

Utviklingsplaner for helseforetakene

Prosjektrapport – Delprosjekt Psykisk helse

Prosjektrapport - Delprosjekt Psykisk helse v/delprosjektleder Oddvar Sæther

Innledning

Det er vanlig å anvende psykisk helse som et mellommenneskelig begrep som dekker vårt forhold til oss selv, til våre nærmeste og ikke minst til det samfunnet vi er en del av. Psykisk helse brukes imidlertid også som et overordnet begrep på de tjenestene som tilbys mennesker med [psykiske lidelser](#). Det inkluderer spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud (psykisk helsevern), psykiske helsearbeid i kommunene og fagspesialiteten psykiatri. Denne delrapporten har primært fokus på spesialisthelsetjenesten, men bruker "psykisk helse"-begrepet gjennomgående.

Denne rapporten fra delprosjekt psykisk helse beskriver kort status for tjenestetilbudet og summerer opp innspill og anbefalinger som er gitt til arbeidet med dette fagfeltet i utviklingsplanene. Likeledes angis det noen om gjennomføringspunkter som bør gis særlig oppmerksomhet. Disse er knyttet til begrepene **samvalg, samhandling og samordning**. Delrapporten inngår som underlagsmateriale for de samlede føringene til helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Bakgrunn

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på nivå med det en finner i andre vestlige land. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og omlag en tredjedel i løpet av et år. Angstlidelser og depressive lidelser er de vanligste lidelsene.

De fleste psykiske lidelser debuterer i forholdsvis ung alder. Noen får symptomer eller utbrudd allerede i barne- eller ungdomsalder, og de fleste sykdomstilfeller debuterer før 30-årsalder. For mange følger psykiske lidelser et kronisk forløp, med perioder av spontan bedring etterfulgt av tilbakefall. Byrden ved å ha en psykisk lidelse er betydelig og reduksjon av livskvalitet er markant sammenlignet med de øvrige sykdomsgruppene. Det er den hyppigste årsaken til uførhet og er sammen med muskel- og skjelettplager det som begrunner sykmeldinger oftest. (Helsedirektoratet 2015)¹.

Personer med alvorlige psykiske problemer lever omtrent 15 - 20 år kortere enn den øvrige befolkningen. Dette er dramatisk.²

Det er fremdeles behov for en særlig prioritering av psykisk helse og rusbehandling for at tjenestetilbudene til disse gruppene disse skal bli på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene. Selv med en tiårig opptrappingsperiode fra 1998 innen psykisk helse og deretter oppfølgende strategiplaner, faglige retningslinjer og veiledere, er dette et område som trenger særlig oppmerksomhet både faglig og ressursmessig. Det er en tydelig helsepolitisk føring at "den gyldne regel" skal videreføres. Dette betyr at veksten innen psykisk helsevern og TSB skal hver for seg skal være høyere enn for somatikken. Regelen

¹ Helsedirektoratet 2015. (IS-2264) [Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker](#).

² Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Br J Psychiatry 2011; 199: 453 – 8. [Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders](#).

skal måles i prosentvis økning i kostnader og aktivitet. Ventetid til behandling skal reduseres ytterligere og årsverk økes.

Gjeldende strategier og føringer.

Nedenfor oppsummeres noen av dokumentene som gir føringer for psykisk helsefeltet. Det er mange nasjonale og regionale plandokumenter, meldinger og faglige retningslinjer som er viktige styringsdokumenter. I tillegg kommer føringer lagt i lovverket, oppdragsdokumentene og styresaker både på RHF- og lokalt HFnivå. Jevnlige kontaktpunkter mellom RHF og HFene skal sikre at disse blir fulgt opp.

Opptappingsplanen³. For 20 år siden ble psykiatrimeldingen [Åpenhet og helhet](#) lagt frem for stortinget. Meldingen ga en oversikt over status for tjenestene og utfordringene på feltet. Konklusjonen var lite oppløftende:

«Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.»

Den resulterte i et samlet økonomisk, organisatorisk og faglig løft under Opptappingsplanen for psykisk helse 1998 - 2008. Planen hadde gode målsettinger som tydeliggjorde rettssikkerhetsprinsipper og humanistiske verdier. Ønsket var "et varmere og mer menneskelig samfunn (som) bygger på mennesker som viser medmenneskelighet, har omsorg for de svakeste, tar ansvar for hverandre, for miljøet og for kommende generasjoner." Et underliggende ønske for mennesker med psykiske lidelser var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. De skal kunne leve et mest mulig normalt liv og være innlemmet i det lokalsamfunnet de er en del av.

Denne sentrale verdiforankringen var førende for psykisk helsefeltet både i opptappingsperioden og er det fremdeles. Den har bidratt til å løfte frem pasientgruppens behov og preget både faglig perspektiv og utvikling av arbeidsformer. Opptappingsplanen uttrykte et ønske om endring i tjenestetilbudet med et skifte fra sykehusbaserte til lokalbaserte tjenester. Fra fokus på sykdom til fokus på helse og mestring.

Opptappingsplanen ga en ny retning og giv for psykisk helsefeltet som fremdeles er synlig. Den var et viktig nasjonalt løft for fagfeltet, men var i hovedsak en strukturreform med fokus på utbygging og desentralisering av behandlingstilbudene og hadde mindre fokus på innhold og kvalitet. De kvantitative målene i Opptappingsplanen ble langt på vei nådd, med økt kapasitet på det psykiske helsetilbudet, flere omsorgsboliger i kommunene og flere helsetjenesteårsverk. Å øremerke midlene til å bygge ut de psykiske helsetjenestene har ifølge evalueringen⁴ vært en suksess som har bidratt til at så mange av målene ble nådd. Flere barn og unge får tilbud om psykiske helsetjenester, men det er store regionale forskjeller. Samarbeidet mellom fastlegen og kommunenes ansatte på den ene siden og spesialisthelsetjenesten på den andre siden, er fortsatt ikke godt og fleksibelt nok, heter det i rapporten. Mye ble altså oppnådd i opptappingsperioden, selv om mange av ønskene fra reformen ennå ikke er oppfylte.

Psykisk helsevernloven m/ forskrifter⁵ Det har skjedd en omfattende rettsliggjøring av helsesektoren. Etablering av en rekke viktige pasient- og brukerrettigheter er et sentralt kjennetegn ved rettsutviklingen. Spesialisthelsetjenestens tilbud innen feltet psykisk helse reguleres av flere av disse. Psykisk

³ Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008, [St. prp. nr 63 \(1997-98\)](#)

⁴ Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. [Rapport Forskningsrådet](#)

⁵ [Psykisk helsevernloven m/ forskrifter](#)

helsevernloven er imidlertid den mest sentrale og gir føringer og pålegg som styrer den daglige aktiviteten ganske detaljert. Den gir praktiske implikasjoner for daglig drift, kompetansekrav og organisering. Eksempelvis gir den særlige krav om vedtakskompetanse hos behandlingspersonell i behandlingsforløp med tvang. Tiltakene som hjemles i loven skal ta utgangspunkt i pasientens behov og med respekt for menneskeverdet. Loven skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper.

Lovverket og rettsprinsippene er noe av "bakteppet" for den nye helse- og sykehusplanen som ble lagt frem for Stortinget våren 2016.

Nasjonal helse- og sykehusplan⁶ gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. Pasientrollen er i endring. Pasienter etterspør i større grad informasjon om egen helse og personlige risikofaktorer og brukere av helsetjenesten forventer både bedre kvalitet og økt innflytelse. Å skape pasientens helsetjeneste medfører endringer for helsepersonellet. Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes som grunnlag for forbedring i tjenestene, og helsepersonell må betrakte pasienten som en likeverdig samarbeidspartner.

En av de viktigste presiseringene i planen er at den trekker de somatiske fagene, psykisk helse og rusbehandling sammen og i særlig grad løfter frem de to siste. Pasientene trenger én helsetjeneste og skal oppleve det ved at somatisk og psykisk helsetjeneste skal samhandle bedre.

Videre skal pasientene ha mulighet til å delta aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten. Brukernes erfaringskunnskap skal benyttes i tjenesteutviklingen og ordningen med erfaringskonsulenter skal planmessig styrkes. Planen er eksplisitt på at fritt behandlingsvalg skal gjennomføres og det ønskes en bedre oppgavedeling mellom yrkesgrupper og arbeid i team. Utvikling av ny teknologi skal gi pasienter mulighet for å ta mer ansvar og kontroll for eget forløp. Faglig kvalitet skal være styrende for utvikling av tjenesten.

Planen skisserer en videreføring i utviklingen av døgnerberedskap og ambulante akuttjenester og vil ha en tydeligere oppgavedeling mellom psykisk helse, de øvrige deler av spesialisthelsetjenesten og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder ikke minst for tilbudet til barn og unge. Den utadrettede og nærhetsbaserte aktiviteten skal styrkes. Møtepunkter mellom pasient og behandler må i ennå større grad frigjøres fra den tradisjonelle poliklinikkstimen eller innleggelse. Dels kan dette skje ved at tjenestetilbud etableres på mer helsenøytrale arenaer eller ved bedre bruk av e-helseteknologi.

Primærhelsemeldingen⁷ gir viktige føringer for spesialisthelsetjenesten selv om den i utgangspunktet omhandler de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ansvarsdelingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for at kommunene kan fylle samfunnsoppdrag slik de bl.a. er beskrevet i folkehelsemeldingen og i kommunereformen. Det er uklarerheter om hva som ligger av fremtidige oppgaver i kommunene. Primærhelsemeldingen omtaler mange av disse. Pasientene skal oppleve en sammenhengende tjeneste uten unødige brudd i behandling og oppfølging. Ingen instans kan lykkes uten ved hjelp av den andre i dette. Selv om det er kommunenivået som har primærforebyggingsansvar, legges tydelige føringer på kommunene om helse- og omsorgstilbud også til personer som er blitt syke med komplekse tilstander og stort bistandsbehov. Det beskrives at gruppen får for få legetjenester, ofte oppfølging av ufaglært personell og andre med

⁶ Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 [Meld. St. 11 \(2015-2016\)](#)

⁷ Fremtidens primærhelsetjeneste [Meld. St. 26 \(2014-2015\)](#)

utilstrekkelig kompetanse og de får lite rehabilitering. For å møte behovene til disse brukerne, må grensen mellom helse- og omsorgstjenester brytes ned, samhandlingen bedres, og fastlegerressurser må frigjøres slik at de kan bruke mer tid på de som trenger legetjenester mest. Tilbudet fra kommunalt ansatte psykologer skal også styrkes. Modellen med primærhelseteam som anbefales, vil for eksempel kunne supplere oppbyggingen av ambulante akutteam (AAT) i spesialisthelsetjenesten, men må tydelig oppgavebeskrives for å gi ønsket nytte. Fra 2017 er det også krav om døgnbasert akutttilbud innen psykisk helse og rusbehandling på lik linje med de somatiske problemstillingene, noe som ytterligere skjerper kravet til kommunene. Spesialisthelsetjenesten må bidra til kompetansebygging og tilrettelegging for at kommunene kan lykkes i dette og vil derfor sterkt påvirkes av de lokale kommunale løsningene på føringer gitt av primærhelsemeldingen.

HSØ Regionale utviklingsområder psykisk helsevern Sak 61-2010⁸ forsterket og videreførte føringene fra opptrappingsplanen og bekreftet nødvendigheten av tilstrekkelig kapasitet i tjenesten. God samhandling med primærhelsetjenesten, avtalespesialistene og private tilbydere ble understreket. Ressursfordelingen mellom DPS og sykehusfunksjonene skulle fordeles likt og ressursene til psykisk helsevern for barn og unge skulle sikres minst 20% av "potten". Videre ble det gitt oppdrag til de lokale HFene om å lage områdeplaner for psykisk helse. Nødvendigheten av å styrke forskning og faglig utviklingsarbeid i hele fagfeltet ble understreket. De fleste føringene i dette saksdokumentet har stor gyldighet fremdeles og er tatt inn i den overordnede strategiske utviklingsplanen fra 2013

HSØ Plan for strategisk utvikling 2013 – 2020⁹ er et fundament for arbeidet med utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i regionen. Målsettingene i dokumentet er overordnede, med en tydelig verdiforankring. Føringene inkluderer psykisk helsefeltet og favner svært sentrale områder for tjenesten. Åpenhet og involvering skal være arbeidsmetodikken og respekt skal være holdningen for hvordan vi møter hverandre på. Troverdighet, åpenhet og ærlighet i kommunikasjonen er forutsetninger for tillit både internt og eksternt. Tillit er en nøkkelfaktor kanskje særlig innen psykisk helsefeltet som, under gitte forutsetninger, har lovhjemmel for å bruke tvang som virkemiddel. Mens tidligere strategiplaner har vektlagt etablering av struktur og fokusert på funksjons- og oppgavefordeling, er ambisjonene nå særlig knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Det er utviklet innsatsområder med konkrete mål knyttet til dette (s.8 i strategidokumentet). Helseforetakene er forpliktet via foretaksmøte til oppfølging av dette strategidokumentet.

Nasjonale faglige retningslinjer¹⁰ inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. De somatiske fagene har lengst tradisjon for slike "veivisere for god klinisk praksis", men også innen psykisk helsefeltet er disse viktige. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg. Individuelle vurderinger skal imidlertid alltid gjøres i forbindelse med hvert handlingsvalg. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger, bør dette dokumenteres.

⁸ HSØ Regionale utviklingsområder psykisk helsevern [Sak 61-2010](#)

⁹ Plan for strategisk utvikling [2013 - 2020](#)

¹⁰ [Nasjonale faglige retningslinjer](#)

Prioriteringsveilederne for psykisk helsefeltet¹¹⁻¹² gir føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten skal vurdere henvisninger, den legger ansvaret på fagmiljøene for hvordan prioriteringen av pasienter til behandling skal skje og kun faglige kriterier skal legges til grunn. Selv om veilederne ikke vurderer hele pasientforløpet, men har spesialisthelseperspektiv i vurderingen, er det nødvendig med et godt kjennskap til, og samarbeid med, primærhelsetjenesten for at vurderingene skal bli gode. Ikke minst gjelder det dersom en søknad ender i avslag. Henviser skal få god begrunnelse og veiledning tilbake når det skjer.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus¹³ innebærer å etablere nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling for utvalgte tilstander. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling der disse finnes. Målet er å redusere *uønsket* variasjon i tilbudet slik at alle får kunnskapsbasert og god behandling. Dette arbeidet er i sin startfase i Helsedirektoratet. Standardisering av behandling må balanseres mot kravet om brukermedvirkning og individuell tilpasning av behandlingsforløpet. Dette er et viktig. Det må vurderes nærmere hvordan pakkeforløpet for den enkelte utformes, slik at pasientenes behov blir best mulig ivaretatt. På samme måte som innen kreftbehandling vil disse forløpsbeskrivelsene sentrale for utviklingen av tjenestetilbudet i helseforetakene.

Oppsummert

Føringer fra nasjonale meldinger og regionalt planverk har vært viktig for utviklingen av psykisk helsefeltet de siste tjue årene. Det har skjedd en endring fra institusjonsbasert helsetjeneste til lokalbasert og desentralisert tilbud nærmere der brukeren bor. Arbeidsformer har endret seg og blitt mer nettverksorienterte. Kommunenes kompetanse og ressurser er blitt bedre. Det legges økt vekt på brukerperspektivet, mer fokus på funksjon, mestring og ressurser og mindre vekt på sykdom.

På tross av dette er det enighet om at psykisk helsefeltet i årene fremover fremdeles trenger ekstra prioritering. Det er bekymring for om særlige utsatte grupper får et godt nok tilbud, eksempelvis de med sammensatte rus- og psykisk helseproblemer. Eldre og mennesker med milde til moderate psykiske lidelser har ikke fått styrket sitt tilbud godt nok. Forebyggingsarbeidet greier ikke å forhindre at stadig flere unge blir psykisk syke. Slik delrapporten innleder med, er det fremdeles store utfordringsområder knyttet til omfanget og alvorlighetsgraden av psykisk lidelse. Mange av innsatspunktene i planene er ikke blitt gjennomført. Det er ikke mangel på gode planer og styrende dokumenter, men det er variabelt i hvor stor grad disse er blitt oppfylt.

Status og utviklingsretning for psykisk helse

I 2014 ble det gjort en statusgjennomgang av behandlingstilbudet innen psykisk helse og TSB i HSØ. **Statusrapporten**¹⁴ viste at kvaliteten på datagrunnlaget innen fagområdet er varierende. Variasjon i virksomhetsrapporteringen er problematisk for gyldigheten i vurderingen av status. Noe av dette kan skyldes ulike praksiser i administrative rutiner, men mye har sammenheng med utilstrekkelighet i de pasientadministrative systemene. Et eksempel på dette er den utilstrekkelige rapportering i bruk av tvang. Denne statusrapporten er et viktig dokument for foretakene i selvevalueringen under arbeidet med utviklingsplanen.

¹¹ [Prioriteringsveileder](#) – psykisk helsevern for barn og unge

¹² [Prioriteringsveileder](#) – psykisk helsevern for voksne

¹³ [Pakkeforløp](#) for psykisk helse og rus

¹⁴ Status for behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Sør- Øst [Rapporten](#)

Analysen av data i rapporten viser at det har skjedd en omstilling av behandlingstilbudene innen psykisk helsevern i tråd med de nasjonale og regionale målsettingene om et mer desentralisert behandlingstilbud på lokalsykehusnivå med større vekt på poliklinisk behandling og ambulansetjenester. Det er imidlertid betydelig forskjell helseforetakene imellom i den interne profilen for ressursfordeling mellom poliklinisk/desentralisert tilbud og døgnbaserte sykehusfunksjoner. Det er ingen fasit for hva som er den "riktige" profilen. På den annen side er det ikke så store ulikheter i pasientpopulasjonen og oppgavefordelingen mellom sykehusområdene at disse ulikhetene lar seg forklare ut fra forskjeller i medisinske behov, bortsett fra at de er uttrykk for historiske forskjeller som endrer seg svært langsomt.

Det er ikke mange gode kvalitetsparametre¹⁵ innen psykisk helse. Det fleste rapportene er virksomhetsrelaterte, som for eksempel antall (tvangs)innleggelses, epikrisetid, ventetider og diagnosestilling. Dette er viktige data som er nødvendig å ha oversikt over, men de sier lite om hvorvidt behandlingen som blir gitt er god eller ikke, om pasientene blir bedre og er fornøyd, om vi behandler samme tilstand likt uavhengig av sted. Det er grunn til å tro at av alle de daglig registrerte kliniske dataene og fortløpende virksomhetsregistreringer som gjøres ved avdelingene, er det et stort uutnyttet felt til kunnskap om hvilken helsehjelp vi gir. Det er viktig at mye mer av de aggregerte data blir bearbeidet og gitt tilbake til det kliniske feltet på en slik måte at det oppleves meningsfullt og gir mulighet for justeringer dersom praksis fraviker de kliniske retningslinjer eller vedtatte mål og målsettinger. Dette vil utgjøre et viktig premiss for videre kvalitetsutvikling av tjenesten. Utviklingen av gode kvalitetsindikatorer vil dels være et nasjonalt anliggende, men bruksverdien og nytten for tjenesten avhenger av at dataene blir benyttet i daglig forbedringsarbeid. Dette er en utfordring å få implementert i det enkelte helseforetak. Det er for lengst knesatt "at kvalitetssikring av pasientdata innen psykisk helsevern er et lederansvar på alle nivåer og skal gjøres slik at Helse Sør-Øst fremstår med god og sikker styringsinformasjon"(sak 061/2010)

Brukerinvolvering. Det har skjedd en stor endring innen psykisk helse i forhold til pasientens og de pårørendes innflytelse i behandlingsforløpet. Det er gjort lovendringer som har styrket brukerrettighetene, og mye har også skjedd i fagfeltet som gjør dette tydelig. De fleste nyere strukturerte oppleggene for integrert behandling (eks. angst, depresjon, OCD, psykose, ADHD og traumebehandling) har samarbeid med pasienten både som et virkemiddel og mål. Vi vet at graden av "eierskap" til sin egen situasjon er avgjørende for et godt behandlingsresultat. Imidlertid vet vi også at mange pasienter fremdeles opplever å ikke bli tatt med i beslutninger og valg om egen situasjon, men føler seg umyndiggjort. Mange pasienterfaringer, særlig i behandlingsforløp der tvang har vært nødvendig, gir melding om det. Fagfeltet gjør klokt i å lytte på disse erfaringene slik at de blir med inn i de vanskelige diskusjonene om pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet, pasientrettigheter og fagetsiske standarder. Rettsutviklingen innen dette feltet tilsier at denne styrkingen vil fortsette i årene som kommer og blir et viktig premiss i utvikling av tjenestetilbudet. "Pasientens helsetjeneste" og "fritt behandlingsvalg" er begreper som rommer mye av dette perspektivet.

Tvang. Det er enighet i bruker- og fagfeltet om at arbeidet for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene må fortsette og intensiveres. Omfanget av tvangsbruk innen psykisk helse skal reduseres. For mange personer blir for mange ganger innlagt på tvang, for mange personer får vedtak om tvangsbehandling med medikamenter og blir stående for lenge på slik behandling. For mange farlige situasjoner oppstår i behandlingssenheter slik at det må brukes tvangsmidler for å håndtere risikoen. Helseforetakene har ikke greid å redusere bruken av tvang slik forutsatt. Tallmaterialet for bruk av

¹⁵ Eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer [Oversikt](#)

tvangsmidler i farlige situasjoner er dessverre svært usikkert og venter på et nasjonalt elektronisk og ensartet registreringsverktøy for å kunne gjøre sammenligninger. Det er fortsatt store forskjeller i bruk av tvang mellom helseregionene, innad i helseregionene og mellom helseforetak i psykisk helsevern. Forskjellene skyldes manglende eller mangelfull registrering av tvang, men også ulik forståelse og praktisering av psykisk helsevernloven. Det er et mål å redusere utilsiktede forskjeller og det inngår som en viktig føring til helseforetakene å innfri. Det er laget flere nasjonale styringsdokumenter¹⁶. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang.

Tjenester til innvandrere. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør per 1. januar 2015 i overkant av 15 pst. av Norges befolkning. Innvandrergruppene er like heterogent sammensatt som den øvrige befolkningen, og de helserelevante utfordringene varierer. Personer med kort botid i Norge og svake norsksferdigheter kan ha store vanskeligheter med å orientere seg i helsesystemet og trenger derfor særlig oppmerksomhet i planlegging av tjenesten de nærmeste årene. I dag står de i fare for forsinket og for lite tilrettelagt behandling.

Selvmondsforebygging. Om lag 530 mennesker tar sitt eget liv i Norge hvert år. Det er nær fire ganger så mange som dør i trafikken årlig. Dette er på nivå med Sverige og Danmark. Psykologiske obduksjonsstudier antyder at så mange som 90 pst. av mennesker som tar sitt eget liv kan ha hatt symptomer forenlig med psykisk sykdom. Dette betyr at handlingsplanen for forebygging av selvmord¹⁷ og selvskading ennå ikke har gitt god nok effekt og må følges opp konkret av det enkelte helseforetak i planarbeidet

Digitale verktøy en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Det finnes i dag få og begrensede digitale tjenester til bruk innen psykisk helse, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Per i dag mangler tjenestene god nok funksjonalitet for å understøtte den kliniske oppfølgingen av pasientene, men vi vet at utviklingen går svært raskt og vil endre hverdagen for mange pasienter. I planleggingen er det svært viktig å legge til rette for at denne utviklingen understøttes.

Forskningsaktiviteten innen psykisk helse har historisk vært svært lav sammenlignet med de somatiske fagene. Vi ser at både volum og kvalitet på forskningen øker, men faget strever fremdeles med at kunnskapsbasen ikke er robust og omfattende nok. Den akademiske forankringen vil være knyttet opp til universitetet, men det har vist seg at mye av den mest verdifulle forskningskunnskapen er generert av desentrale prosjekter i samarbeidende nettverk. Det er nødvendig at man i arbeidet med den langsiktige utviklingsplanen vier forskningsområdet plass.

For utfyllende statusbeskrivelse vises også til nasjonal helse- og sykehusplan [kap 8](#)

¹⁶ Bedre kvalitet - økt frivillighet. [Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester](#)

¹⁷ Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017 [Planen](#)

Innspill til delprosjektet

Arbeidsprosess

Delprosjekt psykisk helse har hentet innspill fra møter med helseforetak og kommuner. Det har vært deltakelse på brede samlinger der fagfolk og brukerrepresentanter har møtt sentrale instanser som direktorat, departement og sivilombudsmann. En har også valgt å ta inn momenter fra organisasjonene på disse samlingene og fra deres hjemmesider og møtt fagrådet for psykisk helsevern og samhandlingsnettet i HSØ. Det har vært samlinger med enkeltforetak både på klinikksjef/-direktørnivå og med mellomledergrupper. Delprosjektet har vært tilknyttet egen brukerrepresentant.

Stikkordsmessig utdrag av innspillene.

Fortsatt prioritering av psykisk helse og rusbehandling er nødvendig og det er bra at psykisk helse får en tydeligere plass i et **folkehelseperspektiv**. Unngå sykeliggjøring av **livspåkjenninger**. Psykisk helse gjelder alle og viktige elementer i et godt i tjenestetilbud finnes ofte i andre sektorer enn i helsevesenet (arbeid, skole, fritid, nærmiljø, sosialt nettverk, bosted). Inkluderende arbeids- og skoleliv og innsats for å hindre frafall er viktige tiltak. Samarbeid med frivillige organisasjoner som eksempel. **Nye arenaer** for helsehjelp må utvikles. Tjenesten må være arenafleksible. Kommunen er den viktige arenaen for å bevare god psykisk helse og spesialisthelsetjenestens tilbud må sees i sammenheng med, og virke sammen med, tilbud nær pasienten. Dette er viktig jo mer sammensatt helseproblemet er. **Fastlegens rolle** er ofte utydelig for denne pasientgruppen, men er svært viktig. Den må tydeliggjøres i arbeidet med behandlingsforløp.

Forebygging og tidlig utredning er et felles utviklingsområde. **Rolleavklaring** mellom psykisk helsevern og kommunenes oppgaver er vesentlig. Etablering av felles virkelighetsbilde er grunnleggende nødvendig for å bli enige om felles målsettinger for utviklingen fremover. Dette er nødvendig å utvikle *sammen* med kommunene. Identifisere områder hvor en kan få til en arbeidsdeling og en effektiv samhandling på områder som er særlig prioritert. Hva som prioriteres må være omforent gjennom partnerskapstenkning. I dag uoversiktlig tilgang fra kommunene til spesialisthelsetjenesten, inklusive de private spesialistene. I et lengre perspektiv sannsynligvis oppmyking av nivådelingen. Pasienten vil "shoppe tjenester" ut fra hva som er tilgjengelig. Nå er det uoversiktlige tilbud innen samme forvaltningsnivå (enten kommune eller PHV).

Nødvendig med **kompetanseoverføring** mellom nivåene. Det ønskes lav terskel til høy kompetanse. Veiledningsplikten for sykehuset er en forutsetning for kompetansebyggingen i kommunene. Ulike typer kompetanse er nødvendig og erfaringskompetanse fra brukerne må vektlegges mer. Pasientopplevde erfaringer må gis innflytelse på beslutningspunkter. Ordningen med erfaringskonsulenter i kliniske enheter/team må utbygges. Brukerstemmen må bli mye tydeligere enn i dag.

Samvalg må bli en del av vanlig arbeidsmetodikk for å øke pasientens innflytelse. Dette er viktig for godt behandlingsresultat. **Pårørende** er en ressurs som ofte blir neglisjert. Brukernes tilbakemeldinger må brukes mer aktivt i utformingen av tjenestetilbudet. Tverrfaglig tilnærming gir best resultat. God **kvalitet krever brukermedvirkning**. Det må også settes krav til brukerorganisasjonene. Eget brukermedvirkningsprogram?

Det er enighet i den overordnede endringen fra døgn til dag/poliklinisk behandling, men uro for om denne prosessen har gått lengre enn ønsket. I mange av innspillene har det vært bekymring for tilbudet til **de sykeste** med omfattende behandlings- og rehabiliteringsbehov. Mange har store behov, men er svært

vanskelig å hjelpe, pga voldsrisiko, rus og lav boevne. Får de gode nok tilbud? Denne pasientgruppen har en dramatisk redusert forventet levetid. Det er nødvendig med tettere **samarbeid mellom psykisk helse, somatiske tjenester og TSB**. Mange steder er dette godt integrert, men geografiske forskjeller. Tjenestene har overlappende problematikk, behandlingsmetodikk og ressurser, og må samarbeide tett.

Effekt av behandling etterspørres og vil måtte dokumenteres i en helt annen grad en tidligere. Dette er et vanskelig område. Kunnskapsbasen innen psykisk helse er ikke god nok til å gi svar for hva som er beste praksis innen alle felt. Noe av grunnen ligger i fagets egenart, men også manko på god forskning og strukturerte behandlingsopplegg gjør at praksisen er varierende. Standardiserte utrednings- og behandlingsforløp må implementeres mye mer enn i dag for å redusere uønsket variasjon i tilbudet. Variasjon av faglig kvalitet og kapasitet må utjevnes både mellom HF og innad i HF. (Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge¹⁸ var en kraftig påminner om at dette må adresseres systematisk. Tilsynet avdekket at det gjennomgående var manglende struktur for utredning og diagnostikk for barn og ungdom). Også de store forskjellene i bruk av psykofarmaka viser at det er stor og uønsket variasjon. Innføringen av **pakkeforløp** innen både psykisk helse og TSB vil være en måte å **samordne** faget på og gi bedre mulighet for å dokumentere effekt og utjevnet variasjon i praksis. Det vil på sikt øke kvaliteten. Dette vil bane veien for bedre tilgang til data som også er forskbare. Forskningen innen psykisk helse må styrkes.

Den teknologiske utviklingen er vanskelig å spå retningen av, men helsetjenesten må selv, sammen med pasientene, være proaktiv i å definere behovene og ut fra det invitere teknologikompetanse inn i dialog om løsninger. Våre geografiske forskjelligheter tilsier svært ulike behov ift fremtidig eHelse-verktøy

Bruk av tvang¹⁹. Rettssikkerheten for pasienter innen psykisk helse må sikres i alle deler av pasientforløpet. Handlingsplaner for å redusere bruk av tvang har ikke gitt effekt. Psykisk helsevern har et omdømmeproblem som svekker tilliten i befolkningen til tjenestetilbudet. Dette må adresseres både som et hastetema og i arbeidet med utviklingsplanen. Tillit er en nødvendighet for å kunne gi god helsehjelp.

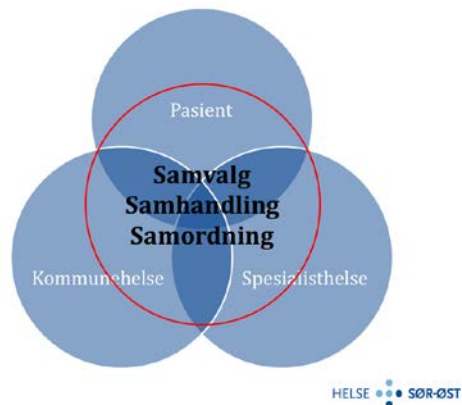
Fra kommunene er det klare meldinger om at de formelle samarbeidsavtalene mellom kommunene er en egnet arena for god og forpliktende samhandling om utviklingsplanen, men det betinger at kommunene involveres til bred deltakelse i styringsgrupper og arbeidsgrupper allerede i starten av planprosessen. De partssammensatte fora som er etablert i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen er gode samarbeidsarenaer. Samarbeidet må være preget av partnerskap og felles beskrivelse av problemstillinger. Kommuner og helseforetak har ulike beslutningsprosesser. Dette gjør at mange planprosesser blir lang svært omstendelige før beslutning. En tidsramme (tidslinje) bør tidlig utarbeides sammen med kommunene for å etablere en god prosess Det må settes felles mål for prosessen uten at helseforetaket i forkant har trukket konklusjonene. Hovedperspektivet må være hvordan god samhandling om helhetlige pasientforløp, og ikke fokusere på ensidig oppgaveoverføring fra helseforetaket til kommunene.

¹⁸ Landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge - [oppsummering av tilsynene i Helse Sør-Øst](#)

¹⁹ Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i [2014](#)

Sammenfatning

Det har vært påfallende stor samstemmighet i innspill både fra pasient- og brukerrepresentanter, spesialisthelsetjenesten og fra kommunehelsetjeneste. Temaene kan grovt sammenfattes grafisk slik:



- Samvalg

Behandlingstilbudet til den enkelte bør preges av at pasienten involveres i eget behandlingsforløp og gis mulighet til medvirkning og valg mellom alternativer. Dette vil være avgjørende for om behandlingen lykkes og sikre at begrepet "pasientens helsetjeneste" gis reelt innhold. Slik er det ikke alltid nå.

- Samhandling

Overgangsfasen mellom tjenestenivåene i hjelpeapparatet er en utfordring og er stedet der det oftest skjer utilsiktede hendelser. Spesialisthelsetjenesten, kommunene, fastlegene, private institusjoner og privatpraktiserende spesialister innen psykisk helse er instanser som skal gi koordinerte tjenester uten avbrudd. Det er avgjørende at disse fungerer som en helhet.

- Samordning

Det er store variasjoner i behandlingstilbudene mellom helseforetak og internt i samme foretak. Selv mellom avdelinger og enheter i samme organisasjon vises ulikheter i behandlingen som ikke er begrunnet i forskjeller i pasientgruppen. Dette utgjør en kvalitetsrisiko og vil i verste fall true pasientsikkerheten.

Det er ikke mangel på gode planer, men i implementering og gjennomføring av disse.

Føringer til utviklingsplanen i det enkelte helseforetak

Ut fra disse temaene, som samstemmer godt med det som er gjort rede for både i tidligere planverk, lovverk og retningslinjer, er det valgt ut *tre føringer*. De skal omhandles i helseforetakets strategiske utviklingsplan. Disse er gjeldende for både voksne og barne- og ungdomsfeltet.

1. Brukermedvirkning og samvalg
2. Standardiserte pasientforløp
3. Behandlingseffekt

Som innledning til disse skal bemerkes at det er vedtatt ny Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten²⁰ fra 01.01.2017. Denne erstatter den tidligere Internkontrollforskriften fra 2002. Denne nye forskriften fremhever at toppledelsen har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. God ledelse er helt avgjørende både for å gi gode tjenester og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok. Dette understreker sammenhengen i ansvarskjeden fra topp til klinisk nivå i organisasjonen. Forskriften har et tydeligere forbedringsfokus enn den gamle forskriften. Den følger også de kjente leddene i Demings forbedringssirkel (PDSA) og understreker kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne koblingen utløser samtidig en hel "verktøykasse"²¹ av metoder for å sikre at kravene i forskriften kan oppfylles. Foretakene kan delta både i nasjonale og internasjonale nettverk dersom kompetanse i metodikken er nødvendig å opparbeide.

1. Brukermedvirkning og samvalg

Helseforetaket beskriver i utviklingsplanen hvordan brukermedvirkning kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse og gjør rede for hvordan styrkingen av erfaringskompetansen vil skje i kliniske enheter.

Begrepet samvalg markerer en endring i pasientrollen. Det er godt kjent fra det kliniske feltet at følelse av eierskap til sin egen situasjon er avgjørende for om pasienten blir en aktiv medspiller i behandlingen. Ved å inviteres til å ta ansvar for egen bedring i stedet for å innta en tradisjonell passiv mottakerholdning. Mange av de mest virksomme intervensjonene innen psykisk helsefeltet er kun mulig å få til ved at pasienten deltar aktivt i behandlingen. Kunnskap fra "recovery"forskningen understøtter dette.

Brukermedvirkning er rettighetsforankret i lovverket. Den har tradisjonelt vært systemorientert, mens den individuelle samvalgssituasjonen i mindre grad er lagt til rette for. Den er helt sentralt ved planlegging og etablering av tjenestetilbud, men kanskje viktigst i møtet mellom pasienten og den behandlingsansvarlige. Erfaringskonsulenter i døgnenheter og ambulante tilbud kan være et svært nyttig hjelpemiddel. Denne funksjonen er kun i varierende grad innført innen PHV.

Helseforetaket må legge til rette for at den individuelle erfaringskunnskapen i større grad blir brukt i behandlingen. Implementering av dette må sikres via regelmessige brukerstyrte evalueringer. Samvalg skal være en integrert metodikk i det å gi god helsehjelp.

2. Standardiserte pasientforløp

Helseforetaket beskriver i utviklingsplanen hvordan standardiserte behandlingsforløp (pakkeforløp) skal implementeres innen psykisk helse.

Implementering av kunnskapsbasert praksis og kliniske retningslinjer vil både være et mål og et middel. Standardiserte pasientforløp er en måte å redusere uønsket variasjon i tilbudet for mange tilstander

²⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [Forskriften](#)

²¹ Modell for kvalitetsforbedring [Helsebiblioteket](#)

innen psykisk helse. Slike *pakkeforløp* utformes både for psykisk helse og TSB og disse må innføres ved helseforetaket.

Store ulikheter i valg av samtaleterapi, medikamenter, vektlegging av aktivitet, bruk av tvang, involvering av pårørende og bruk av utredningsverktøy er eksempler på at helsetjenesten har for stor ubegrunnet variasjon. Det er et paradoks at kunnskapsbasert viten om god behandling og nye retningslinjer hele tiden publiseres, men kunnskapen når ikke ut praksisfeltet og gir ikke endring.

Utviklingsplanen må redegjøre for hvordan arbeidet med utvikling av standardiserte pasientforløp ved foretaket legges opp og hvordan arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon implementeres og overvåkes. Viktig å få med fagfolkene for å finne løsninger og forankre praksis.

3. Behandlingseffekt

Helseforetaket lager en strukturert implementering av forbedringsmetodikk innen psykisk helse. Arbeidet forankres i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I hvilken grad har den helsehjelpen vi gir innen psykisk helsevern effekt?

Hva gjør vi? Hvorfor gjør vi det? Virker det? Hvordan kan vi vite om endring er bra?

Et spesialisthelsetjenestetilbud må kunne gi svar på disse spørsmålene.

Psykisk helse er et fagområde med svak tradisjon for fortløpende å måle om tjenestetilbudet er godt. God psykisk helse er en sammensatt betegnelse som er vanskelig å kvantifisere, men psykisk helsevern vil måtte regne med å bli målt med effektkrav på samme måte som somatiske helsetjenester. Det er tvil om de eksisterende indikatorene viser et godt bilde av helsetjenestens kvalitet, men noen effektmål er etablert og det finnes validerte verktøy for å måle som kan tas i bruk.

Rutinene for rapportering fra de enkelte helseforetak har ofte ikke fungert godt og gjort at kvaliteten i rapportering av virksomhetstall har ikke vært egnet til å overvåke kvaliteten i tjenestetilbudet. Nytteverdien for fagfeltet har vært begrenset. Rapportene har dermed ikke i tilstrekkelig grad blitt brukt i daglig forbedringsarbeid.

Fagmiljøene må utfordres til å dokumentere resultater av egen praksis. Det er for stor usikkerhet knyttet til om behandlingstilbudene har ønsket effekt. Primært er dette et ledelsesansvar. Måten helseforetaket velger å arbeide med dette på, må konkretiseres i foretakenes utviklingsplaner. Eksempelvis kan dette dokumenteres ved å etablere en strukturert plan for implementering av PDSA-metodikken nevnt i forbindelse med ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Det bør etableres et overordnet kvalitetssystem som oppfyller krav i forhold til anerkjente modeller for sertifisering og akkreditering. Utviklingsplanen må tilrettelegge for en slik prosess i løpet av en 5 -7 års periode.