleg. God og kontinuerleg oppfølging og styring av utviklinga i tenestetilbodet og fordeling av ressursar er ein annan føresetnad. Ein må også kunne utøve kvalifisert prioritering slik at ein set behova for dei aller sjukaste høgt, og kunne underbygge prioriteringane sine med eit godt kunnskapsgrunnlag.

Når det gjeld overordna føringar frå nasjonalt nivå, har vi lagt vekt på følgjande (10):

- *Sikre pasientane god tilgang til tenester og lette tilgangen til spesialistvurderingar*
- *Sikre samanhengande pasientforløp og god flyt i samråd med kommunane*
- *Sikre behova til dei mest alvorleg sjuke og komplekse pasientane*

## 1.4 Rapportinnhald og disposisjon

Grunnlaget for tiltaka som blir skisserte i denne sluttrapporten er, som nemnt i kap. 1.1, dei fire delprosjektrapportane og oppsummeringane frå innspelskonferansen med deltakarar frå kommunane i opptaksområdet. Prosjektleiinga har gått gjennom og vurdert alle forslaga før presentasjon i sluttrapporten. Til sist i rapporten er det samla nokre tema som femner over og er overordna alle dei ulike delgrunnlaga. Dels er formålet å gi ei meir samanhengande framstilling av prioriterte område, og dels er det gitt ein utfyllande omtale. Det er prosjektleiinga som har valt ut og utforma premissane for framstillinga.

I tillegg til ulik litteratur lista i oversikta over referansar, har det vore lagt til rette eit eige data-grunnlag med analysar av aktiviteten i ulike delar av Divisjon psykisk helsevern. Enkelte av analysane er også samanlikna med nasjonale referansetal. Vi har også hatt tilgang til informasjon om relevant verksemd i Avd. for rusmedisin og dei somatiske einingane i Helse Bergen. Eit utval av desse analysane er refererte her i egne faktaboksar.

Når det gjeld val av logikk for framstillinga, er det to gjennomgåande perspektiv: dels å følgje inntaksvegen for pasientane i det akutte forløpet (kap. 2-6), og dels å følgje det tversgåande perspektivet for den overbyggjande tematikken (kap. 7).

## 2 Frå akuttvurdering til fleirfagleg avklaring og start behandling

Akuttmottaka dekkjer vanlegvis to funksjonar: *vurdering* og *behandling* av pasientar som får tilvising til å bli innlagt som øyeblikkeleg hjelp (ØH). Innan somatikken i Helse Bergen kjem øh-pasientar til ein eigen Mottaksklinikk som er døgnopen 24/7. Innan psykisk helsevern vaksne og TSB er øh-funksjonen delt mellom ulike einingar og fagområde, og er i tillegg organisert ulikt etter tid på døgnet.

Psykiatrisk akuttmottak (PAM), i dag lokalisert på Sandviken, har øyeblikkeleg hjelp-ansvar 24/7, med sjukehusfunksjon innan psykisk helsevern for vaksne i heile opptaksområdet. DPSane har døgntilbod og poliklinikk innan allmenn- og psykose-psykiatri, med akuttfunksjon frå kl. 08.00 til 17.00 på virkedagar. Det finst også ei eiga psykiatrisk legevakt med spesialistar mellom kl. 17 og 22 (kl. 15-20).

Når det gjeld øh-pasientar med rusproblematikk eller samansette tilstander som også inkluderer psykisk lidning eller intoksikasjonar, er tilbodet delt. Ei eiga eining for pasientar med akutte rusmedisinske problemstillingar som krev somatisk overvaking, er lokalisert i Bergen Helsehus. Denne eininga (Akuttposten) er organisert under den somatiske Mottaksklinikken, men har også god rusmedisinsk kompetanse. Andre rus- og ROP-pasientar som treng akuttinnlegging, blir i hovudsak mottekne i PAM. Svært få øh-pasientar blir i dag mottekne *direkte* til einingar i Avd. for rusmedisin.

I ei intervjustudie blei norske fastlegar, også frå Bergensområdet, spurde om erfaringar med å handtere akuttpasientar med tilstandar knytt til psykisk helse og rus på kveldstid/helg (11). Personleg tryggleik og kompleksitet i problemstillingane blei framheva som dei største utfordringane. Oppleving av manglande tilgang til fagleg rådgiving og «second opinion», var heilt sentrale.

Det er altså eit ganske komplekst bilete for inntak av øh-pasientar innan psykiatri og rusmedisin i dag, der lettare tilgang til spesialistkompetanse er etterspurt, ikkje minst frå fastlegane. Førekosten av samansette tilstandar er relativt høg, ikkje minst gjeld det pasientar med både rustilstandar og psykiske lidningar. Å lette tilgangen og utvikle eit betre samspel mellom ulike fagområde og sektorar, er hovudmålsettingar i det aktuelle prosjektet.

Det er også eit arbeid i gang med å evaluere og utforme vidare utvikling av psykiatriambulansen i føretaket. Dette tilbodet, som er eit samarbeid mellom Psykiatrisk klinikk og ambulansetenesta, har levert eit svært godt tilbod til transport av psykisk sjuke, og det er bygd opp ein høg kompetanse. Tilbodet skal vidareførast og utvidast, og ein skal legge til rette for at alle ambulansar skal ha kompetanse på behandling og transport av psykisk sjuke.

### 2.1 Lettare tilgang til akutte spesialisttenester og fleirfaglege vurderingar

Framstillinga følgjer forløpslinja frå eit akutt behov er meldt, til tilvising til spesialisthelsetenesta, vurdering av tilstanden og avklaring for vidare forløp og behandling:



#### 2.1.1 Ein forenkla veg inn for spørsmål om akutte tenester

Målet er å sikre at dei som tilviser pasientar til akutt hjelp i spesialisthelsetenesta, kan få enklare og raskare tilgang til det dei treng. Det kan gjelde spørsmål om poliklinisk time eller innlegging, eller det kan være ønskje frå tilvisande lege om fagleg råd for å kunne velje det beste for pasienten i den aktuelle situasjonen.

I dag er det ulike kontaktpunkt avhengig både av kva nivå ein ønskjer å vende seg til, tid på døgnet, om det er psykiatri eller rusmedisin, og når det gjeld DPS, også kor pasienten er busett. I dag blir dei

aller fleste akuttpatientane tilviste frå legevakta i kommunane, eventuelt fastlegen. Eit enklare og samla kontaktpunkt for akutte tenester når primærhelsetenesta vurderer det nødvendig, var også eitt av hovudpunkta i innspela vi fekk frå kommunane.

Eit slikt einskapleg kontaktpunkt kan organiserast på ulike måtar. Ei felles telefonteneste der ein blir «slusa» vidare til ønskt eining/fagområde kan leggjast opp som ei rein teknisk løysning, eventuelt ei robotløysing. Å gå vegen om AMK-sentralane, som for somatiske tenester, er også nemnt som eit alternativ. Slik det er skissert så langt, er det tenkt meir som ei forenkla teknisk løysing enn eit fagleg vurderingspunkt. Det er ikkje tanken at eit slikt samla og felles kontaktpunkt, skal føre til endringar i pasientflyten.

#### **Forslag til tenestetilbod**

- ✓ Samme kontaktpunkt for alle akutt-tilvisingar - for heile døgnet og alle dagar (24/7).
- ✓ Samme kontaktpunkt uavhengig om det gjeld psykisk helsevern vaksne eller TSB.
- ✓ Samme kontaktpunkt uavhengig av kvar ein ønskjer kontakt, og om det er helseføretaket eller private ideelle institusjonar i opptaksområdet.

#### **2.1.2 Nytt mottak skal gi enklare tilgang til spesialistvurdering og fagleg konsultasjon**

Pasientar som blir tilviste til øyeblikkeleg hjelp i spesialisthelsetenesta, har krav på vurdering. Vurderinga kan vere i form av ein rask poliklinisk time – noko som DPSane har lagt til rette for på dagtid, eller gjelde ei innlegging, eventuelt under tvungent psykisk helsevern. På ettermiddag/natt er det i hovudsak to vegar inn til akutte tilbod i området: innlegging i PAM på Sandviken eller i Akuttposten lokalisert i Bergen Helsehus. Akuttposten skal ta mot pasientar med rusmedisinske problemstillingar som treng somatisk observasjon. Pasientar kan også tilvisast til psykiatrisk legevakt, der blir i underkant av to pasientar behandla per dag i snitt.

Slik tenesta er organisert i dag, vil den i høg grad vere tilbodsstyrt på kveldstid. Konsekvensen er at pasientane blir styrte dit tilbodet finst, uavhengig om det ville vere betre med ein annan type tilbod. Dette får særleg følgjer for pasientar med samansett problematikk, oftast ein kombinasjon av mistenkt psykisk lidning og ruslidning, som i dag hamnar på PAM. Samtidig er det slik at akutt-innleggingane i psykisk helsevern i langt større grad førekjem på kvelds- og nattetid enn tilsvarande i somatikken (kfr. Faktaboks 3). På bakgrunn av dette finn vi det vesentleg å ha ein tydeleg *vurderingsfunksjon* i det nye mottaket for å sikre tilgang til fleirfagleg spesialistvurdering og konsultasjon slik at pasientane raskast råd kan få avklart tilstanden sin, og kva tilbod som er best tilpassa behova deira. For å dekke spesialistbehovet må ein samordne med dei ressursane som i dag er bundne opp til psykiatrisk legevakt og vaktteneste ved DPSane.

Pasientar som treng øh-tilbod ved DPSane, skal også i det vidare bli tilvist direkte dit på dagtid. Samstundes vil vurderingsfunksjonen vere tilgjengeleg også for desse pasientane om DPSane finn det naudsynt.

#### **Forslag til tenestetilbod**

- ✓ Funksjonen er å tilby spesialistvurdering av pasientar tilviste frå førstelinja.
- ✓ Skal ha spesialistkompetanse både innan psykisk helsevern, TSB og somatikk.
- ✓ Skal vere i drift heile døgnet og alle dagar (24/7).
- ✓ Skal ha god kompetanse om både sjukehus, DPS og kommunale tilbod.
- ✓ Skal yte tenester fleksibelt, som hovudregel poliklinisk, ev. ambulant, om tenleg.
- ✓ Skal ha kompetanse til å utføre faglege risikovurderingar, t.d. av suicidalitet og valdsrisiko.
- ✓ Skal kunne vise pasienten vidare, ev. til tilbod neste dag om nødvendig.

### Forventa gevinstar

- ✓ Vil sikre pasientane tilgang til brei (somatisk-, psykiatrisk- og rusmedisinsk) spesialistvurdering også på kveld/natt.
- ✓ Framskoten kompetanse vil gi større tryggleik for raskare fagleg avklaring.
- ✓ Vil gjere tenestene mindre tilbodsstyrte og gi meir differensierte forløp styrt av pasientbehovet.
- ✓ Vil gi tilvisande instans lettare tilgang til utvida konsultativ fagleg bistand.
- ✓ Ei sentralisering av vurderingsfunksjonen på kvelds-/nattestid vil gi ei betre ressursutnytting enn å ha spreidde og separate tilbod.

### 2.1.3 Mottaket skal sikre ei fleirfagleg tilnærming for å avklare vidare forløp

Å sikre pasientane betre tilgang til fleirfagleg vurdering av er ei av hovudmålsettingane med flytting til Haukelandsområdet og etablering av eit felles mottak for psykisk helsevern og TSB ved sida av somatisk Mottaksklinikk. Bakgrunnen er dels knytt til det kjende resultatet om redusert livslengde for psykiatriske pasientar, særleg grunna somatisk sjukdom. Ein annan problemstilling er knytt til å ivareta pasientar med samansette tilstandar, særleg fokusert på ROP-pasientar. Over tid har pasientar utskrivne frå PAM med ein rustilstand som hovud-diagnose, stått for ca. 20% av alle innleggingane, (og ein større del har rus som bi-diagnose). Generelt blir ca. 50% av pasientane utskrivne frå PAM og direkte heim, mange allereie neste dag (kfr. Faktaboks 3).

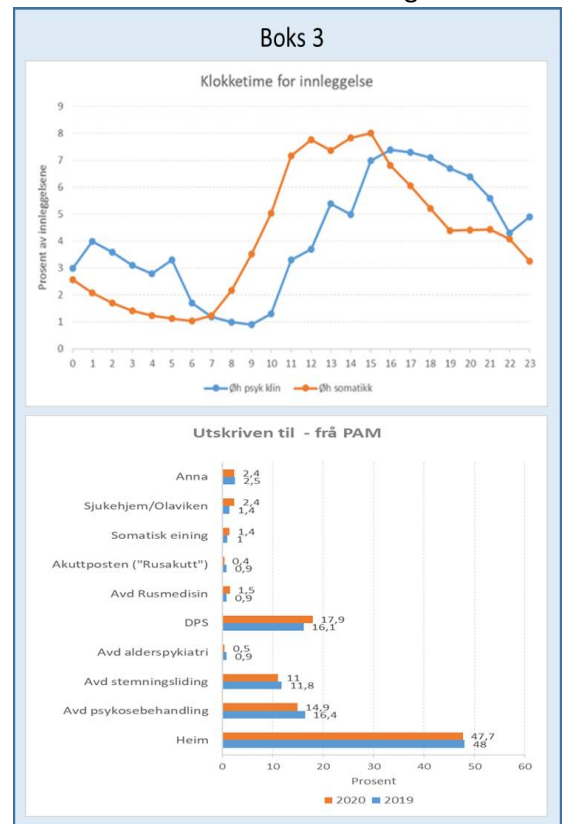
Målsettinga er å etablere eit mottak ved sida av det somatiske som har fleirfagleg kompetanse og kan gi ei heilskapleg vurdering av pasientane. I akuttsituasjonen vil dette i stor grad innebere å gi pasientar med uklar og/eller samansett tilstand ei brei tilnærming slik at ein kan avklare kva tilstanden er, og kva forløp som vil vere best.

### Forslag til tenestetilbod

- ✓ Skal ha tilgang på spesialistar 24/7.
- ✓ Skal ha blanda kompetanse slik at ein kan avklare tilstanden til pasientane uavhengig om det gjeld psykisk helse, rustilstandar eller samansette tilstandar som inkluderer somatisk medisin .
- ✓ Kan/skal ha ein utgreiingspost, for observasjon av pasientar med samansette og uklare tilstandar.
- ✓ Skal så raskt som råd avklare tilstanden til pasientane til eit nivå som gir eit fagleg godt fundament for å seie kor pasienten skal behandlast vidare i forløpet, eventuelt bli utskrivne.
- ✓ Skal kunne avgjere kor pasientar skal overførast vidare til rett nivå/eining innan Divisjon psykisk helsevern eller Avd. for rusmedisin. Skal kunne overføre pasientar med kjent tryggleiks-problematikk direkte til Klinikkk for sikkerhet. Gjeld også andre pasientgrupper der dette blir vurdert som mest tenleg for pasientane (t.d. psykogeriatreri).
- ✓ Ein skal også sikre pasientane grunnleggjande somatisk utgreiing.

### Forventa gevinstar

- ✓ Vil sikre pasientane ein meir heilskapleg avklaring av tilstanden og vidare behandlingsbehov, inkludert somatiske tilstandar.
- ✓ Vil gi meir treffsikker diagnostisk avklaring av pasientar med uklare tilstandar.



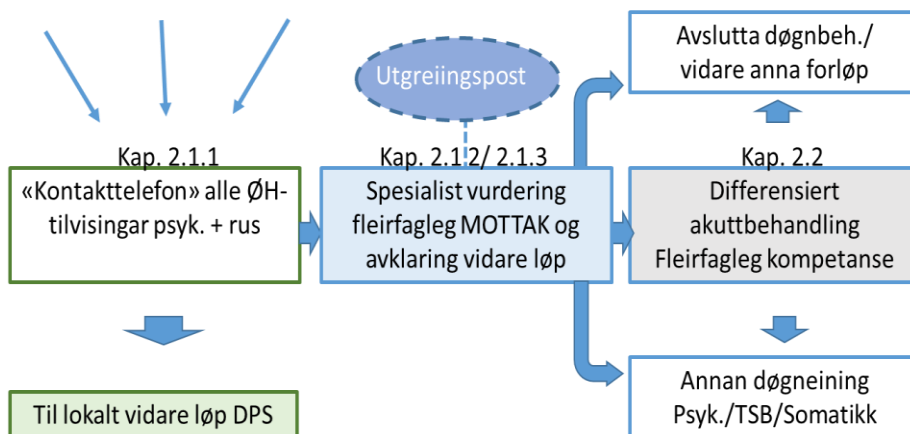
- ✓ Kan gi fleire akuttpasientar eit vidare forløp innan TSB.
- ✓ Framskoten kompetanse vil gi større tryggleik for raskare fagleg avklaring av behov.
- ✓ Vil bidra til eit breiare erfaringsgrunnlag for spesialistar innan ulike fagfelt, og kunne bidra til ei fagleg og kulturell tilnærming mellom dei ulike sektorane somatikk, psykisk helsevern og TSB.

#### 2.1.4 Organisering av funksjonane omtalt i kap. 2.1.1-2.1.3

I omtalen i førre avsnitt, har vi lagt vekt på å skilje mellom ulike *funksjonar* fordi det er eit ønskje å framheve kvar enkelt komponent. Organiseringa av dei kan innrettast på ulike måtar. Sjølv om det gjeld ulike funksjonar, kan det vere rasjonelt å samle dei. PAM har flest innleggingar med i snitt 7 i døgnet medan Akuttposten har hatt om lag 5 pasientar i døgnet i snitt. Det er også grunn til å understreke at vi har hatt som utgangspunkt at elektivt tilviste *ikkje* skal komme via akuttmottaket.

I dag er det ingen *samla* vurderingsfunksjon for akutte tilvisingar. Sjukehuset har heller ikkje eigne mottakseiningar for akuttpasientar, men funksjonen blir dekkja av PAM og Akuttposten. Den mest nærliggjande framtidige modellen vil truleg vere å samle den fleirfaglege vurderings- og mottaksfunksjonen for å få til ein reell fleirfagleg praksis og god utnytting av personellressursar. Om ei slik samla eining også bør ha ein eigen utgreiingspost etter mønster frå den somatiske Mottaksklinikken, bør vurderast. Alternativt kan ein knytte ei slik eining til behandlingseiningane (sjå neste avsnitt). Uansett må ein leggje opp til fleksibel bruk av spesialistressursar.

Andre føresetnader som kan innverke på organiseringa, er innretninga av den framtidige tvangslovgevinga. Lovverket er under revisjon, og det er p.t. vanskeleg å spå effekten og kva premisser det vil leggje for innretning og drift.



Figur 1 Skisse over dei ulike funksjonane knytt til det nye felles akuttmottaket

## 2.2 Sikre eit samla, men differensiert akutt døgntilbod

I dag er akutt døgndehandling spreidd. DPS-ane tar på dagtid imot døgndehandling pasientar som ikkje treng lukka post. PAM har øh-inntaket til behandlinga på sjukehusnivå, også for ROP-pasientar. PAM forvaltar brei erfaring og kompetanse i observasjon og behandling av akuttpasientar, ikkje minst innlagde under tvungent vern, og dei med utagerande åtferd med symptom på psykiske lidingar. Akuttposten tar imot pasientar med akutte rusmedisinske problemstillingar og intoksikasjonar, og har opparbeidd god kompetanse i å overvake slike pasientar. Avd. for rusmedisin tar imot svært få øh-innleggingar direkte.

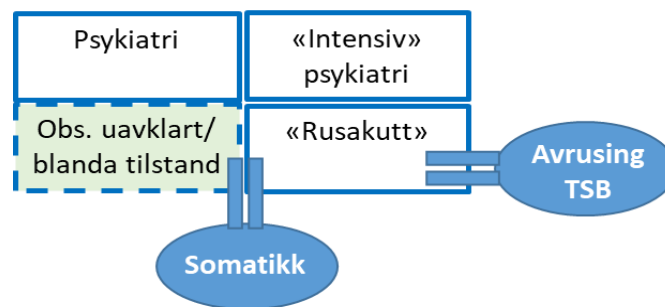


Målsettinga for eit framtidig tilbod, er ikkje berre å flytte og samle eksisterande einingar, men å gi ein fagleg meirverdi. Ei samlokalisering vil leggje til rette for ei enklare utøving og utveksling av ulike typar fagkompetanse. Eit anna hovudpoeng er å gi rom for ei meir differensiert akuttbehandling med betre skilje mellom pasientar som treng intensiv skjerming og dei utan slike behov. Det er også ei målsetting å styrke relasjonen mellom Akuttposten og andre tenester innan TSB som avrusings-eininga som også er planlagt lokalisert til Haukelandsområdet.

Når det gjeld kapasitet, er det i dag ikkje indikasjonar på auka *samla* døgnbehov for akuttmottaka. Derimot har det frå 2019 vore ei utvikling i retning færre innlagde pasientar på Akuttposten. Ein må også forvente effekt av tiltaka omtala i kap. 2.2 og 2.3, både i retning av fleire pasientforløp til Avd. for rusmedisin, og fleire pasientar som kan avklarast raskare til utskriving eller direkte overgang til andre einingar (kfr. utviklinga i den justerte somatiske Mottaksklinikken).

I ei differensiering av det nye samla akutte sjukehusstilbodet, må ein dekke ulike dimensjonar:

- *Ulike fagfelt: psykisk helsevern, rusmedisin og somatikk*
- *Ulike behov for skjerming, tilpassa areal og ivaretaking av krava i tvangslovgivinga*
- *Tilknytning til relevante fageiningar/sectorar*



Figur 2 Skisse over dei ulike komponentane i ei ny akutt behandlingseining

### Forslag til tenestetilbod

- ✓ Areal skal kunne differensierast slik at ein kan ta imot pasientar som har utagerande eller risikofylt åtferd i egne «intensive» einingar som også kan ta vare på tryggleiken til dei tilsette.
- ✓ Ein skal også ha eigen post for frivillig innlagde/pasientar som ikkje treng høg grad av skjerming.
- ✓ Akuttposten/»Rusakutt» skal ha god tilgang på både somatisk og rusmedisinsk kompetanse, og vektleggje samarbeid med avrusingseininga. Den bør likevel knytast til somatisk Mottaksklinikk også vidare for å sikre somatisk spesialkompetanse og ei samla fleirfagleg tilknytning.
- ✓ Pasientane skal, så snart tilrådd vidare løp er klarlagt, gå vidare i forløpet.

### Forventa gevinstar

- ✓ Gjennom å investere i tidleg og brei avklaring, kan pasientar med komplekse lidningar få ei grundigare førstegangsvurdering.
- ✓ Vil sikre pasientane større rom for tilrettelagt behandling etter behov - gradert skjerming.
- ✓ Vil gi tilgang til avgrensa og tilrettelagt behandling i meir «intensive» einingar/areal.
- ✓ Vil bidra til lettare og raskare tilgang til spesialistar innan ulike fagfelt, inkludert alle somatiske spesialitetar.
- ✓ Vil bidra til enklare overgangar og meir heilskaplege tilbod for ruspasientar.

## 2.3 Etablere eit fleirfagleg kompetansemiljø med god samarbeidskultur

Det aukande kravet til spesialkompetanse har også ført med seg ei omfattande fragmentering av det medisinske fagområdet. For mange pasientar har dette gitt gevinst, men for pasientar med uavklarte eller samansette tilstander, kan det gi utfordringar. Oftast løyser ein nå slike behov med bruk av fleire suksessive tilvisingar til ulike fagfelt (12). Så langt har det også vore knytt låg fagleg status til breiddekompetanse, og gapet mellom fagkulturar kan vere stor, ikkje minst mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB.

Ei av hovudmålsettingane i prosjektet, er å gi psykiatriske/rus-pasientar betre tilgang til somatiske tenester. Ei flytting til Haukelandsområdet vil kanskje vere ein nødvendig føresetnad for ei tilnærming, men er ikkje tilstrekkeleg. Det er heller ikkje tilstrekkeleg med gode intensjonar om eit utvida samarbeid, ein må etablere bindande avtalar og bygge ein open kultur med klare samarbeidsrutinar.

### Forslag til tenestetilbod

- ✓ Sikre bindande avtalar for når tilsette skal vere tilstade, med vaktordningar frå fleire fagområde (psykisk helsevern, TSB og mottaksmedisin/indremedisin).
- ✓ Læringsaktivitet/læringsmål på mottaket skal leggjast inn i utdanningsløpet i psykisk helsevern, TSB og mottaksmedisin/indremedisin.
- ✓ Fagleg tilsyn skal gå til/frå alle fagområde.
- ✓ Leggje til rette for felles kompetansebygging og møteplassar for drøfting og erfaringsutveksling.
- ✓ Leggje til rette for eit kompetansemiljø for strukturert handtering av pasientar/situasjonar med aggresjon og utagering. Skal også drive assistanse til andre i samarbeid med Klinikkk for sikkerhetspsykiatri.

### Forventa gevinstar

- ✓ Betre basis for fleirfagleg kompetanse og betre kjennskap til ulike fagspesifikke tilbod som kjem pasienten til gode.
- ✓ Betre forståing for ulike fagkulturar og auka motivasjon til meir reell samhandling som gir pasientane helsegevinst.
- ✓ Betre generell tilgang til, og spreiding av, strukturert kompetanse innan risikovurdering og handtering av vald og utagering.

### 3 Fagleg differensiering med sub-akutte og spesialiserte funksjonar på Haukelandsområdet

Å etablere eit samla akuttmottak med fleirfagleg kompetanse i nærleik til somatiske einingar som skissert i førre kapittel, er ein av hovudkomponentane i eit endra tenestetilbod. Samstundes er det vesentleg å oppretthalde mest mogeleg samanhengande forløp for (akutt)pasientar utan meir flytting mellom ulike lokalisasjonar enn nødvendig. Følgjeleg vil det vere naturleg å sjå på heile det psykiatriske sjukehusstilbodet samla.

Psykiatrisk klinikk femner i dag alle sjukehusfunksjonane i Helse Bergen med unntak av Klinikk for sikkerhetspsykiatri og Klinikk psykisk helsevern for barn og unge. Lokaliseringa er også i dag delt mellom Haukeland og Sandviken, der spesialavdelingane for alderspsykiatriske pasientar, for spiseforstyrningar og for konsultative psykiatriske tenester er samla i Glasblokka på Haukeland.

Å understøtte god integrering og flyt mellom ulike tilbod i eit pasientforløp, er ein vesentleg faktor også internt i sjukehuspsykiatrien. Å synleggjere samhengane mellom ulike fasar i pasientbehandlinga er viktig for å understøtte god samhandling og styrke eit felles fagleg grunnlag for differensiering og funksjonsdeling. Å styrke samhandlinga mellom dei ulike spesialeiningane, blir derfor også eit element i vurderinga av framtidig lokalisering.

Når ein skal vege ulike faktorar i valet mellom lokalisering til Haukelandsområdet eller Sandviken, er det naturleg å vurdere:

- ✓ *Pasientgrunnlaget og deira ulike behov, t.d. behov for lengre tids døgnbehandling og rehabilitering med tilgang til sikre omgivelser og godt rom for ulike typar aktivitetar*
- ✓ *Pasientflyt og behov for god integrering av ulike fasar i eit (akutt) behandlingsforløp*
- ✓ *Dei viktigaste grenseflatene mot andre einingar og næraste samarbeidspartar*
- ✓ *Å samle fagmiljøet mest mogeleg for å utvikle eigarskap til funksjonsdeling og differensiering*

Når det gjeld pasientgrunnlaget, er forslaget å leggje følgjande sjukehusfunksjonar til Haukeland:

- Øyeblikkeleg hjelp pasientar
- Pasientar med særleg vanskelege og kompliserte tilstandar
- Pasientar med alvorleg sjølvmondsrisiko
- Pasientar med utagerande åtferd (med unntak av definerte sikkerheitspasientar)
- Pasientar som treng opphald i lukka einingar for behandling av stemningslidingar og psykose

I tillegg kjem det ein kalle tilstandsspesifikke spesialiserte funksjonar:

- Unge pasientar (15-30 år) med schizofreni-spekter lidingar som treng spisskompetanse
- Pasientar med alvorlege og komplekse spiseforstyrningar
- Pasientar med særleg komplekse alderspsykiatriske tilstandar
- Pasientar som treng spesialiserte polikliniske tilbod som nevro-stimulerande behandling

Det er i dag etablerte, velfungerande spesialfunksjonar og kompetanse for å dekke behova for desse pasientgruppene, og forslaga går i retning av å behalde og vidareutvikle dagens differensiering.

#### 3.1 Samanhengande akutt døgnbehandling

Om lag ein fjerdedel av døgnpasientane som blir utskrivne frå psykiatrisk akuttmottak, blir overførte til andre delar av sjukehuset, og flest til dei lukka behandlingseiningane for stemningslidingar og psykose – det ein også kan kalle «sub-akutte» einingar (kfr. Faktaboks 3). For å halde god kontinuitet

i dei akutte pasientforløpa, vil det vere naturleg å flytte desse einingane nært opp til det nye akuttmottaket.

Sjølv om det er grunnlag for å differensiere tilnærminga med basis i pasientane sin diagnose, kan det likevel vere grunn til å vurdere likearta tilbod knytt til pasienten sin tilstand meir generelt, som symptom(ut)trykk og fasen i sjukdomsutviklinga. Slik kan det vere tenleg å sjå på fleksibilitet og samordning av funksjonar i høve til å møte behova til desse to pasientgruppene. Det vil i ein fase vere behov for intensiv observasjon og behandling i lukka einingar. Spesialiserte utgreiingsbehov skal også dekkast.

## 3.2 Dei ytterlegare spesialiserte og tilstandsspesifikke tilboda

Det er grunnlag for å oppretthalde og vidareutvikle dei spesialiserte funksjonane knytt til

- *Tidleg oppdaging og behandling av psykose*
- *Behandling av spiseforstyrningar*
- *Alderspsykiatri*

### 3.2.1 Tilbod for tidleg oppdaging og behandling av psykose

Slik spisskompetanse skal dekke tilbodet til unge menneske som debuterer med psykoseliding eller er i tidleg sjukdomsfase (første 3 år), og der lukka post er naudsynt. Aldersgruppa ein inkluderer er 15-30 år. I tillegg til pasientar med ny-oppståtte psykotiske symptom, inkluderer ein schizofreni-spektrum liding i kombinasjon med problemskapande rusbruk og/eller låg terskel for rusutløyst psykose. Tilrådinga er å *differensiere* døgntilbodet i to seksjonar der den eine skal ha spesiell kompetanse i utgreiing og behandling av pasientar med rusliding i kombinasjon med psykose.

Ein tilrår også eit styrka ambulant tilbod i samarbeid med naturlege partnarar som Klinikk psykisk helsevern for barn og unge (Tidleg Oppdaging) og Avd. for rusmedisin ved Ung Rus Oppdaging (URO).

### 3.2.2 Tilbod til pasientar med alvorleg spiseforstyrring

For pasientar med dei mest alvorlege spiseforstyrningane, både unge og vaksne, treng ein spisskompetanse som kan gi eit samla spesialisert helsetilbod. Slike pasientar har stor fare for å utvikle somatiske og psykiatriske komplikasjonar, og behandlinga krev samansett kompetanse. Ein tilrår at tilbodet skal vere knytt til tilvisingar frå spesialisthelsetenesta, der anna behandling har vore forsøkt utan å ha ført til tilstrekkeleg betring. Generelt skal behandlinga for mindre alvorlege tilstandar knytast til DPSane eller til Klinikk psykisk helsevern for barn og unge.

Det høgspesialiserte tilbodet skal dekke heile regionen, sidan volumet av pasientgruppa ikkje er høg, og behandlinga er komplisert og ressurskrevjande. Tilbodet omfattar primært døgntilbod, som ein tilrår skal differensierast til å inkludere ei lukka intensiv-psykiatrisk eining for pasientar med størst risiko for alvorlege somatiske komplikasjonar.

Det å utøve ein regional funksjon inneber også ansvar for eit regionalt nettverk der ein kan drive rettleiing og kompetansebygging, og bidra når pasientar med spiseforstyrningar er innlagde i andre einingar.

### 3.2.3 Tilbodet til alderspsykiatriske pasientar i området

Tilbodet er delt mellom Helse Bergen og Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Begge einingane har både døgnavtjening, poliklinikk og ambulante tenester. Olaviken har ein rimeleg stor poliklinikk som nå er lokalisert ved Haraldsplass diakonale sykehus (HDS), (2590 kontaktar i 2020 mot 364 i Helse Bergen sin poliklinikk) (13). Ein har over tid utvikla samarbeidet og ei viss grad av funksjonsdeling, der

Helse Bergen særleg skal ivareta pasientar med sterke innslag av alvorleg somatisk samsjukdom, og pasientar med behov for ECT-behandling.<sup>3</sup>

Alderspsykiatri er ein spesialisert del av det psykiatriske fagområdet, med kompetanse til å utgreie og behandle psykiske lidningar med debut etter 65 år, der det er ein nær samanheng med fysisk sjukdom, og fysiologiske aldringsteikn. Som vist i tabellen i faktaboks 2, ventar ein relativt sterk vekst i denne aldersgruppa framover. Alder åleine er likevel ikkje eit kriterium for tilgang til psyko-geriatriske tilbod, men tvert imot vil dei fleste eldre trenge tilgang til samme allmenn-psykiatriske tilbod som yngre, i stor grad ved DPSane. Det er vidare grunn til å tru at ein i dag finn udekkede behandlingsbehov i denne aldersgruppa, noko DPSane også må ta med i planlegginga av framtidige tilbod.

Med den forventa auken av psykogeriatriske tilstandar, t.d. av personar med demens, må ein også utvikle og utvide samarbeidet mellom ulike behandlingsnivå og sektorar. Svært mange demens-pasientar får behandlinga si i kommunehelsetenesta, ofte i sjukeheimar, og samhandlinga med kommunane er heilt vesentleg. Dessutan blir mange pasientar med demens og somatisk samsjukdom behandla i somatikken, slik at utviklinga og tilgangen på geriatrisk kompetanse blir viktig, og spørsmål om eit samla eldremedisinsk senter har vore drøfta i Helse Bergen.

Når totalomfanget av pasientar med alderspsykiatriske tilstandar aukar, vil ein også få eit aukande behov for både utgreiing og behandling av dei mest alvorlege og komplekse tilstandane. Ein forventar behov for noko fleire døgnplassar, der det spesialiserte alderspsykiatriske tilbodet i området bør dekke:

- Dei mest komplekse tilstandane som treng døgnkontinuerleg behandling
- Der det er sannsynleg at ECT vil vere ein del av behandlingstilbodet
- Der det er behov for intensiv psykiatrisk behandling

For å møte etterspørselen etter alderspsykiatrisk kompetanse, tilrår ein å auke tilbodet til ambulant vurdering og rettleiing der pasienten er, både på sjukeheimar og i form av heimebesøk. Det omfattar også for- og ettervern av døgnpasientar, og opplæring av pasientar og pårørande. Ein må også sørge for å utvide kompetansebygginga på feltet i andre deler av spesialisthelsetenesta, inklusive DPSane.

Flest pasientar blir tilviste elektivt, frå kommune- eller spesialisthelsetenesta. Ein tilrår eit felles inntaksteam mellom Haukeland og Olaviken for å sikre raskast mogeleg avklaring av pasienten sin tilstand følgd av tilpassa og differensiert behandling. For å styrke og samordne tilbodet ytterlegare, tilrår ein vidare ei samlokalisering av Olaviken sin poliklinikk med dei psykiatriske einingane på Haukeland. Ei slik samling vil underbygge samhandlinga innan både poliklinikk, ambulante tenester og differensiert døgnbehandling. Når det gjeld øh-pasientar med ei klar alderspsykiatrisk problemstilling, tilrår ein at desse raskt får spesialisert tilsyn, og blir overførte til alderspsykiatrisk døgneining utan opphald dersom dei fyller inntakskriteria nemnde ovafor.

### 3.2.4 Spesialiserte polikliniske tilbod på Haukelandsområdet

Som hovudregel bør dei aller fleste pasientgruppene få den polikliniske/ambulante behandlinga si ved eit DPS. Men enkelte psykiske lidningar krev særleg kompetanse, som ved sjeldne og/eller særers ressurskrevjande tilstandar. I tillegg til polikliniske tilbod knytt til dei spessialeiningane som er nemnde ovafor, tilrår ein følgjande polikliniske tenester på Haukelandsområdet:

- «Second opinion», differensialdiagnostikk ved uklare, samansette og kompliserte lidningar
- Nevropsykologisk utgreiing og nevrostimulerande behandling
- Konsultasjonar i samband med kliniske forskingsprosjekt

---

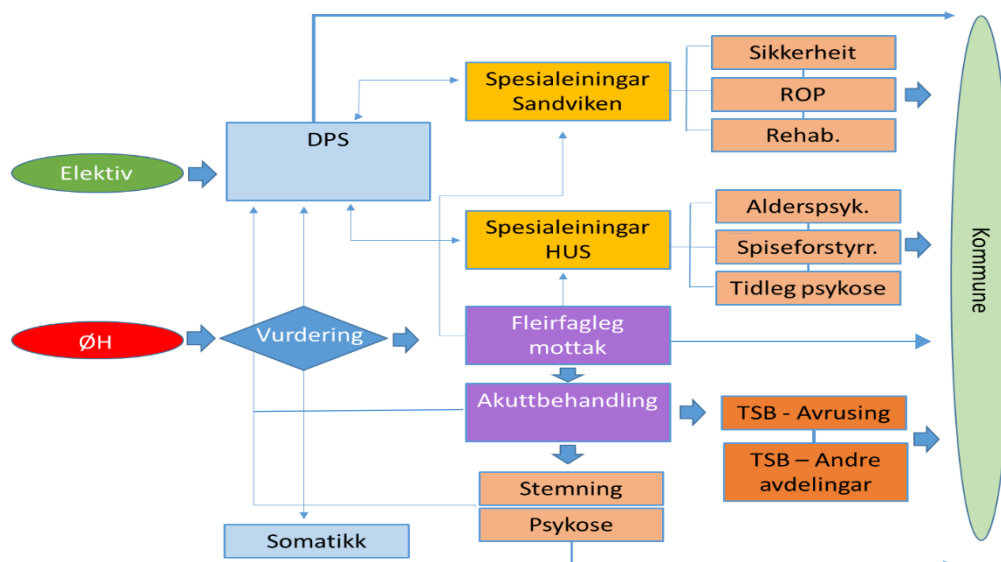
<sup>3</sup> ECT er *Electro-Convulsiv-Therapy* (elektrosjokkbehandling),

Vegen inn til dette polikliniske tilbodet vil i hovudsak vere via DPS og andre sjukehuseiningar. Ein kan oppnå synergieffektar ved å samlokalisere det polikliniske tilbodet med felles resepsjon og venterom, noko ein kan arbeide vidare med i konseptfasen av prosjektet for nytt KK-bygg.

### 3.2.5 Konsultative psykiatritenester

Tenesta er i dag organisert som ei eiga avdeling med primær oppgåve å yte fagleg tilsyn til pasientar innlagde ved somatiske avdelingar på Haukeland eller Haraldsplass. Kartlegging av psykiatrisk patologi er det primære, som vurdering av akutt suicidalfare og uro hos pasientar med mistenkt psykose. Tilsyn blir gitt etter øh-tilvising frå somatikken, og som regel utførde samme dag. Konsultttenesta er tilstade i ordinær arbeidstid, på kveld/natt går tilvisingar til bakvakta ved DPS.

Det er i dag aukande etterspørsel etter eit utvida tenestetilbod innanfor dette fagfeltet, som utgreiing av pasientar med uklare tilstandar i grenselandet mellom psykisk helse og somatikk (ofte kalla psykosomatiske eller funksjonelle tilstandar), tilsyn til pasientar ved somatiske poliklinikkar, og tilgang til noko større grad av oppfølging for utvalde pasientgrupper. For i større grad å kunne dekke slike behov, må ein utvide tenestetilbodet. Ein må også sjå det i samanheng med den nye vurderingsfunksjonen ved det felles akuttmottaket, omtalt i kap. 2.2. Fagområdet er eit av dei prioriterte som satsingsområde for utvida samhandling mellom psykisk helsevern og somatikk, og er omtalt vidare i kap. 7.2.



Figur 3 Skjematisk oversikt over ulike pasientforløp

#### Forventa gevinstar av det samla tilbodet på Haukelandsområdet

- ✓ God og utfyllande kjennskap til tilbodet og kompetansen i andre fageiningar.
- ✓ Strukturert samhandling som understøttar gode og kontinuerlege pasientforløp.
- ✓ Samordna områdetilbod innan det alderspsykiatriske fagfeltet.
- ✓ Lettare tilgang til somatisk kompetanse.
- ✓ Utvida differensiering som betre kan tilpassast pasientbehandlinga etter behov
- ✓ Fleksibel bruk av felles ressursar for å møte pasientbehova og gjere små einingar meir robuste.
- ✓ Bærekraftig fagmiljø som kan stimulere til rekruttering av fagpersonell og spesialistar.

## 4 Fagleg differensiering og spesialiserte funksjonar på Sandviken

Planen er å behalde området på Sandviken som ein aktiv del av psykisk helsevern. Slik vil divisjonen sikre prioritet for dei mest alvorleg sjuke og komplekse pasientane. Areal vil bli frigitt etter flytting av andre funksjonar, og vil gi rom for ei oppgradering og vidareutvikling av tilbodet. Målet er å legge ytterlegare til rette for at desse pasientgruppene kan få optimale tilhøve for behandling og rehabilitering, sidan behandlinga vil vere fjernare frå einingane med størst gjennomstrøyming. Frigjort plass kan gi betre rom for oppbygging av eit mangfaldig aktivitetstilbod og ulike målretta rehabiliteringstiltak med førebuing til utskrivning. Samstundes vil ein kunne utvikle meir tilpassa areal for dei pasientane som krev særlege sikringstiltak. Sikkerheitspsykiatrien er eitt av satsingsområda framover, der aukande etterspørsel krev nye tiltak.

Aktivitetane på området vil bli store nok til effektiv drift, og til å samle spesialkompetanse og fagnettverk knytt til behandling og rehabilitering av pasientar med alvorlege og komplekse psykosetilstandar, inklusive personar med psykisk utviklingshemming, og til ytterlegare styrking av kompetansen knytt til risikovurdering og –handtering av utagering og aggresjon. Arealane kan også utviklast til gode arenaer for samhandling med kommunale tenesteytarar.

### 4.1 Spesialtilbod til komplekse ROP-pasientar

Erfaringar både nasjonalt og lokalt gir grunnlag for å gi pasientar med ROP-tilstandar betre samordna og meir samanhengande forløp (14), og denne problemstillinga har vore sentral i det lokale prosjektet «Fagleg integrasjon mellom psykisk helsevern og rusmedisin». Samstundes er denne pasientgruppa svært differensiert i kor alvorleg tilstanden er, og dermed kva tenestetilbod det er behov for. Det lokale ROP-forløpet ein har definert, inkluderer dei med mistenkt *alvorleg* psykisk liding kombinert med rusproblematikk og svekka funksjonsnivå, og ein har over fleire år arbeidd aktivt med retningslinjer for felles ROP-forløp i samarbeid med kommunane. Denne gruppa med dei mest alvorlege psykiske tilstandane, treng behandling innan psykiatrien, og får i dag døgnopphald spreidd over mange ulike einingar innan divisjonen. I integreringsprosjektet kom ein med tilråding om å opprette ei ny specialeining med tydelegare felles forankring i begge fagsektorane, og med ein klar spiss-kompetanse. Rolla som brubyggjar blir slik ei viktig oppgåve for eininga, der ein må integrere både ulike kunnskapar og kulturar til beste for pasientane. Sidan ei slik eining ikkje kan omfatte behandling av *alle* dei alvorlegaste sjuke ROP-pasientane, må ein også tydeleggjere målgruppa ytterlegare, både når det gjeld grenseoppgangen mot andre tilbod, og spesifisere inntaksvegar og vidare pasientforløp frå eininga.

Det er denne funksjonen ein nå er i ferd med å byggje opp, og har tilrådd lokalisert til Sandviken. ROP-pasientane sin tilstand kan ofte karakteriserast som kronisk med svingande forløp, samstundes som stabile behandlingsrelasjonar er viktig. Dei fleste vil også ha behov for kommunale tenester, og god samhandling med kommunane blir derfor ei sentral oppgåve. Å utvikle gode overgangar mellom ulike fasar i behandlingsforløpa er vesentleg, ikkje minst i overgangen mellom døgnopphald og eigen bustad.

Rettleiing og kompetansebygging ovafor andre blir også ein vesentleg del av oppgåvene, både i høve til andre einingar i spesialisthelsetenesta, og ovafor kommunane. Behandling av dei alvorlegaste tilstandane blant ROP-pasientane er spreidd, og i tillegg blir svært mange ROP-pasientar med mindre alvorlege tilstandar behandla innan TSB, og i DPSa.

## 4.2 Komplekse rehabiliteringsfunksjonar

I dag er det ei eiga eining for psykiatriske pasientar som treng kompleks rehabilitering, lokalisert på Sandviken. Dette er ein høgspesialisert funksjon med tverrfagleg tilnærming for funksjonskartlegging og rehabiliteringstiltak. Tiltaka blir vurderte i høve til personleg meistring i heim, skole, arbeid og fritid. Målgruppene for dagens tilbod kan delast i to: Rehabiliteringspasientar og pasientar med både utviklingshemming og psykisk lidning. Pasientane blir tilviste frå andre einingar i divisjonen.

*Rehabiliteringspasientane* kan karakteriserast som personar med kronisk psykoseliding med gjennomgåande sterk funksjonsnedsetting, vedvarande psykosesyntom og risiko for valdeleg åtferd eller fare for andre. Vanskeleg stabiliserbar rusliding og/eller kognitiv funksjonssvikt er også relevant tilleggspromblematikk. Fokus for behandlinga er rehabilitering til kommunale butilbod tilpassa funksjonsnivået til pasienten. Viktige samarbeidspartar i tillegg til kommunane, er Avd. for rusmedisin og Klinikk for sikkerhetspsykiatri.

*Pasientar med psykisk utviklingshemming og psykisk lidning* treng utgreiing av den psykiske lidinga i døgnpost med spesialkompetanse. Vurderinga inneber også somatiske utgreiingar, endringar av medikament og anna tilrettelegging. Innlegging og behandling vil oftast vere under tvungent psykisk helsevern, grunna manglande samtykkekompetanse og alvorlig psykisk lidning. Viktige samarbeidspartar er Habiliteringstenesta for vaksne, ambulant team, kommune og DPS, som oftast følgjer opp pasientane vidare.

For begge gruppene er overgangsfasen til kommunane oftast lang, med tilrettelegging i form av besøk og permisjonar for å sikre gradvis tilvenning til (ny) bustad. Hospitering frå kommunalt tilsette og god overføring av informasjon med kriseplanar, er også vesentleg. I enkelte tilfelle blir pasienten følgt opp over tid etter utskrivning, t.d. ved å delta i ansvarsgruppe eller med å følgje opp tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald (TUD).

Ein tilrår utvida differensiering knytt til behandlinga av desse to gruppene. Erfaringa viser at det er utfordrande å ha to såpass ulike pasientgrupper på samme døgneining. Vidare tilrår ein å styrke tilbodet til pasientar med psykisk utviklingshemming, då det er stor etterspørsel etter dette kompetanseområdet både innan psykiatrien, frå Habiliteringstenesta og frå kommunane.

Vidare vil ei auka differensiering av funksjonen til dei einingane som er planlagde flytta til Haukeland, kunne medføre behov for overføring til Sandviken for pasientar som treng vidare døgnbehandling og rehabilitering etter ei tids opphald på ei sub-akutt eining.

## 4.3 Funksjonar knytt til sikkerhetspsykiatrien

Fagområdet er organisert for å ta hand om pasientar med ei alvorleg psykisk lidning med særleg høg risiko for valdeleg åtferd og fare for andre. Tilleggspromblematikk knytt til rusmisbruk er også vanleg. Utover det ordinære behandlingstilbodet skal ein også ha eit tilbod til pasientar som blir dømde til behandling i psykisk helsevern, og for judisiell døgnobservasjon og varetekts-surrogat<sup>4</sup>. I dag er det to døgneiningar i Klinikk for sikkerhetspsykiatri, ein regional og ein lokal, begge lokaliserte på Sandviken. Det regionale nivået skal ha den høgaste graderinga for sikring, og vere tilgjengeleg for pasientar frå heile Helse Vest området. I tillegg til døgnbehandling driv ein poliklinisk/ambulant verksemd, m.a. til fengsla i området. Til den regionale funksjonen ligg også drift av eit fagnettverk med kompetansebygging og rettleiing ovafor dei lokale einingane i området.

---

<sup>4</sup> Jamfør Straffeprosessloven §188.



For denne pasientgruppa er det krav om særleg tilrettelegging både av omgivnader og areal (strukturelle tiltak), og tilrettelegging av behandlingstilbud med spesialkompetanse, sikre rammer og godt integrerte aktivitetstilbud i mindre grupper (dynamiske tiltak). Slik skulle området på Sandviken gi godt rom for eit framtidig ytterlegare tilpassa tilbud. Som ei vidareutvikling tilrår ein å vurdere oppretting av eigne intermedieære bustader der pasientane kan førebu seg og trene på overgangen mot eigen bustad.

Ei anna spesialkompetanse som er velutvikla innan fagområdet, er systematikk for *valdsrisiko-vurdering og -handtering*, utøvd i samarbeid med kompetansesenteret. Denne kompetansen er svært etterspurt, og ein vurderer at det er behov for omfattande opplæring og rettleiing. Det er også rimeleg å forvente at tilgang til slik spiss-kompetanse vil vere etterspurt i høve til å vurdere ny-sjuka akuttpasientar med valdstendens eller handtering av andre pasientar med særleg utagerande og aggressiv åtferd.

Styret i Helse Vest har vedteke ein regional plan for sikkerheitspsykiatrien som inneber ei vesentleg styrking av døgnkapasiteten innan 2025, både for regional og lokale einingar (7). Vidare skal ein styrke ambulant aktivitet allereie i 2022 ved å opprette eigne lokale poliklinikkar som kan gi oppfølging av pasientar med tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald - som enten er på tvang etter kriteriet om fare for andre, eller etter dom. Tilbodet i Helse Bergen skal inkludere både poliklinikk og dagtilbod saman med ambulante tenester. Slik vonar ein å lette overgangane frå døgnavdelinga til oppfølging i DPS og kommunar, samstundes som ein i større grad kan bistå ved forverring og krisar. Ein skal også legge vekt på informasjon og oppfølging av pårørande.

#### *Tilbodet for dømde til behandling i psykisk helsevern*

Slik situasjonen er i dag, overstig etterspørselen frå rettsvesenet langt den tilgjengelege kapasiteten. Auken i personar dømde til behandling i psykisk helsevern har vore monaleg siste åra, der talet på pasientar med aktiv tidsavgrensa dom i Helse Vest, auka frå 5 til 49 i perioden 2002 til 2019, med 57 pasientar i slutten av 2021<sup>5</sup>. Om lag 60% av desse er innlagde i sjukehus, dei fleste med relativt lang opphaldstid, slik at 45% av dei lokale sikkerheitsplassane i Helse Vest var opptekne av denne gruppa i 2019 (7). Frå 2021 har det også vore ein stor auke i døgnbruken knytt til pasientar med varetekts-surrogat. Ifølgje Styringsdokumentet frå regjeringa for 2022 skal dei regionale helseføretaka utarbeide ein overordna plan for sikkerheitspsykiatrien og andre tiltak for dømde til tvungent psykisk helsevern.

#### **Forventa gevinstar av å vidareutvikle tilbodet på Sandvikenområdet**

- ✓ Området som vil bli frigitt, gir godt potensiale for utforming av spesialtilpassa areal.
- ✓ Området kan gi rom for å utvide døgnplasztilbodet, om framtidig utvikling skulle tilseie det.
- ✓ Området gir handlingsrom for vidareutvikling av differensierte aktivitetstilbud i form av trening, friluftaktivitetar og andre målretta rehabiliteringstiltak.
- ✓ Arealet kan, om ønskjeleg, vidareutviklast til tenlege arenaer for samhandling.
- ✓ Vil gi rom for styrking av faglege nettverk innan behandling av alvorlege psykosetilstandar, kompleks rusproblematikk, og utviklingsforstyringar.
- ✓ Styrka kompetanse og systematikk i korleis ein best kan ivareta pasientar som er «gjengangarar» og/eller «storbrukarar» i samråd med kommunane.
- ✓ Vil kunne gi rom for eit bærekraftig fagmiljø som kan stimulere til rekruttering av fagpersonell og spesialistar.

---

<sup>5</sup> Tal frå Nasjonal koordineringsenhet Oslo Universitetssykehus.

## 5 DPSane si framtidige utvikling

Dei distriktpsykiatriske sentra er sjølve grunnstammen i det psykiske helsevernet for vaksne der dei fleste pasientforløpa i spesialisthelsetenesta både startar og sluttar. Tenestene med eigne opptaksområde er organiserte for å vere nær der folk bur, og nært knytt til tenester frå førstelinja. Alle DPSane har differenserte tenester, som inkluderer både døgntilbod, dagtilbod og poliklinikk med ambulante team. Dei aller fleste pasientane behandla i psykisk helsevern, mottar berre polikliniske tenester, og dei aller fleste polikliniske tilboda er lokaliserte nettopp til DPSane. Hovudtyngda av tilvisingane til poliklinikk er til elektiv eller planlagd behandling. Tilgangen til tenester blir opplevd som ei utfordring, både for fastlegar og pasientar, der ein over tid har hatt relativt høg avslagsprosent (kfr. faktaboks 1). Når det gjeld tilgang til øyeblikkeleg hjelp, er det sett av timar i poliklinikkane til slike behov, og ein har også øh-innleggingar i døgneiningar. På kveld/natt og helg er det derimot ikkje opent for slike direkte inntak. Samla sett er derfor tilgangen til tenester eit svært sentralt tema.

### 5.1 Vegen inn til elektive tenester ved DPS

Dei fleste pasientane blir tilviste frå fastlege, og oftast til elektiv poliklinisk vurdering og behandling. Både tilvisarar og brukarar gir uttrykk for at tenestene er for lite tilgjengelege (15). Denne situasjonen er utbreidd også nasjonalt (16), med til dels høge avslagsprosentar. Ein tilrår derfor å endre praksis til at ein møter alle tilviste pasientar til ein vurderingssamtale i fall det er uklart om pasient har rett til helsehjelp frå spesialisthelsetenesta (kfr. Styringsdokumentet 2022) (17). Slik vil ein få godt grunnlag for å avklare pasienten sin tilstand og behov. Sjølv om avgjerda blir at pasienten ikkje treng eit tilbod i spesialisthelsetenesta, vil ein kunne gi råd om andre oppfølgingstilbod. Dei som gjennomfører slike vurderingssamtalar, må ha god oversikt over tilbod både i spesialisthelsetenesta og i kommunane. I Styringsdokumentet for 2022 ligg også oppgåva om å koordinere inntaket av pasientar som blir tilviste til DPS eller til avtalespesialistar gjennom såkalla felles tilvisingsmottak (17).

Prinsippet som ligg til grunn for forslaga: *Pasientane skal få tilbod om ein vurderingssamtale, og bli sikra gode overgangar til relevant tilbod i spesialisthelseteneste eller kommune.*

#### Forslag til tiltak

- ✓ Ingen som søker hjelp skal gå tomhendt frå vurderingssamtalen. Pasientane kan få støtte, rettleiing, verktøy for sjølvhjelp og meistring, eller informasjon om andre tilbod.
- ✓ Brukarar som skal vidare i spesialisthelsetenesta eller førstelinja, bør få «time i handa» med konkret tid og stad for neste avtale. Faslegen skal få tilbakemelding om vurderinga, og få tilsendt ei skriftleg spesialistvurdering og konkrete råd og verktøy for vidare oppfølging.
- ✓ Ein må utvikle gode digitale løysingar på tvers av første- og andrelinja, for å gi oversikt over tilgjengelege behandlings-, aktivitets- og oppfølgingstilbod til personar med psykiske lidningar og med rusproblem. Dei bør inkludere oversikt over kapasitet og rutinar for tilvising/påmelding.
- ✓ Kjende pasientar med langvarige forløp kan få «open retur», der dei kan ta direkte kontakt med DPS-et utan ny tilvising. Ein slik avtale kan gjerast individuelt for ein periode etter avslutta behandling.

### 5.2 Øyeblikkeleg hjelp utanom DPSane si ordinære opningstid

DPSane skal fortsette med ansvaret for akuttvurderingar og innleggingar på dagtid. Alle har sett av tid til akutte timar ved poliklinikkane, og kan ta imot tilvisingar og gi rettleiing. Det er korkje pasientgrunnlag eller spesialistdekning til at kvar DPS kan ha open tilgang for øh-pasientar på kveld/natt og i helgar, slik at den mest rasjonelle løysinga er å sentralisere akutttilbodet utanom dagtid.

Ved å etablere eit felles og fleirfagleg akuttmottak slik det er skissert i kapittel 2, vil ein dekke også dei tenestene og funksjonane som er etterspurde frå DPSane i området:

- Enkel innmelding av behov via ein felles «kontakt»telefon
- Tilgang til fleirfagleg og spesialisert vurdering av pasientar om tilstanden tilseier det, og tilgang til fagleg konsultasjon og rådgiving
- Mottak av akutt-innleggingar på kveld/natt og helg av pasientar som elles ville bli innlagt på DPS
- Tilgang til differensierte døgneiningar for pasientar som ikkje treng lukka post

Ei nærare samordning av vakttenestene mellom akuttmottaket og DPSane sine lokale legetenester på kveld/natt/helg, krev ei vidare drøfting og konsekvensutgreiing. I tillegg til samordning av spesialistressursar, ville ei slik løysing fremme utveksling av kompetanse, og auke kjennskapen til tilbodet ved DPSane og i kommunane.

## 5.3 Vidareutvikling av dei andre behandlingstilboda ved DPSane

### 5.3.1 Vurdering av behovet for sentraliserte funksjonar

DPS-strukturen blir samla sett vurdert som godt fungerande og tilpassa oppgåvene. Dei seks DPSane i opptaksområdet tilbyr i dag behandling av høg kvalitet i pasienten sitt nærrområde, og er tett på både kommunale tilbod og fastlegar. Sektorinndelinga der kvart DPS har sitt definerte nær-område, er også godt tilpassa eit slikt nærleiksprinsipp. Ei justering av områda slik at Ytrebygda bydel blir lagt til Solli DPS, bør likevel vurderast.

DPSane har det høgaste pasientvolumet av pasientar innanfor allmennpsykiatrien, med eit særst godt utbygd poliklinisk tilbod til befolkninga. For særleg sjeldne eller komplekse tilstandar, vil det vere behov for meir sentralisert utgreiing og behandling for å gi eit fullgodt tilbod med tilstrekkeleg kompetanse, fagmiljø og rammer. Ein kan her nemne tilstandar der det er behov for behandling i lukka einingar eller høgare sikringsnivå, eller for pasientar med større og kompliserande somatiske behov. I slike tilfelle tilrår ein at tilboda skal liggje på sjukehusnivå, framfor ei organisering som fagleg tyngdepunkt ved eitt DPS. Dei sentraliserte behandlingstilboda må utformast slik at overgangen til oppfølging ved DPS, blir forsvarleg.

Tilstandar innanfor sikkerheitspsykiatri, alvorlege spiseforstyrningar, psykosomatiske lidningar og kompleks alderspsykiatri, er døme på tilbod som må knytast til sjukehusnivået. Utvikling av eit spesialtilbod for framandspråklege og etniske minoritetar med omfattande tilleggsbehov, som kompetent traumebehandling gjennom tolk, er også etterspurt.

Det finst også døme på sentraliserte behandlingstilbod som ein ønskjer skal desentraliserast til kvart DPS, som den intensive 4-dagars behandlinga for tvangs- og angstlidningar. Ettersom angstlidningar er den nest største pasientgruppa ved DPSane, må behandlingstilbod og kompetanse vere veletablert lokalt. Det har vore ei sterk kompetanseheving innan behandling av tvangslidningar og angst det siste tiåret, og ein tilrår å desentralisere 4-dagars behandlinga til kvart DPS. Kompetansen, metodikken og fagutviklinga kan ivaretakast på tvers gjennom eit fagnettverk.

Prinsipp ved vurdering av om ein bør sentralisere tilbod: *Pasientar skal, så langt mogeleg, få behandling i nærmiljøet sitt på DPS. I dei fleste tilfella er det viktigare å behandle personen i nærmiljøet, framfor å samle fagkompetansen i sentraliserte tilbod.*

#### Forslag til tiltak

- ✓ Behandling og utgreiing av pasientgrupper med særleg sjeldne eller komplekse tilstandar, skal leggjast til sjukehusnivå.
- ✓ Ein legg til rette for å vurdere oppretting av ein spesialfunksjon innan behandling av særleg komplekse tilstandar for pasientar med framandkulturell bakgrunn og traumatiske opplevingar.
- ✓ Behandling av angstlidningar skal leggjast til DPSane.

### 5.3.2 Det polikliniske behandlingstilbudet ved DPSane

Det polikliniske behandlingstilbudet er differensiert langs to hovudlinjer: Pasientar med avgrensa psykiske lidingar får tilbod om målretta og ressurseffektiv behandling, medan pasientar med samansette behov får tilbod om tverrfagleg, nettverksorientert og fleksibel behandling. Dei fleste pasientane ved DPSane skal få eit tilbod om målretta poliklinisk behandling. Det gjeld pasientar med moderate og alvorlege psykiske lidingar der både utfordringane og tilnærminga til behandling er avklart, og der behovet for tverrfagleg og samansett behandling er mindre. Tilbudet er differensiert og tilpassa den enkelte, frå rettleia sjølvhjelp til gruppe- og individualterapi. Kvaliteten på behandlinga kan hevast ved at behandlarane spesialiserer seg på utvalde pasientgrupper og problemstillingar. Samtidig må ein oppretthalde ei viss breiddekompetanse for pasientar som ikkje treng eller kan ha nytte av avgrensa tilbod.

Dei såkalla «storbrukarane» av tenester er pasientar med komplekse og samansette behov, som treng eit heilskapleg og godt koordinert tilbod på tvers av både første- og andre- linjetenesta. Dei har ofte komplekse tilstandar med ein kombinasjon av alvorlege psykiske lidingar, rusproblematikk, somatisk sjukdom og/eller utviklingsforstyrring. Mange er i tillegg lite motivert for behandling. FACT-team er ein god modell for pasientar med samansette behov, og med fagkompetanse både frå psykisk helsevern, TSB og kommune<sup>6</sup>. FACT-teama skal vere utadretta og nettverksorienterte. Tilbudet må kunne rettast til ulike grupper med funksjonsutfordringar, uavhengig av diagnosegruppe.

Prinsipp for utforming av tilbodsprofil: *DPSane skal tilby spesialisert behandling for alle psykiske lidingar, men tilbodet må differensierast basert på kompleksitet.*

#### Forslag til tiltak:

- ✓ Alle DPSane skal tilby standardisert, avgrensa og målretta behandling for konkrete psykiske utfordringar.
- ✓ Fagnettverk på tvers av DPSa kan etablerast for utvalde tilstandar med behov for meir robuste fagmiljø med felles fagutvikling, forskning, kompetansebygging og kvalitetssikring.
- ✓ Alle DPSane skal tilby FACT-team for pasientar med alvorlege tilstandar og samansette behov, uavhengig av diagnose og i tett samarbeid med førstelinja.

### 5.3.3 Døgnbehandling ved DPSane

Behovet for døgnbehandling ved DPS kan ikkje vurderast isolert, men må m.a. sjåast i samanheng med overføringar av pasientar frå sjukehusnivå og utskrivning tilbake til heimen. Ein har avtalar med sjukehuset om å ta imot innlagde akuttpasientar som skal overførast, raskt. For såkalla utskrivingsklare pasientar som treng tilpassa bustad i kommunen, er det klare nasjonale krav og retningslinjer for behovsvurdering, melderutinar og informasjon.

I dag har DPSane svært avgrensa rammer for elektiv døgnbehandling utover 2-3 veker. Nokre pasientar treng tid for å bli trygge nok til å nyttegjere seg behandling, medan andre treng tett oppfølging t.d. under medisnutprøving/-nedtrapping. For denne typen opphald, bør ein vurdere eit utvida tilbod.

Prinsipp for fordeling av døgntilbudet: *Pasientar som kan ivaretakast med open dør, skal behandlast på DPS, medan dei som treng lukka dør skal til sjukehusnivå.*

#### Forslag til tiltak:

- ✓ Ein opprettheld døgntilbudet ved DPSane med dagens kapasitet og inndeling i allmenn og psykose.

---

<sup>6</sup> ACT= *Assertive Community Treatment* er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og heilskaplege tenester til menneske med alvorlege psykiske lidingar. FACT=*Flexible Assertive Community Treatment* og er ein tilpassing av ACT-modellen.

- ✓ Utskrivingsklare pasientar skal meldast kommunane så tidleg som råd. FACT-team skal bistå kommunen før, under og etter overføringa til kommunal bustad. Ein tilrår å vurdere oppretting av eigne intermediære bustader i samarbeid med kommunane.
- ✓ Alle DPSane har tilbod om «brukarstyrte senger» for pasientar som treng slik ekstra tryggleik. Plassane er ikkje øyremerka, men er ein individuell avtale om korte innleggingar ved behov.
- ✓ Ein tilrår å vurdere eit utvida elektivt døgntilbod til pasientar som ikkje kan nyttiggjere seg det ordinære døg- og polikliniske tilbodet, med rammer for behandlingstid på 2-4 mnd.

#### 5.3.4 Heilskapleg tilnærming

Pasientar med samansette behov kan lett bli kasteballar mellom ulike tenester, fordi ingen har tilstrekkeleg kompetanse eller rammer til å yte den heilskaplege tilnærminga som trengst. I tillegg til spesialisert kompetanse på behandling av psykiske lidingar, må DPSane ha kompetanse på m.a. rusproblematikk, alderspsykiatri, habilitering og somatikk. Der eigen spisskompetanse er naudsynt, bør tilsette med ein slik funksjon vere tilknytta eigne særfaglege miljø og/eller fagnettverk.

Prinsipp for tilnærming: *Alle pasientar skal sikrast heilskapleg behandling der ein tar med behovet for psykisk helsevern, rusmedisin og somatikk.*

##### Forslag til tiltak:

- ✓ Spesialisert kompetanse innan rusmedisin, alderspsykiatri, habilitering og somatikk skal finnast integrert i behandlingstilbodet på DPSane.
- ✓ Slik særfagleg spisskompetanse skal oppretthaldast gjennom tilknytning til spesialiserte fagmiljø.
- ✓ Pasientane sine behov knytt til heilskapleg behandling og koordinering skal kartleggast og vurderast systematisk både ved oppstart og undervegs i behandlinga.
- ✓ Dei fleste polikliniske pasientane får behov for somatisk utgreiing/behandling dekkja via fastlegen, medan DPSane må sikre somatisk tilsyn til pasientar i døgntilbod og langvarige forløp.

#### 5.3.5 Meiningsfulle aktivitetar og vekt på meistring

Nokre av dei viktigaste risikofaktorane for å utvikle og oppretthalde psykiske plager, er kjensle av utanforskap, mangel på sosial støtte og manglande oppleving av meistring (18). I framtida må ein innrette behandlinga til også å kunne hjelpe pasientane til å få dekkja behovet for å kjenne at ein høyrer til, og kan oppleve ein kvardag med meining og meistring. Der det er mogeleg skal ein legge til rette for arbeidsretta tiltak.

Prinsipp: *Behandlinga i psykisk helsevern skal hjelpe pasientane å skape meiningsfulle liv, og må difor også ha merksemd på meiningsfulle aktivitetar og personleg «recovery»<sup>7</sup>.*

##### Forslag til Tiltak:

- ✓ Alle DPSane skal tilby «aktivitetsspesialister» og jobbspesialistar som kan hjelpe pasientane til ordinær, meiningsfull aktivitet m.a. gjennom IPS-metodikk<sup>8</sup>.
- ✓ For pasientar som treng slik støtte, skal ideelle og kommunale aktivitetstilbod og møteplassar integrerast i behandlingstilbodet på DPS gjennom faste aktivitetar og møtepunkt.

<sup>7</sup> «Recovery» eller betringperspektivet i tenestene legg vekt på kva som er mogeleg - med ei tilnærming prega av at menneske kan leve meiningsfulle og tilfredsstillande liv, trass i psykiske helseutfordringar.

<sup>8</sup> Individuell jobbstøtte - IPS – er eit tilbod til personar med moderate til alvorlege psykiske helseproblem og/eller rusproblem, som ønskjer hjelp til å komme i arbeid eller behalde ordinært, lønna arbeid.

## 6 Samhandling med kommunane og felles oppgåver

Kommunane og primærhelsetenesta er særskild viktige samarbeidspartnarar for å utvikle tenestetilbodet til befolkninga. Vi er avhengige av eit godt partnerskap både for tenesteutøvinga og utviklinga, og for å finne ei sameina fordeling av oppgåver. For å gjennomføre dette i praksis, må ein ha kjennskap til kvarandre sine tilbod og planar, ein må etablere gode kommunikasjonskanalar, og byggje tillit gjennom felles møteplassar og arenaer for samhandling. Det overordna rammeverket er lagt gjennom Helse-fellesskapa, men ein må også finne gode måtar for praktisk samarbeid og prioritering av oppgåver. I prosjektet Psykisk helsevern for framtida har det dermed vore heilt vesentleg å få med erfaringar og forslag til forbetringar frå førstelinjetenesta. Ein eigen innspelskonferanse med deltaking frå kommunane i opptaksområdet blei arrangert i november 2021, med omlag 40 kommune-representantar frå ulike posisjonar.

Tilbakemeldingane var mangearta, men med fleire samsvarande erfaringar og utfordringsområde. For spesialisthelsetenesta er det også vesentleg å få med at situasjonen kan opplevast svært ulik i dei store kommunane samanlikna med dei små, der ein gjerne har lengre reiseavstandar og kanskje eit mindre differensiert tenestetilbod. Tilbakemeldingane frå dei ulike arbeidsgruppene på konferansen blei samla og samanfatta kring nokre hovudproblemstillingar som prosjektet har tatt med i arbeidet og søkt å svare ut.

### 6.1 Lette tilgangen til spesialiserte tenester

Døgnkontinuerlege og lett tilgjengelege akutte tenester blei understreka gjennomgåande som høgt prioritert. Det blei også uttrykt ønskje om å ha samme løysing heile døgnet, og med ein felles veg inn for både psykiske helseplager og rus-problematikk. Lett tilgang til spesialist for fagleg konsultasjon, særleg i akutte situasjonar, og ikkje minst for dei mindre kommunane, blei understreka som viktig. Erfarne spesialistar i mottak var eit anna fagleg moment som blei trekt fram.

Eit anna område med etterspurt tilgang til spesialkompetanse og rettleiing, gjeld vurdering av valds- og sjølvmondsfare. Ivaretaking av samfunnsvernet meir generelt, blei også trekt fram som ei felles utfordring. Det var også etterspørsel etter tilgang til utvida elektive døgnopphald, og meir differensierte tilbod, også for frivillig innlagde.

Vi meiner at det planlagde felles akuttmottaket som er skissert i kap. 2, i stor grad vil svare ut dei tenestene som kommunane etterspør i akuttaksen. Her legg ein vekt på både enkle tilvisingsvegar, ein tydelig og lett tilgjengeleg vurderingsfunksjon, tilgang til rask avklaring med brei fleirfagleg kompetanse, og meir differensierte akutt-einingar. Når det gjeld elektive tilvisingar, vil ei ordning med vurderingssamtale gi fleire polikliniske pasientar ein lettare tilgang til spesialist, og tilvisande legar betre råd og rettleiing i høve til oppfølging (kap. 5.1). Vidare vil ein vurdere behovet for og innretning av eit utvida døgnstilbod for elektive pasientar som treng noko lengre opphaldstid (kap. 5.3.3).

### 6.2 Samordna planar for samanhengande pasientforløp og oppfølging

Mange pasientforløp går over fleire einingar og mellom spesialist- og primærhelseteneste, der overgangane er risikopunkt som krev betre tilrettelegging for å kunne bli meir saumlause. Kommunane ønskjer større grad av deltakande planlegging av, og kunnskap om dei enskild pasientforløpa. Særskild viktig er større grad av deltaking i prioriteringar av langtidstilbod/rehabilitering for kjende pasientar, med vektlegging og prioritering av «gjengangarar» i systemet. Som ledd i godt planlagde overgangar, er det naudsynt med meir og tidligare involvering før utskrivning av pasientar som treng kommunale tenester. Og generelt vil ein tilrå ei endå større satsing på FACT-team.

I spesialisthelsetenesta arbeider ein med metodikk for å utforme standardiserte pasientforløp for mange grupper, også innanfor psykisk helsevern. Ein legg også vekt på å utforme forløpa i samråd med kommunane og brukarane - eitt sentralt eksempel i denne samanhengen er ROP-forløpet for pasientar med samansette behov (kap. 4.1 og 7.1). Samstundes erkjenner divisjonen at det er eit forbettringspotensiale, t.d. i høve til rask melding om utskrivingsklare pasientar, og respekt for kva kommunen vurderer som oppfølgingsbehov (kap. 5.3.3). Vidare skal divisjonen satse på utvida tilbod for ambulante tenester via FACT-team til pasientar med større funksjonsutfordringar og lengre oppfølgingsbehov, både ved DPS og i sjukehuseiningar (kap. 5.3.2, 4.1, 7.1). Vidare kan Sandviken-området gi rom for samhandlingsarenaer der ein saman kan legge til rette for oppfølgingsløpet og behova for pasientar med større utfordringar (kap. 4).

### 6.3 Sikre ei god ivaretaking av dei mest alvorleg sjuke og komplekse pasientane

Dette er ei høgt prioritert oppgåve både for spesialisthelsetenesta og kommunane, og nasjonalt har ein sett det som ei av fire prioriterte pasientgrupper for arbeidet i Helsefelleskapa. Ressursmessig har tenester til denne gruppa store konsekvensar. Innan psykisk helsevern er fordelinga av liggedøgn svært skeiv, der eit mindretal av pasientane, står for over halvparten av alle døgn. «Gjengangar»-problematikken er velkjent, der forløpet for nokre pasientar er prega av svært mange oppstykk kontaktar utan meir tilrettelagde langsiktige planar.

Nokre av personane med størst utfordringar, held til ved kommunale bufellesskap, der ein etterspør fagleg bistand for å ivareta dei med utagering og valdstendens. ROP-problematikk er også framheva som krevjande, med behov for å sikre tilgang til samansette tilbod. Ei anna gruppe som blir sterkt framheva, er dei psykisk utviklingshemma med komplekse tilstandar, der ein treng spesialisert rettleiing og også betre tilgang til døgnopphald ved behov (kap. 4).

Så er den forventa befolkningsutviklinga med fleire eldre, ei stor utfordring for det kommunale tenesteapparatet, og særleg tilbodet til dei med demenstilstandar. Kommunane understrekar sterkt at for å kunne dekke tenestebehovet, vil dei vere avhengige av eit styrka psykogeriatrisk tilbod, med særleg vekt på rettleiing og assistanse ved sjukeheimane – gjerne i form av ambulante team. Prosjektet viser til eit styrka og samordna områdetilbod innan psykogeriatri, med stor vekt på oppsøkkande tenester der pasienten bur (kap. 3.2.3).

Frå kommunane si side er det meir fokus på pasientane sitt *funksjonsnivå* enn på diagnose, og dei ser det som tenleg om også spesialisthelsetenesta rettar meir merksemd mot funksjon. Ein bør også få til å samlast kring ei felles fagleg plattform – som «*recovery*» tilnærminga med vektlegging av pasientane sine ressursar og målsettingar for framtida. Ein finn også grunn til å minne om rolla til dei pårørande, at det er rom for forbetring når det gjeld informasjon, involvering og samhandling.

Tilrettelegging for i større grad å bruke koordinatorar på tvers for dei mest komplekse tilfella, er etterspurt. Ein kan også tenkje seg at personale frå kommunen er fysisk tilstade på sjukehus/DPS i kortare periodar. Vidare etterspør kommunane meir systematisk bruk av kjende oppfølgingsverktøy som Individuell plan og kriseplanar. Samarbeidet kring Bergen Bosenter blir også nemnt som eit døme på gode resultat for ei krevjande overgangsfase.

Spesialisthelsetenesta erkjenner behovet for systematikk og kompetanse i korleis ein best kan handtere pasientar/-situasjonar med utagering og aggresjonstendens, og har utvikla spesialkompetanse på området (kap. 4). Det blir lagt til rette for utvida opplæring og spreining av kunnskap til alle deler av tenestene, med særleg rettleiing til kommunale bufellesskap.

Så treng ein, i samarbeid med førstelinjetenesta, å utvikle meir systematikk og kompetanse i korleis ein best kan ivareta pasientar som er «gjengangarar» og/eller «storbrukarar» i systemet. Ein treng å bli meir langsiktig i planlegging av oppfølging, og sikre tilgang til og bruk av felles verktøy som Individuell plan og kriseplanar. Aktuelle pasientgrupper med behov for utvikling av styrka

samhandling, er komplekse tilstandar som ROP-pasientar, pasientar med alvorlege psykoselidingar og dei med psykisk utviklingshemming, som ein tilrår skal få eit styrka tilbod (kap. 4.2). Avd. for kompleks rehabilitering blir vidare trekt fram som eit læringsdøme for framifrå samarbeid om overgang til kommune. Sandvikenområdet bør kunne gi rom for å utvikle felles arenaer for praktisk samhandling og utviklingsaktivitetar. Vidare er DPSane viktige partnarar i oppfølgingsarbeidet, og legg vekt på å tilby meningsfulle aktivitetar og arbeidstilvenning etter «recovery»-perspektivet (kap. 5.3.5).

Sjølv om det er mykje godt arbeid allereie, vil divisjonen gå inn for å styrke arbeidet med utvikling av strukturerte modellar for korleis ein best kan selektere pasientar med høg risiko for å bli «storbrukarar»/»gjengangarar», og korleis ein best kan utforme oppfølging og langsiktige planar. Det er naturleg at eit slikt utviklingsarbeid blir utforma i samråd med Helsefellesskapa, sidan pasientgruppa med alvorleg psykisk lidning og rusproblem er sett som ei av dei høgast prioriterte for arbeidet der. Ein bør også vurdere om ein kan lære av arbeidet med såkalla «Pasientsentrerte helsetjenesteteam» som er ein modell ein har nytta med svært god effekt ved Universitetssjukehuset Nord Norge (19,20). Her har ein samansette fagteam som følgjer opp utvalde pasientar allereie frå det blir lagt inn med tidleg planlegging av vidare forløp.

#### 6.4 Styrke gjensidig informasjonsutveksling og kommunikasjon

Grunnlaget for all samhandling er god kommunikasjon og gjensidig kunnskapsbygging. Kommunane gir uttrykk for at dei legg vekt på å fremme meir gjensidig kjennskap til tenestetilboda. Det gjeld både kva tenester som finst, kva rammer dei har, og korleis ein oppnår kontakt. Det er også eit ønskje om meir gjensidig kjennskap til ulike lovverk og tenesteplanar. Særleg trekkjer ein fram behova i dei mindre kommunane, at ein legg vekt på kjennskap til reelle lokale alternativ når ein vurderer hjelpebehov. Tiltak og informasjonsløysingar for å fremme betre gjensidig kjennskap til tenesteapparatet for å kunne gi pasientane eit best mogeleg heilskapleg tilbod, er eit felles behov, og er omtalt m.a. i kap. 5.1.

Når det gjeld kontaktformer, er det ønskjeleg med meir aktiv bruk av digitale format på møter og kontaktar, det sparar tid for alle. Kommunelegane framhevar at mange pasientar blir følgde opp både frå psykisk helsevern og fastlege samtidig, m.a. for sjukmeldingar, og at det er behov for oppdatering om utviklinga undervegs i forløpet.

Når det gjeld arbeidsformer, ser ein behov for større bruk av koordinatorar og faste kontaktpersonar. Ein vil gjerne ha rom for å vere fysisk til stades på DPS/sjukehuset for å kunne delta i vurderingar og planlegging.



## 7 Tversgåande og overbyggjande problemstillingar

### 7.1 Sikre samanhengande forløp for ROP-pasientar og andre ruspasientar

Ein har over tid blitt klar over at det er ei stor pasientgruppe med samtidig psykisk lidning og rusmiddelproblem som ikkje har fått optimale helsetenester. Nasjonalt har ein sett denne pasientgruppa som ei av dei prioriterte for handsaming i Helsefelleskapa (10), og kommunane nemner også denne gruppa som særleg utfordrande. I Helse Bergen førte problemstillinga til opprettinga av eit eige prosjekt for integrering av tenester mellom psykisk helsevern og TSB i 2019. Generelt er erfaringa at det er ekstra utfordrande å yte tenester som går på tvers av ulike kompetanseområde og sektorinndelingar, det blir lett segmenterte og lite samanhengande tenester. Ei av hovudmålsettingane med det aktuelle prosjektet var nett å leggje til rette for eit heilskapleg pasienttilbod utan det sterke skillet mellom psykisk helse, rus og somatikk.

Samansette tilstandar med både psykiske og rusrelaterte utfordringar er vanlege i spesialisthelsetenesta, men med ulik alvorsgrad. Mange av pasientane har også somatiske lidningar, ikkje minst knytt til rusbruken. Særleg merksemd får ROP-pasientar med alvorleg psykisk sjukdom og eit samtidig rusproblem, der ein har utarbeidd eit standardisert pasientforløp for å få til meir samanhengande behandlingsskjeder. Den nye ROP-eininga som er omtalt i kap. 4.1, skal vere eitt av tiltaka for betre samordna tilbod til slike pasientar, med ei tett forankring både i Divisjon psykisk helsevern og Avd. for rusmedisin.

Generelt er det mange tilknytingspunkt i bruken av tenester mellom psykisk helsevern og rusmedisin, m.a. ved akutt-innleggingar i PAM, der svært mange pasientar har eit samtidig rusproblem. I forslaget til ny mottaksmodell omtala i kap. 2, vil ein samle øh-inngangen for begge pasientgruppene i eitt felles mottak, inklusive dagens Akuttpost. Mange pasientar har blanda eller uklar problematikk, inklusive somatisk, og den fleirfaglege kompetansen vil føre til breiare utgreiing og raskare avklaring av kva som er det rette tilbodet for den einskilde pasienten. Sidan Avd. for rusmedisin også skal ha ei eining for avrusing lokalisert i samme bygg som akutt-mottaket, vil også denne pasientgruppa få lettare tilgang til somatisk spesialkompetanse. Vidare vil samlinga av ulike typar kompetanse lette overgangen for dei akuttpasientane som skal direkte vidare til avrusing. Samlokalisert fleirfagleg kompetanse vil også kunne føre til raskare og betre kvalitetssikra overføringar av dei pasientane frå psykisk helsevern som treng oppfølging ved ulike einingar innan rusmedisin, eller motsett.

Ei utfordring som kom tydeleg fram i det nemnde integreringsprosjektet, var ei for stor grad av oppstykking mellom ulike komponentar eller fasar i eit pasientforløp innan rusmedisin. Med separate faglege re-vurderingar mellom kvart ledd, kan det oppstå uheldige ventetider og gjere pasientane og ansvarleg behandlar usikre på kva neste ledd i forløpet vil vere. Avdelinga arbeider derfor aktivt med å gjere behandlinga meir samanhengande, og ikkje minst styrke poliklinikkane ytterlegare til å bli faglege kraftsenter. Ein satsar også på å styrke grenseflata med kommunane, der ein allereie har delt dei allmenne polikliniske tilboda inn etter geografisk sektor på samme måte som DPSane. Dette legg betre til rette for samhandling både med kommune og DPS. Satsing på FACT-team og andre ambulante tenester, vil ytterlegare styrke den samla innsatsen og oppfølginga av dei mest alvorleg sjuke pasientane. Ein vil også betre kunne yte oppfølgjande innsats for nokre av dei mange pasientane som ikkje møter til avtalt time.

## 7.2 Sikre somatisk oppfølging og utvekslande fagkompetanse

### 7.2.1 Somatisk oppfølging

Dei planlagde strukturendringane legg grunnlaget for tiltak som kan gjere det mogeleg å komme nærare målsettinga om auka levealder og redusert somatisk sjukdom hos pasientar med alvorleg psykisk lidning. Det første leddet i endringane er knytt til det felles akuttmottaket med etablering av ein *fleirfagleg kompetanse* som også inkluderer spesialistar frå somatikken. Slik kan ein få til ei breiare og meir heilskapleg vurdering ved øh-innleggingar, og særleg for pasientar med uklare eller samansette tilstandar – altså eit *differensialdiagnostisk* perspektiv.

Det andre hovudmomentet er knytt til *nærleik*. Vi legg til grunn at ei lokalisering nær dei somatiske einingane, vil lette tilgangen på tenester, inklusive faglege tilsyn på like linje med andre avdelingar. Og ikkje minst at eit tettare samarbeid mellom dei ulike sektorane vil auke kjennskapen til andre fagområde, med fleire arenaer for utveksling av informasjon og kompetanse.

Når det gjeld *somatisk grunnkompetanse* hos legar og sjukepleiarar innan psykisk helsevern og rusmedisin, utgjer den basisen for å kunne gi pasientane eit tilfredsstillande tilbod på dette området. Dei er nærast pasientane og vil kunne observere og agere på symptom og uttrykk som kan tyde på somatisk sjukdom, og skal kjenne til rutinar for å følgje opp kjende og kroniske lidningar. Ein må slik legge til grunn at tilsette fagpersonar både har og opprettheld ein grunnleggjande somatisk kompetanse. Hjarte-lunge redning og bruk av hjertestartar må kunne utøvast, og erfaring med infusjonsbehandling og blanding av antibiotika må finnast på alle einingar. Basalt utstyr som på vanlege legekontor må finnast, med tilgang til utstyr som EKG-apparat og blæreskannar.

Den viktigaste oppfølginga er knytt til å sikre at pasientar med alvorleg psykisk lidning og kjend *risikoprofil* for hjarte/kar-sjukdommar, kronisk lungesjukdom og diabetes, får ei kunnskapsbasert tilnærming basert på systematikk. Her er det naturleg å ta utgangspunkt i Helsedirektoratet sine forslag knytt til pakkeforløpa (21), og til screening-verktøy som det knytt til Hjertefrisk for oppfølging og tiltak for personar med kardiometabolsk risiko (22). Ein må lage system for å sikre at vedtekne rutinar blir gjennomførde i praksis, med relevante testar både ved inntak og undervegs i behandlinga. Ved døgnopphald, særleg dei som varer over tid, har institusjonen eit særleg ansvar for oppfølging også av pasienten si somatiske helse.

Nødvendige spesialist-undersøkingar vil i praksis måtte skje på vanleg måte etter tilvising til relevant somatisk spesialitet, også for pasientar frå Sandviken. Om det er naudsynt med følgje og spesielle sikringstiltak, bør det skje med personell som kjenner pasienten og slik kan skape tryggleik i situasjonen. For Sandvikenområdet vil det vere naturleg å samarbeide om system for somatisk oppfølging inklusive tilgjengelege laboratorietenester både for rutineprøvar og meir spesifikke behov. Ein må også vere merksam på at pasientar med alvorleg psykisk sjukdom ofte har dårleg tannhelse.

For dei fleste pasientar, i alle høve dei polikliniske, vil det vere naturleg at somatiske helseplager blir følgde av fastlegen. Uavhengig av alvorgrad av psykisk sjukdom og rusproblem, vil det vere felles behov knytt til førebygging, opplæring og meistringsmetodar. Vesentleg er også tilrettelegging for fysisk aktivitet og trening. Rutinar for systematisk ernæringsarbeid må etablerast som del av den somatiske oppfølginga av pasientane, med vekt på eit variert mattilbod og etablering av sunne matvanar. For å få til endring av pasientane sin livsstil i praksis, må det rettast endå større merksemd mot problemstillinga. Det må leggest vekt på systematisk arbeid i samråd med førstelinjetenesta for å etablere gode rutinar for motivasjon og oppfølgingstiltak. Ein må også søkje ny kunnskap om kva tiltak som har best effekt og er mest tenlege for den aktuelle pasienten sin situasjon.

## 7.2.2 Kva tenester frå psykiatrien etterspør somatiske einingar - og kva treng ein å byggje opp av felles tilbod i grenseflata mellom psykisk helse og somatikk?

Ein legg til grunn og må forvente at ei nærare lokalisering med meir direkte samarbeid, vil medføre store faglege gevinstar også for dei somatiske fagområda og deira pasientar. Etter ei forstudie med kartlegging av erfaringar og behov i somatikken, har divisjonen samanfatta tilbake-meldingar:

- *Konsulttenester* som kan gi fagleg tilsyn ved akutt psykiatrisk symptomatologi er heilt naudsynte, og ein er avhengig av raske vurderingar og tilbakemeldingar med god informasjon og rettleiing til både pasientar, pårørande og tilsette. Det er behov for tilsyn ikkje berre til innlagte pasientar, men også dei som følgjer polikliniske opplegg.
- *Tverrfagleg teambasert utgreiing av uklare og samansette tilstandar* er svært etterspurt, med eit større udekkja behov. Det som blir etterspurt, dekkjer ikkje berre psykiatrisk patologi, men kompetanse innanfor tilstandar der somatiske faktorar åleine ikkje kan forklare pasienten sine plager – oftast kalla funksjonelle eller psykosomatiske lidingar<sup>9</sup>. I tillegg til utgreiing, er det behov for utvida kompetanse om metodikk for å handtere slike blanda problemstillingar, og kva ein kan tilby pasientane av verktøy for betre meistring og reduksjon av plager. Tilnærminga innan prosjektet «*Tenester på tvers*» utvikla for barn og unge, er døme på eit fleirfagleg tilbod som kan generaliserast vidare (23).
- *Oppfølging av pasientar med særleg alvorleg og kronisk sjukdom*. Det gjeld deltaking i fleirfaglege team for oppfølging t.d. av pasientar med spinale traumer og nevrologiske lidingar med sterk funksjonsnedsetjing som ALS<sup>10</sup>. Dette behovet er også framheva i ei nasjonal kartlegging (24). Ein kan nemne fleire slike alvorlege tilstandar som medfører store endringar i livssituasjonen der både pasient og pårørande treng tilpasningsstrategiar – kreftpasientar med alvorleg prognose er ei anna stor gruppe. Vidare etterspør dei somatiske avdelingane større rom for oppfølging av pasientar som har vanskar med å følgje ordinære polikliniske tilbod.
- *Tilbod for krisehandtering og meistring*. Mange pasientar som får ei alvorleg diagnose, som t.d. kreft, etterspør og har behov for hjelp til å handtere livssituasjonen. Dette gjeld sjølv om dei ikkje har psykisk sjukdom, men der slike tilbod kan verke førebyggjande. Ein kan også sjå på denne typen tilbod som ei form for psykisk rehabilitering m.a. i høve til utmattingstilstandar.

Ulike tilbod for betre sjukdomsinnsikt og meistring finst i dag, organisert under ulike somatiske einingar, og retta mot ulike prioriterte pasientgrupper. Nokre tilbod har psykologkompetanse integrert, som t.d. i behandling av søvnlidningar, smertetilstander, overvekt, tinnitus og ME (barn og unge)<sup>11</sup>. Eit omfattande kurstilbod for ulike pasientgrupper finst også m.a. i regi av Lærings- og meistringssenteret.

Samtidig er det vanskeleg å sjå at føretaket har eit tydelig etablert og samla kompetansmiljø på dette området. Den medisinske kompetansen bær dei enkelte fagdisiplinane, men det er grunn til å anta at eit meir samla fagleg tyngdepunkt kan gi større rom for å dele erfaringar og opne for «gjenbruk» av dei meir generelle løysningane. I eit slikt fagleg tyngdepunkt kunne ein også samle supplerande psykosomatisk og helsepsykologisk kompetanse, gjere den meir tilgjengeleg, og verke som eit fagleg tilknytingspunkt.

---

<sup>9</sup> Store medisinske leksikon definerer psykosomatisk medisin som «Den delen av medisinen som omhandler samspeilet mellom psykiske og kroppslige funksjoner og symptomer».

<sup>10</sup> ALS står for Amyotrofisk Lateral Sclerose, og er ein svært alvorleg degenerativ nevrologisk sjukdom.

<sup>11</sup> Tinnitus betyr plagsam øyresus, ME står for utmattingssyndrom.

Eit satsingsområde i divisjonen er utviklinga av digitale tenester som verkemiddel i behandling og oppfølging. Miljøet rundt prosjektet Intromat og nå Forskningscenter for digitale psykiske helsetjenester SFI, er leiande i denne utviklinga (25,26). Digital teknologi er godt egna for langtids-oppfølging av nødvendig åtferds-/livsstilsending, også for somatiske tilstandar. Programma som er utvikla, er differensierte til å dekke både reine sjølvhjelps-verktøy til andre som inkluderer terapeutrettlegg. Senterleiaren understrekar den store overføringsverdien erfaringane kan ha for andre miljø i føretaket.

Kartlegginga konkluderer med at fleire klinikkleiarar ser eit potensiale for utvida samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern, og ser behovet for auka satsing på psykosomatisk kompetanse. Vidare at potensialet for å vidareutvikle samarbeid og samarbeidsformer vil auke når avdelingane blir lokaliserte nærare kvarandre. Uavhengig av typen tilbod og organisatoriske modellar er det behov for å utgreie nærare korleis føretaket skal etablere bærekraftige driftsmodellar som baserer seg på samvirke og deling av ressursinnsats mellom psykisk helsevern, somatikk og rusmedisin.

Divisjon psykisk helsevern ser på dette som eit prioritert utviklingsområde, og vil tilrå rask oppstart av eit samarbeidsprosjekt. Det er naudsynt med ei nærare utgreiing av både behov og løysingar for samarbeidsmodellar. Døme på problemstillingar for eit prosjektdirektiv, vil vere:

- Etablere ei oversikt over kva tilstandar, innanfor alle sektorar, der ein treng eit meir systematisk samarbeid på tvers. Samtidig må ein vurdere kva differensiering som er tenleg.
- Vurdere etablering av eit poliklinisk tilbod til utgreiing av samansette og psykosomatiske tilstandar.
- Vurdere korleis ein kan etablere eit nettverk og bygge samarbeidande kompetanse innanfor krise- og sjukdomsmeistring inklusive digitale løysingar og andre lågterskeltilbod. Sjå på alternative, etablerte modellar både internt og eksternt, og kva ein kan lære (t.d. tilbod knytt til Helse i Hardanger).
- Starte arbeidet med å utforme potensielle driftsmodellar som også inkluderer føretaksinterne løysingar for deling av kostnader/ressursinnsats dersom det fleirfaglege tilbodet ikkje lett går inn i eksisterande ISF<sup>12</sup>.

### 7.3 Utviklinga innan Psykisk helsevern for barn og unge

Prosjektet Psykisk helsevern for framtida, og denne rapporten, handlar om kva utfordringar ein står ovanfor innan psykiske helsetenester for vaksne, og korleis dei best kan løysast i framtida. Samstundes må planar for utvikling av tenester for vaksne, også henge saman med planar for tenester til barn og unge. Samanlikna med vaksne, skjer livet og utviklinga for barn og unge i endå større grad på arenaer som kommunane har ansvar for, med eit tenesteapparat som ofte samhandlar med helsetenestene.

Overgangar mellom tenester og sektorar kan vere utfordrande, ikkje minst for dei unge. Mange ungdommar som har behandlingkontakt over tid, vil oppleve overgangar frå tenester for barn og unge til tilsvarande tenester for vaksne. Tilbakemeldingar frå brukarane via Ungdomsrådet, tyder på at overgangen kan opplevast som brå, og dei etterlyser god førebuing og tid til å bli trygge på det nye. Når det gjeld grenseflater mellom spesialisthelsetenester for barn/unge og dei for vaksne, er det særlege tilknytingspunkt i høve til tilstandane spiseforstyrningar og tidleg psykosedebut. Dette er tilstandar som oftast debuterer i ung alder, der det kan vere gunstig for pasientar med alvorlege lidningar å få tilbod om samanhengande tenester utan skifte av sektor.

---

<sup>12</sup> ISF står for innsatsstyrt finansiering, som er utforma ulikt for somatikk og psykisk helsevern/TSB.

Tenestetilbod til barn og unge høyrer med for å sjå totalbiletet og samanhengane innan psykisk helsevern. Derfor er det etablert eit eige delprosjekt som rettar seg mot utfordringane og løysingane for tenestene til barn og unge. Ein eigen innspelskonferanse med kommunane er gjennomført våren 2022, og ein delrapport for tenester til barn og unge vil vere klar hausten 2022.

#### 7.4 Kapasitetsutviklinga – korleis planlegge for å møte ei usikker framtid

Å ha ein velfundert og objektiv basis for vurdering av framtidige behov, er krevjande. Behovsdekning er nær knytt til etterspørsel etter tenester, og klassiske framskrivingsmetodar er oftast baserte på forbruksdata. Slik vil ein få med overforbruk av tenester, men ikkje udekka behov. I den seinare tida har den helsepolitiske debatten vore prega av synspunkt knytt til at ein i for stor grad har bygd ned døgnplassar, særleg på sjukehusnivå. Eksempla som er trekte fram, har i stor grad vore knytt til sikkerheitspsykiatri og samfunnsvernet. Samstundes er det all grunn til å hevde at nedbygging av døgnplassar og styrking av det polikliniske tilbodet, har vore ei styrt og ønska utvikling for å gi rom for meir aktiv behandling på lågast effektive omsorgsnivå. Likevel kan det vere grunn til å minne om at pasientgruppene og behova er svært ulike, og ein må differensiere mellom dei.

Det er heilt rimeleg at oppfatninga av tenestebehov og kapasitet er prega av den aktuelle situasjonen. Divisjon psykisk helsevern har over dei siste åra hatt eit svært høgt belegg på fleire av sjukehuset sine døgneiningar, både i akuttaksen og i sikkerheitspsykiatrien. Belegget har over tid lagt på eit nivå godt over det anbefalte på 85%, noko som ikkje er ønskeleg, og som kan ha uheldige konsekvensar for behandlingstilgjenge og vere krevjande for tilsette.

Kapasiteten er oftast omtalt knytt til døgnplass-situasjonen med tilgang på areal og arealutforming. Men like viktig er tilgangen på personell. I åra framover vil det bli ei stor utfordring å rekruttere nok personell om vi held fram med å organisere arbeidet som i dag. Føretaket har dei siste ti åra hatt ein stor vekst i talet på tilsette med 37% auke, med størst vekst i gruppene sjukepleiarar og overlegar. Auken skuldast m.a. auka poliklinisk aktivitet og dagbehandling, auka differensiering samt nye oppgåver som følgje av pakkeforløp og overdraging av verksemder.

Det er altså knytt stor uro til framtidig tilgang til naudsynt kompetanse. Utdanningskapasiteten og rekrutteringa held ikkje takt med forventa framtidig behov. Dermed har ein lagt vekt på behovet for å utvikle nye arbeidsmåtar og nye former for arbeidsdeling. Ein vesentleg komponent er utviklinga av digitale verktøy både for samtalerterapi og oppfølging, men også digitale behandlingsverktøy som e-meistring. Å rette forløpa meir i retning kortvarige, men intensive behandlingsmetodar, som den kjende 4-dagars behandlinga, er også ei spennande utviklingsretning.

Det ligg føre ein nasjonal framskrivingsmodell for å estimere den framtidige aktiviteten innan psykisk helsevern og rusmedisin (27). Helse Sør-Øst RHF har hatt utviklingsansvaret i samarbeid med dei andre regionane og med representasjon frå ulike interessentar. Modellen byggjer også på eit fagleg grunnlag med vurderingar og analysar utførde av Folkehelseinstituttet (4). I tillegg til å ta inn ulike typar påvirkningsfaktorar, må modelleringa også gi storleikar eller kvantifisere forventa endringar i dei ulike faktorane, noko som sjølvstøtt er krevjande. Det er grunn til å merke at modellen manglar faktorar for endra fordeling av tenestetilbodet mellom spesialisthelsetenesta og kommunenivået.

Den nasjonale modellen byggjer på følgjande påvirkningsfaktorar:

- *Forventa utvikling i folketalet og alderssamansetning i befolkninga (fleire eldre)*
- *Estimat over udekka behov – særleg knytt til barn og unge, eldre og ruspasientar*
- *Justering for overgang frå døgnbehandling til styrka poliklinikk/ambulant (m.a. FACT)*
- *Forventa endringar i teknologisk utvikling av tilbodet (digitale og brukarstyrte metodar)*
- *Justering i retning mindre variasjon i tenestebruken*

Dei fleste alvorlege psykiske lidningane debuterer i ung alder, og i aldersgruppa under 40 år ventar ein nå nedgang i folketalet. Derimot er det venta ei relativt sterk auke i talet på eldre, noko som ikkje minst får konsekvensar for psykogeriatrien og for førekomst av samansette lidingar. Nyttar ein den nasjonale modellen til å kalkulere forventa framtidig aktivitet innan psykisk helsevern for vaksne i Helse Bergen, viser resultatet fram mot 2040 - altså i ein 20-års periode - ein liten auke i talet på opphaldsdøgn på 10% (omgjort til døgnplassar med 85% belegg vil det utgjere 24 plassar). Den forventa veksten i polikliniske kontaktar er større, med 18%. Dei faktorane som slår sterkast ut for talet på opphaldsdøgn, er aldersutviklinga og faktoren «udekka behov». For poliklinikk er den sterkaste effekten knytt til «udekka behov». Faktoren som skal redusere variasjon, slår lite ut, fordi Helse Bergen sitt aktivitetsnivå ligg tett opp til det nasjonale snittet.

### Utvikling av døgnaktiviteten

Når ein skal forsøke å vekke dei ulike dimensjonane mot kvarandre, er det fleire faktorarar å ta omsyn til. Den nasjonale modelleringa tek ikkje for seg fordeling av døgnkapasitet mellom DPS og sjukehus, men divisjonen vil halde fast på den oppgåvefordelinga som er i dag. Skal ein vidare vere kritisk til den nasjonale modellen, vil det særleg vere knytt til at den synest i liten grad å ha teke omsyn til utviklingsbehova innan sikkerheitspsykiatrien. Som omtalt i kapittel 4.3, har ein i dag ein situasjon med langt større etterspørsel enn det er kapasitet til. Særleg har etterspørselen frå rettsvesenet auka monaleg sidan 2018, då fleire blir dømde til tvungent psykisk helsevern. I tillegg er det usikkert kva endringar ein kan vente i lova som regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern. Kravet og tolkinga av manglande samtykkekompetanse er omdiskutert, likedan om det vil bli eit felles lovverk for all tvangsbruk i spesialisthelsetenesta. Viktig blir det også om ein endrar kriterier for tvangs-innlegging og for tvangstiltak, der eit endå strengare og meir komplisert grunnlag m.a. med krav om lengre observasjonstid og utvida klagerett, kan krevje både meir kompetanse og tid frå behandlarar, og endra krav til arealutforming.

Høgast belegg finn ein i dag på Avd. stemningslidningar og Avd. for spesialisert psykosebehandling, som begge er tilrådd flytta til Haukelandsområdet. Då desse einingane har ein sentral posisjon for å kunne ivareta dynamikken i akuttkjeda, bør dei også få prioritet i høve til å skape ein meir stabil og bærekraftig kapasitet. For dei døgneiningane som er tilrådd lokalisert til Haukeland, har ein i dag eit samla tal på 111 plassar, inklusive det psykiatriske akuttmottaket (dagens PAM). Dessutan skal det nye felles akuttmottaket romme plass for «Akuttposten», med om lag 10 døgnplassar. Avd. for rusmedisin har også planlagt at eininga for avrusing skal lokalisrast i det nye bygget, med inntil 24 døgnplassar.

Behovet for fleire døgnplassar tek utgangspunkt i situasjonen slik den er i dag. Samstundes er det mange endringsforslag i prosjektet som ein har grunn til å forvente vil ha effekt på det framtidige kapasitetsbehovet. Ikkje minst legg vi stor vekt på effekten av det nye felles akuttmottaket med rask spesialistvurdering og fleirfagleg avklaring av tilstanden til pasientane. Slik kan ein forvente at fleire pasientar kan visast til alternative tilbod, i større grad kan visast til oppfølging i Avd. for rusmedisin, ha betre flyt i forløpa, eller bli «slusa» forbi direkte til ei spesialeining. Vidare er det grunn til å tru at styrka satsing på FACT-team og ambulante tenester, kan gi raskare overgang til andre tilbod, inklusive kommunale. Ein vil også få ein effekt av den auka kapasiteten på Sandviken med ny ROP-eining, og fleire plassar i den lokale sikkerheitseininga med tilhøyrande poliklinikk.

I tolking av kva effekt flytting av eksisterande einingar vil få, kan det også vere utfordrande å skilje mellom struktur i form av organisatorisk eining og *funksjon*. Det er forslag om å differensiere funksjonen for nokre av dei eksisterande einingane, slik at ikkje alle pasientgrupper vil få flytta (heile) behandlingstilbodet til Haukeland. Det gjeld t.d. pasientar som vil trenge utvida tid til behandling og rehabilitering.

Døgncapasiteten er ikkje berre avhengig av tilgang på areal, men også på tilgangen til kompetent personell og økonomi til drift. Vi veit at det vil bli behov for fleire fagpersonar enn det er sannsynleg å kunne rekruttere i framtida. Så det er allereie nå naudsynt å legge til rette for attraktive utdanningsløp innan psykisk helsevern. Uansett kva ein planlegg for av framtidig kapasitet, vil det vere usikre estimat, og det kan bli ein situasjon med større variasjonar i behov. Følgjeleg er det å satse på tilrettelegging og arealutforming på ein måte som kan gi mest mogeleg rom for *fleksible løysingar*, eit heilt nødvendig tiltak. Slik blir fokus på fleksible arealløysingar noko av det viktigaste ein kan tilrå vektlagt i den kommande konseptfasen av ombyggingsprosjektet for KK.

#### **Utvikling av polikliniske tenester**

Døgncapasiteten har ein tendens til å få størst merksemd, men framskrivingane tilseier ein større auke i den polikliniske aktiviteten framover. Dei polikliniske tenestene er i stor grad lokaliserte til DPSane, og ein skal fortsette å ha hovudtynga av aktiviteten der. Framskrivningane legg stor vekt på befolkningsutviklinga med fleire eldre, kombinert med eit udekkka behandlingsbehov for denne gruppa. Det er også grunn til å nemne at ein i perioden med Covid-19, har erfart ei rimeleg sterk auke i talet på tilvisingar til poliklinikk, samtidig som ein satsar på å innføre ein praksis med utvida bruk av vurderingssamtalar. Ein skal også satse på FACT-team og andre ambulante tenester, noko som vil krevje auka ressursar til behandlingspersonale. På den andre sida skal ein ta i bruk meir digitale verktøy generelt og meir e-meistring spesielt, utvide bruken av system for behovsstyrt oppfølging der brukarane sjølv i større grad kan styre tenestene, og meir kortvarige intensive behandlingssopplegg som 4-dagars behandlinga.

## 8 Oppfølging av prosjektet og vegen vidare

Det er utforma ein tidsplan med milepælar for å komme i mål med denne delen av prosjektet som skal legge det faglege grunnlaget for vidare utvikling og drift av tenestene, og vere eit underlag for konseptfasen av ombyggingane. Planane skal styrebehandlast både i Helse Bergen og i dei private ideelle institusjonane som er involverte, har vore på høyring til kommunane, og drøfta i interne fora.

- *Inkludert som strategisk prosjekt i Helse Bergen si portefølje*

I etterkant av styrebehandlinga vil vidareutviklinga av døgntilbodet på Haukelandsområdet og Sandviken bli organisert som eit strategisk prosjekt/program i Helse Bergen. Prosjektet vil då bli følgd opp gjennom porteføljestyret i føretaket.

- *Vidareutvikling av tilbodet ved DPSane*

Vidareutviklinga av DPSane vil bli gjennomført i driftsorganisasjonen i nært samarbeid med dei private ideelle institusjonane og kommunane.

- *Utvikling av gode samhandlingsmodellar for dei alvorlegast sjuke pasientane*

Gode verktøy og modellar finst tilgjengelege, men ein treng systematikk for å samstemme korleis ein best skal selektare pasientar med høg sjanse for å bli gjen-innlagt, og utforme tenleg oppfølging. Arbeidet vil bli følgd opp i Helsefellesskapa.

- *Utforming av framtidig satsing på forskning, innovasjon og kompetanse*

Forskning og kompetanseutvikling er heilt naudsynt som fundament for den faglege utviklinga. Det er vesentleg å legge til rette for ein strategi som sikrar at satsingsområda byggjer opp under den faglege retninga som er lagt i prosjektet «Psykisk helsevern for framtida». Eitt av vesentlege moment er basis i klinisk praksis, og at ein har system som sikrar at forskningsbaserte endringar blir implementerte i praksisfeltet. Fleire kompetansesenter eksisterer allereie, og ein skal også vurdere vidareutvikling og nysatsingar, og korleis ein skal legge til rette for bærekraftige fagmiljø med kuntepunkt som også kan drive nettverksbygging i heile regionen. Prosjektdirektiv er vedteke i divisjonsleiinga april 2022.

- *Utvikling av samarbeidsmodellar for psykosomatiske tenester og meistringsverktøy*

Divisjon psykisk helsevern ser på dette som eit prioritert utviklingsområde, og vil tilrå rask oppstart av eit samarbeidsprosjekt mellom interessentar frå psykisk helsevern, somatikk og TSB (kfr. kap. 7.2.2). Representantar frå Avd. psykosomatisk medisin og Forskningscenter for digitale psykiske helsetjenester SFI, blir sentrale i arbeidet frå divisjonen si side. Det er naudsynt med ei nærare utgreiing av både behov og løysingar for samarbeidsmodellar. Planen er å ha eit prosjektdirektiv med deltakarar klar etter sommaren, slik at arbeidet kan starte med mål om å levere rapport i slutten av 2022/starten av 2023.

- *Planar for utvikling av areal og bærekraftige driftsmodellar*

Det skal utformast ein plan for arealbehov og -utvikling med prioritet og tidshorisont. Konseptfasen for ombygginga av KK, startar på ettersommaren i år. Vidare skal ein i løpet av hausten starte arbeidet med å gå gjennom konsekvensar for drifta i form av økonomi og personell, samt utforme bærekraftige driftsmodellar.

- *Styrke samhandlingsflate med førstelinjetenesta*

Ein vil styrke kommunikasjonslinjene og utvide informasjonen om dei ulike tenestetilboda. For å sikre at behova og erfaringane frå primærhelsetenesta blir ein del av grunnlaget for dei overordna avgjerdene i divisjonen, skal ein fastlege som også er praksiskonsulent, vere medlem av leiargruppa framover.





## Referansar

- 1) *Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; Sept 16:390, 1211-59.*
- 2) NAV: Lenke: [http://www.nav.no/1\\_av\\_3\\_uforetrygdede\\_har\\_en\\_psykisk\\_lidelse\\_eller\\_atferdsforstyrrelse](http://www.nav.no/1_av_3_uforetrygdede_har_en_psykisk_lidelse_eller_atferdsforstyrrelse)
- 3) Heggstad T. Hvem bruker døgnplassene? En analyse av «storbrukere». Presentasjon ved Helsedirektoratets lederkonferanse psykisk helsevern, voksne, Bergen Mai 2018.
- 4) Folkehelseinstituttet. Analysenotat (2021). Underlag for ny modell for framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern og TSB (kfr. Referanse 27).
- 5) Nome S & Holsten F (2012). Changes in mortality after first psychiatric admission: A 20-year prospective longitudinal clinical study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2012; 66:2, 97-106.
- 6) Plana-Ripoll O et al. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019; 394:1827-35.
- 7) Regional handlingsplan sikkerhetspsykiatri 2021-2025. Styresak Helse Vest RHF Mars 2021.
- 8) Hansen B et al (2018). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*; August 2018.
- 9) Utviklingsplan 2035 Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF.
- 10) St. meld 7 (2019-20); Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.
- 11) Johansen IH et al. (2011). Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *BMC Health Services Research* 2011; 11:132.
- 12) Heggstad T et al. (2020). Complex care pathways for children with multiple referrals demonstrated in a retrospective population-based study. *Acta Paediatrica*; 109:2641–2647.
- 13) Samhandling om eldre pasienter med sammensatte lidelser. Notat fra arbeidsgruppe Geriatri og alderspsykiatri Helse Bergen, Olaviken og Haraldsplass. April 2021.
- 14) Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer og definisjon av ROP pasienter.
- 15) Folkehelseinstituttet: PasOpp 2019:3, Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre.
- 16) Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020-2021)
- 17) Styringsdokument 2022 Helse Bergen HF. Helse Vest RHF februar 2022.
- 18) Myklestad I et al (2008 med oppdatering 2016) Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse. Lenke: [Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse - FHI](#)
- 19) Berntsen GKR et al (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *MBC Health Services Research*; 19:682.
- 20) Lenke: [Pasientsentrert helsetjenestetteam \(PSHT\) - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#)
- 21) Helsedirektoratet: Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- 22) Oslo Universitetssykehus: Hjelpemiddel for oppfølging og tiltak hos pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer i kardiometabolsk risikogruppe.
- 23) Elgen I et al (2021). Bridging the gap for children with compound health challenges: An intervention protocol. *Frontiers in Pediatrics* 2021; 9:721926.
- 24) Weisser KH et al. (2019). Examining the organization and quality of the psychiatric consultative service in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry* 2019; 73(1), 9-15.
- 25) Nordgreen T et al. (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interventions* 2018; 13, 24-29.
- 26) Forskningscenter for digitale psykiske helsetjenester, SFI: <http://www.forhelse.no>
- 27) Helse Sør Øst RHF: Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og TSB (2021). Lenke: [ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf \(regjeringen.no\)](#)



## Vedlegg: Liste over deltakarar i prosjektet

### Prosjektgruppene

#### Gruppe I: Etablere ein felles mottaksklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling på Haukeland

*Leiar:* Avdelingsdirektør Alf Henrik Andreassen (Føretaksleiinga).

*Medlemmar:* Bjørn Tormod Ringdal og Ove Vestheim (Erfaringspanelet), Laimonas Ratkus og Solveig Skjellevik (Psykiatrisk klinikk), Hege Tønnesen (Avd. for rusmedisin), Rune Bjørneklett, Kristine Faugstad-Kaldestad og Anne Magrethe Stokken (Mottaksklinikken), Dagrūn Linchhausen (Bergen Legevakt), Kristian Løvås (Medisinsk klinikk), Ole Kristian Sindland (tillitsvald YLF), Maria G Håkonsen og Marianne Sæhle (tillitsvalde NSF).

*Sekretariat:* Gro Oma Fanebust og Anne Sissel Faugstad (Divisjonsstaben), Anne Christine Flageborg Olsen (Kommunikasjonsavd.) og Torhild Heggstad (FoU-avd.).

#### Gruppe II: Utforme funksjonar og differensierte tilbod for psykiatriske pasientar på Haukeland

*Leiar:* Klinikkdirektør Brede Aasen (Psykiatrisk klinikk)

*Medlemmar:* Andrea Holst og Anne Pia Lystrup (Erfaringspanelet), Knut Olaf Skårdalsmo og Jan Alexander Steier (Avd. for stemingslidingar), Eirik Kjelby (Alderspsykiatrisk avd.), Kjersti V. Bjørnstad og Rune A. Kroken (Avd. spesialisert psykosebehandling), Jørn Bødtker (Avd. Psykosomatisk medisin), Fredrik Hiis-Bergh (DPS-ledernetverket), Kia Minna Johanna Hynninen (Olaviken alders-psykiatriske sykehus), Morten S. Hatlen (tillitsvald OF), Cecilie R. M. Christophersen (tillitsvald NPF), Mari Strømme (tillitsvald NSF).

*Sekretariat:* Torill Johansen (Psykiatrisk klinikk) og Kirsten Iren Stordal (Divisjonsstaben).

#### Gruppe III: Utforme funksjonar og differensierte tilbod for psykiatriske pasientar på Sandviken

*Leiar:* Fagsjef Erik Rønneberg Hauge (Divisjonsstaben)

*Medlemmar:* Frøydis Haugan (Klinikk for sikkerhetspsykiatri), Frode Rivli (Avd. for stemingslidingar), Margaret Strand og Torhild Smith Wiker (Avd. spesialisert psykosebehandling), Roger Atle Kårstad (ROP-enheten), Morten Svendal Hatlen (Avd. spesialisert psykosebehandling/tillitsvald OF), Susanne Karlsen (Avd. spesialisert psykosebehandling, også sekretær for gruppa).

#### Gruppe IV: Tenesteutvikling for DPSane i opptaksområde Helse Bergen

*Leiar:* Direktør Anders Hovland (Solli DPS)

*Medlemmar:* Solveig Bartun Rob (Erfaringspanelet), Cathrine Stue Børhaug (Voss DPS), Pål Halle (Øyane DPS), Maria Hauser (Betanien DPS), Lars Onsrud (Kronstad DPS), Sissel Sæverås Nedkvitne og Erlend Djup (Avd. for rusmedisin), Minna Hynninen (Olaviken alderspsykiatriske sykehus), Toofan Barhag (Fastlege/praksiskonsulent, Solli DPS), Anne Sissel Faugstad (Divisjonsstaben), Marthe Brurok Myklebost (Bjørgvin DPS/tillitsvald NPF), Kristina Skogseth (tillitsvald DNLF), Hilde Steinli (tillitsvald NSF).

*Sekretariat:* Victoria Sandal Spångberg og Leif Arvid Øvernes (Solli DPS)

## Innspelskonferansen

Frå Alver kommune: Kari Hesjedal, Cecilie Johannesen og John Petter Wadseth.

Frå Austevoll kommune: Mariann Birkeland.

Frå Bergen kommune: Bengt Anthun, Nils-Petter Borge, Øystein Bratvold, Rune Eidset, Rønnaug Frøiland, Nina Gåsvær, Mads Hagebø, Marit Hagevik, Trond Egil Hansen, Kari Hjellum, Eirill Holand, Helen Koldal, Olivera Kostovska, Tarjei Kristiansen, Dagrund Linchausen, Vibeke Nordahl, Audun Pedersen, Siv Wåge Raum, Beathe Sørebo, Rune Tjøsvold, Siri Aaberg.

Frå Bjørnafjorden kommune: Carl-Andre Dahl og Olaug Sælen Steen.

Frå Eidfjord kommune: Rita Høvset.

Frå Fedje kommune: Anita Hatlem Villanger og Sandra Herøy.

Frå Kvam kommune: Tonje Næss Korshavn og Dag Erlend Skjelbreid.

Frå Samnanger kommune: Janne Iren Drevsjø og Marta Fossdal.

Frå Ulvik kommune: Bente Hatlestad og Torstein Hellesnes.

Frå Vaksdal kommune: Solrun Hauglum og Ole Thorseth.

Frå Voss herad: Frode Andvik og Eystein Hauge.

Frå Øygarden kommune: Therese Helgesen.

Frå Helse Bergen og dei private ideelle institusjonane i opptaksområdet deltok 30 personar, dei aller fleste frå prosjektet/prosjektgruppene (sjå forrige side). Frå Seksjon samhandling og Samhandlingssekretariatet deltok Grete Lill Hjartnes, Anne Kvalheim, Mette Herstein Monsen, Erik Vestrheim og Simon Øverland.

