

**Delrapport til
STHF Utviklingsplan 2035
Psykisk helsevern og
Rusbehandling**

Innhold

1.	Innledning og organisering av arbeidet.....	3
2.	Oppfølging av regionale føringer.....	3
3.	Øvrige strategier og føringer som legges til grunn.....	4
4.	Dagens situasjon.....	5
4.1.	Lokalisering.....	5
4.2.	Dagens virksomhet	6
4.3.	Rekruttering/kompetanse	7
4.4.	Samarbeid med kommuner/samarbeidsplaner	7
5.	Framskrivning mot år 2035	8
5.1.	Kapasitetsutvikling	11
6.	Psykisk helse fram mot 2035.....	12
6.1.	Kompetanseutvikling og – utveksling.....	13
6.1.1.	FoU virksomhet / aktivitet i klinikken.....	13
6.1.2.	Felles fagutvikling mellom KPR, kommuner og utdanningsinstitusjoner	14
6.1.3.	Læring og mestring.....	14
6.2.	Brukermedvirkning og samvalg.....	14
6.2.1.	Pasienten deltar aktivt i behandlingen.....	14
6.2.2.	Pårørendeinvolvering	15
6.2.3.	Tilgjengelighet	15
6.3.	Samhandling og nye arbeidsformer	15
6.3.1.	Styrke og videreutvikle arenafleksible løsninger sammen med samarbeidsparter	15
6.3.2.	Videreutvikle de polikliniske tjenestene	16
6.3.3.	Utvikling av digitale løsninger	16
6.3.4.	Styrket samarbeid internt i sykehuset og sykehusområdet	16
6.4.	Tvang	16
6.5.	Standardiserte pasientforløp	18
6.6.	Behandlingseffekt.....	18
6.7.	Rusbehandling fram mot 2035	19
6.8.	Barn og unge.....	20
6.8.1.	Rus	20
6.8.2.	Overganger mellom ulike virksomheter og forvaltningsnivå	20
6.8.3.	Akutte tjenester/ Øyeblikkelig hjelp.....	20

1. Innledning og organisering av arbeidet

Alle helseregioner er bedt om å utarbeide utviklingsplaner med tidsperspektiv 2035. Sykehuset Telemark HF skal revidere sin utviklingsplan, som del av Helse Sør Øst sin regionplan. Med utgangspunkt i allerede vedtatt utviklingsplan for Sykehuset Telemark HF (U30), samt oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør Øst for 2017, skal det utarbeides en del- plan for psykisk helsevern og rusbehandling.

Klinikkens plan skal inngå i sykehusets utviklingsplan for 2035. Denne fagspesifikke planen skal ivareta fagområdet psykisk helsevern (Barne- og ungdomspsykiatri BUP og psykisk helsevern for voksne VOP) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), konkretisert gjennom beskrivelse av sentrale utviklingsområder.

En prosjektgruppe i Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) ble nedsatt for å utarbeide delrapporten for disse to områdene. Arbeidet bygger videre på U30, der mange av klinikkens medarbeidere var involvert.

Arbeidet med U35 ble organisert i linjen, med involvering fra fagmiljøene psykisk helsevern, TSB og somatikk. Videre hadde arbeidsgruppene deltagere fra kommuner, samt bruker - og pårørendeorganisasjoner. Klinikens fagråd var referansegruppe, og delrapporten skal sendes på høring i regi av sykehuset.

2. Oppfølging av regionale føringer

Klinikken skal synliggjøre utvikling av virksomheten for å møte fremtidige behov for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Innen psykisk helsevern og rusbehandling skal delrapporten beskrive:

- Hvordan brukermedvirkning kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse, og gjøre rede for hvordan en skal styrke erfaringskompetansen i kliniske enheter
- Hvordan standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) skal implementeres innen psykisk helse
- Hvordan understøtte smidig pasientflyt, synlighet og tilgjengelighet
- Hvordan bevare og utvikle robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling, forskning og kontinuerlig forbedringsarbeid
- Hvordan etablerte samarbeidsstrukturer kan videreutvikles og nye etableres

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal delrapporten spesielt beskrive:

- Utvikling av basistjenester innen TSB og en optimal organisering av disse for å understøtte et helhetlig behandlingstilbud til pasientene.

3. Øvrige strategier og føringer som legges til grunn

Klinikkens tjenester skal være kunnskapsbasert og i tråd med god praksis. Pasientsikkerhet og behandlingsskvalitet skal vektlegges og synliggjøres i framtidige tiltak og tilbud.

Overordnede føringer:

- Utviklingsplaner for helseforetakene – strategier, planer og regionale føringer – Helse Sør-Øst(HSØ), januar 2017
- Sykehuset Telemark Utviklingsplan 2030
- Gjeldende strategiplan for STHF 2016-2019 og klinikkens utviklingsplan 2015-2017
- Utviklingsplaner for helseforetakene – Delprosjekt tverrfaglig spesialisert rusbehandling, HSØ og Delprosjekt psykisk helse, HSØ
- Nasjonale pakkeforløp innen rus og psykisk helse
- Samhandlingsreformen
- Reform knyttet til fritt behandlingsvalg
- Laveste effektive omsorgsnivå «LEON»

Helse Sør Øst har i sitt oppdragsdokument 2017 bedt om at helseforetakene i sykehusområdet Telemark-Vestfold skal inngå et forpliktende samarbeid og utvikle felles planer for fagområder hvor det er utfordringer med rekruttering/ og eller lavt pasientvolum.

Det vi tror vil kjennetegne pasienten i 2035:

- Generell høy IT kompetanse
- Tydelige krav til kvalitet på tjenester/ behandling
- Godt orientert om ulike lidelser og behandlingsmetoder via internett
- Sterk bevissthet om fritt behandlingsvalg
- Forventing om individualisert/ «skreddersydd» behandling- «ingen beslutning om meg uten meg»
- Større skille mellom pasienter mht. økonomiske og sosiale ressurser
- Psykiske lidelser er mer akseptert

4. Dagens situasjon

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utføres i to klinikker; Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling, samt Barne- og Ungdomsklinikken. Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling har de fylkesdekkende tjenestene for hele Telemark. Klinikken ivaretar øyeblikkelig hjelp funksjonen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for hele fylket.

Klinikken består av en Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) som er fylkesdekkende, og to Distriktpsykiatriske sentra (DPS), DPS nedre Telemark og DPS øvre Telemark.

Sykehuset Telemark har ansvar for TSB i samarbeid med de private klinikkene Borgestadklinikken og Samtun AS. Sykehuset har en øyeblikkelig hjelp rusbehandlingsenhet for hele fylket. Poliklinisk behandling innen TSB, herunder legemiddelassistert behandling (LAR), er desentralisert til poliklinikkene i DPS-ene. I mars 2018 åpnes det en seksjon for døgnbasert avrusning.

4.1. Lokalisering

Klinikken har lokasjon i Skien, Porsgrunn, Kragerø, Seljord, Notodden og på Stathelle. I Kragerø og på Stathelle tilbys poliklinisk behandling, øvrige lokalisasjoner har både døgn og – poliklinisk behandlingstilbud. Geografisk spredning og mange frittstående bygg medfører daglig drift av 10 ekspedisjoner. I utviklingsplaner for plassering av seksjoner i KPR er det viktig å ta hensyn til seksjonenes nærhetsbehov til hverandre, - spesielt for å kunne ivareta sikkerhetsaspektet, samt gode muligheter for ulike pasientgrupper for bruk av utearealer som en del av behandlingstilbudet. Klinikens pasientgrupper har behov for økt tilgjengelighet for tjenester fra somatisk helsetjeneste, inkludert radiologi og laboratoriemedisin. I dag er dette en utfordring.

Utfordringer med bygningsmassen

Gjennomgang av forholdene for seksjonene viser at de fleste bygg utnyttes godt, men det er lite å gå på kapasitetsmessig. Det er ikke lett å utvide eller omrokere uten at medarbeidere blir spredt, - allerede i dag kunne man ønske seg en bedre samlokalisering for enkelte team. I Seljord bør det gjøres endringer for å utnytte arealet bedre.

Bygningsmassen har ulike og dels betydelige utfordringer knyttet til brukervennlighet og vedlikehold.

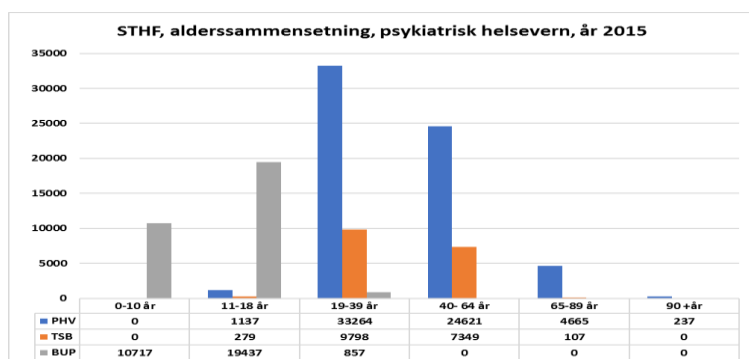
- Seksjon for Sikkerhetspsykiatri har behov for totalrenovering, oppgradering og utbedring av areal inkludert uteområder, da seksjonen ikke innfrir kravene i som gjelder ved drift av en sikkerhets psykiatrisk institusjon (jf. U30)
- Seksjon for alderspsykiatri har behov for renovering, -spesielt i forhold til behov for sengerom med bad. (jf. U30)
- Ha fokus på optimal bruk og utnyttelse av areal

4.2. Dagens virksomhet

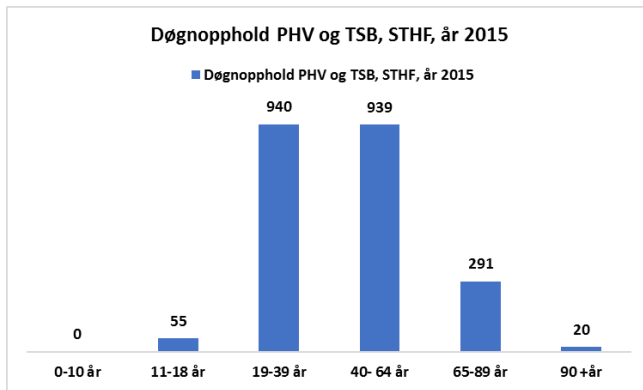
Den største aktiviteten i form av døgnopphold og poliklinikk foregår på DPS' ene. Antall gjennomførte liggedager er høyere innfor psykiatrisk sykehusavdeling enn i DPS' ene. Dette kan forklares med ulike målgruppe pasienter som behandles ved DPS og PSA, se tabell nedenfor gjeldende for 2015.

Diagnose gruppe	PHV og TSB				BUP			
	'Sykehus psykiatri'		DPS		'Sykehus psykiatri'		DPS	
	Antall kontakter (døgn, dag og poliklinikk)	%	Antall kontakter (døgn, dag og poliklinikk)	%	Antall kontakter (døgn, dag og poliklinikk)	%	Antall kontakter (døgn, dag og poliklinikk)	%
F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	1 410	22,3	74	0,1	0	0,0	1	0,0
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	448	7,1	13 631	17,8	0	0,0	0	0,0
F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	1 364	21,6	7 887	10,3	0	0,0	64	0,2
F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	879	13,9	1 493	2,0	4	1,9	0	0,0
F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	310	4,9	11 710	15,3	9	4,3	793	2,6
F31 Bipolar affektiv lidelser	266	4,2	4 761	6,2	1	0,5	417	1,4
F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	270	4,3	11 739	15,3	102	48,8	1 948	6,3
F43.1 PTSD	48	0,8	3 602	4,7	5	2,4	694	2,3
F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	8	0,1	1 290	1,7	8	3,8	306	1,0
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	111	1,8	6 115	8,0	3	1,4	6	0,0
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne-	91	1,4	1 665	2,2	31	14,8	5 218	16,9
F99 Uspesifisert psykisk lidelse	502	7,9	7 432	9,7	2	1,0	3	0,0
F70-F79 Psykisk utviklingshemming	25	0,4	180	0,2	0	0,0	0	0,0
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	5	0,1	472	0,6	13	6,2	3 387	11,0
Z-koder	120	1,9	4 204	5,5	25	12,0	16 642	54,0
Andre ICD-10 tilstander	393	6,2	87	0,1	1	0,5	822	2,7
Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	71	1,1	151	0,2	5	2,4	501	1,6
Total	6 321	100	76 493	100	209	100	30 802	100

I psykisk helsevern og TSB er hovedgruppen pasienter, personer i yrkesaktiv alder. Aldersgruppen mellom 19- 64 år utgjør den største andelen. Se figur 1



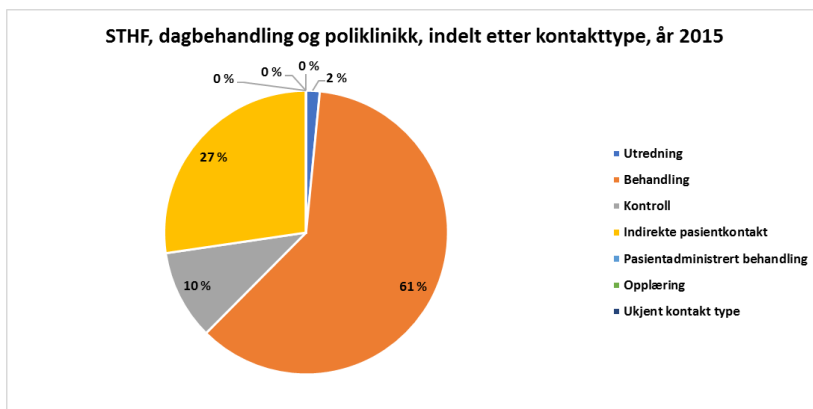
Døgnoppholdene i 2015 fordeles ulike mellom aldersgrupper. Aldersgruppen mellom 19- 64 år utgjør den største andelen som mottar døgnbehandling



Det har vært store endringer i døgnkapasiteten de siste årene. Klinikken har i dag 121 Døgnplasser innen psykisk helsevern og TSB (110 i VOP, 3 i TSB og 8 i BUP). Døgnplasser innen TSB/ avrusning vil øke med 10 plasser i 2018.

Dagbehandling og poliklinikk

Figur 3 viser antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger i 2015 fordelt på kontakttyper; 61 % poliklinikk er registrert under kontakttipe behandling, 10 % som kontroll og 27 % som indirekte pasientkontakt.



I 2016 ble det registrert ca. 60.000 polikliniske konsultasjoner.

4.3. Rekruttering/kompetanse

Klinikken er godkjent som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering, og det legges til rette for spesialisering og videreutdanning for andre faggrupper. Vi utdanner et stort antall spesialister. Klinikken har fortsatt rekrutterings utfordringer spesielt for yrkesgruppen overleger innen psykisk helsevern og overleger i rus og avhengighetsmedisin.

4.4. Samarbeid med kommuner/samarbeidsplaner

Samhandlingen mellom Sykehuset Telemark og de 18 kommunene i Telemark er organisert innenfor 4 regioner. (Vest-Telemark, Midt-Telemark, Øst-Telemark og Grenland).

I hver region er det etablert en samhandlingsressurs som har ansvar for å følge opp, og koordinere samhandlingen i regionen. Det er inngått samarbeidsavtaler med kommunene i Telemark - innenfor hver av regionene Vest-Telemark, Øst-Telemark, Midt-Telemark og Grenland.

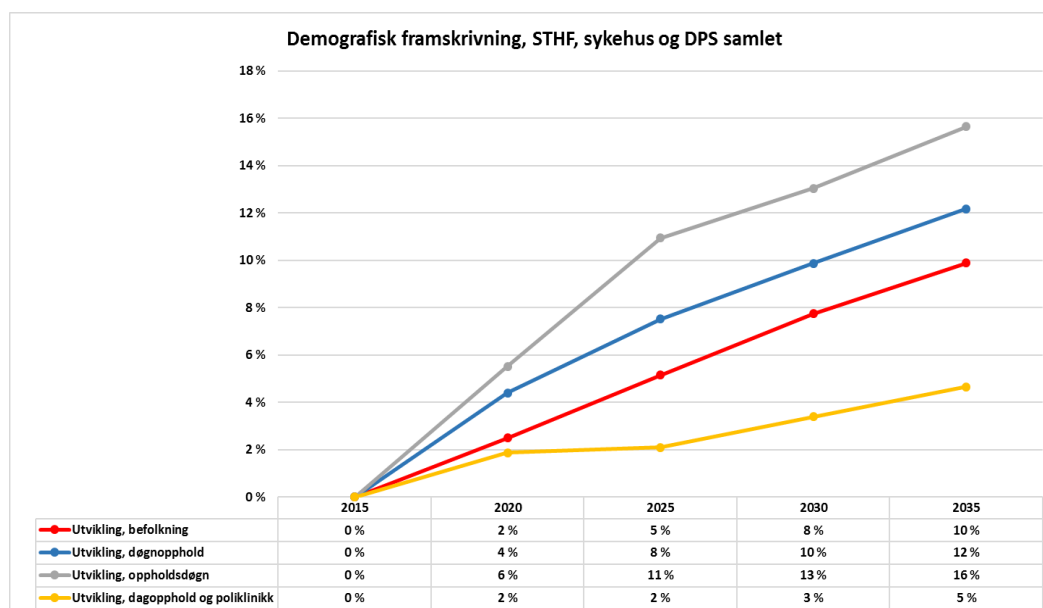
5. Framskrivning mot år 2035

Som grunnlag for planarbeidet er det innhentet aktivitetsframskriving mot år 2035. Framskrivningen tar utgangspunkt i innrapportert aktivitet fra KPR til Norsk pasientregister (NPR) 2015. Befolkningen i opptaksområde for STHF øker i perioden 2015-2035 med totalt 10 %, gitt SSBs sin befolkningsprognose for alternativet middels nasjonal vekst (alternativ MMMM), se tabell 2.

Framskrivningen er gjeldende for psykisk helsevern og TSB poliklinikk. Døgnkapasitet TSB er ikke beregnet i denne framskrivningen. Sykehuset Telemark HF øker kapasiteten med 10 døgnplasser fra og med 2018.

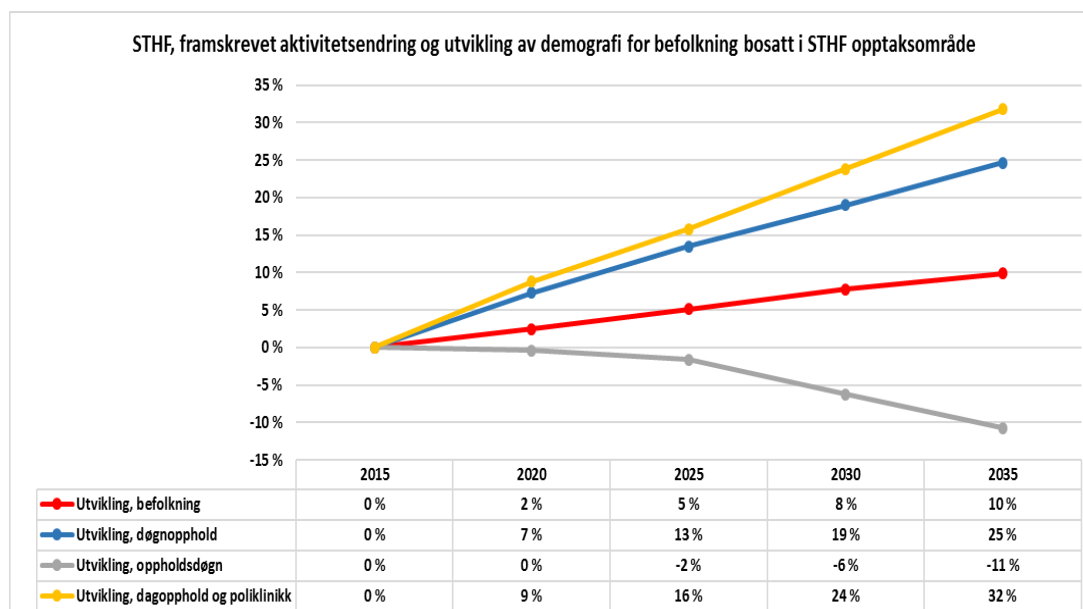
Sykehuset i Telemark HF opptaksområde, befolkningsframskriving, MMMM							% -vis endringer fra 2015 til 2035
Kommune-navn	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
Porsgrunn	35755	36866	38081	39239	40225	41030	12,5 %
Skien	53745	55722	57629	59416	60911	62166	13,3 %
Notodden	12599	13018	13414	13787	14114	14401	12,0 %
Siljan	2361	2397	2401	2403	2402	2400	1,7 %
Bamble	14140	14340	14495	14622	14675	14670	3,8 %
Kragerø	10636	10717	10917	11095	11226	11323	5,5 %
Drangedal	4111	4161	4240	4347	4442	4516	8,1 %
Nome	6630	6688	6735	6810	6853	6854	3,4 %
Bø (Telemark)	5977	6187	6495	6799	7056	7276	18,1 %
Sauherad	4346	4357	4401	4440	4470	4488	2,9 %
Tinn	5913	5969	5997	6063	6114	6147	3,4 %
Hjartdal	1594	1607	1623	1654	1693	1703	6,2 %
Seljord	3002	3052	3110	3168	3225	3286	7,4 %
Kviteseid	2466	2389	2352	2350	2333	2292	-5,4 %
Nissedal	1439	1477	1524	1565	1591	1621	10,6 %
Fyresdal	1298	1269	1277	1282	1300	1296	0,2 %
Tokke	2252	2188	2160	2154	2147	2146	-4,7 %
Vinje	3689	3833	3959	4087	4191	4291	13,6 %
Sum	171953	176237	180810	185281	188968	191906	10 %

En ren demografisk framskrivning av aktiviteten ved STHF fra 2015 til 2035 viser at antall døgnopphold øker med 12 %, oppholdsdegn med 16 % og poliklinikk med 5 %, se figur 4.



Svakheten ved en ren demografisk framskrivning er at den ikke tar høyde for nye arbeidsmetoder, arenaer og oppgavefordeling som kan påvirke behovet for de ulike behandlingsnivåene.

Justerer man demografisk framskrivningstall for endringsfaktorer (endringer i tilbud og forventninger, medisinsk teknologisk utvikling og samarbeid med kommuner), vil omfordeling i ulike omsorgsnivåer endres, se figur 5:



Demografisk framskrivning betyr at man har lagt befolknings framskrivninger som eneste endringsfaktor. Fordeling mellom behandlingsnivåer i demografisk framskrivning er vist i tabell 3:

STHF Demografisk framskrevet , fordelt etter år og sektor						
Sektor	2015	2020	2025	2030	2035	%-vise endringer 2015-2035
PHV						
Døgnopphold	2179	2283	2351	2408	2460	13 %
Oppholdsdøgn	35342	37562	39398	40351	41309	17 %
Dagbehandling	144	138	138	141	145	0 %
Poliklinisk kontakt	62958	64928	65138	66473	67161	7 %
TSB						
Døgnopphold	66	66	68	68	68	3 %
Oppholdsdøgn	200	209	212	210	209	4 %
Dagbehandling	19	17	17	18	19	-1 %
Poliklinisk kontakt	17448	17661	17931	18176	18231	4 %
BUP						
Døgnopphold	78	76	80	76	78,09	0 %
Oppholdsdøgn	2598	2476	2703	2555	2591	0 %
Dagbehandling	173	161	174	171	171	-1 %
Poliklinisk kontakt	30760	30678	30443	30313	30966	1 %
SUM						
Døgnopphold	2323	2425	2498	2552	2606	12 %
Oppholdsdøgn	38140	40248	42313	43116	44109	16 %
Dagbehandling	336	315	329	330	335	0 %
Poliklinisk kontakt	111166	113267	113511	114962	116357	5 %

Tabell 4, viser framskrevet og omstilt aktivitet pr sektor og fordelt mellom DPS og sykehus:

STHF, aktivitetsoversikt fordelt etter tjenesteenhet og behandlingsnivå, år 2035					
år 2035	'Sykehus psykiatri'	DPS samlet	Total	%-vise endringer 2015-2035 "Sykehuspsykiatri"	%-vise endringer 2015-2035 DPS
PHV					
Døgnopphold	1323	1410	2733	33 %	19 %
Oppholdsdøgn	17270	14605	31875	-5 %	-15 %
Dagbehandling	2	181	182	51 %	26 %
Poliklinisk kontakt	8699	75873	84573	65 %	31 %
TSB	0				
Døgnopphold	75	0	75	14 %	0 %
Oppholdsdøgn	161	0	161	-20 %	0 %
Dagbehandling	0	24	24	0 %	25 %
Poliklinisk kontakt	0	22958	22958	0 %	32 %
BUP	0				
Døgnopphold	87	0	87	11 %	0 %
Oppholdsdøgn	2000	0	2000	-23 %	0 %
Dagbehandling	9	207	216	29 %	25 %
Poliklinisk kontakt	168	38826	38994	36 %	27 %
SUM					
Døgnopphold	1485	1410	2896	30 %	19 %
Oppholdsdøgn	19430	14605	34036	-7 %	-15 %
Dagbehandling	11	411	422	32 %	25 %
Poliklinisk kontakt	8867	137657	146524	65 %	30 %

Døgnopphold betyr at pasienten er innlagt på sykehuset lengre enn 24 timer. **Oppholdsdøgn** betyr liggedager/- det vil si hvor lenge/antall dager pas har vært innlagt på sykehuset.

Tall i tabell 10 viser beregnet kapasitetsbehov for sentralsykehusfunksjoner og DPS.

STHF, PHV, TSB og BUP- dagens kapasitet (antall senger) og matematisk beregnet kapasitet, år 2035			
år 2035	'Sykehus psykiatri'	DPS samlet	Total
PHV og TSB (beregnet antall senger)	57	48	105
BUP (beregnet antall senger)	8	0	8
Sum (senger)			113

5.1. Kapasitetsutvikling

Frem mot 2035 ser vi at nåværende utvikling hva gjelder kapasitet og innhold vil fortsette. Dette handler i vesentlig grad om en fortsatt dreining fra døgn til dag og fra kontorbasert poliklinikk til utadrettet aktivitet. Det vil være et krav om at spesialisthelsetjenesten i økende grad gis der pasienten bor og oppholder seg, i nært samarbeid med fastleger og kommunale tjenester. Denne utviklingen må avstemmes mot befolkningens behov.

6. Psykisk helse fram mot 2035

Utviklingsplanen skal bygge på visjonen om å skape «Pasientens helsetjeneste», hvor kravet til faglig kvalitet, god kapasitetsutnyttelse og pasientsikkerhet er grunnleggende. Pasienten skal få nødvendig informasjon for å kunne ta viktige valg. Pasienten skal involveres i beslutninger som skal tas vedrørende egen undersøkelse og behandling.

Vår organisasjonskultur vil være en viktig faktor for å oppnå målsetningene. Vi må sørge for å ha arenaer som gir rom for fellesskap, involvering, gjensidig informasjon og faglige diskusjoner.

Vi vil:

- Møte utfordringene på nye måter
- Utvikle og ta i bruk nye metoder
- Involvere pasienter, pårørende og medarbeidere i større grad enn i dag
- Sikre en framtidsrettet organisering som understøtter fagområdene

Fremtidig organisering av helsetjeneste

Det er i økende grad krav om spesialisert utredning og behandling. Pasienten vil til enhver tid ønske den høyeste kompetanse tilgjengelig raskest mulig. Det vil bli nødvendig med avklaringer og bevissthet på grad av «spissing» av behandlingstilbud innen spesialitetene versus generalistkompetanse. Det vil være nødvendig med ytterligere avklaring og konkretisering av samarbeid og oppgavefordeling mellom STHF/KPR og kommunene. Klinikken vil jobbe med de overnevnte områder i planperioden.

Alderssammensetting – økning i alderspopulasjonen

Det vil være en vesentlig økning i de eldste eldre (over 80 år) i 2035. Dette vil synliggjøres i ulik grad i våre kommuner. KPR har i dag et sterkt og spisset fagmiljø for målgruppen eldre. Fremtidig dimensjonering av tilbudet og arbeidsform, vil i samarbeid med kommunene utvikles og tilpasses i takt med befolkningens behov.

Nye pasientgrupper inn i psykisk helsevern og TSB

Det er de siste årene gjort endringer i lovtekst og vedtatt nye lover som utfordrer sengekapasiteten.

Domstolen vil sannsynligvis dømme flere til den tidsbegrensede særreaksjonen 'dom til tvungent psykisk helsevern'. Her vektas samfunnsvernet mer enn den individuelle behandlingen av pasienten, og vil kreve kompetanseheving og at våre bygninger er gode nok for å ivareta sikkerheten overfor pasienter, personale og samfunnet. Det må skje en betydelig oppgradering av bygningene og uteområde hvor den «passive sikkerheten» er tatt hensyn til.

Den nye særreaksjonen dom til tidsbegrenset tvungent psykisk helsevern fra minimum 6 måneder til maksimalt 3 år, er en ny pasientgruppe som kan bli særlig utfordrende å behandle. Dette er pasienter som kanskje ikke vil profitere på behandling i institusjon, de er kjennetegnet av gjentatte lovbrudd og «plagsom» atferd. Kravet til samfunnsvernshensyn er ikke vektet like mye for denne gruppen, men det er viktig at Helse Sør Øst har planer for hvor disse skal behandles.

Det er også åpnet for at domstolen kan plassere arrestanter i varetekt i institusjon, se straffeprosessloven § 188. Dette kan representere en betydelig utfordring for eksisterende behandlingsmiljøer, og fordrer en aktiv kontakt med politi, påtalemyndighet og domstol.

Fengselspsykiatrien er i endring og Sykehuset Telemark kan få en områdefunksjon for flere fengsler i vår region. Dette vil måtte medføre en styrkning av fagmiljøet innen retts- sikkerhets- og fengselspsykiatrien. Det bør vurderes om sykehuset skal kunne motta pasienter for judicielle observasjoner i institusjon, iht. § 167 i Straffeprosessloven.

Flyktningeproblematikk - 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 helsesrelaterte utfordringene varierer. Det vil i vår klinikk være ekstra utfordringer knyttet til kompetanse i traumeforståelse og behandling av flyktningepopulasjonen som kommer fra krigsherjede områder. Personer med kort botid i Norge og svake norskferdigheter kan ha store vanskeligheter med å orientere seg i helsesystemet og trenger derfor særlig oppmerksomhet i planlegging av tjenesten de nærmeste årene. Flerkulturell kompetanse i spesialisthelsetjenesten må vektlegges i planperioden.

6.1. Kompetanseutvikling og – utveksling

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling er en lærende organisasjon med kultur og arbeidsmetodikk for kompetanseutvikling og forbedringsarbeid. Vi skal utvikle et fag- og forskningsmiljø som bidrar til et bedre og helhetlig helsetilbud til befolkningen. Kompetanseutvikling og – utveksling bør skje nært det kliniske arbeidet. Det er viktig å ta i bruk metoder og forbedringsverktøy som sikrer praksisnær læring i et tett samarbeid mellom brukere og behandlere. Et sterkt fag- og forskningsmiljø vil bidra til å inspirere medarbeidere til kontinuerlig utvikling av behandlingstilbudet. Et sterkt fagmiljø vil bidra til en attraktiv arbeidsplass og bidra til bedre rekruttering.



6.1.1. FoU virksomhet / aktivitet i klinikken

Fagområdene psykisk helsevern og TSB er forskningssvake områder. Det er behov for forskning knyttet både til behandlingsmetoder og behandlingsutfall, samt forskning knyttet til organisering og samhandling. Samhandlingsforskning vil innebære en mulighet for å trekke med førstelinjen for å øke kunnskapen om effekten av samhandlingsformer.

Klinisk forskning vil være i behov av samarbeid med andre helseforetak, forskningsmiljø/nettverk og innovasjonsmiljøer for å få et tilstrekkelig omfang.

Det skal drives forsknings- utdannings- og forbedringsarbeid. I dette ligger blant annet:

- Minst 1 % av totalbudsjettet til fagområdene psykisk helsevern og TSB er satt av til forskning
- Det bør satses på stipendiatstillinger innen Barn og unge, Psykisk helsevern, TSB
- Helsetjenesteforskning, medforskning, effektstudier på om behandlingen har hatt effekt
- Opparbeide implementeringskompetanse i organisasjonen
- Bidra til utvikling av og sikre implementering av nasjonale faglige retningslinjer
- Brukerkompetansen inngår i planleggingen av forskning og fagutvikling ved klinikken
- Alle fagområdene er representert i forskningsutvalget ved STHF
- Det pågår til enhver tid et PhD-forskningsarbeid i klinikken, og det stimuleres til forskning som kan publiseres i referebaserte tidsskrifter

6.1.2. Felles fagutvikling mellom KPR, kommuner og utdanningsinstitusjoner

Modeller og metoder for gjensidig læring, kompetanseoverføring og felles kompetanseutvikling mellom tjenestenivåene legger til rette for bedre og mer målrettet samhandling og kompetansebygging. Dette reguleres i samarbeidsavtaler. I fremtiden vil vi blant annet styrke følgende:

- Gjensidig veiledning og hospitering på tvers av tjenestenivåene
- Kompetanseutveksling mellom KPR, Kommuner og utdanningsinstitusjoner
- Relevant etter- og videreutdanning
- Lokalbaserte tverrfaglige utdanningsprogram
- Læring ved medisinsk simulering/rollespill, og bruk av nasjonale e-læringsprogrammer
- E-læringsprogram for pasienter og pårørende om diagnose og mestring av egen sykdom

6.1.3. Læring og mestring

Det er et mål at lærings- og mestringstilbud skal inngå i helhetlige tilbud for pasienter, brukere og deres pårørende. Tilbudene bør være både diagnosespesifikke og diagnoseuavhengige, men med fellesnevneren mestring av egen hverdag og livssituasjon. Utvikling av tjenestene innenfor dette fagområdet må skje på både individnivå og tjenestenivå.

6.2. Brukermedvirkning og samvalg

Ut fra visjonen om «pasientens helsetjeneste» og reell brukermedvirkning vil brukerens erfaringskunnskap være et nødvendig supplement til klinisk fagkunnskap. Begrepet samvalg markerer en endring i pasientrollen og pasientens helsetjeneste. Samvalg skal være en integrert metodikk i det å gi god helsehjelp. Mange av de mest virksomme intervensjonene innen psykisk helsevern er kun mulig å få til ved at pasienten deltar aktivt i behandlingen. Bedre digital tilrettelegging for pasienten skal understøtte og styrke den individuelle samvalgsituasjonen.

Ved STHF har vi Brukerutvalg og Ungdomsråd, og det er opprettet et eget brukerkontor som betjenes av pasientorganisasjonene. I KPR har vi etablert stillinger som erfaringskonsulenter som bistår med likemannsarbeidet innen psykisk helsevern, samt et eget Brukerforum.

6.2.1. Pasienten deltar aktivt i behandlingen

- Avklare forventninger og bruke kunnskapsbasert praksis, med mål om en omforent behandlingsplan.

- I alle utrednings- og behandlingsløp bør pasienten få alderstilpasset informasjon og derav muligheten til å påvirke egen behandlingsplan. Både pasient og familie bør presenteres for ulike behandlingsalternativer.
- Innføre pasientnotat (pasienten skriver sitt eget notat) som en del av pasientens journal.
- Journalen er et samarbeidsdokument mellom pasient og behandler og er tilgjengelig for pasienten til enhver tid.

6.2.2. Pårørendeinvolvering

- Ivareta pårørendeperspektivet, et særskilt fokus på barn som pårørende, og sikre veiledning til familien.
- Tilbud til pårørende om informasjon/psykoedukasjon der pasienter ikke ønsker felles samtale
- Det bør vurderes å etablere egne foreldre-erfaringskonsulenter for å bistå foreldre av barn med psykiske vansker
- Det etableres et rådgivende kompetanseforum i Barne- og ungdomspsykiatrien med ungdom som deltakere
- Etablere erfaringskonsulenter/medarbeidere for å styrke erfaringskunnskapen i behandlingen. Erfaringskompetanse bør inn i det polikliniske tilbudet – egne poliklinikkdager/ konsultasjoner med likemenn
- Bruker- og pårørendeperspektivet ivaretas på systemnivå av brukerorganisasjoner

6.2.3. Tilgjengelighet

Tilgjengelighet er viktig for når og hvor pasienten skal velge å motta sin behandling. Klinikken vil arbeide for økt tilgjengelighet gjennom blant annet:

- Utvidet åpningstid for poliklinisk og ambulant virksomhet
- Elektronisk timebestilling og frammøteregistrering
- Nettbaserte tester og behandlingsprogram benyttes
- Arenafleksible tjenestetilbud

6.3. Samhandling og nye arbeidsformer

Overgangsfasen mellom tjenestenivåene i hjelpeapparatet er et risikoområde.

Spesialisthelsetjenesten, kommunene, fastlegene, private institusjoner og privatpraktiserende spesialister innen psykisk helse og TSB er instanser som skal gi koordinerte tjenester uten avbrudd. Det er avgjørende at disse fungerer som en helhet. For å oppnå dette vil klinikken

6.3.1. Styrke og videreutvikle arenafleksible løsninger sammen med samarbeidsparter

- Videreutvikle og sikre akuttambulante funksjoner i barne- og ungdomspsykiatrien
- Etablere samarbeidsmodeller basert på grunnideene fra ACT (Assertive Community Treatment) og/eller FACT (Flexible-ACT) team
- De akutt ambulante tjenestene har tilstedeværelse på Legevakt/ lett tilgjengelig for Legevakt
- De polikliniske tjenestene skal øke sin tilgjengelighet for henvisende instanser
- Felleskonsultasjoner mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, for eksempel i boliger- på sykehjem, på fastlegekontorer
- Elektronisk samhandling/meldingsutveksling mellom behandler og pasient i behandling

6.3.2. Videreutvikle de polikliniske tjenestene

- Sikre kontinuitet i behandlingsforløp, også ved innleggelse i egen klinikk, private institusjoner og hos avtalespesialister
- Sikre effektive og målrettede behandlingsforløp – implementere pakkeforløp
- Arbeid / aktivitet som en integrert del av behandlingen
- Særskilt kompetanse – vurdere spissing av enkelte deler av behandlingstilbudet (behandlingsmetodikk og tilbud)/ spesialiserte team – for behandling av enkeltlidelser

6.3.3. Utvikling av digitale løsninger

Klinikken ønsker å bruke teknologien på en resultatrettet måte, – dette kan gjøres sammen med kommuner og pasienter/ brukere. Digitale løsninger vil være et hjelpemiddel for effektivisering, systematisering og dokumentasjon av samhandling. For at dette kan bli en realitet, må vi sikre IKT kompetanse i klinikken. Det bør utarbeides en strategi i klinikken for bruk av digitale verktøy. Digitale verktøy gir mulighet til:

- Strukturert tilbakemelding fra mottakerne av våre tjenester
- Standardisering og versjonshåndtering
- Se utvikling/ trender over tid
- Grunnlag for beslutninger og forbedringsarbeid
- Forskning og samforskning basert på større mengder av standardiserte og strukturerte data
- Selvhjelpsprogrammer
- E terapi - spesialister tilgjengelig for pasienter på digitale plattformer (velferdsteknologi)
- Elektronisk dialog med kommunale hjelpeapparat og fastleger (dialog meldinger)
- Mulighet for digital egensøknad og selvrappotering på ulike scoringsverktøy

6.3.4. Styrket samarbeid internt i sykehuset og sykehusområdet

I planperioden må man i større grad utvikle og samordne tjenestetilbudet i sykehusområdet. Aktuelle oppgavefordelinger må identifiseres, vurderes

- Videreutvikle veiledningstjenester mellom somatikk og psykiatri/TSB
- Utrede mulighet for samarbeid om etablering av spesialpoliklinikker(Raskere tilbake, nevropsykologiske tjenester, OCD, spiseforstyrrelser, stemningslidelser) innen sykehusområdet
- Utrede mulig funksjonsdeling innen døgnbehandlingstilbud der det gir kvalitativt bedre behandlingstilbud
- Samarbeid om kritisk kompetanse innen sykehusområdet

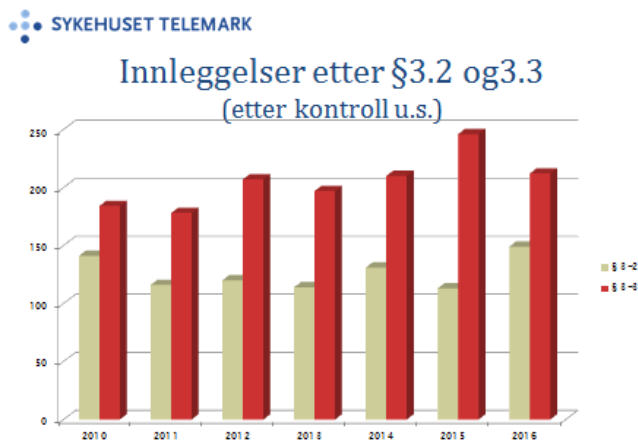
6.4. Tvang

Det overordnede prinsippet for all helsehjelp er at den skal bygge på et frivillig informert samtykke. Dette kravet er forankret både i nasjonal lovgivning og i internasjonale menneskerettigheter. Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra prinsippet om at behandling er frivillig

Det har det siste året skjedd en rekke endringer i lovverket (Psykisk helsevernloven/Straffeloven – sivilpsykiatri og strafferettspsykiatri) med sannsynlige konsekvenser for bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Ved lov av 10. februar 2017 ble det gjort endringer i psykisk helsevernloven for å øke pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet. Av særlig betydning er endringer som gir pasienter

med samtykkekompetanse rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet, dersom det ikke foreligger fare for eget liv eller andres liv og helse.

Klinikken har i flere år hatt fokus på riktig og redusert bruk av tvang og det er gjennomført flere tiltak rettet mot dette. Samlet sett må vi konkludere med at vi har sett små endringer i bruken av tvang i Telemark i perioden 2010- 2016. Resultatene viser at antall tvangsinnleggelseser ikke er redusert i perioden, se figur 1.



Lokal strategi for mer frivillighet og riktig bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Telemark ble revidert og ferdigstilt i desember 2017. Tiltak som retter seg mot tvangsbruk kan settes inn ulike steder/faser i pasientforløpet. Prinsippet om høy kompetanse i front bør etterleves for å sikre riktige vurderinger. Personalet må ha kompetanse innen forebygging og mestring av aggresjon og vold.

Gode virkemidlene for å redusere tvang vil være:

- Utadrettet virksomhet, samhandling med kommunene – der folk bor, understøtte kommunale tiltak
- Akutt Ambulant team (AAT), Flexible-ACT (F-ACT), Assertive Community Treatment (ACT), Brukerstyrte senger, tidlig innsats/intervensjon, tiltak av mindre inngripende karakter, Kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser)
- Systematisk innføring av alternative metoder til tvang, herunder medisinfrie behandlingstilbud, brukerstyrt behandlingstilbud, individuelle planer, inkl. kriseplaner.

Disse områdene vil vektlegges i planperioden

- Et mer forpliktende samarbeid og samhandling på tvers av forvaltningsnivåer, inkludert fastleger og legevakt. Samarbeidsavtalene må konkretiseres i forhold til oppgavefordeling rettet mot ulike målgrupper og målsettinger.
- Det knyttes kontakt mot aktuelle forskningsmiljøer som omhandler bruk av tvang, for eksempel ved deltakelse i Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet
- Kompetanseheving og undervisning i temaer som frivillighet i behandling, mestringsfremmende metoder, lavterskeltenkning, menneskerettigheter, etikk, nye lovbestemmelser

- Verdige og skånsomme transportordninger – jf. Erfaringer fra prosjektet Verdig Vei Videre – transport av akutt psykisk syke
- Riktig og konsekvent dataregistrering
- Utvikle og implementere metoder for redusert bruk av tvang. (medisinsk simulering)

Blant klinikere er det konsensus om at noen tilstander bør eller må behandles på tvang initialt. Dette gjelder alvorlige sinnslidelser med fare for vold, maniske psykoser, psykoser med imperative stemmer om selvmord/drap og vold, alvorlige depresjoner med psykotiske symptomer og selvmordsatferd med sterk angst/ håpløshet/agitasjon der man vurderer at det foreligger en alvorlig sinnslidelse.

Pasienter med psykoselidelser utgjør den største gruppen med tvangsinnleggelse, tvangsmedisineringsvedtak og bruk av tvangsmidler. Ikke-optimal behandling er en viktig årsak til dette.

- Redusere tvangsbruk ved å gi tidlig og riktig behandling
- Tidlig intervensjon ved psykoser, og kunnskapsbasert oppfølging av pasienter med allerede etablerte psykosediagnoser utenfor sykehus

6.5. Standardiserte pasientforløp

Regjeringen vil innføre pakkeforløp for psykisk helse og rusavhengige i løpet av 2018. Pakkeforløp for psykisk helse og rus 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 ivarett.

Pakkeforløp vil sikre sammenhengende og koordinerte pasientforløp som er individuelt tilpasset.

6.6. Behandlingseffekt

Psykisk helsevern er et fagområde med svak tradisjon for fortløpende å måle effekten av tjenestetilbudet. Det er tvil om de eksisterende indikatorene viser et godt bilde av helsetjenestens kvalitet, men noen effektmål er etablert og det finnes validerte verktøy som kan tas i bruk. Vårt fagmiljø skal dokumentere resultater av egen praksis sammen med utvikling av et bedre indikatorsett.

Om bruk av verktøy i utredning, behandling og evaluering

Utvikling innen teknologi og nettsikkerhet vil gi muligheter for å innovere arbeidsmetoder og tjenester vi i dag ikke kan forutse. Utfordringen blir å ta i bruk mulighetene når de kommer, ikke vente til «en må». Parallelt med innføring av digitale verktøy må det være en våkenhet rundt bruken av verktøyene, slik at det ikke fører til fremmedgjøring. Digitale verktøy er ikke målet, men et middel i en behandleres portefølje.

- Verktøy for utredning, behandling og evaluering må velges i henhold til målet de skal betjene og bør baseres på tilgjengelig forskning
- Biologiske markører antas å få større betydning i utredning og valg av riktig behandling
- Ansvar og forvaltning av digital satsing må være klart plassert i klinikken. Standardisering, opplæring, oppdatering, monitorering og evaluering er viktige oppgaver

Effekt av behandlingen

- Måling av effekt skal være en selvfølgelig del av et behandlingsforløp i poliklinikk og døgnsesjon. Måling må være løpende slik at pasient og behandler kan gjøre endringer i behandlingen ved behov
- Evalueringer skal benyttes i utvikling og forbedringsarbeid.
- Økt bruk av pakkeforløp der effektmåling inngår

Brukertilfredshet

Brukertilfredshet må være en selvfølgelig del av vår virksomhet. Dette skal brukes til kontinuerlig å forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet.

- Det avholdes jevnlig evalueringsmøter/digital pasientevaluering med pasienten/pårørende gjennom hele behandlingsforløpet, og etter endt behandling
- Det etableres et eget system for tilbakemelding fra pårørende

6.7. Rusbehandling fram mot 2035

Sykehuset Telemark HF bør innen 2035 etablere et helhetlig behandlingstilbud for TSB i samarbeid med Helse Sør-øst RH sine avtalepartnere.

- Sykehuset Telemark skal ha et lokalbasert døgntilbud med høy medisinsk kompetanse på avrusning og utredning av alle aldersgrupper, inkludert unge
- Sykehuset Telemark HF bør vurdere 'en dør inn' for pasienter i rusrelaterte kriser
- Pasienter med behov for helsehjelp fra både somatikk, psykiatri og TSB vil få tilrettelagt behandlingsforløp som ivaretar dette
- Ved pakkeforløp TSB utnevnes forløpskoordinatorer i poliklinikk
- All elektiv behandling starter og slutter i poliklinikk. Elektive pasientforløp skal utformes i samarbeid med pasient, innsøkende kommune og utredningsarbeid skal fordeles mellom de ulike tjenestenivåene. Man vil etterstrebe bruk av felles utredningsverktøy med vekt på nasjonale anbefalinger.
- TSB vil inngå et aktivt samarbeid med brukerorganisasjoner innen rusfeltet

6.8. Barn og unge

Barns psykiske helse utvikles i samspillet mellom barna og det miljøet de vokser opp i. Dette samspillet og tilknytningen til omsorgspersonene er essensielt for utvikling av god psykisk helse. Utviklingen bør gå i retning av en mer utadrettet og samhandlende behandlingsprofil.

Klinikken vil:

- Ha fokus på familien som en helhet
- Tilby forebyggende hjelp og tidlig intervensjon
- Identifisere kommende foreldre i risikogrupper – fokus på foreldrefunksjonen i samarbeid med kommunene
- Følge opp familiemedlem som en del av pasientforløpet
- Gi alderstilpasset behandling og informasjon
- Tilstrebe gjensidig veiledning og formidling av kompetanse mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale virksomheter.

6.8.1. Rus

- Etablere tverrfaglig spesialisert behandling for ungdommer med rusproblemer som en helhetlig tjeneste

6.8.2. Overganger mellom ulike virksomheter og forvaltningsnivå

Overganger innebærer overføring av behandlingsansvar internt på sykehuset og mellom sykehus og kommunal/privat oppfølging.

- Tilstrebe et bedre samarbeid mellom Psykisk helsevern for barn og unge og Psykisk helsevern for voksne, samt mer sømløse overganger mellom psykisk helsevern og somatiske tjenestetilbud.
- Etablere flere samarbeidsarenaer/møtepunkter, hvor man drøfter felles saker, varsler overganger og initierer samarbeid

6.8.3. Akutte tjenester/ Øyeblikkelig hjelp

Barn og unge som trenger akutt helsehjelp ivaretas best av personell med kompetanse og erfaring med pasientgruppen under 18 år, med tilhørende fagkunnskap om lovverk og retningslinjer for behandling.

- Videreutvikle og sikre akuttambulante funksjoner i Barne- og ungdomspsykiatrien