

The image features two hands, one in the upper left and one in the lower right, reaching towards each other. The background is a gradient of teal and light blue. The text is positioned in the upper right and lower left areas.

Norsk psykiatrisk forening

Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010–2015

*«Mennesker som
hjelper mennesker»*

OMSLAGSDESIGN: Morten Hernæs, 07 Aurskog AS
FORSIDEFOTO: Olaru Radian-Alexandru
DESIGN/OMBREKNING: Morten Hernæs, 07 Aurskog AS
TRYKK: 07 Aurskog AS

«Mennesker som hjelper mennesker»

UTVIKLINGSPLAN FOR
NORSK PSYKIATRISK FORENING
2010–2015



«Mennesker som hjelper mennesker».

Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010–2015 erstatter Norsk psykiatrisk forenings Generalplan fra 2002. Den viktigste endringen er den som signaliseres gjennom navneskiftet. Utviklingsplanen søker å vise en vei inn i en bedre framtid for hele norsk psykisk helsevern, og den delen av dette som benevnes psykiatri. Planen trekker opp viktige utviklingslinjer for fremtidens psykiatri, og er på den måten like mye et samfunnspolitisk som fagpolitisk som faglig dokument.

Psykiatriens viktigste ressurs er menneskene som arbeider der. Psykiatriens viktigste virkemiddel er gjennom den menneskelige relasjonen. Planen anviser derfor minimumsstandard for bemanning, en bemanning som må inneha visse grunnleggende faglige kvalifikasjoner. Vi utfordrer våre politikere på dette punktet, og ber dem være mer konkrete og mer forpliktende i sine planer. Kapasitet og kvalitet går hånd i hånd, og planen gir konkrete anvisninger på hvordan begge disse aspekter må utvikles for å få et godt tjenestetilbud.

Vi legger også vekt på kvalitetsaspekter og kvalitetsmåling og vi utfordrer myndighetene i forhold til dette. Vi understreker at dagens rapporteringssystemer er utilfredsstillende sett fra den faglige kliniske siden: å bli målt på antall konsultasjoner uten samtidig å bli målt på behandlingsresultater er i beste fall meningsløst. Utviklingsplanen vektlegger derfor at vi i framtidens helsevesen, framtidens psykiatri, må måle resultater og ikke bare timer og kroner.

Utviklingsplan for norsk psykiatri inneholder en egen plan for «Økt frivillighet i behandlingen». Det viktigste tiltaket for å oppnå økt frivillighet er tidlig intervensjon, dvs lav terskel, slik at man får hjelp før lidelsen er blitt for alvorlig. Farlighet oppstår først når mennesker med psykiske plager har gått lenge uten å få hjelp, og alvorligst er dette når noen utvikler en psykose for første gang. Planen anviser tiltak som kan bevirke en positiv utvikling også i så måte.

Psykiatere vil i også i årene som kommer være sentrale i psykiatrien, og i psykisk helsevern. Vårt mål er å lindre psykisk smerte knyttet til psykiske lidelser. Årlig behandles over 100 000 mennesker i norsk psykiatri, og nesten alle får god hjelp og kommer tilbake til normal fungering i familie og samfunnsliv. Likevel er der en liten prosent som vi ennå ikke makter å hjelpe slik vi gjerne ville; vi mangler metoder, og noen ganger mangler pasienten motivasjon for å gå inn i en kanskje årelang behandling. Det foreliggende dokumentet understreker behovet for videre fag- og metodeutvikling, bl.a gjennom en økning i forskningsinnsatsen i norsk psykiatri. Også her anvises konkrete mål.

Utviklingsplanen er et politisk og et faglig dokument som setter nye og høyere mål for norsk psykiatri.

Jan Olav Johannessen

Leder

Norsk psykiatrisk forening

Innhold

1 Sammenheng	5
2 Innledning	10
2.1 Mandat	10
2.2 Arbeidet med Utviklingsplanen	10
2.3 Noen viktige momenter	11
3 Utfordringer for fagområdet psykiatri	12
3.1 Definisjon av fagområdet psykiatri	12
3.2 Forekomst av psykiske lidelser og behov for tjenester	12
3.3 Noen samfunnsendringer som kan virke inn på behov for og bruk av tjenester	13
4 Endrede rammer for psykisk helsevern	14
4.1 Kvalitet, prioritering og finansiering	14
4.2 Fastleggeordningen og andre endringer i primærhelsetjenesten	15
4.3 Rekruttering	16
4.4 Grenspesialisering og fordypningsområder	18
4.5 Kvalitet krever tid og individuell tilpasning	18
4.6 Helseforetak og statlig overtakelse av spesialisthelsetjenestene	19
4.7 Ledelse i sykehus	19
4.8 Fritt sykehusvalg	20
4.9 Opptrappingsplanen for psykisk helse	20
4.10 Utviklingen av informasjon og kommunikasjonsteknologi (IKT)	21
5 Forskning	22
5.1 Evidensbasert fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning	22
5.2 Forskning som en del av det kliniske miljø	23
5.3 Noen viktige forskningsområder som bør prioriteres	23
5.4 Mangel på spesialister med forskerkompetanse	24
6 Endringer i fagområdet psykiatri og klinisk praksis	25
6.1 Forventede endringer i fag og kompetanse	25
6.2 Bruk av kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsplaner	25
6.3 Endringer i behandlingsmetoder	25
6.4 Økt vekt på samarbeid med pasienter og pårørende	26
6.5 Tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsevern	26
6.6 Prioritering av levedyktige fagmiljøer	27
6.7 Prioritering mellom pasientgrupper	27
7 Handlingsplan for økt frivillighet i behandlingen	28
8 Organisering, dimensjonering og normering av psykisk helsevern	31
8.1 Distriktskykiatriske sentre (DPS)	31
8.2 Spesialister i avtalepraksis og i praksis uten driftsavtale	32
8.3 Sykehusfunksjoner	33
8.4 Regionale og nasjonale høyspesialiserte funksjoner	37
9 Offentlige publikasjoner og annen litteratur	39

Den første del av sammendraget inneholder overordnede prinsipielle momenter. Deretter kommer sammendrag fra de enkelte kapitler i planen.

- Norsk psykiatrisk forenings faglige opptrappingsplan for psykiatri vektlegger et kvalitetsbasert psykisk helsevern, med tydelige krav til innhold på de helsetjenester som tilbys befolkningen. Helsetjenestene må dimensjoneres slik at folk får adekvat hjelp når de trenger det og der de trenger det.
- Forebygging og tidlig intervensjon for alle psykiske lidelser må bli et hovedfokus både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i de neste fem år.
- Arbeidet med folkeopplysning om psykisk helse skal styrkes og videreføres, i et aktivt antistigmaperspektiv. Informasjonsarbeidet spesielt rettet mot ungdom, studenter og innvandrere skal prioriteres.
- Kunnskap om transkulturell psykiatri må finnes på alle psykiatriske behandlingssteder.
- Det er viktig å utbre forståelsen av hvor sammensatte psykiske lidelser er, slik at alle samfunnsarenaer ser sitt ansvar. Spesielt må det arbeides for at alle mennesker med en psykisk sykdom som ønsker å arbeide får en reell mulighet til dette på lik linje med alle andre i samfunnet.
- God psykiatrisk behandling har som grunnleggende forutsetning aktiv deltagelse fra pasient og pårørende, med økt selvstendighet som mål. Pårørende bør derfor som en hovedregel bli invitert til felles samtale.
- Behandlingstilbudet på sykehusnivå må i større grad spesialiseres og utvides slik at alle sykdomsgrupper har et reelt spesialisttilbud. Det gjelder også dem med langvarige plager som er i behov av revurdering av sin tilstand og behandling. Disse avdelingene vil ha et spesielt ansvar for utvikling av nye behandlingsmetoder i samarbeid med forskningsmiljøene.
- Bruk av tvang skal reduseres. Psykiatritilbudet i Norge må dimensjoneres og utformes slik at behandlingen i størst mulig grad bygger på frivillighet. Alle akuttavdelinger bør sette seg mål for reduksjon av tvangsinnleggelser og bruk av tvang.
- Det psykiatriske akutt-tilbudet må gjennomgås. Lav terskel og lett tilgjengelighet til psykiatriske spesialisttjenester både poliklinisk og i døgnavdeling må sikres.
- Bevilgningene til forskning må umiddelbart dobles. Innen fem år må 20 % av bevilgete forskningsmidler

innen helse gå til psykisk helse. Antall doktorgrader blant leger i psykiatrien må økes med 50 %.

- Universitetsmiljøene og de frie psykoterapi-instituttene utfordres på bedre integrering av den bio-psyko-sosiale modell i sin virksomhet.
- De neste 5 årene bør det opprettes 400 nye spesialiststillinger i psykiatri. De fleste bør være overlegestillinger i helseforetak, en mindre andel bør være 20 % avtalehjemler knyttet til disse og til stillinger for universitetslærere.
- Alle spesialister må holde seg oppdatert innen spesialiteten. Foretakene må i større grad gjøres økonomisk ansvarlig for dette. Alle spesialister må gis anledning til å ha et eget fordypingsområde innen faget. Npff vil ta initiativ til beskrivelse av minstekrav til videre- og etterutdanning for spesialister innenfor de ulike fordypningsområdene.
- Rekruttering av leger til psykisk helsevern må styrkes. Det må lages en plan for rekruttering i samarbeid med legeforeningen, universitetene og helseforetakene.
- Samarbeid med allmennlegene skal styrkes. Norsk psykiatrisk forening ønsker å samarbeide med Norsk forening for allmenntmedisin om en psykiatrisk kunnskapsmodul for fastleger. Fortsatt satsing på sykehus-tjeneste i psykiatri i «nybegynnerstillinger» (tidligere turnustjeneste) for alle leger kan være ett bidrag til dette.
- Npff vil arbeide for fornyelse og samling av de psykiatriske sykehusavdelinger i hvert helseforetak og samlokalisering av psykiatri og somatikk.
- Det må etableres en forpliktende sentral norm for minimumsbemanning i de ulike deler av psykisk helsevern.
- Samarbeidet med de andre yrkesgruppene og med brukerorganisasjonene må videreføres og styrkes. Npff vil ta initiativ til at det avholdes minst en årlig samling på ledernivå mellom aktuelle organisasjoner.

Grunnlaget for god behandling:

All god psykiatrisk behandling innebærer et møte mellom mennesker – mellom pasient og behandler. Krav om effektivisering legger press på den enkelte behandler og pasient, og på relasjonen mellom behandler og pasient. God behandling forutsetter tid og kontinuitet, både i behandlingsskjeden og i de personlige relasjonene.

Fremdeles er det myter og fordommer om mennesker med psykiske lidelser, behandlere og behandling. Pasienter, pårørende og fagfolk står sammen om å bygge ned slike fordommer, sikre pasientene god behandling og møte de pårørende på en verdig måte. Dette er vesentlig for både primær, sekundær og tertiær forebygging. De siste tiårene har det skjedd en viktig bevisstgjøring om betydningen av brukermedvirkning innen helsetjenestene også i den alminnelige offentlighet. De lovfestede pasientrettigheter og pårørendes rett til medinnflytelse må føre til reell brukerinnsflytelse og faktiske endringer i holdninger.

SAMMENDRAG KAPITTEL 3:

Utfordringer innen fagområdet psykiatri

- WHO angir psykiske og rusrelaterte lidelser blant de viktigste lidelser på verdensbasis, både i omfang og utbredelse, sykelighet, dødelighet, lidelse for pasientene, byrde for pårørende og kostnader for samfunnet. Forebygging og behandling av psykiske lidelser må derfor ha høyeste prioritet. Helseforetakenes ansvar for forebygging må tydeliggjøres gjennom forpliktende formuleringer i bestillerdokumentet fra Helsedepartementet.
- Den bio-psyko-sosiale modell ligger til grunn for det psykiatriske fagområdet. Den må tydeliggjøres i debatten med andre faggrupper fordi den er viktig for en integrerende forståelse av den komplekse kunnskapen som moderne psykiatrisk forskning frembringer.
- Meningsfull sysselsetting er avgjørende for menneskenes psykiske helse og velferd. Det må vektlegges og ansvarsfestes ordninger for meningsfull studiemessig og yrkesmessig rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser.
- Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester må bedres. Unge mennesker som utvikler psykoselidelser, spiseforstyrrelser, selvskadning og alvorlig depresjon må i dag vente altfor lenge før de får kvalifisert hjelp i spesialisthelsetjenesten. Forskning har vist at «timing» av behandlingen er like viktig for prognosen som kvaliteten på selve behandlingen. Tiden fra alvorlig psykisk sykdom inntreffer til behandling gis, må forkortes dramatisk.
- Alle helseforetak må pålegges å etablere tjenester for tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse hos unge.

- Norsk psykiatrisk forening ønsker at ungdommer skal få enda bedre tilgjengelighet og tilknytning til helsetjenesten, representert ved fastlegen sin. Det bør settes i verk forsøksvirksomhet på dette feltet. Npf mener at det bør vurderes f.eks å invitere 15-åringene i et område til kontaktetablerende samtale. I et slikt forsøk vil det bli avklart om dette bidrar til å senke barrierene for å søke hjelp, slik Npf tror.
- Behandlingstilbudet til ulike diagnostiske grupper må beskrives og kvalitetssikres. Det må utarbeides forpliktende og veiledende nasjonale utrednings- og behandlingslinjer for de hyppigst forekommende og mest alvorlige psykiatriske lidelsene. Spesialbehandling for mennesker med psykose, alvorlig affektiv lidelse, personlighetsforstyrrelse, selvskadning og spiseforstyrrelse må finnes i alle de fire helseregionene og være dimensjonert for befolkningsstørrelsen.
- Forebygging av selvmord og voldshendelser er en av de største utfordringene psykisk helsevern står overfor. Vi vet at risikoen for suicid og vold kan reduseres i betydelig grad ved tidlig og adekvat behandling av alvorlig psykisk lidelse hos unge. Når lidelsen behandles, reduseres risikoen til nær gjennomsnittet i befolkningen.
- Psykiatriske helsetjenester må tilpasses et samfunn med stadige endringer, som økende arbeidsuførhet, økende rusmisbruk, og økende mangfold av kulturer.

SAMMENDRAG KAPITTEL 4:

Endrede rammer for psykisk helsevern

- Etter at opptrappingsplanen er over, er det viktig med en fortsatt beskyttelse av midler til psykiatrien gjennom øremerking av tilskudd. Økonomiske og faglige ressurser må ikke tas fra psykiatri til somatikk.
- De neste 5 årene må det opprettes 400 nye spesialiststillinger i psykiatri. De fleste bør være overlegestillinger i helseforetak, en mindre andel bør være 20 % avtalehjemler knyttet til disse og til stillinger for universitetslærere.
- Det allmennpsykiatriske tilbudet må kvalitetssikres ved at andelen leger styrkes i forhold til andre ansatte.
- På alle nivåer – både i sykehusavdelinger og ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) – er sterke og levedyktige fagmiljøer en forutsetning for kompetansebygging og kvalitet på tjenestene. Når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten, må de utredes av spesialister, som har kompetanse i diagnostikk og gjennomføring av egnet behandlingstilbud.

- Det må utvikles og tas i bruk nasjonale kvalitetsmål, kvalitetsindikatorer og måltall som måler kvalitet i form av tilfredshet og bedring i pasientens tilstand og funksjon (resultatmål), framfor rene kvantitative produksjonstall. De enkelte helseforetak må kjenne sine behandlingsresultater. Behandlingsresultatene må være offentlig tilgjengelige.
- Psykiatrien skal ha et aktivt samarbeidsforhold med fastlegene og psykisk helsearbeid i kommunene. Psykologtjenester i kommunene og psykiatrisk hjemmesykepleie må samordnes innen rammen av fastlegeordningen slik at vi ikke får flere parallelle helsetjenestetilbud i kommunene.
- All virksomhet innen psykisk helsevern må ledes og organiseres reelt medisinsk forsvarlig med klare ansvarsforhold. Psykiatere bør lede klinisk virksomhet. Medisinsk-faglig ansvarslinje må tydeliggjøres. Sluttansvaret for medisinsk-faglige beslutninger må alltid ligge hos avdelingsoverlege.
- Stillingsbetegnelsen «medisinsk-faglig rådgiver» gir lite mening, den gir uklare ansvarsforhold og må erstattes med stillingsbetegnelser som avdelingsoverlege eller sjeflege. Myndighet må følge ansvar, og framgå av stillingsinstruks.
- Foretakene må bygge opp tydelig kompetanse i flerkulturell psykiatri og det bør lages en databaseoversikt over språk- og kulturkunnskap blant psykiatere. Denne kompetanse må tydeliggjøres i helseforetakenes bestillerdokumenter.
- Kommunikasjonsferdighetene hos alt helsepersonell må styrkes. Norsk kunnskap hos alle leger/helsepersonell som ikke har norsk som sitt første språk, må sikres. Alle leger som ikke har norsk som første språk bør lage en utviklingsplan for sin kompetanse i norsk språk og samfunnskultur. Denne bør støttes økonomisk av helseforetakene. Fadderordning er et godt tiltak for å sikre gode norskkunnskaper.
- Det bør åpnes for deltids avtalehjemler (20 %) tilknyttet stillinger for psykiatere i foretakene i det offentlige psykiske helsevern og ved universitetene. Slik kan behandlingsskapiteten økes, og tilbudet om kvalifisert psykoterapi utvides og spres utenfor de mest tettbygde strøk. Psykiatere i sykehus, DPS og universiteter kan vedlikeholde kliniske ferdigheter og få anledning til mer sammenhengende pasientkontakt og utøvelse av psykoterapi. Dette vil bedre rekrutteringen til overlegetillinger i det offentlige helsevesenet.
- Det er ønskelig at alle spesialister har et fordypnings-

område. Slik faget psykiatri utvikler seg, vil det ikke være mulig å ha spisskompetanse på alle områder eller fylle rollene som kliniker, leder og forsker samtidig.

- Forholdet til legemiddelindustrien må reguleres tydeligere. I stedet for å basere seg på besøk fra industriens konsulenter, mener Npf at informasjon om nye legemidler må være et offentlig ansvar. Slik undervisning må ansvarsfestes i universitets- og høgskolesystemene, og disse må sammen med foretakene gis økonomiske muligheter til å utføre denne oppgaven minst på samme nivå som industrien i dag bruker, f. eks ved at man iligger legemiddelomsetningen en avgift på 1 % øremerket til slik undervisning.
- Følgende IKT-tiltak bør prioriteres:
 - 1) Fullverdig tilgang til internett for alt helsepersonell.
 - 2) Opplæring i hvordan man skal finne og bruke kunnskap.
 - 3) IKT i aktiv bruk ved kunnskapsoverføring til første-linjetjenesten.
 - 4) Videreutvikling av Helsebiblioteket.
 - 5) Etablering av en nasjonal «testbase», hvor de viktigste psykologiske testverktøy gjøres tilgjengelig for alle norske helsearbeidere.
 - 6) Automatisert registrering av kvalitetsindikatorer og resultatindikatorer i de pasientadministrative systemene.

SAMMENDRAG KAPITTEL 5:

Forskning

- Psykiatrisk forskning trengs for å øke kunnskapen om forekomst av psykiske lidelser, bruk av helsetjenester, udekkede behov, hvordan lidelsene oppstår og utvikles, hvordan ulike behandlinger virker og hvilke behandlingsresultater vi oppnår. Derved kan forebygging og behandling målrettes bedre.
- Behandling og omsorg på alle tjenestenivåer må bygge på kunnskap som er forankret i forskning og systematisk metodeutvikling. Nye metoder må kvalitetssikres ved systematisk evaluering.
- En større andel av nasjonale og regionale forskningsmidler må gå til psykiatri. Npf går inn for at 20 % av de bevilgede forskningsmidler innen helse går til psykisk helse.
- Alle psykiatere bør ha grunnleggende forskningserfaring og forskningskompetanse. Alle kliniske avdelinger må bygge opp forskningsaktivitet innenfor eget arbeidsfelt. Det må utarbeides retningslinjer for dobbeltløp: spesialistgodkjenning og doktorgrad samtidig.

- Alle de store fagområdene i psykiatrien bør ha sentrale forskningsmiljøer med base i universitetene og universitetsklinikkene.
- Epidemiologisk forskning samt forskning på oppnådde behandlingsresultater bør styrkes da vi fortsatt vet for lite om de endringer som skjer, og for bedre å kunne sette inn målrettede forebyggende tiltak. Det er også viktig å forske på bruk av tjenester og udekkede behov. Økt kvalitet på registrering og innsamling av nasjonale data er en forutsetning for dette.
- Npfs vil spesielt understreke behovet for forskning på alternativer til tvang i behandlingen.
- Det må legges til rette for økt deltagelse i internasjonalt forskningssamarbeid, både ved felles databaser og studier, men også i form av hospitering.
- Andelen spesialister i psykiatri med doktorgrad må økes til samme nivå som de andre store spesialiteter. Dette vil kreve stor innsats fra myndigheter og universiteter, men vil gi økt kvalitet i pasientbehandlingen.

SAMMENDRAG KAPITTEL 6:

Endringer i fagområdet psykiatri og klinisk praksis

- Psykiatere har ut fra sin brede kompetanse innen naturvitenskapelige og humanistiske fagfelt en særlig forutsetning og et særlig ansvar for å integrere kunnskaper fra mange felt i en helhetlig vurdering og behandling som ivaretar pasienten og sikrer et best mulig faglig tilbud.
- Utredning og behandling må bygge på de grunnleggende verdier og ferdigheter som ligger i en god relasjon og samarbeidsallianse mellom behandler og pasient.
- De siste årene er det fra både fagfolk og helsemyndigheter lagt større vekt på at pasienter og pårørende skal ha innflytelse på beslutninger og tilbud som angår dem. Det gjelder også pasienter med annen kulturbakgrunn. Norsk psykiatrisk forening erkjenner betydningen av det arbeid pasienter og pårørende har gjort og gjør for dette, og vil medvirke til de nødvendige endringer i holdninger og praksis.
- Faglige nøkkelmiljøer må sikres og utvikles slik at de er gode utdanningssteder og støtte for andre fagmiljøer i deres utvikling.
- Behandlingsveiledere og retningslinjer er viktige hjelpemidler og må brukes aktivt, men med klinisk skjønn. Effekten av behandlingen må evalueres bedre og mer regelmessig enn det gjøres i dag.
- God og rask utredning også for dem med lettere og moderate lidelser, legger grunnlag for behandling som fak-

tisk virker. Effektiv behandling virker forebyggende for pasienten og de nærmeste, både på kort sikt, på lengre sikt og for senere generasjoner.

SAMMENDRAG KAPITTEL 7:

Handlingsplan for økt frivillighet i behandlingen

- Npfs «Handlingsplan for økt frivillighet i behandlingen» for perioden 2010–2015 vektlegger tiltak som skal øke graden av frivillig behandling. Tilgjengelighet av tjenestene, tilstrekkelig bemanning samt kvalifisering av personalet er viktige faktorer i denne sammenheng. Det må utarbeides basiskrav til utdanning for alle som kan komme til å håndtere ufrivillig innleggelse eller behandling.
- Alle helseforetak bør ha lokale årlige seminarer om menneskerettigheter og analyse av egen bruk av tvang. Seminaret må vektlegge deltagelse fra pårørende og pasienter.
- Npfs vil arbeide for å beholde *behandlingskriteriet* og redusere bruken av *farekriteriet*. Vi betrakter farekriteriet som stigmatiserende og mener det er uetisk om dette blir det eneste tilleggs-kriteriet. Forskning viser at farlighet er knyttet til ubehandlet psykose. Målsettingen må være å komme til med behandling før farlighet utvikler seg. Mennesker med psykiske lidelser er i utgangspunktet ikke farligere enn andre. Farligheten er knyttet til ubehandlet/utilstrekkelig behandlet lidelse.
- En særlig utfordring innen psykisk helsevern er behandling av mennesker mot deres vilje. Opinionsundersøkelser viser at muligheten for slike tiltak er noe befolkningen ser på som et nødvendig onde. Men det må skilles tydelig mellom psykiatriens behandlingsoppdrag og samfunnets behov for vern mot uønsket atferd.
- Npfs vil støtte innføring av «det psykologiske prinsipp» i strafferetten der også personer med stabil psykoselidelse kan holdes ansvarlig for sine handlinger dersom handlingen ikke har direkte sammenheng med innholdet i psykosen.
- Norsk psykiatrisk forening vil advare mot reduksjonen i antallet døgnplasser som fører til det uverdige forhold at psykisk syke må oppbevares i fengsel. Vi forventer at myndighetene tar initiativ til å rette opp disse forhold, som strider mot menneskerettighetene.

SAMMENDRAG KAPITTEL 8:

Organisering og dimensjonering av psykisk helsevern

- Videreutvikling av det psykiatriske behandlingstilbudet er en prioritert oppgave i de neste 5 år. Spesialisthelse-

- tjenesten må sikres nødvendige ressurser for å dekke sin del av oppgavene ved at nye midler tilføres årlig.
- Antall spesialister i psykiatri må økes betydelig. En behandlingseenhet må ha minst 2 spesialister. Spesialistdekningen ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) må økes slik at tjenesten blir en reell tverrfaglig spesialisthelsetjeneste, slik Riksrevisjonen har påpekt.
 - Det må straks innføres en nasjonal standard for bemanning av DPS. Denne standard må inkludere alle faggrupper som har sitt virke innenfor et tverrfaglig miljø.
 - Planer og drift av tjenester, både nasjonalt, regionalt og i opptaksområdet for det enkelte helseforetak, bør bygge på all tilgjengelig kunnskap og informasjon. Det bør innføres en offentlig «revisjonsordning» hvor kvaliteten på psykiatritjenestene i det enkelte helseforetak vurderes og karaktersettes i forhold til en omforent nasjonal standard.
 - Hvilket tilbud den enkelte pasient skal få, kan ikke avgjøres av diagnosen alene. Vurderingen må bygge på flerdimensjonal utredning der pasientens ressurser og ønsker tillegges stor vekt. I hvilken del av spesialisthelsetjenesten dette skjer, avhenger av tilgjengelig fagkompetanse og må være gjenstand for samarbeid innad i tjenesten.
 - Alle helseforetak må få en egen forsknings- og utviklingsenhet som skal stimulere til forskning og fagutvikling både internt og eksternt.
- Det samlede behov for akutt- og korttidsplasser ved DPS og sykehus for et opptaksområde anslås til å være 50 plasser per 100 000 innbyggere. Fordelingen på de to nivåene og på de to typene avdelinger må avgjøres i en felles forståelse mellom lederne for de avdelingene det gjelder.
 - Sykehusfunksjonene må sikres nødvendig kvalitet og kapasitet både for å kunne yte høyt spesialiserte tilbud, og for å kunne gi distriktpsikiatriske sentre den ryggdekningen de er helt avhengige av.
 - Regionale og nasjonale kompetansesentre bør organiseres som kompetansenettverk med grupper av fagfolk fra flere helseforetak, slik at spesialkompetansen blir tilgjengelig i større geografiske områder.
 - Slike kompetansesentre må opprettes for alle behandlingsområder (førstegangpsykososer, krevende kroniske psykoser, bipolare lidelser, depresjoner, angst- og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, kronisk suicidalitet og selvskading, personlighetsforstyrrelse, dobbeltdiagnose, alderspsykiatri, sikkerhetspsykiatri).
 - Avtalespesialister i psykiatri er ujevnt fordelt i landet. Små deltidshjemler knyttet til offentlige spesialiststillinger vil kunne gi bedre spredning av dette viktige tilbudet. Det vil også bedre rekrutteringen til offentlige stillinger av psykiatere som vil utøve psykoterapi.

2.1 Mandat

Denne planen avløser Generalplan for psykiatri 2000–2010, presentert i 2002. Tidligere generalplaner i Norsk psykiatrisk forening kom i 1983 og 1994.

Norsk psykiatrisk forenings styremedlemmer Eivind Eckhoff og Guri Hoff Hansen innledet revisjonsarbeidet i 2004. I 2008 ble det nedsatt et nytt planutvalg bestående av Paul Stronegger, Marit Bjartveit Krüger og Kathinka Meirik. Disse gjorde et forarbeid som ble lagt fram på årsmøtet i 2009. Styret utvidet utvalget med Ragnhild Vik som leder og Ola Marstein som spesialrådgiver ansatt i foreningen.

Mandatet for dette utvalget har vært:

- med utgangspunkt i gjeldende Generalplan å utarbeide en ny plan for de neste 5 år
- oppdatere behov for psykiatriske tjenester ut i fra epidemiologiske data
- sette normer for kapasitet, bemanning og kvalitet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
- foreslå prioriteringer innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten
- peke på satsingsområder for kompetanse- og fagutvikling
- foreslå strategier for økt innsats innen prioriterte satsingsområder
- peke på utfordringer og mulige løsninger for å bedre kvalitet og effektivitet i hele det psykiske helsevernet og samhandlingen innen nivåene og mellom dem, samt samhandling mellom psykisk og somatisk helsevern
- peke på hvilke krav den nye strukturen i psykisk helsevern stiller til fagutvikling, spesialistutdanning og samhandlingskompetanse
- bygge på de nye helselovene
- innarbeide kvalitetsledelse og kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsplaner

2.2 Arbeidet med Utviklingsplanen

Denne Utviklingsplan for norsk psykiatri gir Norsk psykiatrisk forenings vurdering av de endringer og utfordringer en står overfor i årene 2010–2015, og de målsetninger og strategier en bør arbeide etter. Planen tar for seg en rekke forhold:

- situasjonen i norsk psykiatri etter Opptrappingsplanen for psykisk helse
- fagområdet psykiatri som både psykiatere og andre faggrupper arbeider innen
- psykisk helsevern som er samfunnets spesialisthelsetjenester innen fagfeltet psykiatri
- psykiaterens rolle og oppgaver
- behovet for spesialister i spesialisthelsetjenesten

Planen inkluderer ikke barne- og ungdomspsykiatrien, som er et eget fagfelt og har sin egen forening.

Planutvalget hadde møte i juni 2009. Gjeldende plan ble sendt til foreningens underutvalg med spørsmål om innspill som så ble innarbeidet. Etter nytt møte i november 2009 ble et utkast oversendt styret før det ble endelig klargjort og sendt ut som sak til årsmøtet 2010.

Alle medlemmene i utvalget har bidratt med utkast til avsnitt i planen. De fleste av foreningens utvalg og enkelte andre medlemmer i foreningen har bidratt med dokumenter og synspunkter.

Arbeidet har med utgangspunkt i den forrige planen også bygget på dokumenter fra statlige myndigheter, statusrapporter og policydokumenter fra Legeforeningen (se Kapittel 9), nyere forskning og den kjennskap utvalgets og foreningens andre medlemmer har til utviklingen både i Norge og andre land innen psykiatri som fagområde og innen psykisk helsevern.

Det har skjedd mange og store endringer de siste 10 år. Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til at langt flere ufaglærte og fagfolk med 3-årig utdanning har fått utdanning innen psykisk helsearbeid. Det er gjennomført en betydelig opptrapping av kommunale tjenester innen psykisk helsevern. Distriktpsikiatriske sentra er bygget opp i spesialisthelsetjenesten, mens de gamle psykiatriske sykehjem er nedlagt. Tradisjonelle langtidsplasser er nedlagt, antall akutt-plasser er vesentlig redusert, spesialavdelinger behandler andre typer pasienter. Dette fører til en svært mye høyere sirkulasjon i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Poliklinikkene behandler vesentlig flere pasienter enn før med kortere behandlingstid. Samtidig fremskaffes store mengder ny kunnskap i fagfeltet psykiatri både i Norge og på verdensbasis. Dette gjelder både biologisk, psykologisk, sosial og kulturell kunnskap av betydning for fagfeltet psykiatri og kunnskap om helsetjenester.

Utviklingen går så raskt at vi velger å lage en plan for bare 5 år denne gang. Foreningen må oppsummere erfaringene i god tid før utløpet av perioden for å ha neste plan ferdig i tide.

2.3 Noen viktige momenter

All god psykiatrisk behandling innebærer et møte mellom mennesker – mellom pasient og behandler. God behandling forutsetter å komme tidlig til og ha tid og kontinuitet, både i behandlingsskjeden og i de personlige relasjonene.

Redusert liggetid på institusjoner og krav om effektivisering av poliklinisk behandling legger press på den enkelte behandler og pasient, og på relasjonen mellom behandler og pasient.

Sprik mellom muligheter og ressurser kan gjøre at de ulike pasientgruppene behov kan bli satt opp mot hverandre. Skal man prioritere de alvorligst syke, som burde være et særskilt ansvar for psykisk helsevern, eller skal man sette inn ressursene ved lettere tilstander der det kan være størst bedringspotensiale, og derved spare ressurser på lengre sikt? For alle psykiske lidelser kan det synes som om det gir størst helsegevinst å komme tidlig til.

Forebygging er viktig. De regionale helseforetak (RHF) og lokale helseforetak (HF) har et viktig ansvar innen forebygging. Sentrale myndigheter må tydeliggjøre dette ansvaret gjennom sine bestillerdokumenter til RHFene. Situasjonen er per 2010 ikke tilfredsstillende. RHFer og HFER har ikke tatt sitt befolkningsansvar på alvor.

Primær forebygging er nasjonale og lokale myndighe-

ters ansvar. Vi kan bidra med kunnskap. Kunnskapsformidling om ivaretagelse av fysisk og psykisk helse må tilflytte beslutningstagere og enkeltpersoner, også dem med annet morsmål enn norsk. Å komme til med ulike behandlingstiltak før psykiske lidelser får utviklet seg til alvorlige lidelser, er viktig sekundær forebygging. God og bredspektret behandling av alvorlige psykiske lidelser er vesentlig for å hindre kronifisering og unødvendig funksjonstap (tertiær forebygging)

Det bør utarbeides en nasjonal strategiplan for forebygging av psykisk uhelse, og RHFenes ansvar innenfor en slik plan må presiseres.

God psykiatri har alltid bygget på aktivt samspill mellom behandler og pasient. De siste tiårene har det skjedd en viktig bevisstgjøring om betydningen av brukermedvirkning innen helsetjenestene også i den alminnelige offentlighet. De lovfestede pasientrettigheter og pårørendes rett til medinnflytelse må føre til reell brukerinnflytelse og faktiske endringer i holdninger. Fremdeles er det myter og fordommer om mennesker med psykiske lidelser, behandlere og behandling. Det er meget viktig at pasienter, pårørende og fagfolk står sammen om å bygge ned slike fordommer, sikre pasientene god behandling og møte de pårørende på en verdig måte. Dette er vesentlig for både primær, sekundær og terciær forebygging.

3 utfordringer for fagområdet psykiatri

3

3.1 Definisjon av fagområdet psykiatri

Faget psykiatri er den delen av den helhetlige medisinske tradisjon som omhandler psykiske lidelser. Psykiatri har et biologisk, psykologisk, sosialt og kulturelt perspektiv på all sykdom og sykdomsutførelse. Mellommenneskelige relasjonsproblemer og mestringsvikt i arbeid og samfunn er en del av psykiatriens fagområde.

I alle sammenhenger må subjektive plager og sykdom fortolkes og forstås i en kompleks sosial og kulturell sammenheng. Forståelse, diagnostikk og behandling må avspeile disse forhold og bruke kunnskap fra alle de nevnte felt. Behandling omfatter også forebygging av psykisk lidelse.

Faget er like stort som indremedisin og kirurgi. Psykiske forhold inngår også som en delkomponent i mange somatiske lidelser.

Hva er en psykiater?

En psykiater er en lege som etter turnustjeneste har gjennomført minst 5 års spesialisering i psykiatri. Bakgrunnen som autorisert lege sikrer en grunnleggende bio-psyko-sosial allmennmedisinsk kompetanse. Legen er videre trent i kommunikasjon med pasienter og pårørende og i praktisk håndtering av sine oppgaver, både selvstendig beslutningstaking og samhandling med og ledelse av andre helseprofesjoner.

Under spesialistutdanningen får legen praktisk erfaring fra alle deler av psykiatrisk helsetjeneste under veiledning av ferdig spesialist etter «mester-svenn»-prinsippet. Videre får legen praktisk veiledning i lege-pasientrelasjonen og i psykoterapi.

Dette gir en psykiater en unik grunnleggende kompetanse i praktisk utredning og behandling av psykiske lidelser. Psykiateren er dermed skikket til å inneha en generalistrolle innen psykisk helsevern. En slik rolle er nødvendig for å kunne ivareta en helhetlig tilnærming til pasienten og koordinere tjenesten i behandlingsforløpet. Den er også nødvendig for å kunne plassere tydelig ansvar på rett sted for de tjenester som blir gitt.

3.2 Forekomst av psykiske lidelser og behov for tjenester

Forekomst av psykiske lidelser

Større epidemiologiske undersøkelser har i de siste 30 år gitt bedre opplysninger om forekomst av ulike psykiske

lidelser. De største av disse undersøkelsene er gjort i USA og andre land, men det er også gjort et par relativt store undersøkelser her i landet, deriblant Folkehelseinstituttets rapport om psykiske lidelser i Norge, 8/2009. Slike undersøkelser viser at forekomsten av de store psykiske lidelser er ganske stabil. 15–25 % av befolkningen har psykiske lidelser på et gitt tidspunkt. Det er geografiske forskjeller med større forekomst av noen lidelser i større byer enn i mindre tett befolkede områder. Lidelsene med hyppigst forekomst er affektive lidelser (ca. 6 %), angstlidelser (ca. 9 %) og personlighetsforstyrrelser (ca. 10 %).

Forekomsten av schizofreni og lignende lidelser er ca. 1 %, men denne gruppen er likevel en av dem med størst konsekvenser for befolkningen på grunn av debut i ungdomstid, ofte livslang varighet og alvorlig funksjonsvikt.

Personer med rus- og avhengighetsproblemer (alkohol/medikamenter/narkotika) er også en stor gruppe (ca. 7 %) som delvis får tilbud innen psykisk helsevern.

Endringer i forekomst

Hyppigheten av depressive lidelser av lettere og moderat grad øker, særlig i de yngre aldersgruppene. Det er et økende misbruk av rusmidler i samfunnet. Inntil 70 % av pasienter i akuttavdelinger har rusproblemer. Den økende gruppen med både rusproblemer og psykisk lidelse (dobbeltdiagnose) trenger et sammensatt og helhetlig tilbud som krever samarbeid mellom flere etater, flere nivåer og flere medisinske spesialiteter. Legeforeningen foreslår en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Dette vil fremskaffe ny kunnskap og kunne bidra til bedre samhandling for disse gruppene. Antallet eldre øker og dermed forekomsten av psykiske lidelser forbundet med høy alder. Antallet innvandrere og asylsøkere øker og dermed behovet for kvalifiserte tolketjenester. Asylsøkere er også ofte traumatiserte. Ikke-vestlige innvandrere har i tillegg vesentlige tilpassingsutfordringer, og ofte andre lidelsesuttrykk enn vi er vant med.

Alle helseforetak må ha spesialiserte tilbud til disse pasientgruppene.

Betydning og konsekvenser av psykiske lidelser

De som rammes av psykiske lidelser har et stort lidelsesuttrykk. Samtidig kan samfunnets utgifter til behandling, omsorg og økonomiske ytelser for personer med alvorlige langvarige psykiske lidelser utgjøre mange millioner kroner for en enkelt person gjennom livet. Ved *tidlig intervensjon* når en slik lidelse oppstår, kan en i mange tilfeller både redusere lidelsen for den som rammes og dennes familie, og de samfunnsøkonomiske kostnader.

Behov og vurderinger av behov

Behovet for tjenester innen psykisk helsevern påvirkes av befolkningens sammensetning og sosiodemografiske faktorer. Registrerte behov og etterspørsel påvirkes av eksisterende tilbud og deres tilgjengelighet, grad av stigmatisering av psykiske lidelser, hvordan primærhelsetjenesten og andre tjenester fungerer, i hvilken grad normale reaksjoner blir «sykeliggjort» og behandlingstrengende, medias fokusering på psykiske lidelser og behandlingsformer samt befolkningens kunnskap om psykiske lidelser og behandling.

Kunnskap om psykiske lidelser og behandlingsformer utbres blant annet gjennom internett og massemedia. For behandlere og pasienter innen psykisk helsevern er dette en positiv utvikling. Samtidig kan den bidra til økt etterspørsel og forventninger om tilbud som ikke er tilgjengelige overalt. I dagens samfunn er det økende forventninger, krav og politiske løfter om å redusere og helst avskaffe lidelse. Dette kan føre til urealistiske forventninger også til psykisk helsevern.

Planer og drift av tjenester nasjonalt, regionalt og lokalt bør bygge på all tilgjengelig kunnskap og informasjon. En må kombinere mange typer informasjon, blant annet primærhelsetjenestens vurdering av hvilke behov som er udekket.

Det er viktig å identifisere pasientgrupper med manglende eller dårlige tjenestetilbud, slik at en kan arbeide for å bedre dette og dermed også utjevne forskjeller i tilbudene mellom ulike grupper.

Kunnskap om lidelsenes konsekvenser er like viktig som kunnskap om lidelsenes forekomst. WHO's oversikt over «Global Burden of Disease» angir at fem av de ti viktigste grunnene til funksjonstap verden over er psykiske lidelser: alvorlige depresjoner, schizofreni, bipolare lidelser, alkoholmisbruk og tvangslidelser. Selv i et globalt perspektiv med mange fattige land der infeksjonssykdommer er utbredt, er psykiske lidelser blant de mest alvorlige helseproblemene. I Norge er psykiatri en av de tre store spesialitetene i medisinen sammen med indremedisin og kirurgi.

Epidemiologisk forskning bør prioriteres da vi fortsatt vet for lite om de endringer som skjer, og for bedre å kunne sette inn målrettede forebyggende tiltak. Det er også viktig å forske på bruk av tjenester og udekkede behov. Bedre kvalitet på registrering og innsamling av nasjonale data er en forutsetning for dette.

3.3 Noen samfunnsendringer som kan virke inn på behov for og bruk av tjenester

Vi har i dag et samfunn preget av raske endringer som stiller store krav til omstillingsevne og fleksibilitet, ikke minst i arbeidslivet. Sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen øker. Befolkningen trekker inn mot byene og distriktene avfolkes. Ustabile familieforhold og økende misbruk av alkohol og narkotika har også betydning for psykiatrisk sykkelighet. Kravene i skole og arbeidsliv øker, og flere står i fare for å falle utenfor.

Et mer flerkulturelt samfunn gir nye utfordringer. Andre kulturer, religioner og familiemønstre bidrar til et større mangfold av sykdomsopplevelse og symptomutforming, og representerer en utfordring for helsevesenet generelt. En del flyktninger og asylsøkere har vært utsatt for krig og overgrep og krever spesiell kompetanse i behandlingen. Andre grupper sliter med å være fremmede i et land de finner liten tilhørighet til selv etter mange år i Norge.

Dette øker behovet for kompetanse i utredning, symptomforståelse og behandling av psykiske lidelser hos innvandrere samt ferdigheter i diagnostikk og behandling av traumatiserte. Det øker også behovet for kvalifiserte tolketjenester og helsepersonell med ferdigheter i å arbeide gjennom tolk.

Av de store sykdomsgruppene er det psykiske lidelser som *øker mest* som årsak til sykemeldinger og uførhet i den norske befolkningen. De er den hyppigste årsak til uføretrygd hos menn under 50 år og hos kvinner under 40 år.

Både pasienter, pårørende og myndigheter har bidratt til en gradvis avmystifisering av psykiske lidelser og psykiatrisk behandling. De viser også at behandling hjelper. Dette bidrar i sin tur til at det er lettere for folk å søke hjelp og behandlingen kan komme i gang før lidelsen har låst seg. Behandlingen blir da lettere og mer effektiv.

Denne holdningsendringen går likevel langsomt og krever kontinuerlig opplysningsarbeid fra mange hold. Men dette er god forebygging og kan også bidra til å forebygge unødig bruk av tvang. Det er viktig å vise at behandling hjelper, også ved alvorlige lidelser.

Psykisk helsevern må arbeide med å tilpasse tjenestene til et samfunn med endringer som økende arbeidsuførhet, økende rusmiddelmisbruk og endringer i sykdomsutforming ut fra et økende mangfold av kulturer.

4 Endrede rammer for psykisk helsevern

4

4.1 Kvalitet, prioritering og finansiering

Det endelige målet på kvaliteten av våre helsetjenester er hvilke behandlingsresultater vi faktisk oppnår. Det er en grunnleggende feiloppfatning at det er vanskelig å måle behandlingsresultater innen psykisk helsevern.

Npf vil oppfordre til større vektlegging av faktiske behandlingsresultater og målbar pasienttilfredshet enn indirekte produksjonsmål hentet fra industrien.

Det spesialiserte psykiske helsevernet skal yte tjenester av høy kvalitet til rett tid til mennesker med til dels alvorlige lidelser, ofte over lang tid og under etisk utfordrende rammer. Dette er grunnleggende forskjellig fra produksjon av standardiserte varer, og stiller helt andre krav til organisering av tjenesten og vurdering av måloppnåelse.

I NOU 1987:18 om «Prioritering på ny» satte Lønning II-utvalget opp et sett kriterier for prioritering, nemlig at tilstanden skal være alvorlig, at behandlingen skal være effektiv og at kostnadene skal stå i et rimelig forhold til resultatet. Disse kriteriene er siden lagt til grunn for prioritering mellom ulike tilstander innen både psykiatri og somatikk, senest i de prioriteringsveilederne som Helsedirektoratet ga ut i 2008. Med bakgrunn i pasientrettighetslovens bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten gir veilederne anbefalinger om lengste ventetid for forsvarlig helsehjelp. Brudd på de oppsatte fristene gir foretaket en økonomisk forpliktelse til å skaffe hjelp hos private eller i utlandet om nødvendig.

Ved sykehusreformen i 2002 ble sykehusene omgjort fra forvaltningsinstitusjoner til foretak, med nye regnskapsprinsipper. Myndighetene legger større vekt på bedriftsøkonomiske resultater, og i 2004 ba Stortinget om utvikling av en større grad av innsatsstyrt finansiering (ISF) også i psykiatrien. Senere har holdningen snudd, både av politiske grunner og fordi det ikke er utviklet brukbare redskaper for klassifikasjon av prosedyrer og funksjon til ISF-formål i psykiatrisk virksomhet. Unntakene er poliklinikker og avtalespesialister, som lenge har vært delvis stykkprisfinansiert, med om lag henholdsvis 10 % og 50 %. Men det er ennå bare enkeltkonsultasjoner som telles, både for finansiering og for generell måloppnåelse («antall inntektsgivende konsultasjoner per ansatt per dag»).

Psykiatrien er en del av et større helsevesen. Samhandlingsreformen som presenteres i St.m 47 (2008–09) er et uttrykk for dette, selv om den sier svært lite om psykisk helse. Men vi vet at tidlig oppdagelse og intervensjon er økonomisk gunstige tjenester. God samhandling med før-

stelinjen likeså. Det er på dette feltet fastlegene er mest misfornøyd med DPSene, som skal være deres fremste samarbeidspartnere.

Kvalitetsindikatorer

Npf støtter etableringen av et begrenset antall kvalitetsindikatorer: struktur-, prosess- og resultatindikatorer. For alle lidelser må det sikres at helsehjelp blir gitt så tidlig som mulig. Vi støtter innføring av resultatindikatorer som varighet av ubehandlet psykose, og andelen som oppnår remisjon (tilfriskning) ved første-episode psykose.

Dagens krav til måltall kan imidlertid føre til nedprioritering av tid til spesialistutdanning av leger, videre- og etterutdanning av spesialister samt utdanning og veiledning av annet helsepersonell. Det gir uheldige konsekvenser for kvaliteten på tjenestene som ytes på lengre sikt. Utdanning av helsepersonell er også en av helseforetakenes hovedoppgaver.

Riksrevisjonens rapport 3:5 (2008–2009) «Spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem» påviste mange alvorlige forhold, i tråd med de anførsler som Norsk psykiatrisk forening har framført gjennom en årrekke:

Spesialistandelen i DPSene er utilstrekkelig flere steder; prioriteringsforskriftene blir ikke fulgt; inntaksvurderinger, avslagsprosent og ventetider varierer svært mellom DPSene; datakvaliteten er alt for dårlig og innrapporterte data fører ikke til reaksjon fra sentrale myndigheter.

Vi tror det er viktig å kjenne det arbeidet som utføres – «den tilførte verdi» – i spesialisthelsetjenesten. Dette handler både om pasientenes tilstand og de prosedyrer de ansatte behersker og anvender. Men det er vesentlig at man registrerer det man virkelig trenger for å forbedre tjenestene. Enten må sentrale myndigheter klare å bruke nasjonale data, eller så må man prioritere data som den lokale avdeling eller klinikk opplever som meningsfulle og ønsker å bruke selv. Da vil man i større grad klare å sikre kvaliteten på dataene. Dette er åpenbare ledelsesoppgaver.

Vi ser imidlertid mer og mer at det i ledelse av klinikker og avdelinger legges større vekt på lydighet mot budsjett-rammene enn på spesialistkompetanse og faglig utvikling. Dette kan true den faglige utvikling.

Vi krever en lojalitet også ovenfra og nedover med en erkjennelse av at kvalitet er like viktig som kvantitet og at kvalitet er samfunnsøkonomisk kostnadseffektivt på lang sikt.

I tillegg til den psykiatrisk faglige kompetansen trenger norske psykiatere kunnskap om helseøkonomi og kvalitet

for å forhandle bedre om ressursene og for å vise hvordan disse skal prioriteres for å sette riktige mål og oppnå målene.

Npf ønsker fortsatt øremerking av psykiatriske formål, subsidiært rammefinansiering med belønning av langsiktig samarbeid med førstelinjetjenesten. Vi ønsker at helsetjenester skal være gratis for pasienter opp til 23 år, den samme gruppa som har fått innført 10 dagers vurderingstid.

Prioritering handler om å bruke ressursene best mulig, derfor trengs det innsikt i diagnostikk og kunnskap om sykdoms- og behandlingsforløp. Tjenester som skal fungere effektivt må ledes av personer med kompetanse i både fag og økonomi. Psykiatere bør aktivt søke lederstillinger på alle nivåer og utdanne seg for dette.

Måling av effektivitet må rettes inn mot bedring i pasientens tilstand og funksjon. Vi vil vise våre behandlingsresultater!

Kvalitetsindikatorer som resultatindikatorer må tas i bruk og videreutvikles.

Kvalitetsindikatorerne må forankres i fagfeltet. Som «indikatorpopulasjon» har fagfeltet valgt første-episode psykose.

Resultatindikatorer:

1. VUP (varighet av ubehandlet psykose). Er innført og obligatorisk.
2. Remisjonsprosent i første-episode psykose. Foreslås som ny.

4.2 Fastlegeordningen og andre endringer i primærhelsetjenesten

Fastlegeordningen som ble innført sommeren 2001 har vært god for mennesker med psykiske lidelser. Det er klart hvem som er pasientens lege, hvem som skal delta i ansvarsgrupper og annet samarbeid. Ordningen ivaretar de svakeste gruppene.

Primærlegene har en sentral plass i helsetjenestene når det gjelder tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. De gir behandling av somatiske og psykiske lidelser hos alle sine

pasienter. De har en sentral rolle i henvisning til spesialisthelsetjenester, i å utløse andre ressurser fra kommunale og andre offentlige tjenester og instanser, og i å medvirke til samarbeid mellom ulike tjenester.

Grunnutdanningen av leger må gi god kunnskap om normalpsykologi og psykiske lidelsers utvikling, diagnostikk og behandling. Psykiatri bør bli en selvfølgelig del av turnustjenesten for leger på linje med indremedisin og kirurgi.

Alle leger trenger en basiskunnskap og erfaring med psykiatriske tilstander. Hensikten er ikke rekruttering til faget, men bedring av legenes kompetanse på et bredt og viktig felt for hele befolkningen.

Legeforeningen har foreslått en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Denne bør kunne bedre helsevesenets samlede kompetanse på feltet og bidra til bedre samhandling rundt disse pasientene, også rundt dem med kombinasjoner av psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser.

Det er forsøksordninger i gang med psykologer i kommunene. Det er viktig at disse har tett samarbeid med og samorganiseres med fastlegene slik at somatiske aspekter hos pasientene ikke overses, og slik at man ikke etablerer en primærhelsetjeneste uten sammenheng mellom de ulike delene. Det er en stor utfordring å få samordnet de ulike helse- og sosialtilbud på kommunenivå. Npf mener at alle disse tjenestene må samordnes bedre.

Psykologene må ha kompetanse i å oppdage moderate og alvorlige lidelser slik at pasientene blir henvist til spesialist for vurdering i rett tid. Psykologene må også være en del av hele samhandlingsnettverket for pasienter med alvorlige lidelser som trenger langvarige og sammensatte tiltak. Dette tilfører mer ressurser og kompetanse til førstelinjetjenestene. Fastlegen vil dermed kunne få betydelig støtte til utredning og behandling av lettere psykiske lidelser. Det er likevel viktig at alt diagnostisk og kurativt arbeid i førstelinjen forankres hos fastlegen. Ny kunnskap tilsier at psyke og soma i enda større grad enn tidligere må sees i sammenheng. En todeling av helsetjenestene vil være å gå baklengs inn i framtiden.

Planene om flere psykologer i kommunene hilses derfor velkommen, gitt et forsvarlig rammeverk rundt ordningen.

Mennesker med psykiske lidelser er avhengige av at primærlegene er i stand til å ivareta sine mange viktige funksjoner på en god måte både når det gjelder faglig innhold og menneskelig kontakt. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten har et aktivt samarbeidsforhold til primærlegene ved å samarbeide om felles pasienter, innhente viktig informasjon fra fastlegen, være lett tilgjengelig for råd og veiledning, og ved å bidra til faglig oppdatering av primærlegenes kompetanse innen fagfeltet psykiatri. Med sin faglige bakgrunn som lege har psykiaterne både særlig gode muligheter og et ekstra ansvar for det samarbeid psykisk helsevern har med primærlegene.

Kommunenes pleie- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og andre tjenester har i økende grad opprettet team som følger opp mennesker med alvorlige psykiske lidelser og koordinerer og tilrettelegger tilbudene for disse. Slike team utgjør de mest sentrale tilbudene for mange med psykiske lidelser, og de er svært viktige samarbeidspartnere både for primærlegene og for psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten bør ta økt ansvar for veiledning av disse faggruppene. Det bør være en selvfølge at finansieringsordningene gir insentiver til å etablere og vedlikeholde slikt samarbeid.

4.3 Rekruttering

Utvikling av bemanning og kompetanse i årene med Opptrappingsplanen (1999–2008)

Norsk psykiatrisk forening anslo i Generalplanen av 2002 at det var behov for 760 nye spesialister i psykiatri i tiårsperioden for å dekke behovet ved distriktpsikiatriske sentra (370 i poliklinikker, 90 innen dageshøst og 300 i døgnavdelinger). Vi foreslo også å opprette 370 nye stillinger for leger i spesialistutdanning i psykiatri de neste 10 år.

I Opptrappingsplanens virketid ble det opprettet 375 nye legeårsverk, hovedsakelig som stillinger for leger i spesialistutdanning, mens det er opprettet svært få stillinger for spesialister i psykiatri. (Kilde: SAMDATA).

I tiårsperioden 1998–2008 økte personellinnsatsen i psykisk helsevern for voksne fra vel 13600 årsverk i 1998 til 16700, dvs. med 22%. I denne perioden økte fagkompetansen blant de tilsatte.

Så å si hele økningen i *legeårsverk* i voksenpsykiatrien – 360 årsverk – er kommet ved DPSene, som har økt fra 200 til 560 årsverk. Sykehusene har økt svakt, fra 670 til 700. Andelen legeårsverk i alt er steget fra 6,4% til 7,5%

For *psykologer* er tallene 615 i 1998 og 1300 i 2008, altså mer enn en dobling. 610 nye årsverk er kommet til i DPSene, som har økt fra 250 til 860 mens 70 nye er kommet i sykehus. Andelen psykologårsverk i alt er steget fra 4,5 til 7,8%.

Antallet årsverk utført av personell med *høyskoleutdanning* (sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger og andre pedagoger) har økt fra 5700 i 1998 til 7700 i 2008, en økning i andel høyskoleutdannede fra 41,7 til 46,1%.

ANTALL ÅRSVERK	1998	2008	ØKNING
Leger	870	1 250	380
Psykologer	615	1 300	685
Høyskoleutdannede	5 700	7 700	2 000
Totalt	13 600	16 700	3 100

ANDEL I %	1998	2008	ØKNING I ANDEL
Leger	6,4	7,5	1,1 %
Psykologer	4,5	7,8	3,3 %
Høyskoleutdannede	41,7	46,1	4,4 %

ØKNING I %	1998–2008
Leger	44 %
Psykologer	111 %
Høyskoleutdannede	35 %
Totalt	22 %

Legeressursene innen det psykiske helsevernet for voksne er ujevnt fordelt over landet, og varierer også mellom helseforetakene i hver region:

HELSEREGION	SPECIALISTÅRSVERK PER 100 000 INNB OVER 18	LIS-ÅRSVERK PER 100 000 INNB OVER 18
Sør-Øst	21	15
Vest	17	10
Midt	16	15
Nord	26	10
Landet	20	14

Tall for ulike typer spesialister i psykologi mangler. Mange av disse spesialitetene er også lite relevante for den kliniske virksomheten i psykisk helsevern for voksne.

Legeforeningen oppgir at antallet yrkesaktive godkjente

spesialister i psykiatri under 70 år i Norge er 1195 per februar 2010, en økning på 39 % fra 2000. 20 av disse er i administrative stillinger og 44 i forskning. 268 psykiatere har privat driftsavtale med RHF, halvparten har 100 % avtale, til sammen 180 årsverk.

Nasjonalt råd for legers utdanning og legefordeling har per februar 2010 registrert til sammen 1040 overlegestillinger og 536 stillinger for leger i spesialisering (LIS).

De siste 8 årene er det godkjent 50–60 nye spesialister i psykiatri etter norske regler hvert år. Dette er et høyere tall enn tidligere. I tillegg var det 30–40 konverteringer fra utlandet, alt overveiende fra Norden og Tyskland. Man regner med at ¼ av alle leger med konverterte spesialistgodkjenninger forblir i Norge.

Framtidig behov og rekruttering

Psykiater-andelen i forhold til andre personalgrupper er blitt for lav i psykisk helsevern, særlig i DPS. Flertallet av pasientene trenger psykiatrisk diagnostikk og vurdering, samt oppfølging av medikamenter og somatiske forhold av betydning for den psykiske lidelsen og behandlingen av denne. Legenes kompetanse etterspørres i alle terapeutiske forhold, særlig for de vanskeligste pasientene. Behovet for veiledning og bistand til andre faggrupper er stort. Pasienter og henvisende leger har krav på skikkelig spesialistvurdering fra spesialisthelsetjenesten. Vi advarer sterkt mot den utvikling at legene får ansvar for medisiner og formelle vedtak av pasienter de ikke selv kjenner godt nok, og «fritas» for behandling og lengrevarende psykoterapi.

Det trengs en fortsatt betydelig tilvekst av nye spesialister, både for å møte et fortsatt udekket og antatt økende behov, og til erstatning for naturlig avgang. Økte krav til pasientsirkulasjon og kvalitet i tilbudet krever i tillegg økt spesialistinnsetning.

Legeforeningen anslår i heftet «Spesialistutdanningen av leger» fra 2009:

- Fram til 2017 trengs en videre vekst på 31 % for å dekke avgangen ved aldersgrense pluss 34 % for å dekke økt etterspørsel (beregnet til 3 % per år), bl.a på grunn av endret alders- og etnisk sammensetning av befolkningen. Dette betyr 1448 yrkesaktive spesialister under 70 år i Norge i 2017.
- Legeforeningen anbefaler derfor en økning i antallet LIS-stillinger på 8 % per år i løpet av 5 år, opp til 695 stillinger.

De siste 8 årene er det utdannet 460 nye spesialister i Norge og godkjent 224 fra utlandet. De neste 5 år må en kun-

ne regne med ytterligere 350. Da er vi kommet et stykke på vei mot Norsk psykiatrisk forenings målsetting fra år 2002. I tillegg kommer de økte behov for spesialisttjenester som skyldes økt høyere sirkulasjon og samtidig krav om kvalitet.

Undervisningen i faget har for liten plass i grunnutdanningen av leger. Dette signaliserer at faget oppfattes som et lite fag, mens det i virkeligheten er stort, både teoretisk, praktisk og hva gjelder arbeidsoppgaver. Det bør ha like stor plass som indremedisin og kirurgi. Med et økende antall spesialister ved DPSer kan kvalitet og kapasitet på spesialistutdanningen i psykiatri økes ytterligere.

Når andelen spesialister øker, øker jobbtilfredsheten hos spesialistene og hos legene i spesialistutdanning. Da bedres rekrutteringen og andelen spesialister som blir i faget. Dette vil bedre jobbtilfredsheten og kontaktflaten mellom kommunehelsetjenesten, andre medisinske spesialiteter, DPS, sykehus og avtalepraksis, samt forebygger flukt ut i full avtalepraksis.

Legeforeningen ønsker å etablere stillinger som gir både spesialistkompetanse og doktorgrad/PhD i løpet av ca 6 år. Norsk psykiatrisk forening støtter dette. Behovet for legers forskningsengasjement i psykisk helsevern er stort. Forskningsmuligheter for ferdige spesialister bør bedres. Slike ordninger kan både rekruttere og beholde forskningsinteresserte leger.

Helsedepartementet og Nasjonalt råd for spesialistutdanningen av leger og legefordeling må øke antall legehjemler i det psykiske helsevernet betydelig, særlig spesialiststillinger. Det bør øremerkes hjemler til psykiatri og andre prioriterte områder, for å unngå at helseforetakene fortsetter å prioritere nye stillinger i somatikk i stedet for i psykiatri. Det bør i større grad åpnes for deltids avtalehjemler for psykiatere i det offentlige psykiske helsevern. Slik kan psykiatere i sykehus og DPS få bedre anledning til sammenhengende pasientkontakt og utøvelse av psykoterapi. Tiltaket vil også i noen grad øke den totale behandlingsskapasiteten.

Antall spesialister i psykiatri må økes betydelig, ikke minst i distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Det må straks innføres en nasjonal standard for bemanning av DPS. Denne standard må inkludere alle faggrupper som har sitt virke innenfor et tverrfaglig miljø.

De neste 5 årene bør det opprettes 400 nye spesialiststillinger i psykiatri. De fleste bør være overlegetstillinger i foretak, en mindre andel bør være 20 % avtalehjemler knyttet til disse.

4.4 Grenspesialisering og fordypningsområder

Spørsmålet om grenspesialisering innen psykiatri har vært drøftet i mange år, men blitt avvist pga. fagets og samfunnets behov for generalister med vakt- og fagledelseskompetanse. Alderspsykiatri er etablert som uoffisielt «fordypningsområde». Rettspsykiatri og transkulturell/samisk psykiatri har blant andre områder vært nevnt som mulig fordypningsområde. Debatten i fagmiljøet om hvorvidt grenspesialisering kan være både hensiktsmessig og nødvendig, er ikke avsluttet. Npf vil ta initiativ til å beskrive fagkompetanse innen de ulike fordypnings/spesialområdene slik som behandling av personlighetslidelser og spiseforstyrrelser, psykososer og alvorlige affektive lidelser.

Alle spesialister bør ha et fordypningsområde. Slik faget psykiatri utvikler seg, vil det ikke være hensiktsmessig eller mulig å ha spisskompetanse på alle områder eller fylle rollene som kliniker, psykoterapeut, leder og forsker samtidig. Spesialkunnskaper på ett felt gir også ringvirkninger og vil berike faget.

Slike fordypningsområder kan være både i forhold til bestemt pasientgrupper eller bestemte behandlingsformer. Eksempler på mulige fordypningsområder er *behandlingsformer* som ulike psykoterapiformer, familiearbeid og psykofarmakologi eller behandling av *ulike pasientgrupper* som psykotiske tilstander, affektive lidelser, angstlidelser eller personlighetsforstyrrelser. På sikt vil både faget og mange pasienter være tjent med en spesialisering i forhold til kompetanse. Nye krav til ledere kan gjøre at en del vil velge å spesialisere seg i forhold til en lederrolle.

4.5 Kvalitet krever tid og individuell tilpasning

SAMDATA sektorrappport for psykisk helsevern 2008 viser at Opptrappingsplanens mål om en 23 % økning av drifts-

kostnadene til psykisk helsevern for voksne ble nådd i 2006. Ved planens slutt i desember 2008 var økningen på 31%, eller 3,1 milliard i faste priser. En sentral målsetting for myndighetene med Opptrappingsplanen var å øke antallet polikliniske konsultasjoner med 50 % ved å øke antallet behandlere. I 10-årsperioden fra 1999 til 2008 har antall polikliniske konsultasjoner økt fra 470 000 til 1,1 million, dvs en økning på 130 %.

Både Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn avdekket imidlertid vesentlige mangler i kvaliteten av tjenestene som tilbys ved mange DPS i sine rapporter i 2008. Helsetilsynet hadde påpekt dette også tidligere.

De voksenpsykiatriske døgninstitusjonene hadde i 1998 29 200 utskrivninger, og i 2008 49 200, en økning på 68 %, hvorav over halvparten i DPS. Antall oppholds-døgn totalt er gått ned, og varigheten av døgnopphold er halvert. Både for sykehus og DPS ligger den nå på 28 døgn.

Selv om antallet døgnplasser har gått noe ned, innebærer flere døgnopphold en økt arbeidsbelastning, siden det oftest er mer arbeid med inntak og utskrivning enn med det som skjer under et opphold. En kan derfor spørre seg om kravene til økt aktivitet er større enn økningen i ressurser, og om dette både kan gå ut over kvaliteten på arbeidet og den enkelte helsearbeiders trivsel. SAMDATA viser også at antallet utskrivninger per årsverk har økt med 44 %, og sterkere i DPS enn i sykehusavdelinger.

Nye arbeidsformer med betydelig økning i tverrfagligheten betyr mer tid til veiledning og bistand. Ambulante team bruker mye tid på reising. Det blir mindre tid til direkte pasientkontakt.

Individuell plan

Individuelle planer skal utarbeides for alle pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester og som ønsker en slik plan. Planen bygger på pasientens egne mål, og det skal legges til rette for at pasienten kan delta i arbeidet. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Planen skal være enkel og skriftlig.

For å skape kontinuitet i møtet mellom pasient og helse-tjenester har forskriftene definert pasientansvarlig lege, behandlingsansvarlig lege, pasientansvarlig psykolog, journalansvarlig person og informasjonsansvarlig person. Hvordan dette og den nye rett til nødvendig helsehjelp har påvirket helsetjenestene, bør evalueres.

Tid er en forutsetning for å opprette, ivareta og utvikle relasjonen mellom pasient og behandlere, og dermed for kvalitet innen utredning og behandling. Denne relasjonen er viktig i seg selv i respekt for pasientens integritet, men den er også ofte nødvendig for å få til det samarbeid og den motivasjon som må til.

I kravene om stadig økende kompetanse og effektivitet glemmes det lett at det ofte krever tid å bruke sin kompetanse på en måte som gir gode resultater.

Individuell plan er et godt samhandlingsredskap. Planen må bygge på en grundig utredning og må inneholde en god behandlingsplan og en kriseplan ved forverrelser. Etter opptrappingen av psykisk helsevern i kommunene, forutsetter vi at kommunehelsetjenesten har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å følge opp planen.

4.6 Helseforetak og statlig overtakelse av spesialisthelsetjenestene

Ot.prp nr 66 «Lov om helseforetak» ble vedtatt 6. juni 2001, med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenestene og etablering av helseforetak 1. januar 2002. Det er opprettet fem regionale helseforetak som opprettet en struktur for datterforetak i sin region, til dels svært ulikt regionene i mellom. Siden har det pågått kontinuerlige omorganiseringer landet rundt. I Helse Midt-Norge er rusomsorgen etablert som eget foretak. Legemiddelasistert rusbehandling er lagt til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i resten av landet.

De regionale helseforetakene velger ulik grad av samordning mellom somatiske sykehus og psykisk helsevern. Det er en utfordring å organisere tjenestene slik at en får et gjensidig og fruktbart samarbeid mellom somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester, samtidig som det enkelte fagområde sikres tilstrekkelige økonomiske midler og fagressurser. Det finnes mye erfaring for at psykiatrien ofte taper i forhold til somatikken i spesialisthelsetjenesten

dersom den ikke sikres gjennom egne budsjetter. Helseforetakene må sørge for at dette ikke skjer.

Foretakene må trekke erfarne faglige ledere aktivt inn i arbeidet med videreutvikling av tjenestene og bygge inn registreringer som sikrer at en kan oppdage positive og negative konsekvenser og korrigere disse om nødvendig.

4.7 Ledelse i sykehus

I «Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.» heter det i § 3–9 Ledelse i sykehus: *Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk faglige rådgivere.*

De siste 10 årene har enhetlig ledelse blitt innført i spesialisthelsetjenesten, med linjeledelse som overordnet prinsipp. I psykiatri er ofte avdelingssjef øverste leder av et definert klinisk nivå. Avdelingssjef tilsettes i forhold til dokumentert kompetanse i ledelse. Ikke sjelden har dokumentert kompetanse i økonomistyring og personalforvaltning vært ensbetydende med kompetanse til å lede et klinisk nivå, og dermed vært prioritert foran dokumentert kompetanse i faglig ledelse og evne til å styre etter kvalitet og sikkerhet. Avdelingssjef uten medisinsk faglig godkjenning har medisinsk faglig rådgiver i stab, og denne stabsrådgiver er uten instruksjons- eller beslutningsmyndighet.

Begrepet «medisinsk-faglig rådgiver» er etter Norsk psykiatrisk forenings vurdering en konstruksjon som savner konkret innhold og forankring i faglig praksis og i den kliniske hverdag. Det heter bl.a. i siste kapittelet i merknadene til § 3–9 i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. at: «Dersom det utpekes medisinsk faglig rådgiver skal denne gi råd om hvilke saker og forhold som ut fra hensynet til forsvarlighet, bør delegeres til ledere eller medarbeidere med medisinsk faglig kompetanse. Den medisinsk faglige rådgiveren skal bidra til at hensynet til medisinsk-faglige forhold blir tilstrekkelig vektlagt, men skal ikke ha beslutningsmyndighet». Stillingen som avdelingsoverlege er i spesialisthelsetjenesten psykiatri fjernet på flere kliniske nivåer med den konsekvens at medisinsk faglige prioriteringer og faglig utvikling – ikke minst i behandling med legemidler, ansvar for rekruttering av overleger, ansvar for rekruttering og utdanning av leger i spesialisering og ansvar for videreutvikling av grensesnittet mot tvungent psykisk

helsevern – i beste fall har sluttansvar på et rådgivernivå.

I den utøvende kliniske virksomheten ved en psykiatrisk institusjon må spesialister i psykiatri ha en sentral lederrolle for å ivareta kravet til forsvarlighet. Norsk psykiatrisk forening vil gå sterkt imot at spesialister i psykiatri blir pålagt faglig ansvar uten at vedkommende blir gitt tilsvarende myndighet i utøvelsen av den faglige virksomheten.

Norsk psykiatrisk forening mener at formalisert lederutdanning for leger i langt større grad må være et tilbud som inngår i spesialisthelsetjenesten for å oppnå at leger blir stimulert til å påta seg lederoppgaver. Ledelsesutdanningen må utformes med vektlegging av helseøkonomi og personaledelse. Når psykiatere har sentrale lederposisjoner, kan de påvirke fordeling av ressurser og likeverdig tilgjengelighet for de spesialisttjenester som gis innen psykisk helsevern.

Norsk psykiatrisk forening mener at all virksomhet ved psykiatriske institusjoner skal ledes og organiseres på en slik måte at kravet til medisinsk faglig forsvarlighet imøtekommes. Psykiatere med medisinsk-faglig sluttansvar bør lede klinisk virksomhet. Avdelingsoverlege for et klinisk nivå er et innarbeidet begrep som gir mening. Det må foreligge skriftlig stillingsinstruks for avdelingsoverlegen som beskriver ansvar og myndighet. Den endelige avgjørelse og det endelige ansvar i kliniske spørsmål må ligge hos avdelingsoverlegen.

Betegnelsen «medisinsk-faglig rådgiver» gir lite mening og må erstattes med stillinger som avdelingsoverlege, klinikkoverlege, sjeflege eller lignende.

4.8 Fritt sykehusvalg

I henhold til pasientrettighetsloven § 2.4 er det innført fritt sykehusvalg: Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpspsykiatriske senter behandlingen skal foretas. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Fritt sykehusvalg gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp. Det er kun ved henvisning til elektiv behandling at retten til fritt sykehusvalg gjelder. Retten til fritt sykehusvalg innebærer ikke at man kan stå på venteliste ved flere institusjoner samtidig for samme lidelse.

I henhold til pasientrettighetsloven § 2–3 har pasienten

rett til fornyet vurdering: Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand.

Fritt sykehusvalg er en sentral rettighet i et mer brukerorientert helsevesen, og det er viktig at mennesker med psykiske lidelser får de samme rettigheter som pasientene i somatikken har. Det psykiske helsevernet bør fortsatt være organisert med geografisk opptaksområde til DPSer og sykehusavdelinger, men fritt sykehusvalg er en rettighet som pasienten har og som skal brukes etter regelverket. Vi ser imidlertid uheldige økonomiske sider ved gjestepasientordningen.

Npf støtter ordningen med fritt sykehusvalg i det psykiske helsevernet, også for pasienter under tvungent psykisk helsevern.

4.9 Opptappingsplanen for psykisk helse

Stortinget vedtok i 1998 i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse å styrke tilbudene for mennesker med psykiske lidelser med 24 milliarder statlige kroner i perioden 1999 til 2006.

Det er kommet en betydelig økning av kommunale tilbud som omsorgsboliger, hjemmetjenester, kommunale dagsentra, støttekontakter, kultur- og fritidstiltak, og behandling ved psykologer og høyskoleutdannet personell med tilleggsutdanning i psykiatri. Innen psykisk helsevern for voksne er det bygget opp distriktpspsykiatriske sentre, en betydelig økning av poliklinisk behandling, døgnplasser for dem som dømmes til psykiatrisk behandling, og ellers styrking av tilbudene for enkelte spesifiserte pasientgrupper. Men annet døgntilbud er redusert betydelig.

Norsk psykiatrisk forening støttet Opptappingsplanen, men beklager at den per 2010 ikke har styrket spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig, verken med kapasitetsøkning, stimuleringsiltak for rekruttering av spesialister, eller fagutvikling og forskning. Den største veksten i distriktpspsykiatriske sentra har bestått i personell med 3-årig utdanning, til dels med tilleggsutdanning. Antall psykologer og spesialister i klinisk voksenpsykologi er også økt, mens antall spesialister i psykiatri ikke har holdt tritt med dette. Samtidig har nedbyggingen av døgnplasser i sykehus gått for langt. Her krever vi betydelig økt innsats og mer fokusert prioritering.

Det er uheldig at Opptrappingsplanen ikke inkluderte en plan for å sikre sykehusfunksjonene nødvendig kvalitet og kapasitet. De må kunne yte høyt spesialiserte tilbud, og de må gi distriktpsykiatriske sentre den ryggdekningen som de er helt avhengige av. En svekkelse av sykehusfunksjonene er derfor en trussel mot det samlede psykiske helsetilbudet.

På alle nivå – både ved sykehus og DPS – er sterke og levedyktige fagmiljøer en forutsetning for kompetansebygging og kvalitet på tjenestene. Når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten, må de utredes av spesialister, som har kompetanse i diagnostikk og gjennomføring av egnet behandlingstilbud. Det er nå nødvendig med en *faglig* opptrappingsplan!

4.10 Utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

De store endringer som skjer innen informasjons- og kommunikasjonsteknologien vil få store konsekvenser for mange arbeidsoppgaver innen psykisk helsevern.

Elektroniske journaler er etablert i hele spesialisthelsetjenesten og elektronisk diktering med talegjenkjenning er under innføring. Personvernet, taushetsplikten og hvem som trenger innsyn i hvilke opplysninger er under debatt. Det er avdekket mye uautorisert kikkning i egne og andres journaler. Bevisstgjøring og bedre kontroll på dette felt er nødvendig, ikke minst innen vårt fag.

Kommunikasjon mellom telestudio vil i økende grad kunne være et nyttig redskap, kanskje særlig i veilednings- og konsulentvirksomhet. Ved hjelp av den nye teknologien vil det bli lettere å organisere nettverk av fagfolk over store avstander.

Bruk av intranett og internett gjør det lettere å få tilgang til informasjon og kunnskap, og dette vil kunne bidra til kvalitetssikring av utredninger, vurderinger og behandlingstiltak. Det samme kan utviklingen av såkalte systemer

for beslutningsstøtte være. IKT er også et godt hjelpemiddel i kvalitetssikring ved lett tilgang til maler og andre standardiserte skriv, som også kan holdes oppdatert i det elektroniske nettverket.

Nye verktøy som gir bedre pasientsikkerhet:

All medisinsk informasjon bør i utgangspunktet være åpen for deling, med mindre det finnes svært gode grunner for at den ikke skal være det.

Helseinformasjon til fremmedspråklige pasienter er i dag tilgjengelig over internett, som nettbaserte verktøy. Det samme gjelder informasjon om forgiftninger og medikament-interaksjoner.

Men det må fortsatt arbeides for å utbre ferdigheter i bruken av internett, både i befolkningen og blant fagfolk. Da vil vi i langt større grad kunne presentere tjenester og dataprogrammer i en helhet som kommer brukeren til gode.

Helsepersonell og pasienter vil få tilgang til kunnskapsressurser de tidligere har måttet søke etter utenfor sykehusets digitale vegger, og ansatte vil få en langt lettere elektronisk hverdag der de kan forholde seg til mange ulike grensesnitt i løpet av en dag.

Følgende IKT- tiltak bør prioriteres:

- Fullverdig tilgang til internett for alt helsepersonell
- Opplæring i hvordan man skal finne og bruke kunnskap.
- IKT i aktiv bruk av kunnskapsoverføring til første-linjetjenesten.
- Videreutvikling av Helsebiblioteket.
- Etablering av en nasjonal «testbase», hvor de viktigste psykologiske testverktøy gjøres tilgjengelig for alle norske helsearbeidere
- Felles journalsystemer er et gode, men pasientenes krav på beskyttelse av personopplysninger må ikke undergraves. Både fagpersoner og foretak har ansvar for dette.

Forskning er en av fire lovpålagte hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten. Forskning innen psykiatri og psykisk helsevern er styrket de siste ti årene.

De regionale helseforetakene har ansvar for ressursstyring til klinisk pasientrettet forskning som utvikles med utgangspunkt i pasientnære kliniske problemstillinger. Helseforetakene skal avsette ressurser til stillinger, driftsmidler og arealer. Nasjonale og regionale forskningsnettverk er etablert i lokale helseforetak og har gjort det mulig å gjennomføre psykiatriske forskningsprosjekt i samarbeid med universitetssykehusene. Psykiatere kan hente den mest oppdaterte kunnskap for å ta gode beslutninger i klinikken.

Universitetene har utviklet og videreført særskilte program for å fremme psykiatrisk og psykologisk forskning. Universitetssykehusene har et eget ansvar for basalforskning, teknologisk avansert forskning og for forskerutdanning. Samlet skal forskningsprosjektene innen psykisk helsevern bidra til at hele spennet dekkes – fra psykiatrisk basalforskning til utprøvende klinisk pasientrettet forskning, samt epidemiologisk forskning og helsetjenesteforskning. Norsk psykiatri har en styrke i flere store koordinerte forskningsprogram, der gode registre for spesialisthelsetjenesten er en av forutsetningene for å lykkes.

Tabellene nederst på siden viser at forskningsaktiviteten for leger har vært lavere enn for psykologer.

Psykiatri er den nest største sykehusspesialiteten i Norge, med 1178 yrkesaktive spesialister under 70 år. Per i dag går omkring 10% av forskningsmidlene innen helse til psykisk helse. Norsk psykiatrisk forening vil at denne andelen skal heves til 20% innen 2015. Vi ønsker også at det skal opprettes et Senter for fremragende forskning innen psykisk helse.

Samtidig må det legges til rette for økt deltagelse i internasjonalt forskningssamarbeid, både ved felles databaser og studier, men også i form av hospitering. Mens artikler

fra norsk somatisk medisin har en relativ siteringsindeks på 145% av gjennomsnittet i verden, ligger artikler fra psykiatri og psykologi nede på 80%. Utfordringen for norsk psykiatrisk forskning er dermed også å kommunisere nasjonale bidrag internasjonalt samtidig som vi skal være pådrivere for at viktige internasjonale forskningsfunn fører til faglig utvikling i norsk psykiatri.

Npf går inn for at 20% av tilgjengelige forskningsmidler innen helse går til psykisk helse. Npf vil spesielt understreke behovet for forskning på alternativer til tvang i behandlingen.

5.1 Evidensbasert fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning

Erfaringsbasert og evidensbasert fagutvikling i psykisk helsevern innebærer systematisering av eksisterende kunnskap fra praktisk erfaring og forskning.

Kvalitetsforbedring betyr å innføre nye eller vesentlig forbedre eksisterende retningslinjer, prosedyrer, systemer og tjenester. Nasjonale føringer har prioritert sikkerhet i spesialisthelsetjenesten psykiatri, og målingene av kvalitetsforbedring er basert på vedtatte standarder for faglig sikkerhet: kvalitetsindikatorer.

Norsk psykiatrisk forskning skal gi økt kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering. Dette innebærer både teoretisk og empirisk forskning med kvantitativ og kvalitativ metodikk.

På mange områder har nyere forskning ført til endret forståelse av de enkelte lidelser og deres årsaker, med betydelige konsekvenser for diagnostikk, behandling og forebygging. Dette stiller store krav til de norske fagmiljøene om oppdatering med hensyn til internasjonal forskning og fagutvikling, slik at internasjonale forskningsbaserte og evidensbaserte retningslinjer implementeres raskt som norske faglige føringer.

Pågående doktorgradsarbeider innen psykiatri/psykisk helse per juni 2010:
(NB Tallene er usikre og basert på skjønn)

UNIVERSITET	LEGER	PSYKOLOGER
UiO	55	
UiB	15	28*
NTNU	5	
UiT	6	1

* UiB: Psykologisk fakultet

Gjennomførte doktorgrader ved de medisinske fakultetene innen feltet psykiatri/psykisk helse siden Opptrappingsplanen startet i 1999, etter kandidatens profesjon per juni 2010:

(NB Tallene er usikre og basert på skjønn)

UNIVERSITET	LEGER	PSYKOLOGER	ANDRE
UiO	30	47	
UiB	12	33*	
NTNU	8	6	3
UiT	13	14	9

* UiB: Psykologisk fakultet

Norsk psykiatrisk forskning skal tilstrebe et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og ha tilstrekkelig bredde til å bidra til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjeneste i egen region.

Det desentraliserte psykiske helsevern i Norge, så nær som mulig pasientens hjemmemiljø, innebærer mange små enheter med ulike systemer for oppbygging av kvalitet og med stor avstand til universitetssykehus. Desentraliserte enheter er sårbare ved utskifting av personale og har ofte problemer med å rekruttere personer med forskningskompetanse. Å bygge opp et stabilt miljø for systematisk fagutvikling og forskning krever god kontakt med og bistand fra universitetsmiljøene og regionale styringslinjer. Forskning innen psykisk helsevern i mindre enheter bør skje innenfor en nettverksstruktur som har sitt navn i sterke forskningsmiljøer ved universitetssykehusene.

Det nettbaserte Helsebiblioteket og Legeforeningens nett-sider gir nasjonal tilgang til forskningsresultater, elektronisk baserte utredningsverktøy og oppdaterte retningslinjer. Andre viktige nettbaserte hjelpemidler og informasjon er knyttet til universitetene, foretakene og helsemyndighetene.

5.2 Forskning som en del av det kliniske miljø

Vi er bekymret over at andelen psykiatere med akademisk grad ikke øker og at gjennomsnittsalder på spesialister i psykiatri med doktorgrad er for høy. I tillegg er det bekymringsfullt at andelen leger blant forskere innen psykisk helsevern er synkende. Dette er en betenkelig faglig utvikling ettersom det kan redusere medisinsk forsknings relevans for klinikken og forsinke etableringen av ny kunnskap i praktiske tiltak.

Både av hensyn til leger i spesialistutdanning i psykiatri og til den generelle utviklingen i faget er det ønskelig at flere overleger har doktorgrad enn nå. Den store utfordring blir å ta vare på forskning og fagutvikling i det desentraliserte psykiske helsevern. Alle DPS og sykehusavdelinger bør ha pågående forskning og minst 1 lege som doktorgradskandidat.

Utviklingsplanen for norsk psykiatri går inn for kombinasjonsstillinger for leger som tar sikte på samtidig spesialitet og doktorgrad: 50 % stilling for spesialistutdanning og 50% stilling for forskning ved alle landets universitetssykehus, eventuelt i helseforetak med tett tilknytning til universitet. Stillingene bør etableres som en avtale mellom helseforetak og universitet, der foretaket er hovedarbeidsgiver.

Hovedarbeidsgiver har totalansvar og sikrer arbeidstaker alle rettigheter. Arbeidsforholdene må legges til rette for

«dobbeltløp» med et tidsaspekt på 6–7 år, slik at det oppnås både PhD og spesialitet ved avslutning av kontraktperioden.

Kombinasjonsstillinger bør også vurderes for leger som har doktorgrad, både ikke-spesialister og spesialister.

For andre erfarne spesialister i psykiatri er det behov for opplæring i forskningsmetodikk samt i prosjektutvikling innen psykisk helsevern. Dette kunne sikre at opptjente avtalefestede overlegepermisjoner inviterer til å dokumentere erfaringsbasert kunnskap og samtidig inspirere til fortsatt fagutvikling i den kliniske virksomheten en vender tilbake til etter fullført permisjon.

Flere psykiatere må få forskningserfaring og forskningskompetanse. Forholdene må legges til rette for forskning under spesialiseringen i psykiatri slik at:

- unge psykiatere som vil forske effektiviserer begge utdanningsløp
- psykiatere som forsker ikke blir økonomisk skadelidende i forhold til kolleger i det kliniske arbeid
- rekruttering av leger til psykiatrisk forskning øker
- andel spesialister i psykiatri med forskningskompetanse øker

5.3 Noen viktige forskningsområder som bør prioriteres

Forskningen må ha både et basalt og et anvendt siktemål. Et betydelig innslag av grunnforskning i fagmiljøene er viktig for å opprettholde nivået på den anvendte forskning. Anvendt forskning er viktig for å tilføre det kliniske felt mest mulig forskningsbasert grunnlag for forebygging, diagnostikk og behandling. Forskningsmiljøenes tilknytning til og kommunikasjon med det kliniske fagfelt må videreutvikles.

Gode forskningsmiljøer kjennetegnes av evne og vilje til langsiktig satsing, har samarbeid mellom flere dyktige forskerteam, er sammensatt av forskere med ulik faglig bakgrunn og har godt fungerende nasjonale og internasjonale kontaktnettverk. Slike miljøer må opprettholdes, både for grunnforskning og anvendt forskning.

En stor utfordring ligger i å bidra til kunnskapsutvikling spesielt når det gjelder de hyppigst forekommende og alvorlige lidelsene, slik som depresjon, angstlidelser, rus- og avhengighetslidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Siden disse lidelser er komplekse med samspill mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer, er tverrvitenskapelighet i forskningen viktig. Problemstillingene

rommer forhold fra cellebiologisk aktivitet på molekylært nivå til subjektive personlige opplevelser i en sosial sammenheng.

Norske forskningsbidrag innen psykisk helsevern har markert seg med høy kvalitet internasjonalt de siste årene, men er kvantitativt beskjeden. Det vil være hensiktsmessig å prioritere områder der norsk forskning allerede står spesielt sterkt. Et eksempel her kan være forskning på tidlige faser av psykotiske lidelser, som schizofreni og bipolar lidelse. Forsknings samarbeidet mellom flere universitetsmiljøer i Norge, som har valgt ulike utgangspunkt for forskning på temaområdet psykososer, har allerede videreutviklet klinisk pasientnær helsetjeneste.

Både bildedannende teknikker og genforskning er tatt i bruk de siste 10 årene i psykiatrisk forskning. Tverrfaglige forskningsteam har bidratt til et bredt nedslagsfelt i forskningsformidlingen og til økt rekruttering.

Psykoterapiforskningen har en lang og solid tradisjon i Norge, og har høstet internasjonal anerkjennelse for høy kvalitet. Psykoterapiforskningen har gitt viktige bidrag innen ulike psykoterapiformer som psykodynamisk psykoterapi, kognitiv psykoterapi og gruppepsykoanalyse.

Forskning på forholdet mellom arbeid og psykiske lidelser har fått liten oppmerksomhet, til tross for at andel uføre med psykiske lidelser øker, og da særlig unge uføre. Flere prosjekt er satt i gang, men forskningsfeltet bør samles og styrkes.

Det er også viktig å styrke behandlingsforskningen. I klinisk praksis må arbeidet systematisk dokumenteres og evalueres. Forståelsen av den betydningen psykologiske og psykiatriske aspekter har ved somatisk sykdom, både med hensyn til psykiske lidelser i tilknytning til somatisk sykdom og psykologiske prosesser med betydning for forløp og prognose, må styrkes. Det trengs også mer ressurser til uavhengig legemiddelforskning.

Psykiatrisk epidemiologisk forskning har markert seg betydelig de siste årene, ikke minst som resultat av tilknytning til de store nasjonale og regionale helseundersøkelser. Norske helseregistre regnes internasjonalt som meget omfattende og av høy kvalitet. Sikring av registerdata og forskning som kan knytte epidemiologiske data mot klinisk forskning bidrar til viktig kunnskapsøkning om psykisk helse både nasjonalt og internasjonalt. Gjentatte helseundersøkelser om psykisk helse innen samme befolkningsområde gir uvurderlig kunnskap om utvikling og forløp av spesifikke psykiske lidelser.

Helsetjenesteforskning gir viktig informasjon om organisering, drift og praksis innenfor ulike deler av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. Forskning på ulike pasientforløp står sentralt, der effekt av samhandling og

overgang til neste behandlingsnivå bør måles. Mange metoder fra helsetjenesteforskningen kan brukes innen systematisk evaluering av egen virksomhet. Ved forskning på helsepsykologi og sykdomsatferd får vi også større innsikt i hva som påvirker om personer med lidelse søker hjelp og hvordan de forholder seg til sin helse.

Eksempler på slik forskning er: hvordan kan man påvirke befolkningens hjelpsøkende atferd? Hva er effekten av innføringen av en betydelig ambulansetjeneste (ACT-team, akutteam og tidlig-intervensjonsteam)?

Bare gjennom tilstedeværelse av egne sterke forskningsmiljøer kan spisskompetanse utvikles og en forskningsforankret evaluering av og videreutvikling av behandlingstiltakene sikres. Det er flere områder der Norge har et naturlig fortrinn når det gjelder forskningstilnærming bl.a forløpsundersøkelser. Områder som er helse- og sosialpolitisk høyt prioritert er tvang, sikkerhets- og rettspsykiatri, alderspsykiatri og spiseforstyrrelser.

Npf vil også prioritere forskning på relasjonsaspektet, i miljøterapi og i individuell psykoterapeutisk behandling. Forskning på metoder som anvendes i daglig miljøterapi må styrkes, f.eks skjermingsmetoder og deres effekt.

Npf vil spesielt understreke behovet for forskning på alternativer til tvang.

Psykiatrisk forskning i Norge må konsolidere det som er oppnådd av kunnskapsutvikling og samtidig videreutvikle forskningen mot andre medisinske fagfelt og tilgrensende humanistiske fag.

5.4 Mangel på spesialister med forskerkompetanse

I forhold til de to andre store kliniske fag, kirurgi og indremedisin, har relativt få psykiatere doktorgrad. I følge tall fra legeföreningen per februar 2010 har 6% av de yrkesaktive psykiatere doktorgrad, mens tilsvarende tall er 20% innen indremedisin og 18% innen nevrologi. I tillegg vil en stor andel av de psykiatriske professorene i Norge relativt snart gå av for aldersgrensen.

Andelen spesialister i psykiatri med doktorgrad må økes til samme nivå som de andre store spesialiteter. Dette vil kreve stor innsats fra myndigheter og universiteter, men vil gi økt kvalitet i pasientbehandlingen.

6 Endringer i fagområdet psykiatri og klinisk praksis

6

6.1 Forventede endringer i fag og kompetanse

Den sterke utviklingen innen biologisk forskning og psykoterapiforskning får i økende grad konsekvenser for kunnskap, utredning og behandling, samt kunnskap og metoder innen psykososial utredning og behandling. Antall pasienter med annen kulturbakgrunn enn norsk øker raskt. Behovet for å arbeide med tolk øker. Denne utviklingen ventes å fortsette.

Norge er en vesentlig bidragsyter i Unionen for Europeiske Medisinske Spesialister (UEMS) hvor det arbeides med en samordning av spesialistutdanningen i psykiatri i de forskjellige europeiske land. Norge er helt i front her. Det forutsettes at man i utdannelsen vektlegger biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle aspekter ved psykiatriske lidelser like mye. Alle områdene er i rask utvikling, med betydning for metodevalg i utredning og behandling. Stadig oppdatering er nødvendig og må sikres gjennom etterutdanningen.

Psykiatere har med sin brede kompetanse innen både biologiske og psykososiale fagfelt en særlig forutsetning og et særlig ansvar for å integrere nye muligheter fra flere felt i en helhetlig tilnærming som ivaretar pasienten som person og sikrer et best mulig tilbud. Nye behandlingsmetoder er også avhengige av en god samarbeidsallianse mellom behandler og pasient for at metodene skal kunne bli tatt i bruk og virke.

For å gi god utdanning av spesialister over hele landet må en ha gode læresteder med tilstrekkelig bemanning og tid til å gi undervisning, veiledning og praktisk utdanning («mester-svenn» læring), og en må ha nok læresituasjoner (pasienter) til å lære av.

Systematisk etterutdanning av spesialister er også nødvendig. Fagmiljøene må ha en viss minimumsstørrelse (se Kapittel 8) og mer ressurser enn det som trengs for å drive klinisk arbeid.

6.2 Bruk av kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsplaner

Psykiatere og andre fagfolk må lære og i sin praksis ta vare på de grunnleggende ferdigheter og relasjoner som trengs

for å etablere en god relasjon og samarbeidsallianse mellom behandler og pasient. Dette kan bare læres gjennom praksis under veiledning og med gode rollemodeller i en «mester-svenn» situasjon.

Samtidig øker betydningen av kunnskapsbaserte retningslinjer for utredning og behandling av ulike typer psykiske lidelser. Psykiatere må sikre at disse blir brukt i det daglige kliniske arbeidet, samt holde seg oppdatert på aktuelle felt.

Det er begrensninger i hva som kan dokumenteres ved kvantitative undersøkelser slik det legges vekt på ved utviklingen av retningslinjer. Derfor bør man i større grad enn tidligere bygge kunnskapsbaserte retningslinjer på resultater fra både kvantitative og kvalitative forskningsstudier innenfor fagfeltet.

For flere behandlingsmetoder, også i andre spesialiteter, foreligger det ikke dokumentert effekt ved vitenskapelige undersøkelser. Det at en metode ikke er undersøkt godt nok, betyr likevel ikke at den ikke kan være effektiv. Man må derfor støtte seg til god klinisk praksis og evaluering.

Det må gjennomføres forskning på effekten av å bruke retningslinjer innen den vanlige kliniske hverdag. På denne måten kan en få bedre kunnskap om hvordan eksisterende retningslinjer basert på forskning i spesielt tilrettede studier kan overføres til mindre tilrettede arbeidsforhold og mer heterogene pasientgrupper.

Det må utvikles forpliktende retningslinjer og serviceerklæringer for utredning og behandling tilpasset alle diagnosegrupper. Disse må være gjenstand for evaluering, utvikling og revisjon etter en fastsatt plan.

6.3 Endringer i behandlingsmetoder

Psykiatrisk behandling består av ulike former for medikamentell behandling og samtalebehandling, individuelt, parvis, familievis eller i ulike former for grupper, og det vil bli lagt vekt på egen aktivitet som trening og mestring. I fremtiden vil det utvikles sammensatte programmer med alle disse komponentene. Både pasient og pårørende så vel som primærhelsetjeneste og spesialister vil ha sine oppgaver. Det utvikles nye medikamenter, samtidig som det kommer til nye indikasjonsområder for en del medikamenter. Selv om medikamentene utprøves vitenskapelig, er ofte testperioden kort og antall inkluderte pasienter kan

være for lavt til at man har grunnlag for de vidtrekkende konklusjoner som ofte trekkes.

De senere år kommer det stadig mer dokumentasjon på effekten av ulike psykoterapiformer, parallelt med bedre målingsmetoder for effekt. Nye og mer målrettede varianter av gamle psykoterapiformer utvikles jevnlig.

Det er her i landet gode utdanningsprogrammer innen blant annet psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi, gruppepsykoterapi, systemisk familierapi og psyko-educativ familiebehandling. Det finnes også mindre miljøer med kompetanse i en rekke andre psykoterapiformer som dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsbasert atferdsterapi (MBT) med dokumentert effekt. Men ikke alle terapiformer er tilgjengelig for alle aktuelle pasienter, fordi det mangler fagfolk med slik kompetanse eller fordi kapasiteten er for liten.

Spesialistutdanningen og etterutdanningen av spesialister må sørge for at psykiatere har oppdaterte kunnskaper om biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold ved ulike psykiske lidelser og ved rus og avhengighet.

Miljøterapi er en viktig behandlingskomponent ved innleggelse. For å få et optimalt behandlingsmiljø i døgnavdelinger er det viktig at behandlere og miljøpersonale har en felles forståelse av hvordan miljøterapi kan brukes.

Psykiatere må ha kjennskap til nye metoder, og ferdigheter i anvendelse av kunnskapene fra både naturvitenskapen og humanvitenskapene. De må kunne anvende ulike og sammensatte metoder i utredning og behandling tilpasset den enkelte pasient.

Fortsatt er det slik at ikke all behandling kan base- res på diagnosen alene, men må tilpasses individet og dennes livssituasjon. Psykiateren må ha en grundig forståelse av dynamikken i behandlingsrelasjonen og kjenne prinsippene for flere psykoterapiformer.

6.4 Økt vekt på samarbeid med pasienter og pårørende

Pasienter og pårørende skaffer seg mer kunnskap om psykiske lidelser og behandlingsmuligheter enn før. Dette stiller større krav til at behandlerne er oppdatert, at de har tilegnet seg relevant kompetanse, og at de tilpasser seg et samarbeid med større grad av likeverd enn tidligere. Vi tror dette øker muligheten for effektiv behandling, men også at det utfordrer oss på vår rolle som eksperter.

Pasientens rett til medvirkning i beslutninger om de tilbud han/hun får, er også nedfelt i kravet om at spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med pasienten og andre relevante tjenesteytere om å lage og følge opp en plan for den enkelte. I dette samarbeidet må psykiateren bidra med sin kompetanse som en viktig part.

Norsk psykiatrisk forening skal ha fast kontakt med de største brukerorganisasjonene.

De siste årene er det både innen fagfeltet psykiatri og fra helsemyndighetene lagt større vekt på at pasienter og pårørende skal ha innflytelse på beslutninger og tilbud som gjelder dem, også pasienter med annen kulturbakgrunn. Norsk psykiatrisk forening erkjenner betydningen av det arbeid pasienter og pårørende har gjort og gjør for dette, og vil samarbeide med brukerorganisasjonene for å få til de nødvendige endringer i holdninger og praksis.

6.5 Tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsevern

Arbeidet innen psykisk helsevern er i stor grad basert på et tverrfaglig samarbeid. De faggruppene som arbeider innen psykisk helsevern, må ha en felles basiskompetanse. Men hovedhensikten med det tverrfaglige samarbeid er at en også utnytter og videreutvikler den profesjonsspesifikke, funksjonsspesifikke og individuelle kompetansen som finnes i teamet.

Psykiatere har som leger med spesialistutdanning en særskilt kompetanse i diagnostikk og utredning, avklaring av somatiske lidelser og forhold som kan spille inn eller som kan forveksles med psykisk lidelse, og bruk av medikamenter og andre medisinske behandlingsformer. Den brede utdanning og erfaring som en psykiater får i psykososial utredning og behandling, gjør at spesialistkompetansen også omfatter ulike psykoterapiformer, vurdering av pasienter etter alvorlighetsgrad og hastekriterier. De har solid erfaring med å ha et selvstendig behandlings- og evalueringsansvar. Det er viktig for de tjenester som gis, at psykiaterne også i fremtiden har en slik bred kompetanse.

Andre yrkesgrupper må arbeide tett sammen med psykiatere. Primærleger som henviser pasienter til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten forventer at undersøkelse og rådgivning utføres av spesialister i psykiatri og/eller klinisk psykologi. Disse forventningene må innfris. Myndighetene må sette normer for kompetanse og bemanning i spesialisthelsetjenesten.

Myndighetene har nylig påvist at mange pasienter ikke blir undersøkt eller behandlet av spesialist i spesialisthelsetjenesten, særlig ved en del DPSer. Dette må rettes opp. Det krever vesentlig større andel spesialister og særlig psykiatere, enn det som er tilfelle ved mange DPSer i dag. Veiledning av medarbeidere prioriteres høyt for å sikre at den samlede kontaktflate med pasientene fungerer best mulig og for å kvalitets sikre det som skjer mellom pasienter og behandlere.

6.6 Prioritering av levedyktige fagmiljøer

Vurderingene i tidligere kapitler tyder på at det blir mangel på fagfolk i forhold til ambisjonene for utbygging av tjenester på flere nivåer. Vi tror sentralisering til større enheter vil bli aktuelt for å etablere og opprettholde tilstrekkelig bredde i kompetansen. Dette ser ut til å gjelde både i sentrale og perifere strøk av landet. Det bør knyttes minimumskrav til dokumentert kompetanse på de viktigste fagområdene en avdeling skal dekke.

Hver avdeling må kunne tilby forsvarlig utredning og behandling til befolkningen i sitt område. Tilsvarende må kompetansen hos personalet opprettholdes gjennom videre- og etterutdanning. Denne må være uavhengig av den farmasøytiske industrien. Forskning må knyttes til klinisk aktivitet.

For å sikre nøkkelmiljøer som kan være gode utdanningssteder og som kan støtte andre fagmiljøer i deres utvikling, må myndighetene ha en plan for hvordan en vil prioritere å sikre levedyktige fagmiljøer, både innen sykehus og distriktpsykiatriske sentre.

Med så små forhold som vi har i Norge, vil det til en viss grad være personavhengig hvilke miljøer som blir faglig sterke, og dette må en også ta hensyn til. Likevel må man ha bevisste planer for slik prioritering og revidere disse regelmessig.

6.7 Prioritering mellom pasientgrupper

Pasienter med psykiske lidelser har den samme rett til spesialisthjelp som andre pasienter.

Det er et problem at kriteriene for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten er tilnærmet lik kriteriene for undersøkelse og behandling under tvungen psykisk helsevern. Når kapasiteten i tjenesten er for liten, kan det føre til at pasienter ikke henvises før de er blitt svært syke. De kan også måtte vente for lenge etter henvisning før de får spesialisthjelp. Dette kan føre til unødig bruk av tvang.

Skal en få snudd en alvorlig utvikling av psykisk lidelse, må hjelpen settes inn tidlig. Undersøkelsen må også være grundig nok og behandlingen gjennomføres på en slik måte at det har effekt. I noen tilfeller kan dette ta lang tid, som i andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Alvorlig syke skal ha rask hjelp, også kvalifisert samtalebehandling. God og rask spesialisthjelp også til dem med mindre alvorlige lidelser kan være meget kostnadseffektivt. God utredning legger grunnlag for behandling som faktisk virker, også for dem med lettere og moderate lidelser. Effektiv behandling virker forebyggende for pasienten og de nærmeste, både på kort sikt, på lengre sikt og for senere generasjoner.

Hvor raskt utredning og behandling settes inn, hvor lang tid det tar eller på hvilket nivå det skjer, kan ikke avgjøres av diagnosen som settes. Det avgjørende er sammensetningen av symptomutfordringen, lidelsestrykket, funksjonsnedsettelsen og pasientens personlighet og livssituasjon.

Prioriteringsveiledere, behandlingsveiledere og retningslinjer er nyttige hjelpemidler og må brukes, men med klinisk skjønn. Effekten av behandlingen må evalueres bedre og mer regelmessig enn det gjøres i dag.

7 Handlingsplan for økt frivillighet i behandlingen

7

Innledning

Norsk psykiatrisk forening har i flere ti-år markert sitt arbeid for frivillighet, for redusert, kvalitetssikret og bedre anvendelse av tvang etter psykisk helsevernloven. Foreningens medlemmer er, og har vært, den sentrale kraft i arbeidet for å tilby mennesker med alvorlige psykiske lidelser humane vilkår. Nedbyggingen av de store sentralinstitusjonene er blitt initiert og drevet frem av psykiatere, likeså oppbyggingen av kvalifiserte desentraliserte tilbud i samme periode. Legeforeningens Gjennombruddsprosjekt 2000–2001 viste at det var godt mulig å redusere antallet tvangsinnleggelses og bruken av tvangsmidler og tvangsbehandling. Erfaringene etter gjennombruddsprosjektet har vist at slikt arbeid med arbeidsmetoder må gjøres kontinuerlig om ikke praksis skal falle tilbake til slik det var før. Dagens status er at det er større regionale forskjeller enn hva demografi og sykdomspanorama naturlig forklarer. Helseforetak som hadde den høyeste andel tvangsinnleggelses for få år siden har imidlertid redusert denne, og andre som lå lavt har kommet høyere.

Også bruker- og pårørendeorganisasjonene har nå i flere år satt reduksjon av omfanget av tvang i norsk psykiatri på dagsorden. Det er et stort problem at tallene vedrørende bruk av tvang er upålitelige. Sintef oppsummerte i 2008 at man manglet ca 30 % av de tallene som skulle vært tilgjengelige. Studier bygd på klinisk erfaring mangler. Det har vært hevdet at det er mer tvang i Norge enn i sammenlignbare land. Men lovverkene for bruk av tvang i de nordiske land er så forskjellige at sammenligning av statistikker ikke gir pålitelig resultat. Den rådende oppfatning er at nivået ikke er vesensforskjellig mellom de ulike skandinaviske land, muligens med unntak av Island, som ligger lavest.

Til 100-årsjubileet for Norsk psykiatrisk forening i 2007 ble vårt Helsepolitiske manifest utformet. Av de 10 punktene har arbeidet med tvang fått høy prioritet. Et utrykk for dette er den årlige konferanse om «Menneskerettigheter, tvang og etikk» på Hamar som Npf siden 2008 arrangerer i samarbeid med Sykehuset Innlandet.

Psykisk helsevernloven fra 1999 legger stor vekt på medbestemmelse, personlig integritet, rett til å leve et så vanlig liv som mulig og respekt for livssyn, religion og kulturelle ulikheter. Det vektlegges individuell planlegging og gjennomføring av behandling og omsorg. Frivillighet skal forsøkes før tvangsvedtak fattes. Tidlig intervensjon, god akutthjelp, god utredning, etablering av gode behandlingsallianser, god oppfølging og kontinuitet i behandlingsrelasjoner og behandlingsnettverk på alle nivåer kan

forebygge unødvendig bruk av behandling uten eget samtykke, under tvungent psykisk helsevern.

Lovverket

Lov om pasientrettigheter gjelder alle mennesker, også når vi rammes av psykiske lidelser. Kap. 4 A regulerer bruk av tvang ved helsehjelp for somatiske lidelser når pasienten ikke er samtykkekompetent og motsetter seg helsehjelpen.

Npf mener at psykisk helsevernloven først og fremst er en rettighetslov som skal sikre pasienter nødvendig behandling. Den pålegger psykiateren og andre som arbeider i psykisk helsevern plikter som må utøves på særlig høyt faglig og etisk nivå. Vi betrakter farekriteriet som stigmatiserende og mener det er uetisk om dette blir det eneste tilleggs-kriteriet. Forskning viser at farlighet er knyttet til ubehandlet psykose. Målsettingen må være å komme til med behandling før farlighet utvikler seg. Mennesker med psykiske lidelser er i utgangspunktet ikke farligere enn andre. Farligheten er knyttet til ubehandlet/utilstrekkelig behandlet lidelse.

Institusjoner med pasienter under tvungent psykisk helsevern må ha en viss materiell standard og tilfredsstillende skjermingsmuligheter. Både døgn-, dag- og polikliniske enheter må ha tilstrekkelig antall spesialister i psykiatri og klinisk voksenpsykologi med diagnostisk kompetanse og må kunne tilby sentrale anerkjente behandlingsformer for pasientene. Dersom institusjonen gir døgnopphold av en viss varighet skal den også ha kvalifisert personell for miljø- og fritidsaktiviteter samt nødvendig opplæring.

Bestemmelser om udelt ledelse uten profesjonsspesifikke kompetansekrav, krav om forsvarlighet eller medisinsk kompetanse, kan medføre uklare ledelsesforhold i faglige spørsmål. Psykiatere vil måtte være bevisst på at faglig ansvar er i samsvar med tildelt myndighet, slik at ansvars- og ledelsesforhold er tydelig og avklart, både for helsepersonell og for pasienter. Arbeidsgiver har en tilsvarende stor utfordring i å bidra til slik avklaring, gjennom tydelig stillings- og funksjonsbeskrivelse.

I henhold til psykisk helsevernloven og den nye straffeloven som trådte i kraft 1. januar 2002 kan personer som er fritatt for straff etter straffelovens nye § 44 1. ledd dømmes til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39a. Dette er en særreaksjon for personer som finnes utilregnelige fordi de bedømmes som psykotiske i rettspsykiatrisk forstand.

Det er anslått at inntil 20 personer vil bli dømt til tvungent psykisk helsevern per år, og med en beregnet gjennom-

snittlig behandlingstid på minst 8 år. Det ble derfor foreslått at det i løpet av opptrappingsplanens virkeperiode skulle bygges 160 nye sykehusplasser til pasienter som dømmes til psykiatrisk behandling. I tillegg skulle de tre regionale sikkerhetsavdelinger styrkes som kompetansesentre med økte bevilgninger. Vi har nå ved avslutningen av perioden sett at antall døgnplasser er betydelig redusert og sentralisert.

Kapasiteten i psykiatrien, både døgnplasser og poliklinisk behandlingsskapasitet, skulle økes i løpet av Opptrappingsplanen. Det vi nå ser, er at rammene er blitt så trange at de hindrer oss i å ivareta de dårligste pasientene. Antallet døgnplasser skulle øke med 160 til 6565 senger, mens det ved årsskiftet 2008–2009 ligger på 4557 døgnplasser i landet – en nedgang på ca 27 %.

Straffeloven § 56 c omhandler tilstander som kan gi redusert straff. Det er i 2002 innført en ny kategori: Alvorlig psykisk lidelse med betydelig svekket evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen. Dette er tilstander som vil kunne komme inn under begrepet alvorlig sinnslidelse i psykisk helsevernloven, men som ikke anses som psykotisk i rettspsykiatrisk forstand. Om denne pasientgruppen ikke blir ivaretatt innenfor psykisk helsevern, vil et mulig utfall være at retten dømmer flere til tvungent psykisk helsevern, slik at planens anslag blir for lavt.

I flere vestlige land, også i Norge, har det de senere år vokst fram en debatt om det rådende «biologiske prinsipp» for straff-frihet ved psykose og bevisstløshet i motsetning til «det psykologiske prinsipp» der personer med stabil psykoselidelse kan holdes ansvarlig for sine handlinger dersom handlingen ikke har direkte sammenheng med innholdet i psykosen.

Npf går inn for at «det psykologiske prinsipp» legges til grunn i fremtidig lovgivning.

Legeforeningen og Norsk psykiatrisk forening mener at nåværende psykisk helsevernlov i all hovedsak er god, men at praksis kan forbedres. I noen grad handler dette om kunnskap og holdning, i stor grad handler det om system og ressurser. For å redusere tvang må opplysninger om tegn på alvorlig psykisk lidelse være mer kjent i befolkningen, slik at behandling og kontakt med helsevesenet kan starte før tvang blir nødvendig. Igangsettelse av tvang starter der folk bor, ved at familie, naboer eller venner blir alarmert av at personen har forandret seg. Den aller første erfaring med formell tvang starter hos lege utenfor sykehus. Ansvarlige for vedtak forvalter loven først når pasienten er blitt lagt inn. Også de som blir transportert til sykehus med tvang, men uten å bli lagt inn, kan oppleve seg

krenket. Tvangsinnleggelse skal alltid være siste utvei, og transporten skal gjennomføres så skånsomt som mulig.

Bernt-utvalget ble nedsatt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Stortinget, og avga sin innstilling i juni 2009. HOD har våren 2010 oppnevnt et lovutvalg for å gjennomgå psykisk helsevernloven. Særlig skal det vurderes om «behandlingskriteriet» skal endres eller fjernes helt, men også begrepet «manglende samtykkekompetanse» skal utredes. Det vil bli vurdert om hele loven kan inkluderes i generell helselovgivning.

Norsk psykiatrisk forening mener at behandlingskriteriet som grunnlag for tvungent psykisk helsevern forsvarer sin plass, og må være det grunnleggende tilleggs-kriterium. Både bedrings- og forverringsalternativet er viktige og må beholdes.

Farekriteriet alene er uetisk, og kan medføre alvorligere sykdomsforløp, senere intervensjon, større selvmordsfare og mer stigma, og det er mer tvilsomt som beslutningsgrunnlag for tvungent psykisk helsevern.

Npf vil ved en revisjon av psykisk helsevernloven særlig være opptatt av at alle sårbare grupper med alvorlig psykisk sykdom får rett til hjelp tidlig nok og lenge nok til å unngå unødig skade.

Klinisk arbeid

Veien ut av tvang bygger i stor grad på tverrfaglighet, i samarbeid med pårørende og hjelpeapparatet utenfor sykehus. Arbeidet for redusert tvang må forankres politisk hos helsemyndighetene og følges opp av helseforetakene.

Helseforetakene plikter å påse at alle ansatte har kunnskap og ferdigheter til å utøve en forsvarlig og omsorgsfull behandling. Alle helseforetak bør ha lokale årlige seminarer om menneskerettigheter og tvang med deltagelse fra pårørende og pasienter.

Helsesjefer i kommunene må påse at leger i legevakter har den nødvendige kompetanse, dette gjelder særlig for vikarer som er lite fortrolig med psykisk helsevernloven og med norsk språk.

Den bygningsmessige utformingen av psykiatriske avdelinger påvirker behandlingen, også bruken av tvang.

Det er erfaring for at skjerming kan reduseres og gjøres mer tilpasset pasientens behov gjennom kompetanseutvikling og gode retningslinjer.

Husregler er generelt nødvendige, og kan være forskjellige fra avdeling til avdeling. F.eks vil en sikkerhetsavdeling ha større behov for allmenn restriksjon av kontakten med omverdenen enn et akuttmottak. Erfaring viser at fornuftige regler som håndheves med respekt møtes med respekt fra pasienten.

13 viktige tiltak for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang overfor mennesker med alvorlige sinnslidelser:

1. Npf vil arbeide aktivt med holdninger til menneskerettigheter, tvang og etikk i alle arbeidsmiljøer (avdelinger) i psykiatrien, i lokal veiledning og undervisning. Helseforetakene har ansvaret for fast organisert opplæring av alle nye kolleger, samt øvrig personale. Det må utarbeides en nasjonal norm for basisutdanning av alt helsepersonell som kan komme til å anvende tvangstiltak i behandlingen.
2. Gjennom et aktivt holdningsskapende arbeid, antistigmastrategier og opplysningsarbeid vil Npf tilstrebe frivillig behandling basert på tidlig intervensjon, gjennom å nå pasienter i tidligere faser av sykdomsutviklingen.
3. Tilgjengeligheten til de kommunale tjenester må bedres. Dette berører åpningstider til fastleger og legevaktsordninger.
4. Kapasiteten i akuttpsykiatrien må økes, slik at alle helseforetak har tilstrekkelig kapasitet til å hjelpe når behovet oppstår i en familie og i lokalsamfunnet.
5. Ved siden av tilgjengelighet til psykisk helsevern, er bemanningssituasjonen avgjørende for omfanget av tvangsanvendelse i psykisk helsevern. Det må utarbeides forpliktende bemanningsnormer for avdelinger hvor anvendelse av tvang kan være aktuelt.
6. Individuell plan med behandlingsplan og kriseplan skal inneholde et punkt om hvordan tvangsinnleggelse skal unngås i det videre forløpet.
7. Målbeskrivelsen i spesialitetsreglene for psykiatri skal forbedres på området menneskerettigheter, tvang og etikk. Disse temaene bør drøftes ved hver grunnkurs-samling for vordende psykiatere. Ved ett av delkursene skal brukere delta med sine erfaringer.
8. Npf ønsker et årlig møte med helsemyndighetene for å fremme opplysningsarbeid for å tilstrebe frivillig behandling, og for å nå pasienter tidlig i sykdomsutviklingen. Dette forutsetter lett tilgjengelige tjenester, lav terskel og god mottakskapasitet i akuttavdelinger og poliklinikker.
9. I forbindelse med den årlige konferansen om «Menneskerettigheter, tvang og etikk» vil Npf invitere lederne av brukerorganisasjonene, Rådet for psykisk helse, Allmennlegeforeningen og Psykologforeningen for å drøfte bruken av tvang.
10. Npf vil ta del i arbeidet for landsdekkende enhetlig registrering av alle typer tvang og for at helseforetakene må anvende etablerte kvalitetssystemer for å redusere svikt i registreringen.
11. Npf vil ha mer forskning på tvang. Denne må være bygd på klinisk praksis, med pålitelige tall for tvungen psykisk helsevern, tvungen behandling med legemidler og bruk av tvangsmidler. De mest trengende pasientene fortjener at vår praksis er kunnskapsbasert, og at klinikere også gjennom egen forskning stimuleres til å reflektere over sin praksis.
12. Det må etableres en nasjonal målsetting og lokale målsettinger for helseforetakene for bruken av tvang. Målsettingene må følges opp og tiltak evalueres årlig både lokalt og nasjonalt.
13. Npf vil nedsette en gruppe med fagpersoner for å utarbeide god faglig forståelse og retningslinjer for forståelsen av formuleringene «manglende samtykkekompetanse» og «manglende innsikt».

Statlige helsemyndigheter har gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse gitt føringer for å organisere psykisk helsevern på tre nivåer: Distriktpsikiatriske sentre er det første nivået. Sykehusfunksjoner er det neste. I tillegg kommer et tredje nivå med en del høyspesialiserte funksjoner som må løses ved regionale eller nasjonale kompetansesentre. I praksis er grensene mellom nivåene mindre klar. Mange steder utgjør DPS og sykehusenheter ulike deler av et samlet geografisk tilbud og organisert i den samme avdeling/klinikk. Døgnavdelinger finnes på begge nivå. Forskjellen mellom nivåene er graden av spesialisering og mengden av bemanning, både av leger og andre. Noen spesialfunksjoner beskrevet under sykehusfunksjoner kan enkelte steder være organisert under DPS. Omtalen nedenfor er strukturert rundt disse tre tjenestenivåene.

Da flere lidelser debuterer i ung alder, bør psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge ha nært samarbeid, både organisatorisk og faglig.

Somatiske og psykiatriske sykehusfunksjoner bør samlokaliseres, da mange pasienter både i somatiske og psykiatriske enheter trenger begge typer tjenester.

8.1 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

«DPSene skal ha hovedansvaret for det psykiske helsevernet i et gitt geografisk område – lokalsykehusfunksjonen». Dette slås fast i Helsedirektoratets veileder for distriktpsikiatriske sentre: «Med blikket mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen».

Målene i Opptrappingsplanen var primært kvantitative, med måltall for antall nye plasser ved ulike kategorier institusjoner, antall konsultasjoner i poliklinikk, antall dagbehandlinger, andel av befolkningen som skal få et tilbud m.m. Planen la opp til en sterk økning i andelen leger og psykologer, men erkjente at tilgang på psykiatere ville være en knapphetsfaktor.

Opptrappingsplanen har lyktes i å etablere en desentralisert struktur, med 76 godkjente DPS over hele landet ved utgangen av 2008. Antallet polikliniske konsultasjoner har økt fra 470 000 til 1,1 million, en økning på 130 % i tiårsperioden.

Samtidig som SAMDATAAs tall fra 2008 viser en tydelig vekst, og endring i aktiviteten i tråd med ønskene om mer desentraliserte tjenester og at mer skulle løses poliklinisk, er det også avdekket alvorlige mangler i tjenestene. Riksrevisjonens rapport fra november 2008 påpekte blant annet store kvalitative forskjeller i tilbudet pasientene fikk, og at prioriteringsforskriftene ikke ble fulgt. Riksrevisjonen på-

pekte videre at «mange DPSer ikke har tilstrekkelig kompetanse».

Nye bygg har altså ikke vært tilstrekkelig for å bygge gode tjenester for pasientene. Det viktigste satsingsområde i denne planens virkeperiode er derfor å fylle de fysiske rommene med tjenester av god kvalitet.

Kvalitativt gode tjenester fordrer tilstrekkelig antall spesialister og dokumentert bruk av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for de tjenestene som utøves. Det kreves også et minimum av fagmiljø. En spesialist alene kan aldri utgjøre et fagmiljø.

Per i dag varierer antallet psykiatere mellom 0 og 13 ved de forskjellige DPS. Norsk psykiatrisk forening ønsker derfor at det snarest etableres nasjonale faglige og bemanningsmessige normer. Først når disse normene er satt og det enkelte helseforetak er i stand til å oppfylle dem, vil DPS og psykiatriske sykehus kunne gi spesialisthelsetjenester på samme nivå som det forventes av de somatiske sykehusene.

Behovet for ulike typer tjenester ved distriktpsikiatriske sentre

Også for psykiske lidelser kan kompetente fastleger og øvrig primærhelsetjeneste ivareta den største delen av pasientene. Skal LEON-prinsippet ivaretas, og rett prioritering av ressursene sikres, må det fortsatt være henvisningsplikt til tjenester på DPS- og sykehusnivå. Samtidig må samhandlingen mellom fastlegene, øvrig spesialisthelsetjeneste og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten bedres mange steder. Norsk psykiatrisk forening ønsker å innlede et samarbeid med fastlegene og deres organisasjoner for å bedre kvaliteten på tjenestene til pasientene og avklare ressursbruk nivåene imellom.

Skal et DPS gi god kvalitet på de tjenestene som etterspørres blant annet i DPS-veilederen og av fastlegene, trenger det breddekompetanse. Det skal kunne gjennomføres primær utredning ved *alle* psykiatriske tilstander, akutte så vel som nyoppståtte og kroniske, og gjøres kvalitetsmessig gode vurderinger av evt. behov for henvisning til ytterligere spesialiserte tjenester.

I tillegg til at et DPS skal kunne gjennomføre primær *utredning* av alle psykiatriske tilstander, må et DPS ha kompetanse til å vurdere behandlingsbehov og *planlegge behandlingsopplegg* for disse tilstandene. Behandlingspotensiale og pasientens forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg hvilken behandling må også vurderes. DPS kan så enten selv forestå hele eller deler av behandlingen, henviser til privatpraktiserende spesialist eller sykehus, eller bistå primærhelsetjenesten der pasienten får sin behandling.

Hvilke pasienter som best ivaretas på de ulike nivåer er slik ikke bare et spørsmål om diagnoser, men også om lidelsens alvorlighetsgrad, pasientens funksjonsnivå og fase i sykdomsutviklingen. Inndelingen nedenfor må derfor sees på som veiledende for hva som best ivaretas på henholdsvis 2. og 3. linjenivå.

Bemanningsbehov og normer

Skal et DPS kunne gi kjernetilbud av tilstrekkelig kvalitet kreves det tilgjengelige spesialister. I statusrapporten «Psykiske lidelser – faglighet og verdighet» fra 2004 sier Legeforeningen:

«Helsetjenestens oppgave er å utrede pasienten grundig slik at pasienten, i samråd med behandleren, får et godt grunnlag for å velge behandling som er i tråd med pasientens ønsker og behandlerens faglige vurderinger. Legeforeningen mener at det er uakseptabelt at pasienter som henvises fra fastlege til spesialisthelsetjenesten, kan risikere mangelfullt tilpassede og unødig langvarige behandlingsopplegg. Et minstekrav er at en psykiater eller en spesialist i klinisk voksenpsykologi skal ha ansvaret for utredning, diagnostisk vurdering og utforming av behandlingsplanen. En psykiater må ha ansvar for medisinsk utredning og vurdering.»

I statusrapporten «Lokalsykehusfunksjonen i psykisk helsevern» fra 2008 sier Legeforeningen:

For bl.a. å sikre pasientens rett til pasientansvarlig lege, utredning, diagnostikk, etablering av behandlingsplan og individuell plan samt nødvendig behandling ved psykiater, har Legeforeningen anslått følgende som minimumskrav:

- 1,5 psykiater per 10 000 innbyggere
- Minimum 1 psykiater per enhet innen DPSet (poliklinikk, dagavd, døgntilbud, ambulant team)
- 1 psykiater per 3 andre fagstillinger i poliklinikk
- Minimum 5 psykiatere evt (4 psykiatere + 1 lege i spesialisering (LIS)) for å dekke en døgnskoti-nerlig beredskap
- Tilnærmet lik fordeling mellom psykiatere og psykologspesialister i poliklinikk
- *Fagmiljø* betyr minimum 2 spesialister innen samme profesjon.

Kvalitet i tjenestetilbudet fordrer også at DPSet er tilstrekkelig bemannet med øvrig kvalifisert personell til å sikre tverrfaglighet i behandlingen. Personellet må ha bred psykiatrisk kunnskap på sitt nivå og brukes til å utføre de spesialfunksjoner som deres grunnutdanning og stillingsforhold tilsier. Tverrfaglighet er å utnytte personalets spesialkompetanse på en slik måte at pasientens samlede behov for hjelp dekkes. Denne type bred kompetanse er også et av kravene for at en institusjon skal ha mulighet til å bruke tvang.

Akutt- og krisetjenester ved DPS

Akutt- og krisetjenester er en kjerneoppgave for DPS, samtidig som DPSet ikke skal overta øyeblikkelig hjelpplikten fra sykehusene.

Når primærlegen har behov for assistanse fra spesialisthelsetjenesten samme dag, er det vanligvis en oppgave for DPS. Unntatt er de tilfellene der det er åpenbart for primærlegen at pasienten trenger innleggelse i lukket sykehusavdeling.

Akutt-teamet er DPSet ansikt mot primærhelsetjenesten i akutte saker. Teamet skal kartlegge situasjonen, håndtere den akutte situasjonen og sørge for at pasienten, og eventuell familie, får den hjelp som er nødvendig. Det kan for eksempel være behov for videre oppfølging i kommunen, behandlingsopplegg ved psykiatrisk poliklinikk, innleggelse ved døgnenhet ved DPS samme dag eller innleggelse ved psykiatrisk akuttavdeling.

Akuttteamet skal bemannes med personer som har kompetanse på akuttpsykiatri. Psykiater må være en del av teamet, må være lett tilgjengelig for temmedlemmene, men behøver ikke alltid være den som møter pasienten først. Som for alt annet arbeid i spesialisthelsetjenesten må DPSet ha systemer slik at arbeidet kvalitetssikres av psykiatere.

DPSetes akutt- og krisetjenester skal kunne ta hånd om de fleste akuttpasienter som ikke er i behov av innleggelse på lukket sykehusavdeling. En viktig forutsetning for dette er at DPSet har tilstrekkelig psykiaterdekning på døgnenhetene.

8.2 Spesialister i avtalepraksis og i praksis uten driftsavtale

Avtalepraksis er en del av det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet og skal være en del av de regionale helsefor-etaks «sørge for-ansvar».

I 1999 var det opprettet 301 avtalehjemler i psykiatri.

Dette utgjorde 169 årsverk. Antall avtaler med psykologspesialister var 551 og utgjorde 397 årsverk. Det var 13,9 hjemler for psykiatere i Oslo per 100 000, mens tallet varierte fra 0 til 5,6 hjemler per 100 000 i de andre fylkene.

RHFene opplyser i januar 2010 at det er opprettet 268 avtalehjemler i psykiatri. Dette utgjør i alt 180 årsverk. Antall avtaler med psykologspesialister var 548, som utgjør 428 årsverk.

Utviklingen i antall årsverk i avtalepraksis:

ÅRSVERK	1999	2008
Leger	169	180
Psykologer	397	428

Avtalespesialister i RHFene i januar 2010:

RHF	PSYKIATERE:			PSYKOLOGER:		
	AVTALER	HERAV 100%	ÅRSVERK	AVTALER	HERAV 100%	ÅRSVERK
Sør-Øst	202	103	137,5	344	227	281,5
Vest	40	23	28,2	117	83	95,3
Midt	14	5	8,1	61	21	33,1
Nord	12	3	6,5	26	12	18,4
Totalt	268	134	180,3	548	343	428,3

Tallene er nokså stabile siden 2002, og viser en tendens til færre deltidssamtaler og høyere avtaleprosent. Det er betydelig geografisk skjevfordeling av hjemlene, både fylkene i mellom, og innad i fylkene, med flest i de store byene. I 2008 var det 5,3 hele avtalehjemler i psykiatri per 100 000 innbyggere i Helseregion Sør-Øst. I andre regioner varierer antallet fra 1,1 til 3 per 100 000. Det finnes i tillegg et fåtall spesialister som praktiserer uten avtalehjemler. Tall for disse foreligger ikke.

Tallene for psykologspesialister skiller ikke mellom ulike spesialiteter.

Avtalespesialister i psykiatri og klinisk voksenpsykologi gir viktige tilbud til mange mennesker med psykiske lidelser. De utreder og behandler pasienter i de fleste diagnosegrupper og bidrar til forebygging og forhindrer funksjonsfall og kronifisering. Mange pasienter innen ulike diagnosegrupper har tilknytningsskader. Disse drar særlig nytte av langtidsbehandling med god stabilitet. Diskresjonshensynet ivaretas spesielt godt i en avtalepraksis.

Slik praksis baserer seg på henvisning fra fastleger. Avtalespesialistenes samarbeid med den øvrige spe-

sialisthelsetjeneste bør utvikles videre. Pasienter med behov for bredt tverrfaglig team, ofte øyeblikkelig hjelp eller som ikke klarer å møte til avtalte timer, vil i mindre grad kunne bruke avtalespesialister.

Noen psykiatere og kliniske psykologer som er ansatt i det offentlige psykiske helsevernet og noen universitetslærere har en 20 % avtalepraksis i fritiden. Dette konkurrerer lite med arbeidets bruk av arbeidskraften. Det bør opprettes flere deltidshjemler som bør tilknyttes overlegestillinger og stillinger for universitetslærere. Dette vil tjene flere formål:

- tilbudet til pasientene utvides ved å utnytte arbeidskapasiteten til de psykiatere vi har
- slike tilbud kan spres i landet. I dag er det kun de mest tettbygde strøk som har slikt tilbud
- pasienters mulighet for å få kvalifisert psykoterapi utvides
- bedre samarbeidet mellom helseforetakene og avtalespesialistene
- sikre vedlikehold av kliniske ferdigheter som overlegen/universitetslæreren bruker lite i sin hverdag, men likevel underviser i
- overlegestillinger kan bli mer attraktive for spesialister som ønsker å drive med psykoterapi eller annet direkte og sammenhengende pasientarbeid

Et samarbeid mellom poliklinikker og spesialister i selvstendig praksis behøver ikke å føre til en utviking av forskjellene mellom partene, siden begge dekker viktige behov.

Forskning bør også foregå i denne delen av det psykiske helsevernet.

8.3 Sykehusfunksjoner

Psykiatriske sykehusavdelinger skal gi behandlingstilbud til hele eller deler av et fylke innen områder som krever høyere bemanning og/eller spesialkompetanse som vanligvis ikke finnes ved distriktpsikiatriske sentre.

Disse sykehusfunksjonene er:

- Akuttfunksjon med plikt til å gi øyeblikkelig hjelpvurdering og øyeblikkelig hjelp

- Oppfølgende behandling i døgnavdeling, særlig for pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern, eventuelt i lukket avdeling over lengre tid for personer som har utagerende og voldelig atferd og en alvorlig psykisk lidelse.
- Behandling i sikkerhetsavdeling
- Ulike spesialtilbud og team (f.eks. alderspsykiatrisk poliklinikk/avdeling, spesialteam for utredning av førstegangs psykotiske, familietilbud, tilbud for spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, selvskading, rus- og avhengighet kombinert med psykiske lidelser)
- Spesialenheter for mennesker med psykose, alvorlige affektive lidelser, personlighetsforstyrrelse, selvskading, spiseforstyrrelse og voldsrisiko må finnes i alle helseregioner og være dimensjonert for befolkningsstørrelsen

Opptrappingsplanen for psykisk helse var i hovedsak rettet mot kommunale tiltak og distriktspsykiatriske sentre. Det er viktig at sykehusfunksjonene også settes i fokus for å sikre klare presiseringer av oppgaver og nødvendige ressurser for å dekke disse oppgavene.

Det vil være svært uheldig dersom sykehusbehandling blir synonymt med tvangsinnleggelse og tvangsanvendelse.

Akuttposter og subakutt/korttids/intermediærposter

I henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten skal det i hver fylkeskommune være minst en avdeling med plikt til å mota pasienter med behov for øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp. Avdelingen skal ha døgnkontinuerlig beredskap med nødvendig og tilstrekkelig kompetanse for diagnostikk, behandling og pleie. De senere år er antall døgnplasser i sykehus redusert i et slikt omfang at pasienter ikke rekker å få skikkelig utredning før de skrives ut for å gi plass til nye akuttpasienter. De skrives da ut, ettersom subakutt- og intermediærplasser heller ikke har kapasitet nok. Avdelinger som skulle ta pasienter inn til planlagt utredning og/eller behandling, blir også fylt opp med akuttpasienter.

Denne plassmangelen medfører at inntakskriteriene for akuttinnleggelse ofte tolkes meget strengt og til forveksling ligner kriteriene for innleggelse under tvungent psykisk helsevern.

Det samlede behov for akutt- og korttidsplasser ved DPS og sykehus for et opptaksområde anslås til å være 50 plasser per 100 000 innbyggere. Fordelingen på de to nivåene og på de to typene avdelinger må avgjøres i en felles forståelse mellom lederne for de avdelingene det gjelder.

Med utbygging av subakutt/korttids/intermediærplasser ved distriktspsykiatriske sentre bør subakutt/korttids/intermediærfunksjon på sentralsykehusnivå bli mer spesialisert. Fortsatt skal korttids/intermediærposter ved sykehus ivareta en viss subakutt funksjon med overføring fra akutt-posten, men vi mener at subakuttfunksjonen primært skal tillegges DPS.

Både akuttavdelinger/poster og korttidsavdelinger/poster bør inndeles i mindre enheter med et sengetall fra 8 til 12 pasienter per enhet. Alle pasienter skal ha enerom og det bør være romslige fellesarealer. Det bør legges vekt på det estetiske som et ledd i å skape trivsel og respekt for brukerne av tjenestene og for personalet. En god utforming av en akuttpost kan bidra til redusert utagering og bruk av tvangsmidler. Hver akuttpost/avdeling kan også ha en egen mottaksenhet på 2 til 4 sengeplasser hvor utagerende pasienter observeres/behandles i 1 til 3 døgn før de «sluses» inn til et mer differensiert akuttpsykiatrisk behandlingstilbud.

Bemanningsbehov

For å sikre pasientene tilfredsstillende utredning og behandling og tilgjengelig spesialist for veiledning til andre til enhver tid, bør hver akutttenhet på denne størrelsen ha 3 psykiatere i full stilling og 1 spesialist i klinisk voksenpsykologi, i tillegg til 2 leger og 1 psykolog i spesialistutdanning og tverrfaglig bemanning forøvrig. Utadrettede team og spesialteam må ha egen spesialistdekning i tillegg.

Subakutt/intermediærenheter må tilsvarende ha minimum 2 psykiatere og 1 spesialist i klinisk voksenpsykologi i tillegg til leger og psykologer i spesialistutdanning og tverrfaglig bemanning for øvrig.

Enheter med spesialfunksjoner

På sykehusnivå må det være spesialkompetanse for utredning/diagnostikk og behandling av unge som for første gang får, eller som synes å være i ferd med å utvikle, en alvorlig psykisk lidelse. Dette kan organiseres i team som også kan bistå DPSer i området i slike oppgaver. Teamet bør samarbeide nært med kommunale helse- og sosialtjenester, skoler og andre instanser, og arbeide aktivt med tidlig intervensjon. En rekke steder vil det også være behov for en døgnenhet knyttet til et slikt team. Enheten bør ikke være stor, og den bør være tilpasset unge mennesker.

Behovet for slike plasser i sykehus er avhengig av hvordan disse oppgavene er fordelt mellom DPS og sykehus, men kan anslagsvis være 6–7 per 100 000 innbyggere. Enheten må ha et nært samarbeid med akuttpsykiatrisk post/avdeling/seksjon.

En av de største utfordringene fremover vil være å gi et godt tilbud til det økende antallet personer med alvorlig psykiatrisk lidelse og rusmiddelmissbruk («dobbeltdiagnosepasienter»). Dette krever et nært samarbeid mellom førstelinjetjenesten, rusomsorgen og psykisk helsevern. Det er nødvendig at rusomsorgen og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten finner frem til nye og hensiktsmessige samarbeidsformer. Det må avklares ansvarsforhold og enighet om behandlingsmetoder. Det bør finnes spesialkompetanse for dette i form av et spesialteam og en spesialpost. Med bedre samarbeid vil en anslå at sengefaktoren for antall døgnplasser for «dobbeltdiagnosepasienter» bør være 5–6 per 100 000 innbyggere i gjennomsnitt for de fleste fylker. I fylker med større byer vil behovet sannsynligvis være noe høyere. En spesialpost for dobbeltdiagnosepasienter bør ikke være større enn 6–8 døgnplasser.

Det bør også finnes forsterkede enheter som kan ta imot pasienter med kronisk alvorlig sinnslidelse med residiv av en slik art at det er nødvendig med innleggelse, men samtidig unngå opphold ved akuttpost. Tilbudet til denne pasientgruppen på DPSer og i kommuner avgjør hvilket tilbud som bør gis på sykehusnivå. Enkelte kan over måneder eller år ha en så alvorlig tilstand trass i adekvat behandling, at de krever mer kompetanse og ressurser enn det som finnes ved distriktskykiatriske sentre. En vil anslå at sengefaktoren for en forsterket sykehuspost på sentralsykehusnivå bør være 12–15 per 100 000 innbyggere for å unngå at pasienter med akutt forverrelse av en kronisk psykiatrisk lidelse blir hasteinnlagt på akuttpostene. Disse postene bør ikke ha gjennomsnittsbelegg over ca. 80 %. Antall senger per post bør være 8–10, med romslige arealer og enerom for pasientene.

En del psykiatriske sykehusavdelinger gir behandling til de sykeste som ofte er lenge innlagt. Fra å være den sentrale delen av det psykiatriske behandlingstilbudet er de i dag ofte små enheter som kan ligge langt fra andre spesialistinstusjoner og med lite tilgang til viktige sykehusfunksjoner. Ofte er de flyttet til bygg som er fraflyttet av andre og har lav spesialistbemanning. Disse forhold vanskeliggjør rekruttering. Både arkitektonisk og faglig må de rustes opp. Det er en viktig del av antistigmaarbeidet at psykiatrien får et moderne og åpent uttrykk også på sykehusnivå.

I tillegg til en forsterket psykosepost skal det på sykehusnivå være en sikkerhetspost. Dette skal være en spesialisert post for behandling og rehabilitering av pasienter som har en alvorlig sinnslidelse med en atferd som er til alvorlig fare for andre. Behovet for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien samlet sett er vurdert å være minst 6 per 100 000 innbyggere ifølge tidligere anslag. Det er holdpunkter for at redusert antall senger i psykiatrien generelt og samfunnsendringer vil føre til større behov for senger i sikkerhetspsykiatrien fremover.

Psykisk utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser er en svært utsatt og faglig og ressursmessig krevende gruppe som trenger særlig tilrettelagte tiltak. Oppgaven ivaretas i samarbeid mellom habiliterings-tjenesten som koordinerende instans og psykisk helsevern, gjennom tilstrekkelig tilbud og kompetanse innen utredning, behandling og veiledning. Det dreier seg både om en spesialistteamfunksjon overfor kommuner, DPS og sykehus og tilrettelagte døgntilbud når innleggelse er nødvendig.

Et annen aktuell spesialfunksjon kan være egne tilbud til personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser. En del pasienter har også sammensatte lidelser eller kombinasjoner av lidelser som gjør at det er viktig med samarbeid mellom flere typer enheter.

Alderspsykiatrisk post/avdeling

Med et økende antall eldre, og spesielt eldre over 80 år, vil det også være behov for økt satsning på et alderspsykiatrisk tilbud, både demensutredning og utredning og behandling av funksjonelle psykiatriske lidelser hos eldre over 65 år. I tillegg er det behov for å motta spesielt vanskelige og utagerende eldre med demenssykdom til utredning og behandling. En del utvikler også demenslidelser før de er 65 år. Spesialkompetansen bør være tilgjengelig også for disse.

Antall døgnplasser på en alderspsykiatrisk avdeling bør ligge mellom 0,8 og 1,2 per 1000 innbyggere over 65 år i et opptaksområde. En alderspsykiatrisk post/avdeling bør inndeles i mindre enheter i størrelsesorden 6–7 døgnplasser per enhet. Posten/avdelingen bør være romslig og oversiktlig og spesielt tilrettelagt for eldre bl.a med tanke på daglige aktiviteter og aktivitetstilbud. Alle pasientene må ha enerom.

I tilknytning til en alderspsykiatrisk post/avdeling bør det være en poliklinikk som kan gi utredning, behandling og veiledning til kommunale sykehjem og andre institusjoner for eldre. Det innebærer at en slik poliklinikk bør ha en stor grad av utadrettet virksomhet.

Det vises forøvrig til *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2010–2020*, lagt fram på årsmøtet i Norsk psykiatrisk forening 2010.

Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere:

	DØGNPLASSER PER 100 000 INN
Akutt/korttids/intermediær	50
Intermediær/langtids	
Nysyke	6–7
Forsterket psykose	12–15
Dobbeltdiagnose	5–6
Alderspsykiatri	13–20
Sikkerhetspsykiatri	6

Nødvendig bemanning

Tverrfaglige team med sosionomer, fysioterapeuter og ergoterapeuter i tillegg til sykepleiere, hjelpepleiere og eventuelt vernepleiere og spesialpedagoger er viktig. Det bør være minst 2 psykiatere, 2 leger i spesialistutdanning (LIS) og 1 psykologspesialist ved hver enhet. Ved enheter med høy sirkulasjon bør det være 3 psykiatere. Behovet for bemanning vil påvirkes mye av enhetens størrelse og vaktordning.

Pleiefaktor, dvs. pleiepersonale i turnus anbefales å være 2,4–2,5 i gjennomsnitt for en akuttenhet. Bemanningsfaktor, dvs. alt personell knyttet til enheten bør være minimum 3,3–3,5 per døgnplass.

Ved korttids/intermediærenhet anbefales en pleiefaktor på 1,6–1,7 per døgnplass. Hver enhet bør ha 2 overleger og 1 LIS. Samlet bemanningsfaktor inkludert ledelse og merkantilt personell bør være 2,3–2,6 per døgnplass.

På spesialpost for nysyke anbefales det en pleiefaktor på 1,6–1,7. En slik enhet bør ha service fra nevropsykolog. Samlet bemanningsfaktor inkludert ledelse og merkantilt personell bør være 2,5 – 2,8 per døgnplass.

Pleiefaktoren på en forsterket psykoseenhet bør være relativt høy, dvs. 2,0–2,2 per døgnplass. Samlet bemanningsfaktor vil en anslå til 2,7– 2,9 per døgnplass.

Pleiefaktor ved en spesialenhet for dobbeltdiagnosepasienter anslås til 2,0 –2,2 per døgnplass. Enheten bør også ha spesial-sykepleiere med videreutdanning innen dette området, samt personal med pedagogisk utdannelse. Samlet bemanningsfaktor på 3,0–3,2 per døgnplass.

Tidligere har det vært anslått at pleiefaktor for lokale sikkerhetsavdelinger bør være 3 per døgnplass og for regionale sikkerhetsavdelinger 5 per døgnplass. Praksis viser at sikkerhetsavdelingene vanskelig kan drives med så lav pleiefaktor.

Et vesentlig antall av lokale sikkerhetsavdelinger drives med høyere pleiefaktor. Enhetene bør ha høy kompetanse på sikkerhetspsykiatri, dette gjelder både hos sykepleiere og annet pleiepersonell. Det bør diskuteres hvorvidt poliklinisk virksomhet bør knyttes til sikkerhetsavdelingene, grunnet behovet for spesialkompetanse for å behandle pasienter med utfordrende voldelig atferd over lengre tid.

Pleiefaktoren på en alderspsykiatrisk enhet anslås til 1,7–1,8 per døgnplass. Avhengig av størrelsen på posten må det minst være 1 overlege og 1 LIS. Med tillegg av ledelse, annet fag- og merkantilt personell vil bemanningsfaktoren være minst ca 2,5 per døgnplass. En alderspsykiatrisk poliklinikk må ha minst 1 spesialist i psykiatri i full stilling.

Bemanning per døgnenhet:

	OVER-LEGER	LIS	PLEIE-FAKTOR	BEMANNINGS-FAKTOR
Akutt	2–3	2	2,4–2,5	3,3–3,5
Intermediær/langtids	2	2	1,6–1,7	2,3–2,6
Nysyke	2	1	1,6–1,7	2,5–2,8
Forsterket psykose	2	1	2,0–2,2	2,7–2,9
Dobbeltdiagnose	2	1	2,0–2,2	3,0–3,2
Alderspsykiatri	2	1	1,7–1,8	2,5
Lokal sikkerhetsenh.	2	1	3*	4*
Reg. sikkerhetsenh.	2	1	5*	6*

* Det er noe usikkerhet rundt tallene for pleiefaktor ved sikkerhetsenheter.

Poliklinikker på sykehusnivå

Det kan være behov for spesialisert poliklinikk på sykehusnivå for en del funksjoner. Hvilke funksjoner som bør legges til denne, er avhengig av hvordan ulike funksjoner ellers dekkes av fagfolk knyttet til døgnavdelinger og organisert under DPS. Eksempler på slike spesialområder kan være nevropsykologisk ekspertise som kan bistå med utredning for både første- og andrelinjetjenesten, utredning og behandling av psykosomatiske lidelser, selvmordsforebyggende arbeid etter selvmordsforsøk, poliklinisk ECT, utredning og behandling av angst- og tvangslidelser.

Det bør finnes konsultasjon/liasonstjenester overfor de somatiske avdelingene ved alle sykehus, som en poliklinisk tjeneste og/eller knyttet til en døgnenhet.

Forsknings- og utviklingsenhet (FOU-enhet)

Et FoU-senter på sykehusnivå skal være et kompetansesenter med samarbeid i forhold til universiteter og høyskoler. Dette er et helt sentralt og særdeles viktig satsingsområde,

både for å bidra til kvalitet på de tjenestene som gis og for å rekruttere og beholde fagpersonell. I tillegg er dette nødvendig i forhold til krav om akademia i spesialistutdanningen i psykiatri. Et slikt senter skal ivareta og ha nødvendig kompetanse innen både kvantitativ, epidemiologisk og kvalitativ forskning. Det må ha et tverrfaglig perspektiv og samordne og stimulere til videre- og etterutdanning og fordypningsoppgaver i psykiatri for de ulike fagdisiplinene.

På sykehusnivå bør det være en forsknings- og utviklingsenhet som skal ha som oppgave å stimulere til forskning og fagutvikling både internt og i forhold til samarbeidspartnere i andre deler av psykisk helsevern, primærhelsetjenesten og den somatiske spesialisthelsetjenesten.

8.4 Regionale og nasjonale høyspesialiserte funksjoner

Det er opprettet enkelte nasjonale kompetansesentra innenfor somatisk og psykisk helse, og de regionale helseforetakene har i desember 2009 gjennomgått behovene for nasjonale sentre, både for behandling og kompetanseoppbygging. Dette er beskrevet av en arbeidsgruppe i fra Helse Vest RHF. Slike sentre eller kompetansenettverk må opprettes for de fleste diagnosegrupper – både alvorlige og mindre alvorlige tilstander – slik at de kliniske avdelingene vet hvor de kan søke støtte når de har behov for det. Det bør også opprettes et høyspesialisert behandlingstilbud til ofre for tortur og traumer.

Rapporten fra Helse Vest sier om sentre innen psykiatri:

Nasjonale behandlingstjenester som anbefales videreført:

- Landsfunksjon for unge og voksne døve med psykiske lidelser

Nasjonale kompetansetjenester som anbefales etablert:

- Alderspsykiatri, som del av eksisterende tjeneste *Aldring og Helse*
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Personlighetspsykiatri
- Utvikling, kunnskapsformidling og implementering av utrednings-, behandlings- og oppfølgingsmetoder innenfor området dobbeltdiagnoser

Nasjonale sentre som anbefales videreført:

- Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (SSFF)
- Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAK-MI)
- Samisk nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern (SANKS)
- Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering

Nasjonale behandlingstjenester som ikke anbefales etablert:

- Yngre personer med demens

Nasjonale kompetansetjenester som ikke anbefales etablert:

- Tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse


Noen av de nasjonale sentrene har bare forsknings- og formidlingsoppgaver, f.eks NKVTS, mens sentret for hørsel og psykisk lidelse også driver utredning og behandling.

Regionale sentre omfattes ikke av RHFenes prosjekt, men flere av disse inngår på ulike måter i nettverk med nasjonale sentre, og oppfattes å være del av en helhetlig organisering rundt flere av de omtalte temaene i dette avsnittet, eksempelvis kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (3 sentre), regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (5 sentre), regionsentrene for barn og unges psykiske helse (R.BUP) og regionale russentre (7 sentre).

De fleste regionale sentrene er bygd opp rundt kliniske enheter. De regionale sikkerhetsavdelingene er nødvendige og bør fortsette som regionale enheter.

IKT-teknologi kan brukes der avstandene er store for å sikre regelmessige møteplasser. Det er viktig å opparbeide spesialkompetanse innen et felt og gjøre denne tilgjengelig for det området et slikt kompetansenettverk skal dekke. I psykiatrisk behandling er det mange former for behandling som forutsetter arbeid over lang tid i det lokalmiljøet der pasienten bor. Oppgaven kan sjelden løses ved et kompetansesenter som ligger langt unna.

Det er ikke fagfolk nok til å bygge opp alle foreslåtte kompetansesentre/nettverk samtidig med at en skal bygge ut distriktspsykiatriske sentre og sikre god faglig kvalitet og kapasitet i sykehus. Utbygging av kompetanse bør skje



gradvis ved at en satser på å videreutvikle fagmiljøer som allerede har bygd opp en viss kompetanse innen et felt, og som så kan bli kjernen eller koordinerende instans i et kompetansenettverk, jfr. SANKS.

Det må opprettes nasjonale og regionale kompetansesentre for førstegangpsykososer, svært krevende kroniske psykososer, bipolare lidelser, depresjoner, angst- og tvangslidelser. Disse bør i stor grad organiseres som kompetansenettverk og samtidig ha kliniske oppgaver.

9 Offentlige publikasjoner og annen litteratur

9

- St.m 25 (1996–97) Åpenhet og helhet
- Ot.prp 63 (1997–98) Om Opptrappingsplan for psykisk helse
- Rundskriv I-10/2001 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Rundskriv I-59/2000 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Rundskriv I-60/2000 Lov om pasientrettigheter.
- Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell
- Psykisk helsevernloven; oversikt over regelverk fra Helse-tilsynet; www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Regelverksamlinger/Psykisk-helsevernloven
- Statens helsetilsyn (1995): Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne. Helse-tilsynets utredningsserie nr. 4-95. IK-2506.
- Statens helsetilsyn (1999): Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helse-tilsyns utredningsserie 4-99. IK-2694.
- Statens helsetilsyn (2000): Alvorlige spiseforstyrrelser – retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten, Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2000. IK-2714.
- Statens helsetilsyn (2000): De psykiatriske ungdomsteame- ne. Utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering. Statens helsetilsyns utredningsserie. IK-2728.
- Statens helsetilsyn (2000): Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, Statens helsetilsyns utredningsserie.
- Statens helsetilsyn (2000): Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. IK-2727.
- Statens helsetilsyn (2000): Psykiatriske poliklinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2000
- Statens helsetilsyn (2000): Schizofreni – kliniske retnings- lidelser for utredning og behandling, Statens helsetil- syns utredningsserie 9-2000. IK-2726.
- Statens helsetilsyn (2001): Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Statens helsetilsyns utredningsserie 2- 2001. IK-2739.
- Statens helsetilsyn (2001): Kompetansebehov for psykisk helsevern. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2001. IK-2740.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) DPS-veileder: «Med blikket mot kommunene og spesialiserte sykehusfunk- sjoner i ryggen». IS-1388.
- Helsedirektoratet (2008): Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for voksne. IS-1582. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00087/Prioriteringsveilede_87409a.pdf
- Helsedirektoratet (2008): Veiledertabell – Psykisk helse- vern for voksne. IS-1637. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/veiledertabell___psykisk_hel- severn_for_voksne__293644
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetje- nesten; Helsedirektoratet 2009, IS-1561.
- Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Sosial- og helsedirektoratet 2006, IS- 1370. [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/ archive/00010/Tiltaksplan_for_redu_10902a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00010/Tiltaksplan_for_redu_10902a.pdf)
- Bernt-utvalget: Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. Rapport av juni 2009 fra en arbeids- gruppe nedsatt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Stortinget: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/ archive/00121/Vurdering_av_behand_121439a. pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00121/Vurdering_av_behand_121439a.pdf)
- Legeforeningen 2004, Statusrapport: «Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling». www.legeforen ingen.no/asset/23310/1/23310_1.pdf
- Legeforeningen 2006, Statusrapport: «Lokalsykehusenes fremtidige rolle». www.legeforeningen.no/asset/30892/ 1/30892_1.pdf
- Legeforeningen 2008, Statusrapport: » Lokalsykehusfunk- sjoner innen psykisk helsevern: www.legeforeningen. no/asset/38862/2/38862_2.pdf
- NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av re- ningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
- Riksrevisjonen dokument 3:5 (2008-2009) Riksrevisjo- nens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem. www.riksrevisjonen.no/ SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Doku- ment3/2008-2009/Dok_3_5_2008_2009.pdf
- Kunnskapssenteret: PasOpp-rapport nr 02 – 2009: Fastle- gers vurderinger av distriktpsykiatriske sentre. Nasjo- nale resultater i 2008 og utvikling fra 2006. www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/7152.cms
- Folkehelseinstituttet Rapport nr 8:2009: Psykiske lidelser i Norge, et folkehelseperspektiv (Mykletun, Knudsen, Mathisen). www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf
- SINTEF (2008): Utvikling av bemanning og kompetanse i de 10 årene med Opptrappingsplanen, 1998–2008. SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008.
- Helse Øst RHF (2006): Nasjonal strategi for psykisk hel- severn.
- Helse Vest RHF (2009): Nasjonale tjenester i spesialist- helsetjenesten – arbeidsgruppe.

NOTATER



A series of horizontal dotted lines for writing.

Norsk psykiatrisk forening

ADRESSE: Pb. 3871 Ullevål Stadion, 0805 Oslo

TLF.: 23 08 22 52

WEB: www.norskpsykiatriskforening.no