

# Forenkle og forbedre

Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering  
av psykisk helsevern





# Forenkle og forbedre

Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern

# Innhold

|          |                                                                                   |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Sammendrag med utvalgets anbefalinger .....</b>                                | <b>4</b>  |
| <b>2</b> | <b>Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsform .....</b>                       | <b>14</b> |
| 2.1      | Bakgrunn .....                                                                    | 14        |
| 2.2      | Mandat for ekspertutvalget .....                                                  | 15        |
| 2.3      | Ekspertutvalgets tolkning av mandatet .....                                       | 17        |
| 2.4      | Definisjoner og avgrensninger .....                                               | 18        |
| 2.5      | Sammensetning av ekspertutvalget .....                                            | 23        |
| 2.6      | Ekspertutvalgets arbeid .....                                                     | 23        |
| 2.7      | Henvvisning til andre relevante arbeid og prosesser .....                         | 25        |
| 2.8      | Om utredningen – leseveiledning .....                                             | 27        |
| <b>3</b> | <b>Dagens organisering av psykisk helsevern .....</b>                             | <b>28</b> |
| 3.1      | Psykisk helsevern i foretaksstrukturen .....                                      | 28        |
| 3.2      | Personell i psykisk helsevern – pasientnære årsverk .....                         | 30        |
| 3.3      | Pasienter i psykisk helsevern – virksomhetsdata .....                             | 32        |
| 3.4      | Omfang av spesifikke tilstander i psykisk helsevern .....                         | 38        |
| 3.5      | Tematisk organisering av psykisk helsevern i dag .....                            | 42        |
| 3.6      | Nødvendig kapasitet og fagkompetanse .....                                        | 46        |
| 3.7      | Utvikling av psykisk helsevern i andre land .....                                 | 49        |
| <b>4</b> | <b>Styrke kommunale tilbud og samhandling .....</b>                               | <b>51</b> |
| 4.1      | Forebygging og tidlig intervensjon .....                                          | 51        |
| 4.2      | Ansvarsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten .....                   | 53        |
| 4.3      | Utfordringer som påvirker samhandling .....                                       | 55        |
| 4.4      | Fastlegenes arbeid med psykiske lidelser .....                                    | 56        |
| 4.5      | Pasientforløp på tvers av nivåer .....                                            | 58        |
| 4.6      | Samhandlingsteam og integrerte tjenester .....                                    | 60        |
| 4.7      | Utvalgets vurderinger og anbefalinger om kommunale tilbud<br>og samhandling ..... | 63        |

|                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5 Forenkling og forbedring av inntak og utredning.....</b>                             | <b>66</b>  |
| 5.1 Veien inn i psykisk helsevern .....                                                   | 66         |
| 5.2 Rettighetsvurdering av skriftlige henvisninger .....                                  | 68         |
| 5.3 Nye modeller for rettighetsvurdering og utredning .....                               | 69         |
| 5.4 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om inntak og utredning i psykisk helsevern..... | 71         |
| <b>6 Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet.....</b>                 | <b>78</b>  |
| 6.1 Hva menes med tematisk organisering? .....                                            | 79         |
| 6.2 Fagteam i matrise eller tyngdepunkt .....                                             | 81         |
| 6.3 Stepped care og mixed care – helsehjelp på laveste effektive omsorgsnivå .....        | 82         |
| 6.4 Persontilpasset fleksibilitet i behandlingstilbudet .....                             | 84         |
| 6.5 Fagkompetanse i et tematisk organisert psykisk helsevern.....                         | 84         |
| 6.6 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om sterkere tematisk organisering.....          | 87         |
| <b>7 Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet .....</b>                           | <b>99</b>  |
| 7.1 Rammer for fagutvikling i psykisk helsevern .....                                     | 100        |
| 7.2 Forskning og fagutvikling i psykisk helsevern .....                                   | 104        |
| 7.3 Implementering av kunnskapsbasert praksis .....                                       | 106        |
| 7.4 Digitalisering .....                                                                  | 108        |
| 7.5 Kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid .....                                    | 110        |
| 7.6 Utvalgets anbefalinger om kunnskap og kvalitet .....                                  | 113        |
| <b>8 Innspill til utvalget .....</b>                                                      | <b>115</b> |
| 8.1 Innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner .....                                 | 115        |
| 8.2 Innspill fra det samiske perspektivet .....                                           | 118        |
| 8.3 Innspill fra fagforeninger og KS .....                                                | 121        |
| <b>9 Økonomiske, juridiske og administrative konsekvenser .....</b>                       | <b>127</b> |
| <b>10 Litteraturliste .....</b>                                                           | <b>129</b> |
| <b>11 Vedlegg .....</b>                                                                   | <b>139</b> |



# 1 Sammendrag med utvalgets anbefalinger

I Hurdalsplattformen fra oktober 2021 varslet regjeringen Støre at den ville utrede en sterkere tematisk organisering av den psykiske helsetjenesten for å forbedre kvaliteten og få ned ventetidene. Høsten 2022 ble det nedsatt et ekspertutvalg som skulle foreta utredningen. Mandatet bestod av fire punkter. Utvalget skulle svare på 1) hvilke pasientgrupper som kunne nyttiggjøre seg mer spesialisert/tematisk organisering, 2) hvordan det kan legges til rette for at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandlingen, 3) hvordan tjenestene kan organiseres slik at de blir koordinerte, helhetlige og av god kvalitet for pasienter og pårørende, og 4) hvordan psykisk helsevern kan samarbeide med kriminalomsorgen og andre tjenester med ansvar for grupper hvor psykiske lidelser er utbredt.

Ekspertutvalget har forstått oppgaven slik at det skal utredes hvordan psykisk helsevern kan organiseres slik at behandling gis målrettet, med rask tilgang på riktig kompetanse og med god kvalitet, der det sikres at behandlingen har effekt.

Tematisk organisering av psykisk helsevern innebærer at helsetilbudet organiseres slik at tjenestene rettes mot en pasientgruppe som er definert ut fra ett av disse kriteriene: alder, tilstand, behandlingsmetode eller ramme for behandling. Mennesker med psykiske lidelser har gjerne sammensatte sykdomsbilder og kan tilfredsstille kriterier for ulike diagnoser på ulike tidspunkt. En for stram tematisk organisering knyttet til spesifikke diagnoser alene kan gi lite målrettet behandling for pasienter med komplekse tilstander, og det kan medføre en skjevfordeling av fagekspertise. Psykisk helsevern kan derfor ikke organiseres fullt ut tematisk basert på diagnose. Organiseringen bør legge til rette for en kombinasjon av generell og spesialisert kompetanse og tematisk innhold i tjenesten slik at pasientene får tilgang til målrettet behandling. Etter utvalgets mening bør begrepet *tematisk organisering* tolkes bredt og ikke bare innbefatte diagnosebaserte tilstander, men også ulike behandlingsformater (f.eks. FACT-team), aldersgrupper (f.eks. sped- og småbarnsteam) eller oppgaver som etter utvalgets syn krever spisset kompetanse (f.eks. henvisnings- og avklaringsteam).

Siden fagfeltet dekker et vidt spekter av problemstillinger og behandlings-tilnærminger, er det urealistisk at enkeltbehandlere alene kan være i stand til å utvikle og opprettholde oppdatert kunnskap og kompetanse på alle områder. Dette tilsier behov for en sterkere faglig teamorganisering der behandlere i større grad samarbeider om det enkelte forløp, og der det investeres i behandleres fordypning, mengdetrening og utvikling av spisskompetanse i behandling av spesifikke tilstander eller problemstillinger, for eksempel nevroutviklingsforstyrrelser eller selvskading. Teamene bør være tverrfaglig sammensatte og må kunne tilpasse behandlingsforløpene og metodene etter den enkelte pasients behov. Dette innebærer også at teamene ved å trekke på hverandres kompetanse tar kollektivt ansvar for integrert behandling av sammensatte tilstander uten unødige behandlingsbrudd eller overganger for pasienter. Godt samarbeid mellom fagmiljø og behandlere med ulik kompetanse er en forutsetning. Det er utfordrende å sikre en organisering av tjenesten der behandling er lett tilgjengelig, kunnskapsbasert, skreddersydd og tilbys med nødvendig generalist- og spisskompetanse. Gitt stor variasjon i både geografi og befolkningsgrunnlag har utvalget liten tro på at en og samme modell kan passe i alle helseforetak. Utvalget har derfor konsentrert seg om å formulere noen prinsipper for en sterkere tematisk organisering, med konkrete eksempler på hvordan dette kan oppnås i praksis.

Klinisk generalistkompetanse sikres primært gjennom grunnutdanning og styrkes gjennom praksis og videreutdanning. Kompetanse knyttet til spesifikke lidelser, problemområder og behandlingsmetoder vil i stor grad være knyttet til den enkelte beholders valg av praksis, opplæring og veiledning, samt tjenestens organisering.

Etter utvalgets mening vil en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern, der pasienter får et mer spesialisert tilbud, bidra til at fagkompetanse sikres mer helhetlig i hvert helseforetak, slik at alle pasienter får tilgang til riktig behandling for sine psykiske plager. Utvalget legger til grunn at en tematisk organisering også vil øke mulighetene for fagutvikling og opprettholdelse av viktig spesialkompetanse over tid. Dette vil også kunne bidra til å gjøre tjenesten mer attraktiv for fagfolk.

Ekspertutvalget har identifisert fire områder der vi kommer med forslag og anbefalinger som vil forenkle og forbedre tjenestene til pasienter med psykiske lidelser:

1. kommunale tilbud og samhandling
2. inntak og utredning i psykisk helsevern
3. prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet, og
4. system for kunnskap og kvalitet.

Utvalget mener at tilbudet til pasienter med psykiske lidelser i kommunen og i psykisk helsevern må ses i sammenheng, fordi mange pasienter vil ha behov for tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i forløpet. Innføring av helsefellesskap, opprettelse av samhandlingsteam og øremerkede samhandlingsbudsjett kan bidra til bedre samarbeid mellom nivåene, men det må også være en tydelig rolleavklaring og tilgjengelig informasjon om aktuelle tilbud på begge nivåer. Etter ekspertutvalgets vurdering vil en klarere oppgavedeling

med tydelig beskrivelse av kommunens sørge for-ansvar være et viktig grunnlag for økt grad av tematisk organisering i psykisk helsevern. En forutsetning for å lykkes med en sterkere tematisk organisering er at sykehusene kan konsentrere sin innsats om pasienter som trenger utredning og behandling utover det fastlege, kommunepsykolog eller øvrige kommunale psykiske helsetjenester kan bistå med. I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) ønsker regjeringen å styrke de kommunale helsetjenestene ved å stille krav om at alle landets innbyggere skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud for psykiske helseplager. Utvalget støtter at det kommunale tilbudet styrkes og ser dette som en forutsetning for et godt tilbud i psykisk helsevern. Det må finnes statistikk og dokumentasjon på pasientgrunnlaget både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget ser et behov for å klargjøre enda tydeligere hvilke psykisk helsetjenester som skal ytes i kommunene, hvilke som skal gis i spesialisthelsetjenesten, og hvilke tjenester og tilbud de to nivåene må samarbeide om.

I arbeidet er det blitt klart for utvalget at særlig inntak og utredning i poliklinisk psykisk helsevern er preget av at mye ressurser brukes på vurdering av henvisninger og omfattende utredning for å avdekke behandlingsbehov. Utviklingen med økt henvisningsrate, omfattende krav til basisutredning i nasjonale pasientforløp, styrkede pasientrettigheter, juridiske krav til vurderingsfrister og et mål om å redusere andelen pasienter som avvises i psykisk helsevern, har medført en «fortung» organisering, etter utvalgets oppfatning. Dette medfører at uforholdsmessig mye ressurser benyttes på de tidlige fasene i pasientforløpet, og med usikker merverdi. Utvalget mener rutiner for inntak og vurdering av nye pasienter bør forenkles, slik at veien fra henvisning til virksom behandling blir kortere.

Som et hovedgrep anbefaler utvalget at arbeid med inntak blir organisert som egne team med dedikerte og spesialiserte fagfolk som er gode på kartlegging, og som er godt kjent med tilbudet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Formålet er å raskt avklare om pasienten har behov for spesialisthelsetjenester og så forberede og fordele til riktig tjenestetilbud for videre individuelt tilpasset utredning og behandling. Utvalget mener dette både vil forenkle og forbedre inngangen til behandling i psykisk helsevern, og gi et mer målrettet videre forløp.

Ekspertutvalget har beskrevet noen prinsipper som kan legges til grunn for utvikling av en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Det sentrale er å utvikle lærende fagteam som er bemannet og har kompetanse til å gi kunnskapsbasert behandling til pasientene som blir henvist. Tilgang på fagkompetanse bør sikres i nettverk på tvers av enheter eller som tyngdepunkt i organisasjonen. For mer sjeldne tilstander vil regionale og nasjonale tjenester kunne bidra med nødvendig kompetanse.

Utvalget har identifisert fire pasientgrupper som kan ha nytte av mer spesialisert tilbud i psykisk helsevern, ut fra forekomst, tilgang på kunnskapsbasert behandling og samlet ressursbruk.

- Spiseforstyrrelser: eksempel på pasientgruppe med økende forekomst og til dels høy alvorlighetsgrad

- Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD): eksempel på pasientgruppe med høy og økende forekomst
- Psykoselidelser: eksempel på pasientgruppe med omfattende behov for tjenester i både kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Stemningslidelser: eksempel på pasientgruppe med høy forekomst og episodisk forløp og til dels høy alvorlighetsgrad

Utvalget vil understreke at disse tilstandene ikke er viktigere å prioritere enn andre like alvorlige tilstander. Utvalget vil også presisere at det kan være lokale variasjoner og forhold som tilsier større behov for å utvikle mer spesialiserte tilbud til andre pasientgrupper.

Helsepersonellkommisjonen har tegnet et bilde av fremtidens helsevesen der den demografiske utvikling vil gi stadig færre ansatte per pasient. Selv om psykiske lidelser har et yngre pasientgrunnlag enn den somatiske helsetjenesten, er det en realitet at fagkompetanse er en begrenset ressurs også i psykisk helsevern. Det er allerede i dag en vanskelig situasjon med mange ubesatte stillinger og vansker med å rekruttere spesialister til offentlig psykisk helsevern, spesielt utenfor de store byene. Utvalget mener offentlig psykisk helsevern fortsatt bør være det naturlige arbeidsstedet for leger, psykologer, sykepleiere og andre helsearbeidere som ønsker å jobbe i fagfeltet. Da må tjenestene være faglig utfordrende, men det må også være en tjeneste som kan tilby langsiktige og gode arbeidsvilkår for den enkelte helsearbeider. God tilgang på kolleger og mulighet for faglig utvikling gjennom karrieren er viktige faktorer for at fagfolk skal trives og bli værende i psykisk helsevern.

Ekspertutvalget mener at den faglige styringen i psykisk helsevern er fragmentert og lite strategisk forankret i lederlinjen i helseforetakene og i sentral helseforvaltning. For å kunne gi pasienter den til enhver tid beste behandling må tjenestene ha et aktivt og bevisst forhold til hva som er den beste kunnskapsbaserte praksis. Det krever at de ansatte har mulighet for kontinuerlig faglig utvikling, at fagmiljøet er informert om og bidrar til klinisk relevant forskning for å øke kunnskapsgrunnlaget, og at tjenesten har rutiner for løpende evaluering av egen praksis. Ekspertutvalget mener at tjenestene i sterkere grad må styres etter omforente faglige utviklingsmål, som forplikter ledere til å involvere fagfolk og brukere i kontinuerlig forbedringsarbeid. Tjenesten må også sette av ressurser til implementering av nye behandlingsmetoder.

Sentrale helsemyndigheter må ta tydeligere stilling til hvordan fagutviklingen i psykisk helsevern skal skje. I dag er det stort sprik mellom de områdene der Helsedirektoratet gir faglige anbefalinger og hva tjenesten har behov for. Som et eksempel finnes det per i dag ikke normerende faglige retningslinjer for utredning og behandling av de to hyppigst forekommende gruppene av psykiske lidelser; angstlidelser og depressive lidelser. De regionale helseforetakene bidrar til fagutvikling ved å bevilge strategiske forskningsmidler, etablere faglige kompetansemiljøer og medisinske kvalitetsregistre, men de utgjør i liten grad en samlet faglig ledelse av tjenesteområdet.

Nedenfor er en samlet oversikt over alle forslag og anbefalinger fra utvalget

### **Boks 1.1 Utvalgets anbefalinger for å styrke kommunale tilbud og samhandling**

- Utvalget anbefaler å styrke og bygge ut kommunale psykisk helsetjenester i tråd med den strategiske innretningen i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).
- Ressursene i kommunen må samordnes slik at den psykiske helsehjelpen blir kjent og tilgjengelig for de ulike aktørene.
- Psykologenes rolle i de kommunale helsetjenestene må tydeliggjøres.
- Kommunenes ansvar for utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser må spesifiseres i nye faglige retningslinjer for kommunalt psykisk helsearbeid.
- All aktivitet i kommunale psykisk helsetjenester, inkludert lavterskeltilbud, må innrapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
- Det bør videreutvikles samhandlingsforløp etter modell av Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna for pasientgrupper som har behov for tjenester i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Det bør opprettes et samhandlingsbudsjett, som foreslått av Sykehusutvalget, med en pott som er øremerket tilbud til pasienter som kommune- og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om.
- Det bør styrkes og utvikles samhandlingsteam etter tilsvarende modell som ACT eller FACT for pasienter med sammensatte pasientforløp.
- Det bør etableres rutiner for at pasienter som tidligere har fått behandling i psykisk helsevern, raskt kan få hjelp ved tegn på tilbakefall (brukerstyrt poliklinikk)

## **Boks 1.2    Utvalgets anbefalinger for inntak og utredning i psykisk helsevern**

For å forenkle og forbedre veien inn til psykisk helsevern anbefaler ekspertutvalget at arbeidet med å vurdere henvisninger og avklare behandlingsbehov for nyhenviste pasienter organiseres tematisk innad i hvert helseforetak. Formålet er å redusere tid og ressursbruk på veien fra henvisning til riktig behandling for den enkelte pasient.

Følgende prinsipper bør legges til grunn for inntaksarbeidet:

- Inntaket skal i mindre grad være basert på skriftlig henvisning alene og mer på samtaler med pasient og pårørende, gjerne sammen med henviser.
- Samlet ressursinnsats for inntak og utredning ved oppstart av behandling reduseres.
- Antall vurderingsledd reduseres.
- Utredningskrav og forløpstid for utredning i nasjonale pasientforløp gjøres mer fleksibelt.
- Inntaksarbeidet bør i større grad vektlegge pasientens behov og avklaring av behandlingsmål. Omfattende og presis diagnostikk er ikke avgjørende for fordeling til riktig fagteam og oppstart av behandling.
- Kjente pasienter, eller der det er åpenbart ut fra henvisningen hva som er riktig nivå for helsehjelp, kan gå rett til allmennpsykiatriske eller mer spesialiserte fagteam uten videre utredning eller avklaring ved inntak.

Ekspertutvalget anbefaler at det opprettes egne henvisnings- og avklaringsteam i hvert helseforetak.

- Henvisnings- og avklaringsteamet skal være et kontaktpunkt for kommunehelsetjenesten og den øvrige spesialisthelsetjenesten.
- Teamet må ha spesialistkompetanse for å gjøre rettighetsvurderinger og diagnostiske vurderinger.
- Teamet bør ha særlig kompetanse på korte avklaringssamtaler enten over telefon, video eller ved oppmøte.
- Teamet må være trent på å raskt avklare behandlingsbehov med utgangspunkt i pasientens behov og målsetninger.
- Teamet skal kunne gjøre avgrensede intervensjoner som ikke krever videre oppfølging i psykisk helsevern, for eksempel justering av legemiddelbehandling ved kjent psykisk lidelse, eller kartlegging av funksjonsnivå knyttet til rettighetsvurdering ved spørsmål om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD).
- For å kunne avgjøre riktig nivå av helsehjelp må teamet ha god oversikt over tjenestetilbudet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten i opptaksområdet.

### **Boks 1.3 Utvalgets forslag til prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet**

For å sikre at alle pasienter får rask tilgang på riktig behandling anbefaler ekspertutvalget følgende prinsipper for etablering av spesialiserte fagteam i psykisk helsevern:

- Tilbudene bør være integrert i eksisterende tjenester og representere en videreutvikling av geografisk forankrede generalisttilbud.
- Ansvar for å utvikle robuste fagmiljøer som sikrer pasienter tilgang til oppdatert behandling og kompetanse for ulike tilstander, bør ligge på helseforetaksnivå.
- Lokale forutsetninger, slik som geografi, enheters størrelse, tilgang på kompetanse og befolkningens behov, legger føringer for valg av organiseringsmodell.
- Fagteamene bør være tverrfaglige og i større grad enn i dag være basert på delt ansvar for pasientforløp og for samlet kompetanseutvikling og faglig oppdatering i tjenesten.
- Fagteamene bør basere seg på LEON-prinsippet og tilby en bredde av behandlingsintervensjoner med ulik grad av intensitet tilpasset den enkelte pasients situasjon og behov (mixed care).
- Også mer spesialiserte team/enheter tildeles ansvar for tilgrensende oppgaver og tilstander, samt for pasienter med komplekse tilstander og komorbiditet, for å unngå ansvarsfraskrivelse og fragmentering av tilbudene.

Ekspertutvalget har identifisert fire pasientgrupper som kan ha nytte av et mer spesialisert tilbud i psykisk helsevern ut fra forekomst, tilgang på kunnskapsbasert behandling og samlet ressursbruk.

#### ***Spiseforstyrrelser***

- Behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelse i hvert helseforetak bør styrkes ved å etablere spesialiserte fagteam.
- Med bakgrunn i forventet økning i befolkningens behov anbefaler utvalget at det utvikles lokale spesialiserte døgnplasser eller spesialiserte tilbud innenfor allmennpsykiatriske poster både for barn, unge og voksne.
- Helsedirektoratet må tydeliggjøre de faglige anbefalingene for behandling av voksne pasienter med spiseforstyrrelser.
- Det er behov for tydeligere føringer for hvordan psykisk helsevern skal prioritere og håndtere tilgrensende kliniske problemstillinger som overspisingslidelse og kroppsdysmorfisk lidelse (BDD).
- De regionale helseforetakene bør søke om å etablere en nasjonal kompetansetjeneste for spiseforstyrrelser med utgangspunkt i miljøet rundt det medisinske kvalitetsregisteret (NorSpis). En nasjonal kompetansetjeneste skal sikre en helhetlig fagutvikling på tvers av psykisk helsevern for barn, unge og voksne og lokale/regionale tilbud. Kompetansetjenesten kan bistå Helsedirektoratet med å videreutvikle nasjonale anbefalinger om behandling og gi veiledning i tjenesten i tråd med disse.

### ***Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)***

- Ekspertutvalget vil peke på ADHD som en diagnosegruppe der det er behov for å styrke den tematiske organiseringen av tilbudet både for barn og unge og for voksne.
- Det må avklares hvilke pasienter som skal henvises til psykisk helsevern, og utvalgets forslag til henvisnings- og avklaringsteam kan være en ressurs for å kvalitetssikre inntak av pasientgruppen som er i behov av spesialisthelsetjenester.
- I psykisk helsevern bør det utvikles gode behandlingstilbud som kan gis i gruppe, eller som digitale selvhjelpsverktøy for å effektivisere bruken av personellressurser i oppfølgingen av pasientgruppen.
- Helseforetakene må også sikre tilgang på fagkompetanse som kan igangsette medikamentell behandling for pasienter etter utredning.
- Det bør opprettes kommunale tilbud, for eksempel gruppebehandling og tilgang på selvhjelpsverktøy, for personer som har symptomer på ADHD, men som ikke har behov for utredning, diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten.

### ***Psykoselidelser***

- Ekspertutvalget anbefaler at helseforetakene opprettholder og styrker tematisk organisering av utredning og behandling av psykoselidelser i både poliklinisk psykisk helsevern og døgnbehandling inkludert team for tidlig oppdagelse og behandling (TIPS-team).
- For en del av pasientgruppen vil samhandlingsteam etter modell av ACT eller FACT være en god tematisk organisering. Slike team bør bygges ut og være tilgjengelig i hele landet.
- Behandlingen må være integrert, involvere pårørende og ivareta både somatisk helse og rusproblematikk.
- Pasienter med psykoselidelse vil ha behov for kontakt med psykisk helsevern over tid, og det er viktig å ha gode rutiner som sikrer pasientene rask tilgang på spesialistressurser ved forverring, for eksempel brukerstyrt poliklinikk.

### ***Stemningslidelser (bipolar lidelse og depressive lidelser)***

- Ekspertutvalget mener det bør utvikles mer individuelt tilpassede behandlingstilbud for pasienter med stemningslidelser i psykisk helsevern.
- Gitt det store volum av pasienter med ulik alvorlighetsgrad må alle helseforetak ha et differensiert og kunnskapsbasert behandlingstilbud til pasientgruppen.
- Det bør legges til rette for at behandling kan gis med den intensitet som behandlingsforskningen anbefaler.
- Allmennpsykiatriske poliklinikker og BUP-er bør ha flere behandlere med spesialisert kompetanse innen både psykologisk og medikamentell behandling av depresjon og bipolar lidelse.
- Alle pasienter med depresjon bør få informasjon om og ha tilgang til veiledet internettbehandling som behandlingsvalg, etter modell av e-mestring.
- Det bør være egne behandlingstilbud til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av standard behandling.
- Noen pasienter vil ha behov for lang tids oppfølging og bør sikres rask tilgang på spesialistressurser ved forverring av symptomer, for eksempel brukerstyrt poliklinikk.
- Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet raskt tar initiativ til å utarbeide en ny og oppdatert faglig retningslinje for utredning og behandling av depressive lidelser.

### **Boks 1.4 Utvalgets anbefalinger om kunnskap og kvalitet**

#### ***Forskning og fagutvikling***

- Ekspertutvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til å avklare roller og ansvarsforhold for faglig styring av psykisk helsevern mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Arbeidet må sikre at fagfeltet har dekkende normerende produkter, tar aktivt del i og implementerer resultater av klinisk behandlingsforskning, og at det er en løpende kompetanseutvikling i tjenestene. Aktuelle innsatsfelt er nasjonale faglige retningslinjer, system for nye metoder, medisinske kvalitetsregistre og nasjonale og regionale kompetansetjenester.
- Utvikling av kompetanse hos den enkelte medarbeider og i fagmiljøene er å anse som investering i verdifull infrastruktur som danner et nødvendig grunnlag for virksom og trygg pasientbehandling. Derfor mener ekspertutvalget at økonomi må ses i sammenheng med kapasitet og kvalitet, slik at «investering» i forskning, fagutvikling og implementering av ny kunnskap blir en naturlig og nødvendig del av klinisk drift i psykisk helsevern.

### ***Implementering***

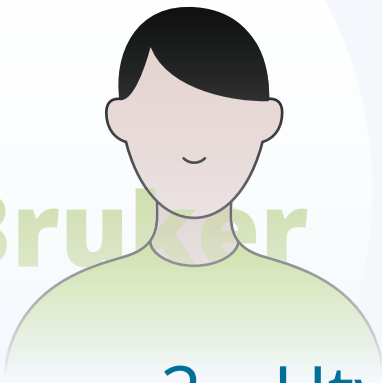
- Ekspertutvalget anbefaler at ressursinnsats til implementeringsarbeid synliggjøres i foretakenes budsjetter.
- Å bistå ledelsen i å igangsette og gjennomføre forbedringsprosjekter bør inkluderes i oppgavene til faglige rådgivere i psykisk helsevern.
- Utvalget anbefaler kliniske ledere å benytte ressurser og metodikk fra pasientsikkerhetsprogrammet til å omhandle innhold i behandling.
- Ekspertutvalget anbefaler at det opprettes et eget program for behandlingskvalitet for å stimulere til innovasjon, fagutvikling og forskning i psykisk helsevern.

### ***Digitalisering***

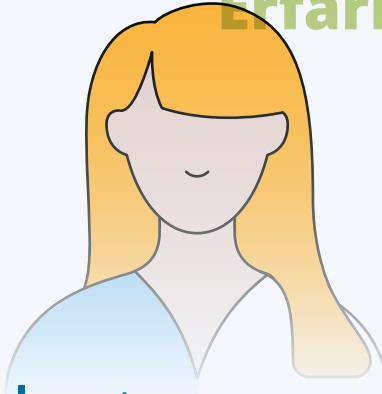
- Ekspertutvalget mener at digitale løsninger må tas i bruk i enda større grad i psykisk helsevern for å øke tilgangen til kunnskapsbasert behandling.
- Arbeid knyttet til digitalisering i psykisk helsevern bør koordineres sterkere på nasjonalt nivå.
- Det bør etableres et nasjonalt arbeid på tvers av nivåer som utarbeider, koordinerer og sprer digitalt innhold i helsetjenesten. Dette er likevel ikke til hinder for at innhold kan utvikles både regionalt og lokalt.
- Digitale behandlingstilbud som veiledet internettbehandling (e-mestring) eller andre typer digitale verktøy for selvhjelp med eller uten veiledning bør inngå som et av tilbudene i psykisk helsevern.
- Det bør være en nasjonal plattform for veiledet internettbehandling.
- Alt digitalt innhold må utformes slik at det har et grensesnitt kompatibelt med den infrastrukturen som helsetjenesten bruker for elektronisk pasientjournal.
- Det må sikres at utvikling innen det digitale området følges av evaluering og undersøkelser av effekt slik at kunnskapsgrunnlaget styrkes.
- Brukerstyrt poliklinikk kan organiseres ved at pasienter følges opp, og selv bestiller time i psykisk helsevern på en digital plattform, for eksempel helsenorge.no.

### ***Kvalitets- og forbedringsarbeid***

- Ekspertutvalget mener at tjenestene i sterkere grad må styres etter omforente faglige utviklingsmål, som forplikter ledere til å involvere fagfolk og brukere i kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Alle enheter i psykisk helsevern bør rutinemessig samle informasjon om pasientenes erfaring med og opplevd nytte av behandlingen.
- Ekspertutvalget anbefaler at alle helseforetak innfører system for digital tilbakemelding fra pasienter, for å kunne evaluere kvalitet i behandlingen og målstyre faglig forbedringsarbeid. Arbeidet kan utvikles lokalt, men bør forankres regionalt og harmoniseres med rapporteringer til nasjonale medisinske kvalitetsregistre for psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge, for å unngå dobbeltregistrering for pasienter og behandlere.



Bruker



Erfaring



Forskning

## 2 Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsform

### 2.1 Bakgrunn

For å kunne gi virksom og trygg behandling til pasienter som henvises til psykisk helsevern, må helsetjenesten ha tilgang til oppdatert kunnskap, integrerte systemer for måling av kvalitet og faglige fellesskap som legger til rette for fagutvikling og kompetanseheving. En helsetjeneste som legger vekt på faglig utvikling og forbedringsarbeid, sikrer høy kvalitet i helsetilbudet og har lettere for å rekruttere og beholde gode fagfolk.

Data fra nasjonale helseregistre har vist store geografiske variasjoner i hvor mange pasienter som får hjelp, hvilke diagnoser som blir satt, og hvilken behandling den enkelte pasient får (1).

Riksrevisjonen har pekt på manglende systematikk i utredning og behandling i sin undersøkelse av psykiske helsetjenester (2). De påpekte videre at tilbudet var ulikt i ulike deler av landet, at tilgangen på psykisk helsetjenester i kommunene er ulik, at mange ikke får hjelp når de trenger det, at unge med psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelproblemer ikke får god nok behandling, at styringssignaler fra regjeringen om prioritering av psykisk helsevern over tid ikke er blitt fulgt opp i tjenesten, at arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om effekt av behandling av psykiske lidelser ikke er godt nok, at mange ledere ikke sørger for at det blir arbeidet systematisk med kvalitet i tjenesten, og at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse blir oppdatert for sjelden.

I Hurdalsplattformen (3) fra 2021 varslet regjeringen at den vil

*«utrede en sterkere tematisk organisering av den psykiske helsetjenesten for å forbedre kvaliteten og få ned ventetidene».*

Regjeringen Støre nedsatte høsten 2022 et ekspertutvalg som skulle utrede om det var rom for sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Målet var å bedre kvaliteten i behandlingen og å sørge for at pasientene kommer raskere til riktig behandling for sin psykiske lidelse.

Statssekretær Karl Kristian Bekeng (Ap) har møtt ekspertutvalget og orientert om det politiske bakteppet for arbeidet og hvilken relevans ekspertutvalgets arbeid har for andre pågående prosesser, særlig gjelder det en tiårig opptrappingsplan for psykisk helse, som ble lagt frem i juni 2023 (4), og Nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal legges frem mot slutten av 2023.

## 2.2 Mandat for ekspertutvalget

Utvalget skal utrede mulighetene for en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Målet er å forbedre kvaliteten i behandlingen og bidra til at pasientene kommer raskere til riktig behandling.

### **Ekspertutvalget skal svare på følgende spørsmål:**

- Hvilke pasientgrupper/tilstander kan nyttiggjøre seg mer spesialisert organisering?
- Hvordan legge til rette for at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandlingen?
- Hvordan organisere dette slik at tjenestene blir koordinerte, helhetlige og av god kvalitet for pasienter og pårørende?
- Hvordan organisere dette slik at tjenestene blir best mulig i stand til å samarbeide med kriminalomsorgen og andre tjenester med ansvar for grupper hvor psykiske lidelser er utbredt, og slik at innsatsen overfor disse gruppene blir styrket?

Formålet med utredningen er å bidra til at pasientene får tilgang til den beste kompetansen og behandlingen for sin lidelse, samtidig som fagfolkernes kompetanse benyttes best mulig.

Tjenestene skal være godt organisert med sikte på rask tilgang til riktig hjelp. Tilgang til kunnskap om virksom behandling, systemer for måling av kvalitet og faglige fellesskap som legger til rette for fagutvikling og kompetanseheving, er viktig for kvaliteten i tjenestetilbudet og for å rekruttere og beholde fagfolkene. Hvordan dette kan styrkes vil være en viktig oppgave for utvalget å utrede.

Utvalget må legge til grunn at det skal være et godt helhetlig tilbud i psykisk helsevern, at psykiske helsetjenester skal ha god kvalitet, være godt koordinerte og tilgjengelige og nær der folk bor, samtidig som det legges til rette for mer spesialiserte tjenester der dette er hensiktsmessig for å oppnå gode behandlingsresultater. Et premiss skal være at behandling så langt det er mulig og hensiktsmessig skal være nært tilgjengelig, og at pasientene skal tilbys et helhetlig tilbud og kontinuitet i behandling.

Utvalget skal vurdere hvem som kan nyttiggjøre seg sterkere tematisk organisering. Noen eksempler kan være enkeltdiagnoser/tilstander, lavfrekvente lidelser og komplekse tilstander. Utvalget bes blant annet om å vurdere om tjenester til barn og unge tematisk kan organiseres bedre for å oppnå best mulig behandlingsresultat.

### **Inkludering og avgrensninger**

Utvalget skal se på tjenestene pasientene i psykisk helsevern tilbys i dag, både generelle og spesialiserte tjenester som tilbys ved sykehus og ved DPS/BUP, og som er organisert som døgntilbud, polikliniske tilbud, digitale tjenester og spesialiserte team rundt pasienten. Det er et viktig premiss at spesialisert kompetanse skal være tilgjengelig for alle som har behov for det, uavhengig av bosted, for eksempel for barn i barnevernet og personer under kriminalomsorgens ansvar.

Utvalget skal vurdere hvordan en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern kan innrettes for at tjenestene skal bli best mulig i stand til å samarbeide med andre relevante sektorer med ansvar for grupper hvor psykiske lidelser er utbredt.

### **Hvilke pasientgrupper/tilstander kan nyttiggjøre seg sterkere tematisk organisering?**

Utvalget må vurdere hvilke pasientgrupper/tilstander som kan nyttiggjøre seg mer spesialiserte tilbud. En del pasienter som henvises til psykisk helsevern, har flere samtidige lidelser og behov for et godt breddetilbud og helhetlige og koordinerte tjenester. Andre kan få best behandlingsresultat av mer spesialiserte tilbud. Noen trenger begge typer tilbud. Dette vil være knyttet til pasientens behov og funksjonsnivå og må vurderes individuelt. Noen eksempler kan være behandling for enkelte tilstander (enkelte tvangslidelser, spiseforstyrrelser mv.), lavfrekvente lidelser hvor det er behov for å etablere tilbud med spesialisert kompetanse, eller komplekse lidelser (for eksempel personer med alvorlige og komplekse lidelser/sykdommer som trenger at spesialisert kompetanse sentreres rundt dem, heller enn å måtte oppsøke mange ulike aktører).

### **Kunnskapsbaserte tjenestetilbud**

Både ledere, behandlere, pasienter og pårørende trenger oppdatert kunnskap om anbefalte behandlingsmetoder og behandlingsforløp, hva slags behandling som gir økt utbytte og for hvilke pasienter, samt informasjon om innhold i og resultat av behandlingen. Dette legger føringer for hvordan helsepersonellens kompetanse utvikles og benyttes best mulig, noe som blir særlig viktig framover, fordi behovet for tjenester øker.

Utvalget bes vurdere hvordan det kan legges til rette for at kunnskap, forskning, fagutvikling og kontinuerlig forbedring ligger til grunn for behandlingen.

Videre bes utvalget om å vurdere hvordan tiltak innen kompetanseutvikling, utdanning og oppgavedeling mellom personellgrupper kan understøtte en bedre pasientbehandling, organisering og bedre kapasitet i tjenestene.

### **Organisering av tjenestene**

Måten spesialisert kompetanse organiseres på, kan ha betydning for den enkelte pasient, fagfolk og for det generelle tilbudet i psykisk helsevern. Organiseringen må innrettes slik at den fremmer kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, samtidig som tilgjengelighet, kontinuitet og kvalitet ivaretas - både i de generelle og de mer spesialiserte tilbudene.

Utvalget bes innhente og se hen til eksempler fra utlandet og fra spesialisering i helseforetakene i dag, for eksempel gjennom organisering av døgn- og poliklinisk behandling, spesialiserte team, fagnettverk, tyngdepunktfunksjoner, bruk av kommunikasjonsteknologi, kompetansemiljøer mv. Utvalget anbefales videre å ta kontakt med Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus (SANKS) og Sametinget for å få innspill til hvordan det samiske perspektivet kan innarbeides i arbeidet.

Utvalget må vurdere hvordan man best mulig kan organisere spesialiserte tilbud og samtidig ivareta behovene for koordinerte og helhetlige tjenester. Utvalget bes vurdere fordeler og ulemper ved ulike organisatoriske løsninger.

### **Vurdering av fordeler og ulemper og generelle krav til utredningen**

Det er fordeler og ulemper ved å spesialisere kompetanse, både for den enkelte pasient, for fagfolk og for breddetilbudet i psykisk helsevern. Utvalget må drøfte fordeler og ulemper ved økt spesialisering og se på løsninger som kan motvirke ulemper som følge av spesialisering.

Utvalget bør også vurdere risiko og utilsiktede følger, for eksempel skjevfordeling/dreining, interne ventetider, bytte av behandlere mv.

Utvalget forutsettes å benytte seg av tilgjengelig kunnskap som er relevant for utvalgets arbeid.

Utredningen skal følge kravene i utredningsinstruksen med de føringer og avgrensinger som følger av mandatet. Det vil blant annet være viktig å vurdere alternative tiltak for å kunne realisere mål for utviklingen av tjenesten og vurdere økonomiske konsekvenser av ulike tiltak. Utvalget skal legge til grunn at foreslåtte endringer skal kunne gjennomføres innen eksisterende økonomiske rammer både for spesialisthelsetjenesten og på kommunenivå.

### **Involvering**

Utvalget må sikre at tjenestene og brukerne opplever å være en del av prosessen og at det etableres et kunnskapsgrunnlag om behovet.

## **2.3 Ekspertutvalgets tolkning av mandatet**

Ekspertutvalget har forstått mandatet slik at det er bedt om å utrede måter å organisere psykisk helsevern på slik at behandlingen er kunnskapsbasert, har høy kvalitet, er tilgjengelig for pasienter uavhengig av hvor de bor eller befinner seg, og at behandlingen er sammenhengende og koordinert på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Videre skal utvalget peke på grupper av pasienter som kan ha nytte av mer spesialiserte tilbud, enten knyttet til spesifikke tilstander eller ulike formater for behandling (omfang, hyppighet, varighet, innhold). I utredningen er ekspertutvalget bedt om å ta hensyn til at psykiske lidelser ofte er komplekse og kan endre seg over tid. Videre skal utvalget utrede mulige konsekvenser av en mer tematisk organisert tjeneste for pasienter og personell.

Etter ekspertutvalgets oppfatning innebærer en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern at behandlingstilbudet i større grad enn i dag er rettet mot spesifikke grupper av pasienter, definert ut fra alder, tilstand, behandlingsmetode eller format for behandlingen.

Ekspertutvalget har forstått oppdraget som å gjøre en faglig utredning av hva som kan gi et bedre tilbud til pasienter, og bedre fagmiljøer som gjør de offentlige helsetjenestene til attraktive arbeidsplasser for de ansatte.

## 2.4 Definisjoner og avgrensninger

### Boks 2.1 Definisjoner

**Psykisk helse** er et begrep som dekker hvordan mennesker oppfatter seg selv og andre, hvordan man har det i hverdagen og hvordan man takler utfordringer. Psykisk helse dreier seg om tanker, følelser, atferd og selvforståelse.

**Psykiske plager** beskriver plager som for eksempel angstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv og er ofte reaksjoner på eller knyttet til hendelser og erfaringer.

**Psykiske lidelser** er tilstander der en person har symptomer og tegn som i type og mengde tilfredsstillende spesifikke diagnostiske kriterier, og som i betydelig grad påvirker relasjoner og dagligdags fungering.

**Psykisk helsevern** er de deler av spesialisthelsetjenesten som tilbyr utredning og behandling av psykiske lidelser for barn, unge, voksne og eldre.

**Kvalitet.** God kvalitet i helsetjenesten innebærer at behandlingen er virkningsfull, trygg og involverer brukerne, og at den er samordnet, tilgjengelig og utnytter ressurser på en god måte.

**Behandling i psykisk helsevern** er definert som kunnskapsbaserte tiltak for å lindre symptomer og bedre funksjon for pasienter med psykiske lidelser.

**Kunnskapsbasert behandling** innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

**Tematisk organisering av psykisk helsevern** innebærer at helsetilbudet organiseres slik at tjenestene rettes mot en pasientgruppe som er definert ut fra alder, tilstand, behandlingsmetode eller ramme for behandling. Etter utvalgets mening må tematisk organisering tolkes bredt og ikke bare innbefatte diagnostiske tilstander, men også ulike behandlingsformater (f.eks. FACT-team), aldersgrupper (f.eks. sped- og småbarnsteam) eller oppgaver som etter utvalgets syn krever spisskompetanse (f.eks. henvisnings- og avklarings-team).

## **Behandling i psykisk helsevern**

Vi har i dag gode og veldokumenterte behandlingsformer for de fleste psykiske lidelser. De ulike behandlingene kan grovt sorteres som biologiske/medikamentelle, psykologiske eller miljøterapeutiske, og de tilbys på ulike nivåer; poliklinisk, ambulant eller ved innleggelse i en døgnenhet.

For mange pasienter vil det være aktuelt med en kombinasjon av ulike behandlings-tilnærminger. Høy grad av komorbiditet (forekomst av flere sykdommer/lidelser samtidig hos samme person) og samtidige sosiale og økonomiske utfordringer tilsier ofte behov for tverrfaglig innsats og hjelp fra flere tjenester med ulik kompetanse.

De fleste behandlingsforløp innen psykisk helsevern innebærer egeninnsats fra pasientens side. Å mobilisere pasientens egne ressurser er avgjørende for at pasienten skal oppnå endringer i tankemønstre, følelser, selvopplevelse og atferd. Arbeid med ambivalens og motivasjon er derfor en nødvendig del av behandlingen. Også pasientens opplevde trygghet og tillit i relasjonen til en behandler eller et behandlingsmiljø har vist seg å være avgjørende for et godt behandlingsresultat.

## **Kunnskapsbasert behandling**

Helsepersonell skal jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (5). Ekspertutvalget anvender en omforent definisjon av kunnskapsbasert praksis som «integrasjon av den beste tilgjengelige forskning, med klinisk ekspertise, i en kontekst av pasientens kultur, individuelle karakteristika og preferanser» (6, 7).

Kunnskapsbasert praksis skiller seg fra empirisk støttede *behandlingsmetoder* ved at det vektlegges et bredere kunnskapsbegrep som inkluderer brukerkunnskap og klinisk ekspertise (8). Kunnskapsbasert praksis innebærer også en forståelse av behandling som en prosess der kliniske beslutninger omgjøres i kontinuerlig samråd med pasienten, basert på den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap og kliniske konsensus, vurdert i forhold til valgmuligheter, kostnader og nytte ved intervensjonen (9).

Kunnskapsbasert praksis baserer seg først og fremst på forskningsresultater publisert i fagfellevurdert vitenskapelig litteratur. Forskning på forståelse og behandling av psykiske lidelser er i stadig utvikling. Dette innebærer at det tilkommer nye metoder, samtidig som kunnskapen om hvordan behandlingene virker, for hvem og på hvilken måte styrkes.

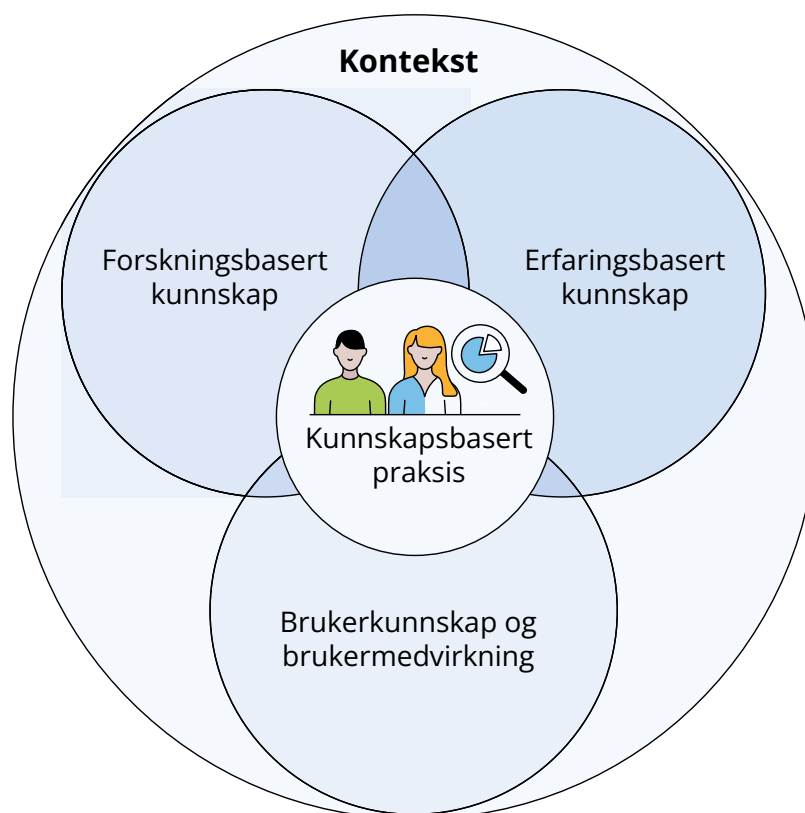
Ekspertutvalget har latt seg inspirere av den kanadiske psykologforeningens definisjon av kunnskapsbasert praksis (10). Definisjonen konkretiserer noe tydeligere klinikerens forpliktelse til samvittighetsfull og fornuftig bruk av den beste tilgjengelige forskningsdokumentasjonen for å styre *hvert trinn* i klinisk beslutningstaking og tilbud om behandling. En slik tilnærming innebærer også en forpliktelse til kontinuerlig å *informere* pasienten om forskningsbasert kunnskap

som kan understøtte samvalg av intervensjoner og behandlingsstrategier, og som maksimerer sjansen for positivt behandlingsresultat og minimerer risikoen for skade. Samtidig skal også den mest kostnadseffektive behandlingen tilbys.

I behandling av psykiske lidelser har flere medikamentelle, psykoterapeutiske og miljøterapeutiske metoder vist seg å være effektive. Det er viktig å påpeke at kunnskapsgrunnlaget og antall virksomme metoder kan variere mellom ulike tilstander, slik at holdepunktene for å tilby en spesifikk behandlingsmetode vil variere fra tilstand til tilstand. I mange tilfeller kan også samme tilstand behandles effektivt på flere måter. Utvalget vektlegger derfor betydningen av at all behandling i psykisk helsevern er individuelt tilpasset, med utgangspunkt i den enkelte pasients behov og behandlingsmål.

Dette betyr at tjenestene må ha strukturer og systemer som sikrer *kontinuerlig* faglig oppdatering og utvikling, og som ivaretar alle de tre komponentene i kunnskapsbasert praksis (**Figur 2.1**).

Med utgangspunkt i en slik forståelse vil utvalget beskrive og vurdere prinsipper for organisering av psykisk helsevern som bidrar til god bruk av forskning og forskningsbaserte metoder, og som kan brukes til opplæring, trening og veiledning av fagpersonell, samt til systematisk innhenting av brukererfaringer, brukerorienterte evalueringer og nyttevurderinger (11).



**Figur 2.1** Det er tre kilder til kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern; pasient, behandler og forskning. Behandleren bruker tilgjengelig forskningsbasert kunnskap i møte med pasientens behov og ønsker og egen klinisk erfaring. Kilde: Helsebiblioteket.

## **Avgrensninger**

Ekspertutvalget har avgrenset arbeidet til å dreie seg om psykisk helsevern for barn, unge, voksne og eldre. Anbefalingene vil i hovedsak dreie seg om innretning av tilbudet i polikliniske og ambulante tjenester. Utvalgets anbefalinger må tilpasses og gjøres relevante for lokale forhold i det enkelte helseforetak.

Utvalgets anbefalinger vil kunne ha innvirkning på kommunehelsetjenestens tilbud selv om dette ikke er en del av mandatet. Kommunale tjenester og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten omtales i rapporten for å vise at tilbudene på de to nivåene må ses i sammenheng, og for at tiltakene utvalget foreslår, vil ha konsekvenser også for kommunale tjenester.

Pasienter med psykiske lidelser vil ofte ha behov for behandling og oppfølging i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Derfor er det nødvendig å beskrive kommunens rolle i pasientforløp både før, under og etter behandling i psykisk helsevern. Utvalget har imidlertid ikke utredet hvordan kommunenes psykiske helsetjenester kan organiseres på en mer tematisk måte.

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er kun nevnt der det er relevant for behandling av pasienter med både psykisk lidelse og rusmiddellidelse.

Sikkerhetspsykiatri er et av de kliniske områdene som allerede er tematisk organisert i psykisk helsevern, med lokale og regionale sikkerhetsavdelinger i alle helseregioner. I tråd med at et økende antall pasienter dømmes til tvungent psykisk helsevern, er det blitt et økende press på døgnplasser innen psykisk helsevern (12). De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Utkast til rapport ble fremlagt for styret i Helse Sør-Øst 17.8.2023 (13). I påvente av resultatet fra dette arbeidet har ikke ekspertutvalget sett det som hensiktsmessig å utrede behov for ytterligere tematisk organisering innen fengsels- eller sikkerhetspsykiatri.

Ekspertutvalget er bedt om å undersøke hvordan tjenestene kan bli best mulig i stand til å samarbeide med kriminalomsorgen og andre tjenester med ansvar for grupper hvor psykiske lidelser er utbredt, og slik at innsatsen overfor disse gruppene blir styrket. Psykisk helsevern er for alle innbyggere i Norge, uavhengig av hvor de befinner seg. Det betyr at innsatte i fengsler og barn og unge som er i kontakt med barnevernet har rett på de samme helsetjenestene som befolkningen forøvrig. Forekomsten av psykiske lidelser og problematisk bruk av rusmidler er høy både blant innsatte i fengsel og blant barn og unge som har oppfølging fra barnevernet. Rapporter fra Riksrevisjonen, Sivilombudet, Senter for omsorgsforskning og Helsetilsynet har avdekket at helsetilbudet i fengsler ikke er godt nok (14-16). Det er særlig kommet frem kritikkverdige forhold knyttet til psykisk helse og rus. Aftenposten har gjort en grundig undersøkelse som avdekket vesentlige mangler i helsetilbudet til barn som bor i institusjoner i regi av barnevernet (17). Statens undersøkelsekommisjon for helse- og omsorgstjenesten har videre funnet at det er manglende samhandling og uklare ansvarsforhold

mellom etater og tjenester som er i kontakt med barn og unge med psykiske lidelser som har det vanskelig over tid (18) .

Ekspertutvalget er kjent med at helsetilbudet til innsatte er styrket ved at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere stedlige spesialisthelsetjenester i alle fengsler for å ivareta psykisk helse og rusbehandling blant innsatte i fengsel (19). Det skal også opprettes nasjonale forsterkede tilbud til de aller sykeste innsatte ved Ila fengsel- og forvaringsanstalt for menn og Bredtveit fengsel- og forvaringsanstalt for kvinner. Helsedirektoratet arbeider med å revidere nasjonal veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler.

Ekspertutvalget er også kjent med at det er krav om å utpeke en barnevernsansvarlig blant de ansatte i psykisk helsevern for barn og unge, og tilsvarende en helseansvarlig blant de ansatte i enheter under barnevernet. For barn mellom 13 og 18 år med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig psykisk helsehjelp, er det etablert to omsorgs- og behandlingsinstitusjoner i Bodø og i Søgne utenfor Kristiansand. Opprettelse og drift av institusjonene er regulert i barnevernsloven, og personalet har både barnevernsfaglig og helsefaglig kompetanse.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet har etablert et nasjonalt forløp for barnevern. Målet er at barn og unge i barnevernet blir kartlagt og utredet for fysiske og psykiske helseplager, slik at de kan få nødvendig behandling. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har stilt rammer og krav til en tverrfaglig helsekartlegging som skal avdekke om barn og unge som flyttes ut av hjemmet, har behandlingskrevende helseplager. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal gi en helhetlig vurdering av tilbudet til barn og unge som blir flyttet til institusjon, i regi av barnevernet. Barnevernsinstitusjonsutvalget skal utrede hvilken kompetanse de ansatte må ha og hva slags bistand som kreves for å ivareta barnas fysiske og psykiske helse. Utvalget skal etter planen levere sin utredning i oktober 2023.

Ekspertutvalgets medlemmer har ingen spesifikk kompetanse eller erfaring verken med kriminalomsorg eller barnevern. Utvalget har derfor ikke utredet muligheter for sterkere tematisk organisering av tilbudet spesifikt til innsatte eller i barnevernet, men viser til pågående utredninger som vil bidra til økt innsikt om behov og mulige løsninger. Utvalgets forslag og anbefalinger er likevel relevante også for innsatte i fengsler og barn og unge som er i kontakt med barnevernet og som blir henvist til psykisk helsevern.

## 2.5 Sammensetning av ekspertutvalget

### Boks 2.2 Ekspertutvalget har bestått av:

- Benedicte Thorsen-Dahl (leder), divisjonsdirektør psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet, Søndre Land
- Ester Marie Stornes Espeset, psykologspesialist/PhD ved BUP Helse Fonna, Kopervik
- Jon Tomas Finnsson, avdelingsdirektør i helsefagavdelingen i Helse Nord, Bodø
- Ane Bekkestad Fjose, enhetsleder ved BUP Gjøvik, Gjøvik
- Bjarne Kristian Aaslie Hansen, professor ved Senter for krisepsykologi ved Universitetet i Bergen, Bergen
- Kim Edgar Karlsen, fagsjef i Norsk psykologforening, Oslo
- Lars Lien, leder i Norsk psykiatrisk forening, Hamar
- Anne Kristine Nitter, kommuneoverlege i Fredrikstad kommune, Moss
- Espen Gade Rolland, leder av faggruppe innen psykisk helse og rus i Norsk sykepleierforbund, Drammen
- Haakon Steen, brukerrepresentant, nestleder Mental Helse, Kristiansand
- Karl Olaf Sundfør, brukerrepresentant, sentralstyremedlem Mental Helse, Sauda
- Elin Ulleberg, klinikkssjef psykisk helsevern, allmenn rehabilitering og sikkerhet ved St. Olavs hospital, Trondheim

Sekretariatet har bestått av Ragnar Nesvåg (leder), Randi Midtgård Spørck, Nina Husom, Karoline Myhrer og Eva Sørensen.

## 2.6 Ekspertutvalgets arbeid

Ekspertutvalget har vært samlet til ni fysiske og tre digitale møter. To av de fysiske møtene gikk over to dager i henholdsvis Bergen og Trondheim, et dagsmøte ble avholdt på Hamar, mens de øvrige utvalgsmøtene fant sted i Oslo eller på Gardermoen. Utvalgsmedlemmene ble oppnevnt som selvstendige fagpersoner. Dette har bidratt til en åpen tone og fri diskusjon i utvalget. Alle utvalgsmedlemmene har bidratt aktivt med tekst og innspill til rapporten. Utvalget står enstemmig bak alle forslag og anbefalinger.

Flere sentrale aktører ble invitert til møter med ekspertutvalget for å presentere pågående arbeid av relevans for utredningen:

- Tor Erik Befring, Helsedirektoratet, om revidering av veileder for kommunalt psykisk helsearbeid
- Turid Moseid, Helsedirektoratet, om arbeid med tverrsektoriell veileder for barn og unges psykiske helse

- Hanne Elisabeth Strømsvik, Helsedirektoratet, om arbeid med nasjonale pasientforløp (tidligere pakkeforløp)
- Øystein Ellingsen, Helse- og omsorgsdepartementet, om pågående arbeid med opptrappingsplan for psykisk helse
- Inge Joa, Helse Stavanger, og Kent Jensen, Universitetssykehuset i Nord-Norge, om nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for psykisk helsevern voksne
- Liv Kleve, Helse Bergen, om kvalitetsarbeid i psykisk helsevern for barn og unge
- Karina Egeland, Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, om implementering av kunnskapsbasert traumebehandling i psykisk helsevern
- Einar Heiervang, BUP Tynset, om forskning på videobehandling ved sosial angst blant unge
- Anton Åhrén, Sykehuset Innlandet, om system for løpende kvalitetsarbeid med digitale verktøy for tilbakemeldinger fra pasienter i behandling (DelMedMeg)
- Bjørn Stensrud og Anne Landheim, Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykiske lidelser (NKROP), om integrert behandling av pasienter med ROP-lidelser
- Yngvild Arnesen, Universitetssykehuset i Nord-Norge om Choice and Partnership Approach (CAPA) modellen
- Gunnar Bovim, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, om Helsepersonellkommisjonens utredning
- Katrine Høyer Holgersen og Charlotte Stensen Chiappa, begge fra Nidelv DPS, og Tommy Mangerud, fra Nidaros DPS, om tidlig avklaring av henvisninger til DPS
- Camilla Rønning, Bærum DPS, om matriseorganisering av DPS
- David Clark, Oxford University, UK, om Improved Access to Psychological Therapies (IAPT)-modellen
- Fredrik Anton Sten Remers Hanssen, Helse- og omsorgsdepartementet, om pågående arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan
- Torleif Ruud, professor emeritus ved Universitetet i Oslo, om et forskningsprosjekt der psykologer og psykiater fra et DPS var samlokalisert med fastleger (Shared care)

Informasjon om ansatte i psykisk helsevern (jf. kap 3.2) er hentet fra de regionale helseforetakenes arbeid med framskriving av behov i psykisk helsevern (20, 21) og fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Informasjon om pasienter med ulike spesifikke tilstander i psykisk helsevern (jf. kap 3.3 og 3.4) er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og tilrettelagt av senioranalytiker Christian Thoresen ved Helse Sør-Øst. Utvalget har innhentet informasjon om hvordan helseforetakene og de regionale helseforetakene arbeider med kvalitet, kompetanseutvikling og tematisk organisering i psykisk helsevern. En oppsummering av tilbakemeldingene fra helseforetakene om tematisk organisering gis i kapittel 3, og oppsummering av tilbakemeldingene om kvalitet og kompetanseutvikling gis i kapittel 7.

Ekspertutvalget har vært opptatt av bred involvering i arbeidet. Det ble invitert til innspill fra relevante aktører og interessegrupper i feltet, blant annet organisasjoner for pasienter og pårørende til pasienter i psykisk helsevern. Representanter for sekretariatet deltok i innspillsmøte der organisasjoner for pasienter, brukere og pårørende i psykisk helse og rusfeltet var invitert (se kap. 8.1).

Ekspertutvalget har bedt om innspill fra det samiske perspektivet fra Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS). Utvalgsleder har sammen med sekretariatet hatt et digitalt møte med Sametingets direktør Inger Marit Eira-Åhrén (se kap. 8.2).

Følgende organisasjoner har etter invitasjon gitt skriftlige innspill: Fellesorganisasjonen, Fagforbundet, Norsk sykepleieforbund, Norsk psykologforening, Den norske legeforening og KS (kommunesektorens organisasjon) (se kap 8.3).

Utvalget har løpende offentliggjort kortreferat fra møtene på egen nettside, og det har vært anledning til å gi skriftlige innspill til ekspertutvalgets arbeid gjennom en egen e-postadresse.

Ekspertutvalget har fått skriftlige innspill fra

- Psykologer ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet og Helse Førde om prinsipielle spørsmål knyttet til tematisk organisering av psykisk helsevern
- Modum Bad om deres erfaring med tematisk organisering og samsykelighet
- Utvalg for alderspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening
- Ellen Kathrine Munkhaugen, Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse, Oslo universitetssykehus
- Arne Blindheim, Ellen K.K. Jepsen, Marianne Straume og Gro Harestad om traumebehandling
- Bjørn Hesla om intensiv familieterapi
- Sverre Erik Knutsen om forståelse av psykisk helsevern
- Nevropsykiatrisk enhet ved Barneseksjonen, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, om behandling av barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser

## 2.7 Henvisning til andre relevante arbeid og prosesser

I februar 2023 la Helsepersonellkommisjonen frem sin rapport *NOU 2023: 4 Tid for handling* (22). Ifølge kommisjonen blir kvalifisert personell den knappeste ressursen i helsevesenet i årene som kommer. At helsepersonellens kompetanse blir utviklet og benyttet best mulig, er dermed et viktig premiss for organisering av helsetjenesten. Mange helseforetak melder om vansker med å rekruttere fagfolk til psykisk helsevern, at faste stillinger blir stående ledige, og at det blir brukt store ressurser til å leie inn kvalifisert personell for å kunne drive forsvarlig.

Helsepersonellkommisjonen mener det ikke er rom for ytterligere vekst i andelen ansatte i helsetjenesten, og tjenesten bør derfor tenke nytt om bedre og mer effektiv bruk av helsepersonell. Et grep som beskrives i rapporten, er at fagpersonell kan ha kombinasjoner av roller på tvers av fagstrukturer og omsorgsnivåer og med ulik grad av spesialisering. Bruk av kombinasjonsstillinger kan være en løsning for å gi tilgang på spisskompetanse i større deler av tjenesten.

I mars 2023 la Kvinnehelseutvalget frem utredningen *NOU 2023: 5 Den store forskjellen* (23). I rapporten ble det pekt på at mange folkesykdommer i Norge er skjevfordelt mellom kjønnene. Dette gjelder psykiske lidelser som angst og depresjon, og i særlig grad spiseforstyrrelser der det de siste årene har vært en markant økning i behov for behandling i psykisk helsevern. Kvinnehelseutvalget foreslår å etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern, styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser og prioritere forskning innen psykisk helsevern.

I mars 2023 la Sykehusutvalget frem utredningen *NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse* (24). I rapporten fremheves behovet for en klarere avgrensning av hva som hører til kommunehelsetjenesten og hva som hører til spesialisthelsetjenesten. Sykehusutvalget foreslår øremerkede samhandlingsbudsjett for at kommuner og helseforetak sammen kan etablere gode tjenester for pasienter som har vedvarende behov for behandling fra begge omsorgsnivåer.

Ekspertutvalget som har evaluert vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern, la i juni 2023 frem rapporten *Bedre beslutninger, bedre behandling* (25). De mener at flere administrative og juridiske tiltak er nødvendig for å oppnå en bærekraftig kompetansebasert modell i psykisk helsevern. I rapporten pekes det på fem sentrale forutsetninger; brukermedvirkning og beslutningsstøtte, pårørendeinvolvering, kompetansevurderinger av god kvalitet, bedre helsehjelp i både kommune- og spesialisthelsetjeneste til pasienter med forhøyet voldspotensial, og bedre samhandling og frivillige behandlingsalternativer.

Regjeringen la i juni 2023 frem en tiårig opptrappingsplan for psykisk helse, Meld. St. 23 (2022–2023) (4). Planen skal styrke det helsefremmende og forebyggende området, legge til rette for gode tjenester der folk bor, og gi et bedre tilbud til pasienter med langvarige og sammensatte behov. Ekspertutvalget leverte 31. januar 2023 et innspill til arbeidet med opptrappingsplanen, og regjeringen oppgir i planen at de vil vurdere en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern, basert på anbefalinger fra ekspertutvalget. Regjeringen vil etablere kunnskapsbaserte lavterskeltilbud til innbyggere med behov for psykisk helsehjelp, og det foreslås å pilotere en egen ungdomshelsetjeneste på ett nivå. Regjeringen vil prøve ut brukerstyrt poliklinikk. For pasienter med psykiske lidelser er det satt et mål om å redusere overdødelighet og styrke døgnkapasiteten.

Regjeringen skal i løpet av 2023 legge frem en nasjonal helse- og samhandlingsplan som vil legge rammene for helsepolitikken de kommende årene. Sentrale temaer vil være samhandling, kvalitetsarbeid, desentraliserte tjenester, digitalisering, personell og kompetanse.

Regjeringen skal i 2024 legge frem en stortingsmelding om en forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet. Hovedmålet er å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet.

I regi av Helsedirektoratet er det igangsatt arbeid med å videreutvikle nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus. Målet er å styrke samhandling, å bedre kvalitet og brukerinnflytelse og å tilpasse forløpene bedre til brukergruppenes behov samt å forenkle forløpsarbeid i helsetjenesten.

Helsedirektoratet skal høsten 2023 ferdigstille arbeidet med den tverrsektorielle veilederen *Sammen om barn og unges psykiske helse* i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Landbruksdirektoratet. Veilederen skal tydeliggjøre kommunenes ansvar for å sikre et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid for barn og unge, fra helsefremming og forebygging til behandling og oppfølging, og gi føringer for ansvarsdeling mellom kommuner og psykisk helsevern for barn og unge. Helsedirektoratet reviderer også veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid *Sammen om mestring* som sendes på høring høsten 2023. Veilederen skal tydeliggjøre kommunenes ansvar for lokalt psykisk helse- og rusarbeid og ansvarsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste når det gjelder utredning og behandling av psykiske lidelser. Helsedirektoratet gjennomgår også de nasjonale faglige retningslinjene innen psykisk helse og rus og vil i løpet av 2023 gi en prioritert oversikt over arbeidet med retningslinjer innen psykisk helse og rusfeltet.

## 2.8 Om utredningen – leseveiledning

I kapittel 3 beskrives dagens organisering av psykisk helsevern, inkludert tematisk organisering og spesialiserte tilbud. Deretter er rapporten inndelt i kapitler etter områder der utvalget har anbefalinger som vil forenkle og forbedre pasientbehandlingen. Hvert kapittel innledes med bakgrunnsopplysninger og problembeskrivelse som grunnlag for utvalgets anbefalinger:

Kapittel 4 - Styrke kommunale tilbud og samhandling

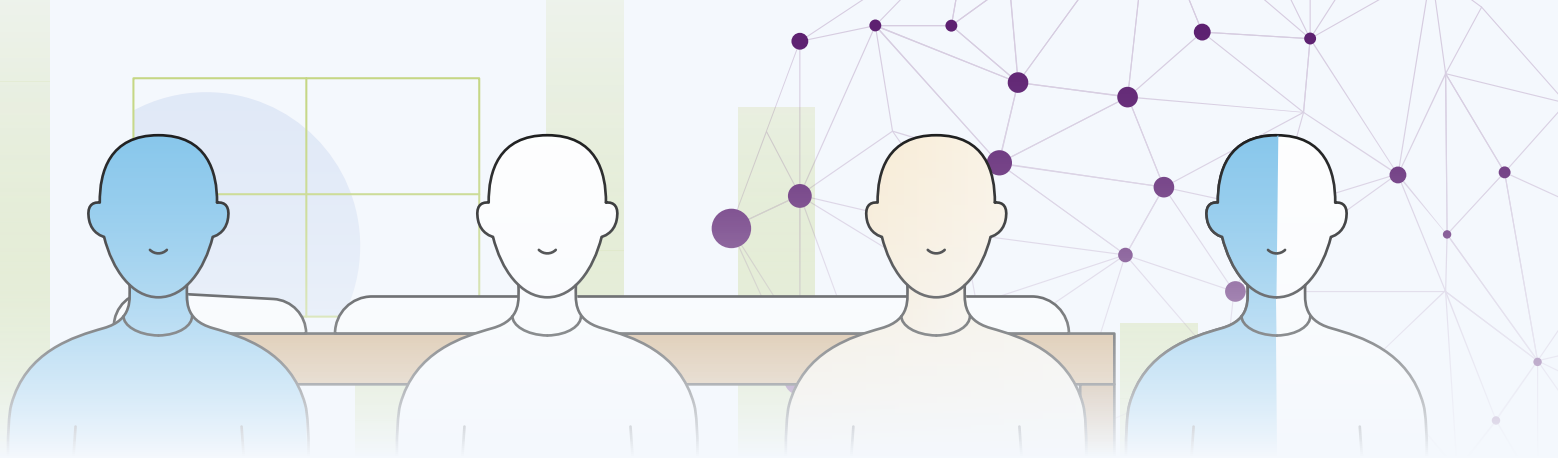
Kapittel 5 - Forenkling og forbedring av inntak og utredning

Kapittel 6 – Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet

Kapittel 7 – Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet

En oppsummering av innspill fra pasient- og brukerorganisasjoner, det samiske perspektivet, fagforeninger og KS gis i kapittel 8.

En drøfting av mulige økonomiske, juridiske og administrative konsekvenser av utvalgets forslag gis i kapittel 9.



## 3 Dagens organisering av psykisk helsevern

### 3.1 Psykisk helsevern i foretaksstrukturen

Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert i fire regionale helseforetak (RHF) som igjen er inndelt i totalt 21 helseforetak som driver klinisk virksomhet innen sine respektive geografiske opptaksområder. Det største helseforetaket er Akershus universitetssykehus som har rundt 12 000 ansatte, og det minste helseforetaket er Helgelandssykehuset med rundt 2000 ansatte. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus er private, ideelle sykehus med driftsavtale med Helse Sør-Øst. Helse Vest har driftsavtale med Jæren DPS og Solli DPS som er drevet av private ideelle organisasjonen. I tillegg har Helse Vest driftsavtale med Betanien sykehus i Bergen, som består av distriktpsikiatrisk senter (DPS), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Psykisk helsevern er organisert som en integrert del av helseforetakene sammen med somatiske helsetjenester, laboratorie- og servicefag og stabsfunksjoner. Ut fra helseforetakenes innspill til ekspertutvalget er det stor variasjon i hvordan de psykiske helsetjenestene er organisert mellom de ulike foretakene. I de fleste helseforetak er psykisk helsevern organisert som én av flere klinikker eller divisjoner under administrerende direktør. Ved enkelte helseforetak som St. Olavs Hospital og Helse Stavanger, er psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) fordelt på to klinikker. Ved disse sykehusene er det mer enn én representant for fagfeltet i ledergruppen for helseforetaket.

I enkelte helseforetak er deler av psykisk helsevern skilt ut og organisert sammen med somatisk helsetjeneste. Ved Finnmarkssykehuset er klinikkene inndelt etter geografi, og det er egne psykisk helse-avdelinger ved tre av klinikkene (Alta, Hammerfest og Kirkenes) i tillegg til et eget regionalt og nasjonalt tilbud til den samiske befolkningen som er lokalisert i Karasjok (SANKS). Psykisk helsevern for barn og unge er en del av barne- og ungdomsklinikken både ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Sykehuset Telemark og i Helse Nord-Trøndelag, mens psykisk helsevern for voksne er organisert i en egen psykisk helse- og rusklinikk. Ved Helgelandssykehuset er tjenester for barn og unge

organisert sammen med tjenester for voksne i geografisk atskilte avdelinger. Ved Helse Fonna er psykisk helsevern organisert i en klinikk som består av tre DPS-er, en BUP-avdeling og en avdeling for spesialiserte tjenester, hvor Stord BUP og DPS er organisert i samme avdeling.

I de ulike helseregionene er arbeidet med psykisk helsevern organisert under faglinjen. I Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF er det avdelingsdirektører i medisin og helsefag som ivaretar psykisk helsevern og TSB. I Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF er det assisterende fagdirektører som har ansvar for oppfølging av fagfeltet.

### **Psykisk helsevern for barn og unge**

Psykisk helsevern for barn og unge er i hovedsak organisert som barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), men de fleste større helseforetak har også sengeposter for døgntilbud og ambulante team som gir et tverrfaglig og oppsøkende tilbud. Det er omkring 80 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker spredt over hele landet.

Barn og unge kommer i kontakt med BUP gjennom en henvisning fra enten fastlege, psykolog i kommunen eller barneverntjenesten. Henvisningen skal vurderes av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri eller klinisk barne- og ungdomspsykologi, og det gis rett til nødvendig helsehjelp med frist for behandlingsstart basert på kriterier i en prioriteringsveileder (26).

Når barnet eller ungdommen kommer til behandling, er første kontaktpunkt som regel en samtale ved et lokalt BUP. På samme tidspunkt starter et nasjonalt pasientforløp med nærmere angitte frister og krav til utredning og utarbeidelse av behandlingsplan (27).

### **Psykisk helsevern for voksne**

Psykisk helsevern for voksne og eldre er organisert dels som distriktpsikiatriske sentre (DPS) og dels som spesialiserte sykehusavdelinger. De fleste DPS har egne sengeposter for planlagte innleggelser, og enkelte DPS har lukkede poster for akuttinnlagte pasienter på tvang. Den største andelen av tilbudet i psykisk helsevern for voksne er aktivitet ved DPS-ene der pasienter tas imot til poliklinisk behandling etter henvisning fra fastlege. Døgntilbud er den delen av tjenesten som krever mest ressurser per pasient. Alle helseforetak har etablert ambulante tilbud hvor behandlerne oppsøker pasienten hjemme, og ansatte ved DPS vil ofte veilede og samarbeide med personell i kommunene som er nærmere pasienten i det daglige.

I psykisk helsevern er poliklinikker og døgntilbud drevet som separate enheter med eget personale som enten jobber i poliklinikk eller i sengepost. Det gjør at pasientbehandlingen i mindre grad er samkjørt mellom de to nivåene, og pasienter må som hovedregel bytte behandler når de overføres mellom poliklinikk og sengepost. I tillegg er poliklinikkene som regel geografisk atskilt fra sengepostene, noe som ytterligere bidrar til separate behandlings- og fagkulturer. I medisinske og kirurgiske fag er sengeposter og poliklinikker lokalisert samme sted, og behandlere veksler mellom å jobbe på sengepost og poliklinikk.

### **Avtalespesialister**

Private avtalespesialister er et viktig bidrag til poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Denne gruppen står for om lag en firedel av den samlede polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern (28). Avtalespesialistene er psykiatere og psykologer med bred klinisk erfaring som har fått sin spesialisering i offentlig psykisk helsevern. Avtalespesialistene kan tilby høy grad av fagkompetanse og kontinuitet for pasienter med behov for langvarig behandling. Det pågår nå et arbeid med å innføre felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern for voksne. Dette innebærer at alle henvisninger til avtalespesialister skal rettighetsvurderes på samme måte som ordinære henvisninger til psykisk helsevern. Formålet er å knytte avtalespesialistene tettere sammen med øvrige deler av psykisk helsevern slik at fagressursene blir utnyttet på en bedre måte.

### **Tilbud til den samiske befolkningen**

Sámi klinihkka er en del av Finnmarksykehuset og har et særskilt ansvar for å tilby og utvikle likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i hele Norge. Klinikken har integrerte tjenester innen somatikk, rus og psykisk helse. I tillegg inneholder klinikken nasjonale kompetansetjenester SÁNÁG/SANKS, lærings- og mestringstjenester, geriatri og tolketjeneste. SÁNÁG/SANKS har et nasjonalt ansvar for oppgaver innen forskning, utvikling og kompetanseheving innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) for den samiske befolkningen i Norge. Sámi klinihkka har spesialkompetanse i samisk språk og kultur. Det er ingen andre i Norden som leverer en slik tjeneste, og dette gjør klinikken unik både nasjonalt og internasjonalt. Den samiske befolkningen bor spredt, og klinikken skal sikre at folk får likeverdig tilgang til kvalifisert helsepersonell. Selv om Sámi klinihkka er samlet under ett tak i Karasjok, tilbyr klinikken stedsuavhengige tjenester som gis med stedsuavhengig kompetanse.

Helsetjenestene som møter samiske pasienter, må ta hensyn til at samene er en heterogen gruppe med ulike språk, kultur, historie, levesett og bosettingsområder. Dermed har de også ulike behov for helsetjenester. Ifølge innspill fra SANKS til ekspertutvalget er det vanskelig å se for seg at én type tilpasning av helsetjenestene vil svare på alle utfordringer for alle samiske befolkningsgrupper. Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven at alle pasienter har rett til et likeverdig tilbud, men det vil være utfordrende og sannsynligvis heller ikke riktig å bygge opp nøyaktig det samme tilbudet til alle samer i hele landet. I områder der det bor mange samer, vil det være naturlig å bygge ut et annet tilbud enn i områder der få samer har sitt bosted. Det betyr at man bør vurdere lokale behov og muligheter i de ulike bosettingsområdene når tilbudene skal planlegges.

## **3.2 Personell i psykisk helsevern – pasientnære årsverk**

En samlet oversikt over pasientnære fagårsverk (administrasjon og ledelse, drift og teknisk personell og forskning er ikke medregnet) viser at det var i underkant av 18 000 årsverk i psykisk helsevern i 2021 (**Tabell 3.1**). Det er fire ganger flere ansatte i psykisk helsevern for voksne enn i psykisk helsevern for barn og unge. I

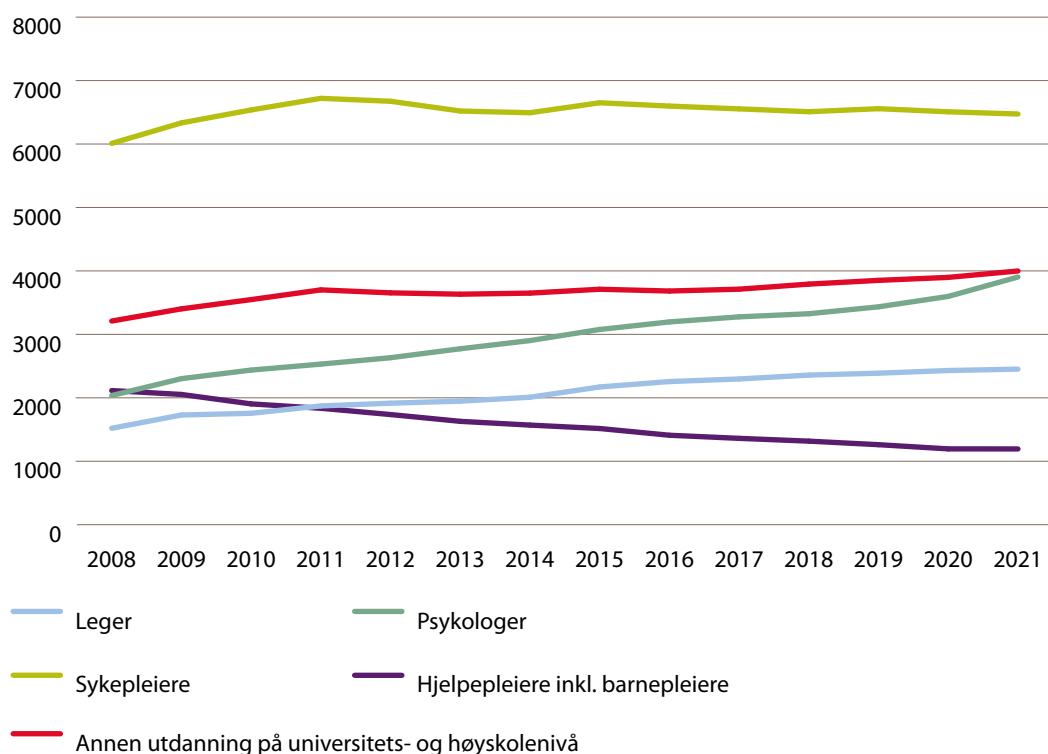
tjenestene for voksne er det mer enn dobbelt så mange ansatte i døgnbehandling enn i poliklinikk, mens det i tjenester for barn og unge er dobbelt så mange ansatte i poliklinikk enn i døgnbehandling.

**Tabell 3.1** *Antall årsverk i psykisk helsevern i 2021.*

| Fagområde    | Døgnbehandling | Poliklinikk | Sum ansatte |
|--------------|----------------|-------------|-------------|
| Barn og unge | 1294           | 2314        | 3608        |
| Voksne       | 10078          | 4203        | 14281       |
| Totalt       | 11372          | 6517        | 17889       |

Kilde: Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (19).

Framskrivningene viser at det nasjonalt vil være behov for å styrke fagårsverkene med 5,5 prosent fram til 2025 og 15 prosent fram til 2040 (21).



**Figur 3.1** *Antall pasientnære fagårsverk fordelt på yrkesgrupper i psykisk helsevern i perioden 2008 – 2021. Kilde: SSB Tabell 09547.*

Antall ansatte i psykisk helsevern har økt med 13,1 prosent fra 2008 (19 281) til 2021 (21 811). Utviklingen har imidlertid vært ulik for ulike yrkesgrupper (**Figur 3.1**). Antall årsverk for leger har økt med 61 prosent og for psykologer med 92 prosent, mens antall årsverk for hjelpepleiere har sunket med 44 prosent. Antall årsverk for sykepleiere og annen utdanning på universitets- eller høyskolenivå har vært stabil i perioden.

Antall døgnplasser i psykisk helsevern gikk ned med 26 prosent fra 4888 i 2008 til 3604 i 2021 (29). Antall polikliniske kontakter økte i samme periode med 46 prosent fra 297 til 435 per 1000 innbyggere i voksenalderen, mens antall polikliniske kontakter i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har holdt seg stabilt med rundt 825 kontakter per 1000 innbyggere. En slik omlegging av tjenestene fra døgnbehandling til poliklinisk behandling krever flere ansatte som kan gå inn i selvstendige behandlerstillinger, og dette har i hovedsak medført flere stillinger for leger og psykologer.

I 2022 var det totalt 200 psykiatere og 449 psykologer med driftsavtale med et regionalt helseforetak, som meldte inn data på henholdsvis 17 790 og 36 134 pasienter til Norsk pasientregister (NPR) (28). 63 prosent av avtalespesialistene i psykologi og 76 prosent av avtalespesialistene i psykiatri er lokalisert i Helse Sør-Øst. Det er en større andel enn befolkningen (57 prosent) skulle tilsi. Statistikk fra Helsedirektoratet viser at avtalespesialister ofte er lokalisert i de større byene.

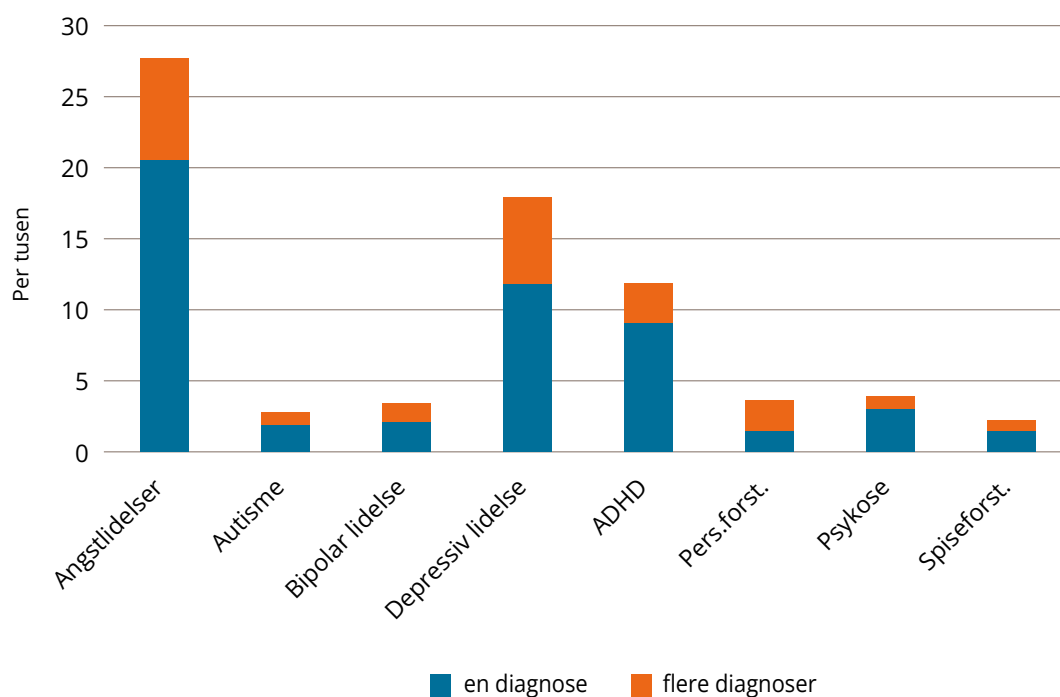
### 3.3 Pasienter i psykisk helsevern – virksomhetsdata

I 2021 mottok nesten 163 000 personer behandling i psykisk helsevern for voksne, en økning på 6 prosent fra året før (30). Behandlingen ble gitt i form av 1,9 millioner polikliniske kontakter, 1 million oppholdsdøgn og 7200 dagbehandlinger. Blant pasientene var 60 prosent kvinner, 59 prosent av alle pasientene var mellom 18 og 39 år, og 75 prosent var under 50 år. Pasienter i psykisk helsevern er gjennomgående yngre enn i somatiske helsetjenester.

Blant voksne pasienter innlagt i døgnbehandling fikk 25 prosent en psykoselidelse (ICD-10 F20-F29), 22 prosent en stemningslidelse (ICD-10 F30-F39), 19 prosent en angstrelatert lidelse (ICD-10 F40-F48), og 8 prosent en personlighetsforstyrrelse (ICD-10 F60-F69). Fire prosent av pasientene innlagt i døgnbehandling ble utskrevet uten en endelig diagnose for psykisk lidelse.

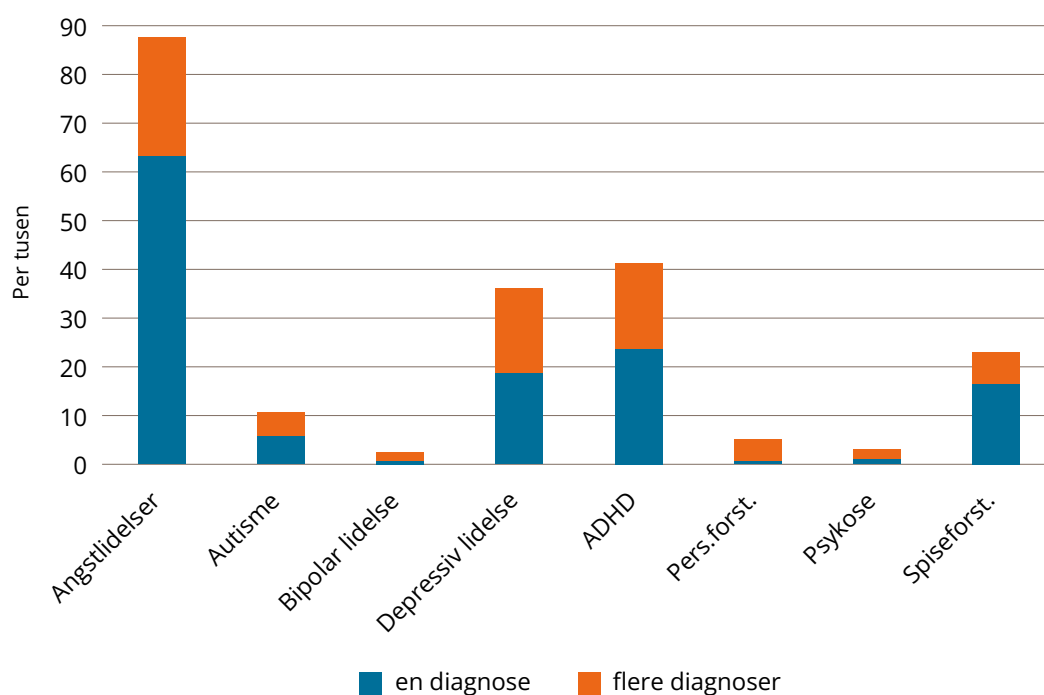
Blant voksne pasienter i poliklinisk behandling fikk 15 prosent en psykoselidelse, 21 prosent en stemningslidelse, 25 prosent en angstrelatert lidelse, og 8 prosent en personlighetsforstyrrelse. 16 prosent av pasientene i poliklinisk behandling fikk ikke en endelig diagnose for psykisk lidelse ved endt behandling.

I 2021 mottok nesten 65 000 personer behandling i psykisk helsevern for barn og unge, en økning på 14 prosent fra året før (31). Behandlingen ble gitt i form av 982 000 polikliniske kontakter og 92 000 oppholdsdøgn. Kun 4 prosent av pasientene var innlagt i døgnbehandling. Blant pasientene var 51 prosent jenter og 49 prosent gutter. Jentene dominerte i aldersgruppen 14–18 år, mens guttene dominerte i aldersgruppen 5–12 år. Ved avslutning av behandling fikk 5 prosent en diagnose innen stemningslidelser, 15 prosent innen angstrelaterte lidelser, 5 prosent gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autismespekterforstyrrelser), og 26 prosent fikk en diagnose innen atferdsforstyrrelser (inkludert hyperkinetisk forstyrrelse, ADHD). 39 prosent fikk ikke en diagnose innen psykiske lidelser ved avsluttet behandling.

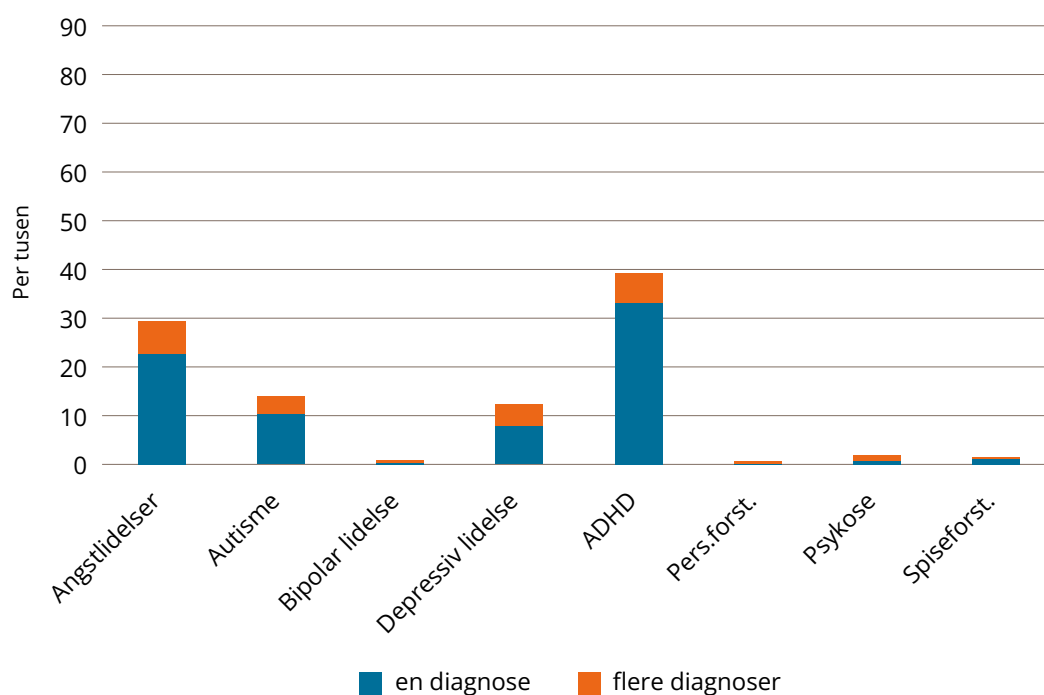


**Figur 3.2** Forekomst av ulike psykiske lidelser blant pasienter som i perioden 2018–2022 var registrert minst to ganger med den respektive diagnosen som hovedtilstand i psykisk helsevern. Blå søyler viser andel pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser andel pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). På y-aksen vises andeler per 1000 innbyggere basert på middelfolkemengde i 2021. Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.

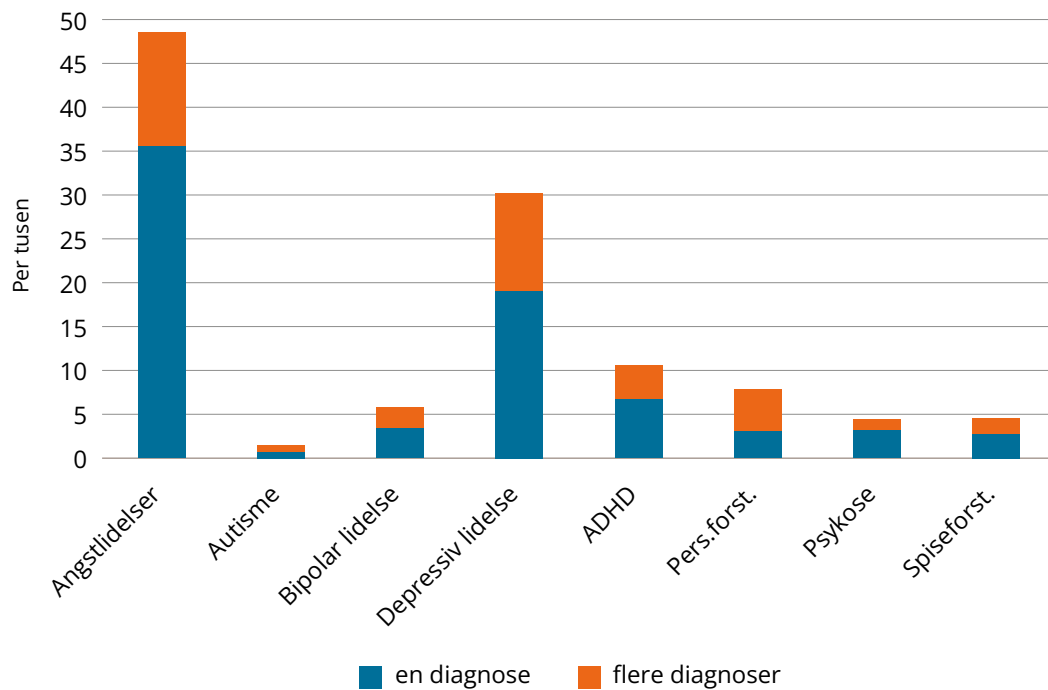
Ekspertutvalget har innhentet oppdaterte tall på diagnosefordeling blant pasienter som var i behandling i psykisk helsevern eller TSB i perioden 2018–2022, og som var registrert minst to ganger med en eller flere psykiske lidelser som hovedtilstand. I datamaterialet er det skilt mellom pasienter som kun var registrert med én spesifikk psykisk lidelse i perioden (monodiagnose), og pasienter som også var registrert med en eller flere av de andre psykiske lidelsene i perioden (multidiagnose). Hvilke diagnoser som ble valgt ut og hvordan datasettet ble definert, er nærmere beskrevet i **Vedlegg 1**. Tallene viser at angstlidelser, depressiv lidelse og hyperkinetisk forstyrrelse (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, ADHD) var de vanligst forekommende sykdomsgruppene med henholdsvis 28, 18 og 12 pasienter per 1000 innbyggere (**Figur 3.2**). Innad i diagnosegruppene var mellom 39 og 77 prosent av pasientene monodiagnose, mens mellom 23 og 61 prosent var multidiagnose. Hyperkinetisk forstyrrelse hadde høyest andel av monodiagnose, mens personlighetsforstyrrelse hadde høyest andel av multidiagnose.



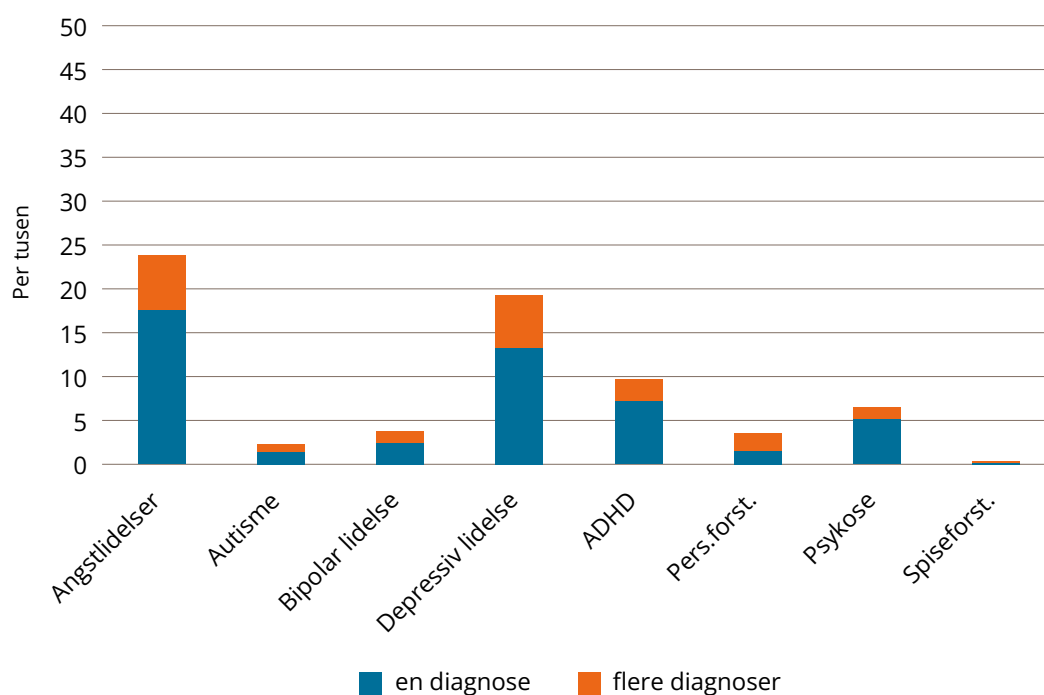
**Figur 3.3** Forekomst av ulike psykiske lidelser blant jenter 13–17 år som i perioden 2018–2022 var registrert minst to ganger med den respektive diagnosen som hovedtilstand i psykisk helsevern. Blå søyler viser andel pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser andel pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). På y-aksen vises andeler per 1000 innbyggere basert på middelfolkemengde i 2021. Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.



**Figur 3.4** Forekomst av ulike psykiske lidelser blant gutter 13–17 år som i perioden 2018–2022 var registrert minst to ganger med den respektive diagnosen som hovedtilstand i psykisk helsevern. Blå søyler viser andel pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser andel pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). På y-aksen vises andeler per 1000 innbyggere basert på middelfolkemengde i 2021. Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.



**Figur 3.5** Forekomst av ulike psykiske lidelser blant kvinner 18–64 år som i perioden 2018–2022 var registrert minst to ganger med den respektive diagnosen som hovedtilstand i psykisk helsevern. Blå søyler viser andel pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser andel pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). På y-aksen vises andeler per 1000 innbyggere basert på middelfolkemengde i 2021. Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.



**Figur 3.6** Forekomst av ulike psykiske lidelser blant menn 18–64 år som i perioden 2018–2022 var registrert minst to ganger med den respektive diagnosen som hovedtilstand i psykisk helsevern. Blå søyler viser andel pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser andel pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). På y-aksen vises andeler per 1000 innbyggere basert på middelfolkemengde i 2021. Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.

Det var klare forskjeller i diagnosefordeling mellom kjønn. Blant kvinner var angstlidelser den klart hyppigst forekommende sykdomsgruppen med en forekomst på 88 per 1000 innbyggere blant 13–17 år gamle jenter (**Figur 3.3**) og 29 per 1000 innbyggere blant 18–64 år gamle kvinner (**Figur 3.5**). Deretter kom depressive lidelser, ADHD, personlighetsforstyrrelse, psykose og spiseforstyrrelse. Blant gutter var ADHD den hyppigst forekommende lidelsen med 39 per 1000 innbyggere, fulgt av angstlidelser, autismspekterforstyrrelse og depressiv lidelse (**Figur 3.4**). Blant voksne menn var også angstlidelser og depressiv lidelse de hyppigste diagnosegruppene, men forekomsten var om lag halvparten sammenliknet med kvinner (**Figur 3.6**). ADHD var like hyppig hos menn som hos kvinner, mens psykoselidelser forekom hyppigere hos menn enn hos kvinner, og spiseforstyrrelser var svært sjelden blant menn.

Diagnosefordelingen blant barn og unge liknet på den blant voksne, men bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelse og psykoselidelse forekommer sjelden hos mindreårige.

Innen psykisk helsevern for barn og unge er det omtrent 30 prosent av pasientene som ikke får registrert en psykisk lidelse som hovedtilstand etter endt behandling. Det viser data fra den reviderte framskrivningsmodellen i regi av helseregionene (20, 21). Dette kan tyde på at mange pasienter har uklare tilstandsbilder som det er vanskelig å klassifisere sikkert etter diagnostiske kriterier. Ekspertutvalget fikk flere innspill som uttrykte skepsis til å organisere behandlingstilbudet etter diagnostiske skillelinjer.

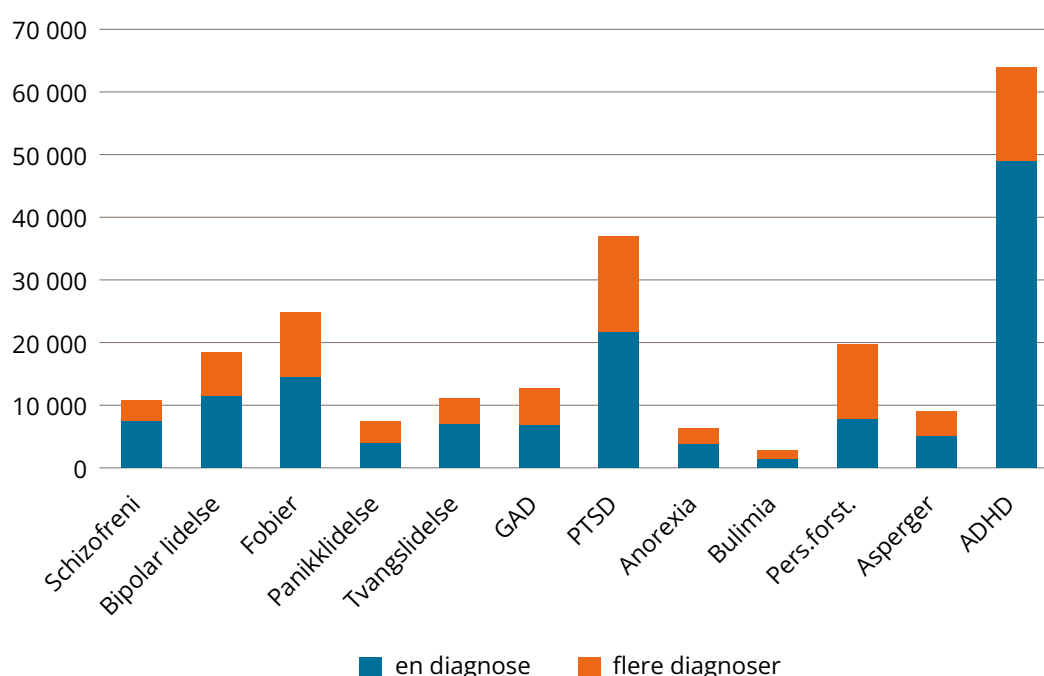
### 3.4 Omfang av spesifikke tilstander i psykisk helsevern

Epidemiologiske undersøkelser har beregnet at 15–20 prosent av den voksne befolkningen vil tilfredsstille kriterier for én eller flere psykiske lidelser i løpet av ett år (32). For vanlige psykiske lidelser som angstlidelser, depressive lidelser og alkoholbrukslidelse er det kun et mindretall som kommer i kontakt med psykisk helsevern, og heller ikke alle er i kontakt med fastlege eller øvrige deler av kommunehelsetjenesten (33). Dermed vil det totale antall personer som har behov for psykiske helsetjenester til enhver tid, være ukjent.

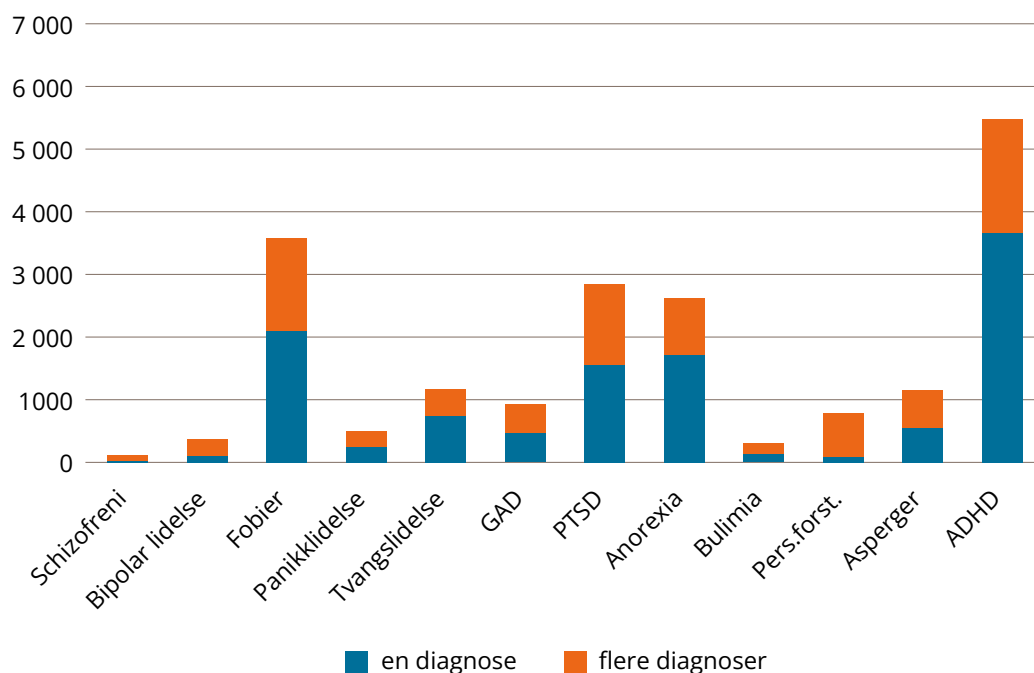
Når behovet for tematisk organisering skal vurderes, er det viktig å kjenne omfanget av pasienter med ulike tilstander som regelmessig er i kontakt med psykisk helsevern i opptaksområdet. Selv om forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen ikke er kjent, kan man bruke historiske data fra Norsk pasientregister (NPR), som omfatter all kontakt med offentlig spesialisthelsetjeneste, inkludert avtalespesialister og private tjenester som har avtale med et regionalt helseforetak, til å anslå fremtidig behandlingsbehov.

For å vurdere pasientgrunnlaget for ulike spesifikke tilstander som kan egne seg for sterkere tematisk organisering, har ekspertutvalget hentet ut tall på antall personer som var registrert minst to ganger med en eller flere spesifikke diagnoser i psykisk helsevern basert på tall fra Norsk pasientregister for perioden 2018–2022. I kapittel 3.3 viste vi tall på overordnede diagnosegrupper, mens vi her viser tall på mer spesifikke diagnoser (**Figur 3.7-3.11**). Figurene viser at for ADHD, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), bipolar lidelse, schizofreni, flere spesifikke angstlidelser og spiseforstyrrelser er det en høy andel av pasientene som kun var registrert med én diagnose i femårsperioden. Dette kan tyde på at disse tilstandene kan egne seg for diagnosespesifikke tilbud. For flere av disse lidelsene er det også tilgjengelig gode kunnskapsbaserte behandlinger som i ulik grad er innført i helseforetakene. For tvangslidelser er det etablert egne OCD-team i alle helseregioner. Behandlingen følger en modell utarbeidet ved Helse Bergen, der intensiv behandling individuelt og i gruppe over fire dager kan gi vesentlig bedring i tvangssymptomer (34, 35) (Se kap. 6.5 for en mer utførlig beskrivelse av Bergen 4-day treatment (B4DT)-modellen).

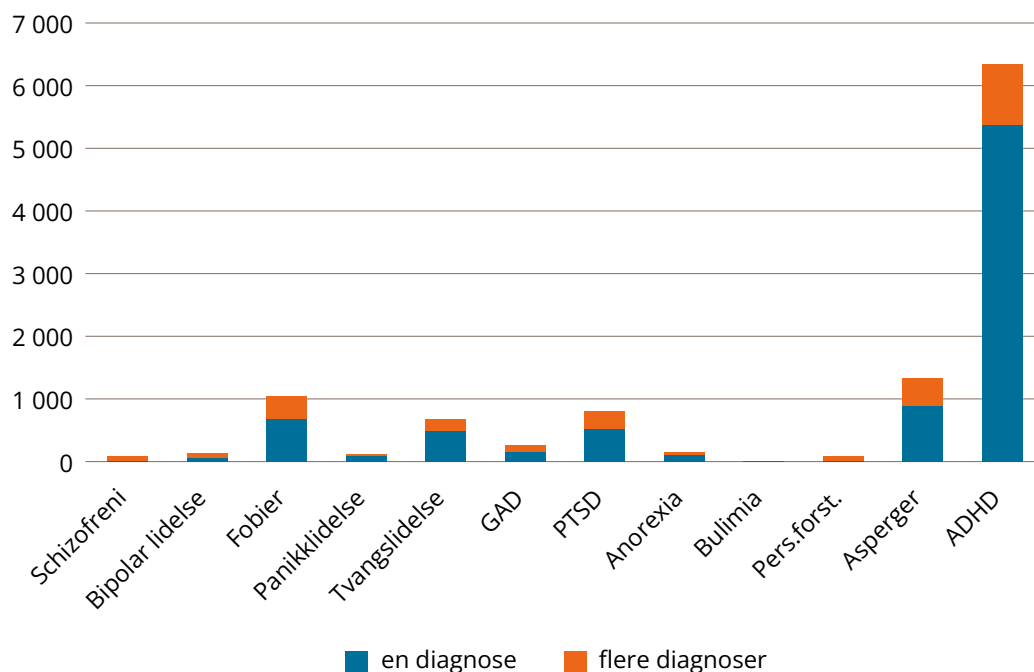
Traumefokusert kognitiv terapi (T-CBT) er implementert i store deler av psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har satt i gang arbeid med å implementere dette tilbudet i psykisk helsevern for voksne, i første omgang i DPS-er (se kap. 7.3 for en mer utførlig beskrivelse av implementering av kunnskapsbasert traumebehandling i psykisk helsevern). For spiseforstyrrelser er det utviklet familiebaserte behandlingsmetoder (FBT) som egner seg for behandling i poliklinikk og dagavdeling. Som vist i figurene, har personlighetsforstyrrelser en forekomst på nivå med fobier, men de fleste pasientene med personlighetsforstyrrelse har også en eller flere andre psykiske lidelser. Dette kan indikere at denne tilstanden ikke er like godt egnet for et spesialisert tilbud på grunnlag av diagnosen alene. Det henvises til kapittel 6.5 for en nærmere beskrivelse av pasientgrupper som ekspertutvalget mener kan egne seg for ytterligere tematisk organisering, med utgangspunkt i forekomst, alvorlighetsgrad, klinisk kompleksitet og tilgjengelig kunnskapsbasert behandling.



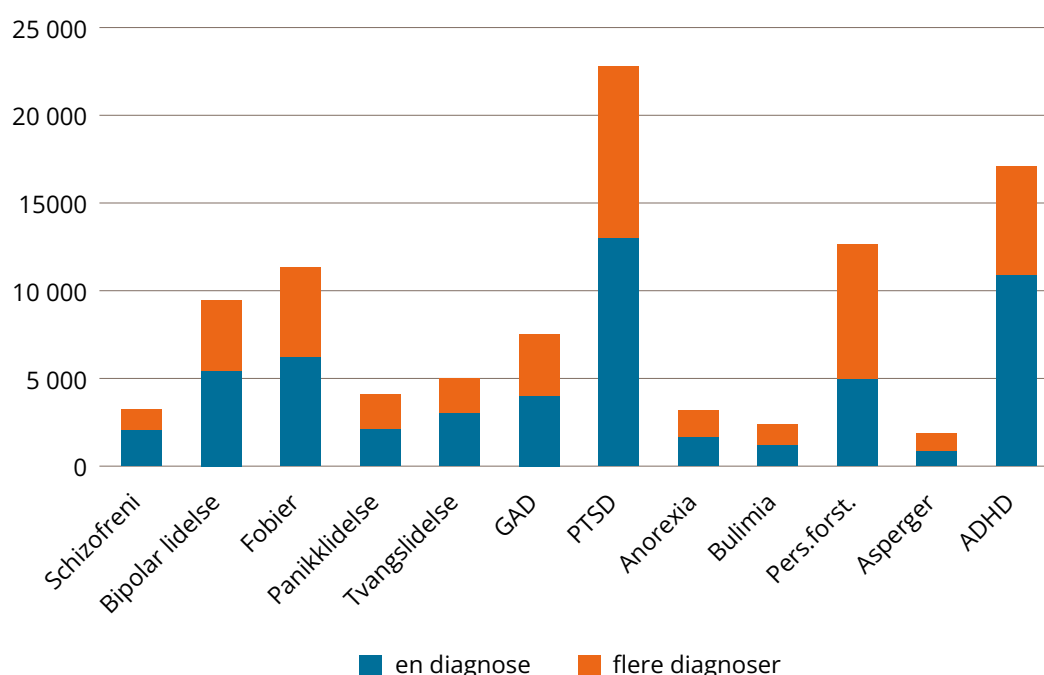
**Figur 3.7** Antall pasienter som var registrert minst to ganger i psykisk helsevern med ulike spesifikke psykiske lidelser i 2018–2022. Blå søyler viser antall pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser antall pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). Forkortelser: GAD, generalisert angstlidelse. PTSD, post-traumatisk stresslidelse. ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Kilde: Norsk pasientregister.



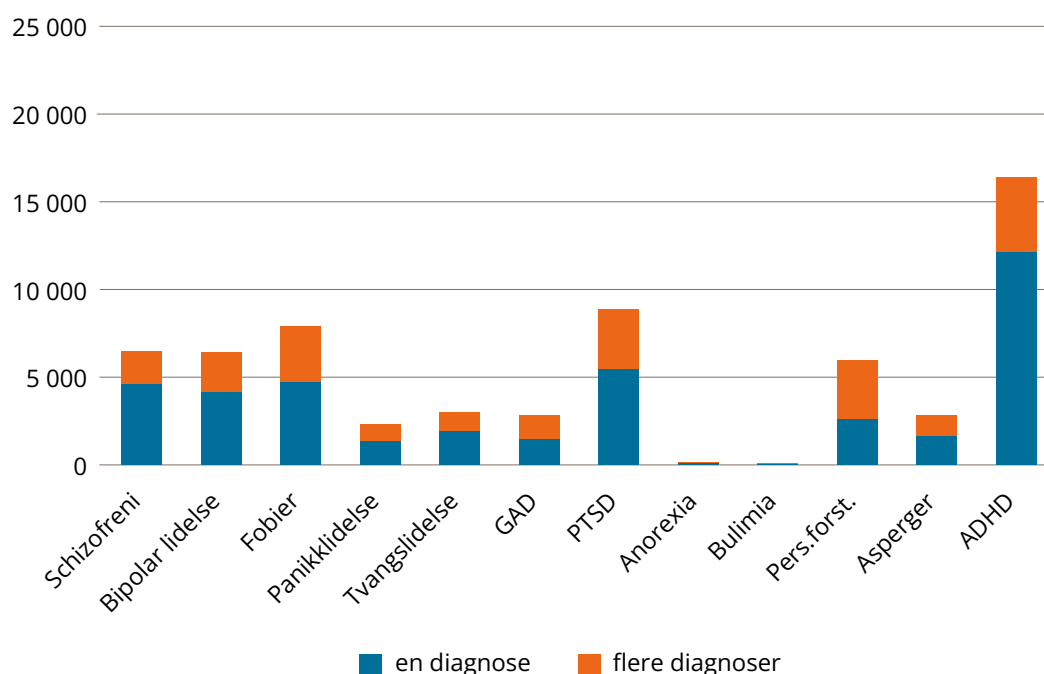
**Figur 3.8** Antall jenter 13–17 år som var registrert minst to ganger i psykisk helsevern med ulike spesifikke psykiske lidelser i 2018–2022. Blå søyler viser antall pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser antall pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). Forkortelser: GAD, generalisert angstlidelse. PTSD, post-traumatisk stresslidelse. ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Kilde: Norsk pasientregister.



**Figur 3.9** Antall gutter 13–17 år som var registrert minst to ganger i psykisk helsevern med ulike spesifikke psykiske lidelser i 2018–2022. Blå søyler viser antall pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser antall pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). Forkortelser: GAD, generalisert angstlidelse. PTSD, post-traumatisk stresslidelse. ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Kilde: Norsk pasientregister.



**Figur 3.10** Antall kvinner 18–64 år som var registrert minst to ganger i psykisk helsevern med ulike spesifikke psykiske lidelser i 2018–2022. Blå søyler viser antall pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser antall pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). Forkortelser: GAD, generalisert angstlidelse. PTSD, post-traumatisk stresslidelse. ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Kilde: Norsk pasientregister.



**Figur 3.11** Antall menn 18–64 år som var registrert minst to ganger i psykisk helsevern med ulike spesifikke psykiske lidelser i 2018–2022. Blå søyler viser antall pasienter med kun den spesifikke diagnosetypen (monodiagnose), mens oransje søyler viser antall pasienter som også var registrert med andre psykiske lidelser som hovedtilstand i perioden (multidiagnose). Forkortelser: GAD, generalisert angstlidelse. PTSD, post-traumatisk stresslidelse. ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Kilde: Norsk pasientregister.

### 3.5 Tematisk organisering av psykisk helsevern i dag

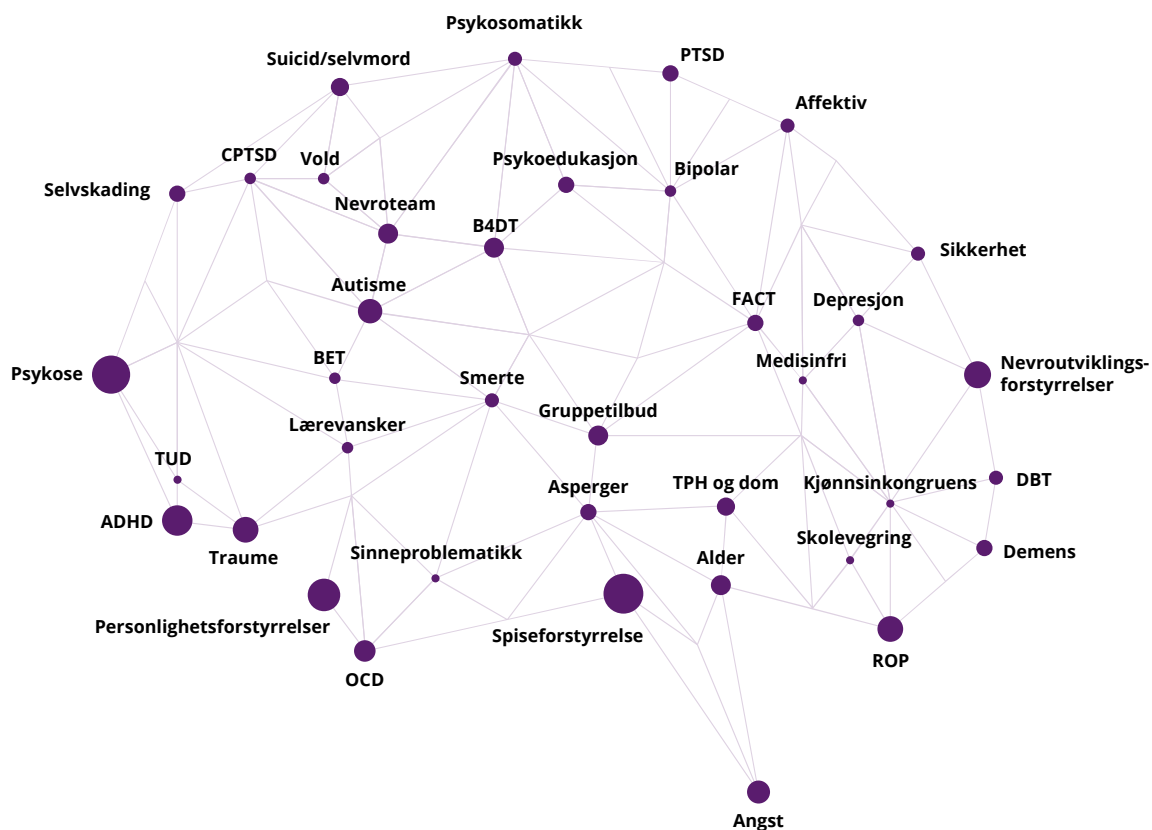
Ekspertutvalget har innhentet informasjon fra helseforetakene som har kliniske tjenester innen psykisk helsevern, om hvordan de organiserer tjenestene i dag, i hvilken grad tjenestene er tematisk organisert, og hvordan de jobber med fagutvikling, kompetanse og kvalitetssikring. Det overordnede inntrykket er at det allerede i dag er en betydelig grad av tematisk organisering i psykisk helsevern, men det er stor variasjon mellom helseforetakene i hvordan behandlingstilbudet er organisert. De fleste helseforetakene har organisert utredning og behandling av psykoselidelser i egne polikliniske team og døgnposter, og enkelte steder er man i ferd med å etablere tilsvarende tilbud for pasienter med bipolare lidelser. I psykisk helsevern for barn og unge er tilbudet ved BUP-ene aldersdelt, med egne sped- og småbarnsteam (0–5 år). Mange BUP-er har også egne team for nevroutviklingsforstyrrelser som autismespekterforstyrrelser og ADHD. Døgntilbudet ved psykiatriske akuttmottak er typisk organisert i form av en mottakspost der pasienter kan være innlagt i inntil tre døgn for stabilisering. Deretter blir pasienten overført til mer tematisk inndelte poster hvis det er behov for lengre opphold. Det vanlige er å ha egne sengeposter for behandling av psykoselidelser, stemningslidelser, eller samtidig psykose og rusmiddellidelse (ROP-lidelse). Alle helseforetak har også etablert egne lokale sikkerhetsposter, og det er regionale sikkerhetsposter i alle fire helseregioner for pasienter med særlig høy voldsfare.

Det er også flere eksempler på at psykisk helsevern organiserer behandlingen rundt et dokumentert effektivt behandlingsformat. Basert på B4DT-modellen i Helse Bergen er det utviklet et intensivt behandlingstilbud for pasienter med tvangslidelse (OCD) der eksponeringsterapi med responsprevensjon gjennomføres i løpet av fire dager. Modellen danner grunnlag for egne OCD-team som nå er etablert i alle helseregioner og i de fleste helseforetak. Fleksibelt oppsøkende tverrfaglige team etter modell av Assertive Community Treatment (ACT) eller Flexible Assertive Community Treatment (FACT) (36) har vist seg egnet for oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddellidelse. I dag er slike ACT og FACT-team etablert i de fleste helseforetak og i store deler av landet. I psykisk helsevern for barn og unge er det flere steder etablert egne team for utredning av autismespekterforstyrrelser, og alle helseregioner har etablert spesialiserte tilbud for utredning og behandling av nyoppdaget psykoselidelse.

På spørsmål om hvilke spesialiserte tilbud helseforetakene vurderte som særlig vellykket, var det svært ulike svar, men tilbudet til pasienter med psykoselidelser, spiseforstyrrelser, tvangslidelse (OCD), tverrfaglige ambulante team (ACT/FACT) og dialektisk atferdsterapi (DBT) ved ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskading gikk igjen (**Figur 3.12**). På spørsmål om hvilke pasientgrupper som kunne ha nytte av ytterligere spesialisering, var det mange helseforetak som nevnte psykoselidelser, stemningslidelser (også kalt affektive lidelser), spiseforstyrrelser, (nevro)-utviklingsforstyrrelser, ADHD og selvskading (**Figur 3.13**). Ytterligere informasjon om tilbakemeldinger fra helseforetakene er beskrevet i **Vedlegg 2**.



**Figur 3.12** Illustrasjon av hva helseforetakene svarte på spørsmålet: Har dere tematisk organiserte tilbud som er særlig vellykkede? Størrelsen på sirkelen angir hvor mange helseforetak som nevnte dette behandlingstilbudet eller pasientgruppen.. Forkortelser: ACT er Assertive Community Treatment; ADHD er Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder; B4DT er Bergen 4-Day Treatment; BET er basal eksponeringsterapi; CBT-E er kognitiv atferdsterapi ved spiseforstyrrelser; CT-PTSD er kognitiv terapi ved post-traumatisk stresslidelse; DBT er dialektisk atferds(behavioural)terapi; ECT er Electro Convulsive Treatment; EMDR er Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FACT er Flexible Assertive Community Treatment; FBT er Familiebasert behandling for spiseforstyrrelser; IMR er Illness Management and Recovery; MBT er mentaliseringsbasert terapi; OCD er Obsessive-Compulsive Disorder; PTSD er Post-traumatisk stresslidelse; TFCBT er Traumefokusert kognitiv atferdsterapi; TIPS er Tidlig intervensjon ved psykose; TPH er tvungent psykisk helsevern; TUD er tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold.

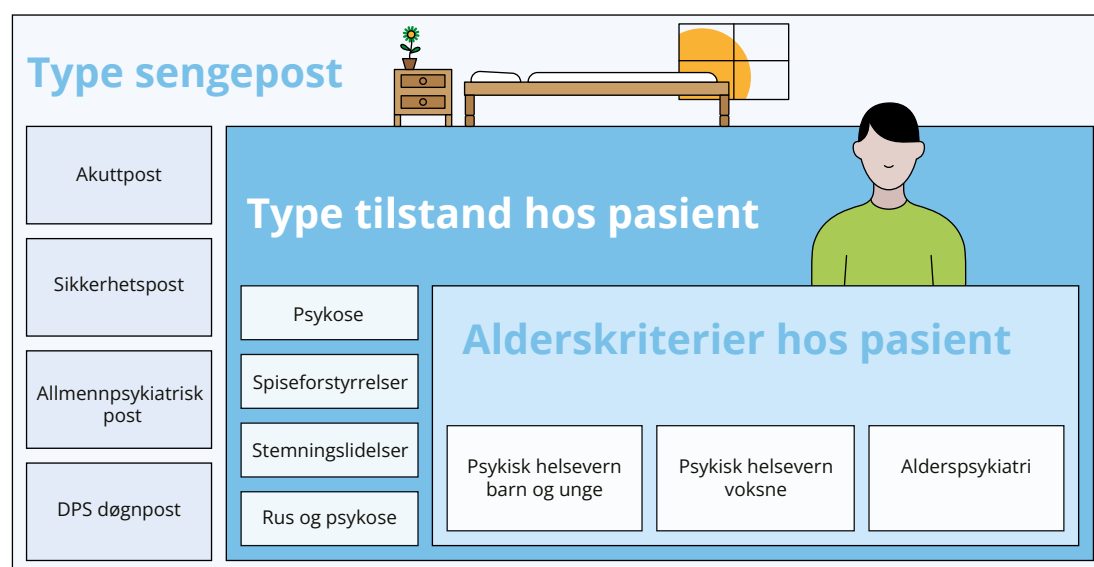


**Figur 3.13** Illustrasjon av hva helseforetakene svarte på spørsmålet: Hvilke tilstander eller pasientgrupper kunne det være aktuelt å ytterligere spesialisere behandlingstilbudet for? Størrelsen på sirklene er uttrykk for hvor mange av helseforetakene som nevnte hver pasientgruppe eller behandlingstilbud. Forkortelser: ADHD er Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder; B4DT er Bergen 4-Day Treatment; BET er basal eksponeringsterapi; CPTSD er Complex Post-Traumatic Stress Disorder; DBT er dialektisk atferds(behavioural)terapi; FACT er Flexible Assertive Community Treatment; OCD er Obsessive-Compulsive Disorder; PTSD er Post-traumatisk stresslidelse; ROP er rus og psykisk lidelse; TPH er tvungen psykisk helsevern; TUD er tvungen psykisk helsevern uten døgnothold.

Helseforetakene meldte om flere typer av ambulant behandling som var tematisk organisert, hvorav det vanligste var akutt ambulante team og utadrettede tverrfaglige team av typen ACT og FACT. Noen helseforetak hadde etablert egne team for å følge opp pasienter på dom til tvungen psykisk helsevern, der det stilles særlige krav til årvåkenhet og tett oppfølging for å ivareta både samfunnsvern og behandlingssyn. Som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan har enkelte helseforetak pilotert FACT Ung, som skal betjene ungdom som har behov for sammensatte tjenester, og som gjerne er i kontakt med flere tjenester som barnevern, psykisk helsevern, skole og Nav.

Pasienter som innlegges til døgntilbehandling innen psykisk helsevern, har behov for tettere oppfølging, omsorg og behandling enn det som kan gis i en poliklinisk eller ambulant ramme. I Norge er døgntilbehandling i psykisk helsevern til en viss

grad tematisk organisert ut fra kriterier ved pasienten eller organisatorisk funksjon (**Figur 3.14**). Dette kan være enten funksjon knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikt eller for spesifikke grupper av pasienter med særlig behov, som sikkerhets- eller psyko-sepost, alderspsykiatriske eller barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Det finnes også mer spesialiserte tilbud knyttet til alvorlig funksjonssvikt, som døgnavdelinger for behandling av spiseforstyrrelser. Flere DPS har valgt å organisere døgnavdelinger for utredning og behandling av pasienter med psykoselidelse, traumelidelser eller stemningslidelser. Flere helseforetak har også etablert medikamentfrie behandlingstilbud eller brukerstyrte senger i døgnavdelinger.



**Figur 3.14** Ulike prinsipper for tematisk organisering av døgntilbud i psykiisk helsevern. Sengepostene kan være organisert basert på administrativ enhet, pasientens alder eller type tilstand hos pasienten.

Det er store forskjeller i hvordan de ulike helseforetakene organiserer døgntjenesten, også når det gjelder organisering av akuttilbud og ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp-plikten. Her er det variasjon i vurderingen av pasienten før innleggelse, hvor pasienten mottas ved innleggelse, hvordan pasientens forløp internt i spesialisthelsetjenesten blir og hvordan pasienten følges opp etter utskriving. Størrelse på opptaksområde og avstand til døgnavdeling synes å ha betydning for organiseringen. De største helseforetakene har eget psykiatrisk akuttmottak (37). Det er heller ingen enhetlig organisering av helsetjenestene til pasienter som er innlagt i sikkerhetspsykiatrien (38). De regionale helseforetakene har i overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien foreslått å styrke døgnkapasiteten med 15 prosent (13). I Opptrappingsplan for psykiisk helse (2023–2033) (4) har regjeringen satt som mål å styrke døgntilbudet, i tråd med anbefalinger i ny framskrivningsmodell for behov i psykiisk helsevern (21). Et særtrekk ved norsk psykiisk helsevern er at det er etablert døgntilbud både i DPS og sykehusavdelinger. De to nivåene av døgntilbud er i de fleste helseforetakene organisert og drevet i ulike avdelinger, noe som gjør det krevende å samkjøre behov og sikre riktig bruk av den samlede døgnkapasiteten i hvert helseforetak.

## 3.6 Nødvendig kapasitet og fagkompetanse

Spesialisthelsetjenesten har som oppgave å sørge for likeverdig tilgang og fordeling av helsetjenester av god kvalitet. Å sikre tilstrekkelig kapasitet i helsetjenesten er et viktig element i kvaliteten i tjenestetilbudet. Et effektivt og trygt helsetilbud som ikke har tilstrekkelig kapasitet til å dekke befolkningens behov, har ikke tilstrekkelig god kvalitet.

### Kapasitet i psykisk helsevern

Blant pasienter i psykisk helsevern er det store variasjoner i behandlingsbehov og alvorlighetsgrad. For å sikre effektiv tematisk organisering er vi avhengig av at antallet som søkes inn til spesialisthelsetjenesten, ikke overstiger kapasiteten i tjenesten. Norge bruker allerede mer penger på psykisk helse enn de fleste andre land i verden (39). For å bevare bærekraften i helsetilbudet må samlet innsats og samordning av innsatsen ha oppmerksomhet.

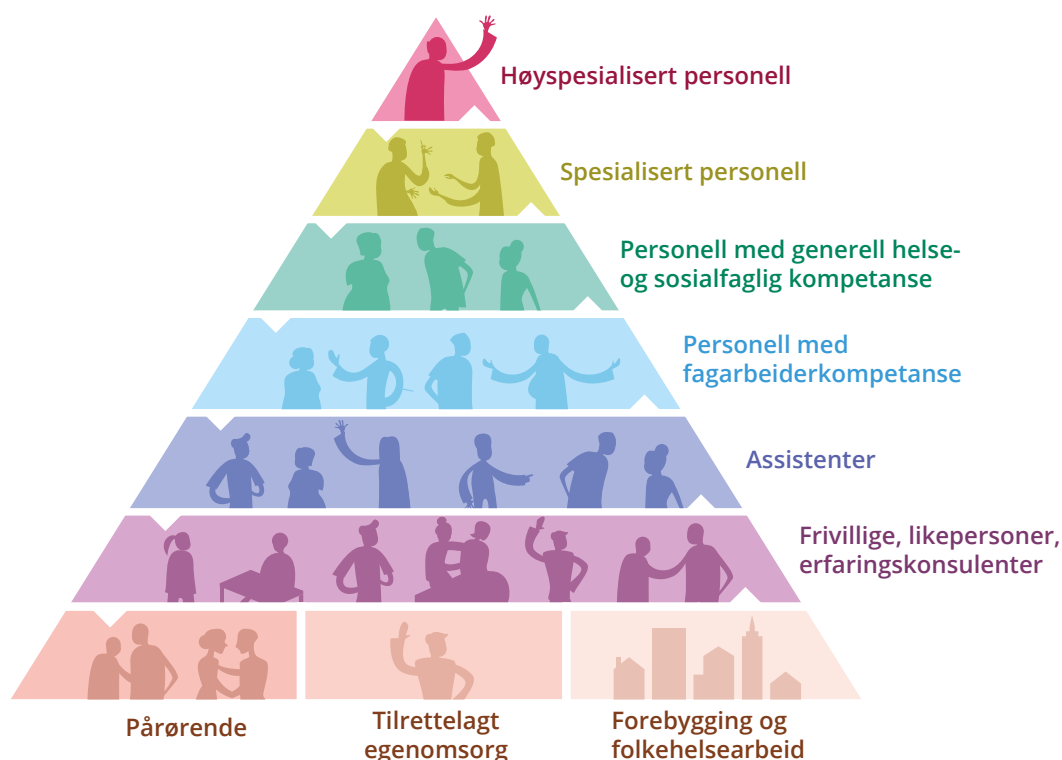
I løpet av 2022 mottok omtrent 5 prosent av den voksne befolkningen og 6 prosent av barn og unge behandling i psykisk helsevern. Under pandemien var det en klar økning i henvisninger til behandling i psykisk helsevern, særlig for aldersgruppen 13–25 år. Revidert modell for framskriving anbefaler fortsatt noe vekst i tilbudet. Særlig i tjenester for barn og unge og for voksne med alvorlige og sammensatte lidelser vurderes det å være behov for økt behandlingsskapasitet og flere døgnplasser (21). Ekspertutvalget legger til grunn anbefalingen i revidert framskriving for psykisk helsevern og TSB, forutsatt dagens arbeids- og oppgavedeling i behandling av psykiske problemer og lidelser.

Psykiske lidelser har høy forekomst. Det er estimert at mellom 15 og 20 prosent av befolkningen fyller kriteriene for en diagnostiserbar lidelse i løpet av ett år (40, 41). Hva som er riktig kapasitet i spesialisthelsetjenesten bestemmes av flere forhold ut over forekomst. Ansvars- og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og andre hjelpetilbud og pasienters og pårørendes ønske og vilje til å oppsøke helsehjelp vil også påvirke hvilken kapasitet det er nødvendig å etablere i psykisk helsevern. Tradisjonelt har forekomsten av både alvorlig psykisk lidelse, alminnelige og utbredte psykiske lidelser vært relativt stabil over tid, men økt pågang til psykisk helsevern kan tyde på at forekomsten av psykiske lidelser har økt i Norge de senere årene. Det er også usikkerhet om hvorvidt koronapandemien førte til en forbigående økning eller om det er en mer varig endring i forekomst. En reduksjon i fordommer og mer kunnskap om psykisk helse kan ha senket terskelen for å oppsøke helsehjelp for psykiske plager.

Det er stort spenn i alvorlighet og funksjonssvikt mellom de ulike diagnosene innen psykiske lidelser. Diagnoser i psykisk helsevern har lav prediktiv verdi med hensyn til alvorlighet i symptomer, funksjonsnivå eller uttrykk for pasientens ønske om helsehjelp. Dette gjør det vanskelig å sikkert beregne behovet for kapasitet ut fra kjennskap til forekomsten av gitte lidelser alene. God forebygging kombinert med gode lavterskeltilbud i kommunen vil trolig redusere behovet for behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vet en at økonomiske nedgangstider, sosial uro eller bekymring for krig og klimaendringer kan øke

forekomsten av psykiske lidelser. Dette kan bidra til økt behov for behandling også i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonellkommisjonen har i NOU 2023: 4 *Tid for handling* (22) uttalt at riktig oppgavedeling starter med folkehelsearbeid, forebygging, tidlig innsats, helsefremmende arbeid og styrking av befolkningens helsekompetanse (**figur 3.15**). Slik kan pasienter og brukere gjøres i stand til å ta vare på egen helse og delta i egen behandling. Dette vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester slik at helsepersonellens innsats kan settes inn på andre områder.



**Figur 3.15** Skjematisk framstilling av oppgavedeling i helsevesenet. Helsetjenestens bærekraft er avhengig av at alle nivåene fungerer på en god måte. Kilde: NOU 2023: 4. *Tid for handling*. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (22).

Personer med milde tilstander bør få tilbud utenfor spesialisthelsetjenesten. Familie, venner, arbeidsplass, skole, frivillige organisasjoner, digitale opplærings- og selvhjelpstilbud og analoge selvhjelpstilbud kan være til hjelp i vanskelige perioder og bidra til at vanskene ikke utvikler seg til mer alvorlige plager.

Hvert helseforetak har et lokalsykehusområde som består av mellom 15 og 20 kommuner i gjennomsnitt. De fleste foretak samarbeider med kommuner av svært ulik størrelse. Kommuners evne til å bygge opp egne behandlingstilbud for angst, depresjon, atferdsvansker og traumer vil variere. Det er utfordrende for et helseforetak å spesialisere behandlingstilbudene hvis de samtidig må opprettholde lavterskeltilbud til alle pasientgrupper i alle kommuner i opptaksområdet.

### **Fagkompetanse i psykisk helsevern**

Kompetansebehovet i tjenesten følger av hvilke problemer/vansker som skal behandles, organisering av arbeidet og på hvilket nivå behandlingen utføres.

Helsepersonelloven pålegger helsepersonell å ivareta krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Hva det innebærer å utføre arbeid i samsvar med disse kravene, avhenger av hva som kan forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonellens faglige utgangspunkt er derfor av stor betydning for valg og prioritering.

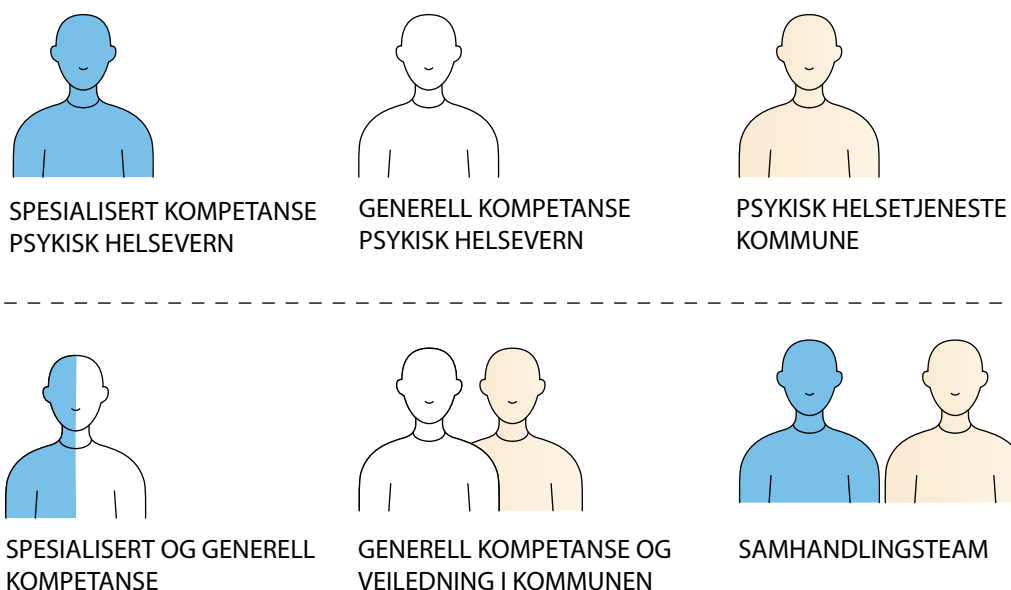
Den samlede kompetansen blant ansatte i psykisk helsevern skal sikre kunnskap om forebygging, utredning, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. Utvalget tar utgangspunkt i at de fleste av dagens helseprofesjoner vil være en viktig del av tjenesten også i framtiden.

Psykiske lidelser oppstår og påvirkes i komplekse sammenhenger som inkluderer tanker, følelser, genetikk, somatiske forhold, sosiale relasjoner, kompetanse, evner og nettverk. Pasienter i psykisk helsevern skal forvente at de møter ansatte med tilstrekkelig bredde i kunnskap og evne til å se hvordan ulike faktorer forårsaker psykiske lidelser. Dette bør også inkludere ansatte med brukerkompetanse.

Kompetansebehov i psykisk helsevern avhenger av befolkningens hjelpebehov, valg av metode, valg av organisering og ønsket arbeidsdeling mellom kommuner, psykisk helsevern og andre aktuelle aktører. I tillegg reguleres dette av lover, forskrifter og nasjonale behandlingsveiledere. Kompetansekrav påvirkes også av om det er døgnbehandling, dagbehandling, poliklinikk eller digital oppfølging. Sykehusene har også en rekke lovpålagte oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende som stiller krav til kompetanse.

Det utvikles stadig flere spesialiserte metoder og tiltak for forebygging, utredning, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. Den raske utviklingen innen medisinsk teknologi, digitale hjelpemidler og kunstig intelligens vil stille nye krav til kompetanse og organisering av tjenestene. Fagprofesjoner må videreutvikle kompetanseområdene sine samtidig som utviklingen vil kreve en bredere sammensetning av kompetanse, fleksibel oppgavedeling og mer tverrfaglig samarbeid.

Den økende kompleksiteten i fagfeltet understreker viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid både i utdanning og i yrkesutøvelse. For skarpe skiller mellom profesjoner og spesialisering kan vanskeliggjøre en hensiktsmessig og fleksibel oppgavedeling i tjenestene. Samarbeid og arbeid i tverrfaglige kompetanseteam blir stadig viktigere i psykisk helsevern (**Figur 3.16**).



**Figur 3.16** For å sikre at pasienter får tilgang på kunnskapsbasert behandling bør tjenesten utvikle personell med ulike kombinasjoner av fagkompetanse. Ansatte i psykisk helsevern kan både ha spesialisert kompetanse på f.eks. psykosebehandling og bidra inn i et samhandlingsteam (f.eks. FACT) sammen med kommunen. Fagfolk med spesialisert kompetanse bør også ha ansvar for de generelle delene av virksomheten, f.eks. en gruppeterapeut som også deltar i vaktturnus ved et DPS. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å veilede kommunehelsetjenesten, og dette kan legges til en fagperson som f.eks. bistår PPT i tillegg til å være psykologspesialist i en BUP. Blå farge angir spesialisert kompetanse i psykisk helsevern. Hvit farge angir generell kompetanse i psykisk helsevern. Beige farge angir kommunale psykiske helsetjenester.

### 3.7 Utvikling av psykisk helsevern i andre land

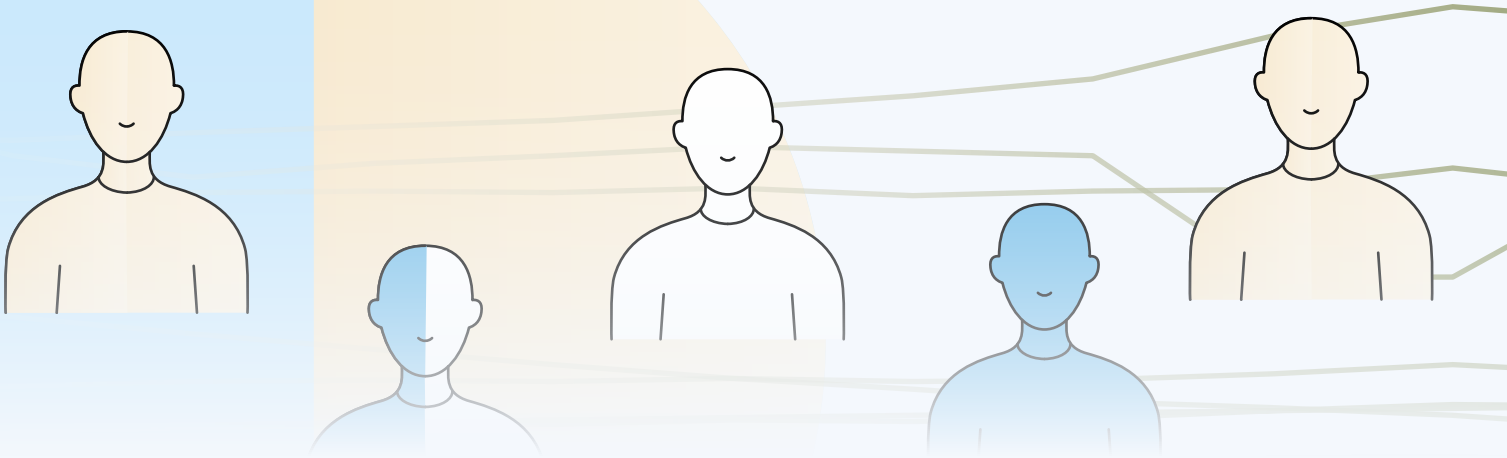
Ekspertutvalget har innhentet informasjon om relevant utviklingsarbeid innen psykisk helsevern i andre nordiske land og i England. I Danmark og Finland er det nylig ferdigstilt tiårige planer for psykisk helse, og i Sverige vil det legges frem forslag til en strategi høsten 2023. Alle planene beskriver behovet for å bygge ut de psykiske helsetjenestene på lik linje med de somatiske, sikre kunnskapsbaserte tjenester og styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Flere av planene løfter også frem barn og unge, eldre og de med alvorlige psykiske lidelser. Ingen av planene har beskrevet tematisk organisering på tilsvarende måte som i mandatet for ekspertutvalget, men flere av planene har forslag som vil styrke kunnskapsbasert behandling i tjenesten.

I Danmark har regjeringen utarbeidet en *10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed* som er iverksatt fra 2022 (42). Planen har fem prioriterte satsingsområder: et lett tilgjengelig tilbud til barn og unge med psykisk «mistrivsel» og symptomer på psykisk lidelse i kommunen, styrket innsats til mennesker med omfattende psykiske lidelser i den regionale psykiatrien, innsats mot stigma og for økt kunnskap, styrke tverrfaglige og evidensbaserte miljø, og bedre rammer for forskning og forebygging og behandling.

I Finland har de laget en *National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030* (43). I denne strategien beskrives psykisk helse som en ressurs som bør støttes og utnyttes i samfunnet, mens psykiske lidelser beskrives som en folkehelseutfordring. Det pekes på fem satsingsområder: mental helse som kapital (ressurs), mental helse for barn og unge, mental helse som rettighet, tilpassede og brede mentale helse-tjenester, mental helse ledelse og styring.

I Sverige arbeides det med en ny nasjonal strategi om psykisk helse og selvmordsforebygging. I planen er det identifisert seks tverrgående temaer knyttet til samhandling, forskning, informasjon og kunnskap, inkludering, pårørendestøtte og selvmordsforebygging. I arbeidet pekes det på et stort antall nasjonale styringsdokumenter som berører psykisk helse, og som i liten grad drar i samme retning og som er lite samordnet. Styringsdokumentene er koblet til psykisk helseområdet på ulike måter, har ulik tyngde og inneholder ulike styringssignaler. Dokumentene gir heller ikke et entydig bilde av hvordan oppfølgingen skal skje.

I England har en rådgivningsgruppe for den offentlige helsetjenesten NHS utarbeidet en rapport kalt *Five Year Forward View for Mental Health* (44) med følgende problembeskrivelse: Pasientgruppen har vært stigmatisert og marginalisert. Kropp og psyke har vært behandlet separat. Psykisk helsevern har vært underfinansiert. Altfor mange har ikke fått hjelp i det hele tatt og har fått livet satt på vent. Det har vært tusenvis av tragiske og unødvendige dødsfall. Prioriterte mål i planen er å ha døgnkontinuerlig tilbud for krisehåndtering, kombinert behandling av fysisk og psykisk helse, og sikre arbeid og bolig til pasientene.



## 4 Styrke kommunale tilbud og samhandling

Ekspertutvalget mener at flere psykiske lidelser kunne vært forebygget gjennom tidlig innsats og forebyggende tiltak. For å videreutvikle en god spesialisthelsetjeneste er det avgjørende å samtidig styrke og samordne innsatsen i de kommunale tjenestene, avklare ansvarsfordelingen tydeligere og fjerne barrierer for fleksibel samhandling mellom nivåene. I dette kapitlet kommer utvalget med anbefalinger som kan bidra til dette.

### 4.1 Forebygging og tidlig intervensjon

Forebygging av psykisk sykdom utføres på ulike nivåer. Primærforebygging kan utføres på individ- og samfunnsnivå, og ofte er det behov for en kombinasjon.

For barn og unge må forebygging settes inn på de arenaer der barna lever sitt liv, i familie, barnehage, skole og fritidstilbud. Det innebærer trygge rammer for familiene, et godt utbygget barnehagetilbud, et inkluderende skolemiljø og ulike fritidstilbud der alle barn og unge kan delta uavhengig av sosioøkonomisk utgangspunkt eller kulturell bakgrunn. Helsedirektoratet utvikler nå en tverrsektoriell veileder for barn og unge som legger stor vekt på forebygging og tidlig intervensjon.

For voksne vil det å legge til rette for deltakelse i sosiale nettverk, ha en meningsfull aktivitet på dagtid, all type fysisk aktivitet, sunn ernæring og lavt forbruk av rusmidler være viktige fremmere for den psykiske helsen. Forebyggingen kan være generell eller rette seg mot utsatte grupper av individer som familier med lav inntekt og foreldre med tidligere psykiske plager.

Sekundærforebygging er rettet mot grupper som viser tegn til begynnende vansker i form av tidlige symptomer eller tegn på psykoseutvikling, smertetilstander som hodepine og nakke- og skuldersmerter, angst og depressive plager, og fravær fra skole og arbeid som ikke har en klar somatisk forklaring. Den største utfordringen for å lykkes med sekundærforebygging er å komme tidlig nok til med

rett kompetanse og hjelp. Dessuten må tiltakene ofte involvere flere sektorer enn helsetjenesten, for eksempel barnehage og skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), Nav og barnevern.

Tertiærforebygging innebærer å stabilisere en tilstand for å unngå forverring eller å iverksette tiltak som forebygger tilbakefall av en sykdom som kommer i episoder. Psykisk helsevern har tradisjonelt vært rettet mot behandling og stabilisering av den aktuelle episoden, mens det i mindre grad er lagt rammer for å unngå ytterligere forverring eller tilbakefall etter endt behandling. En typisk tilstand er bipolar lidelse type 1, der pasienter har flere avgrensede episoder med enten høyt eller lavt stemningsleie. Ved oppfølging av pasientene er det viktig å utarbeide en kriseplan etter en episode. Planen må inneholde konkrete tiltak som skal iverksettes ved spesifiserte varseltegn, der både pasient, pårørende, fastlege og andre instanser vet hva som skal gjøres ved tegn på forverring.

Det har over tid vært en målrettet styrking av de kommunale behandlingstilbudene til pasienter med psykiske lidelser. Dette har også vært fulgt opp ved at Nav og barnevern har etablert flere tilbud rettet mot personer som har psykiske helseutfordringer. Kommunene har de senere årene i økende grad etablert behandlingstilbud til pasienter med milde og moderate vansker. Lavterskeltilbud og forebygging er i økende grad et kommunalt ansvar (4, 45). Psykisk helsevern forventes å bistå i utredning, behandling og rehabilitering av personer med mer alvorlige og sammensatte lidelser.

Det er i dag ingen klar definisjon av hva som er et kommunalt psykisk helsetilbud, eller hvilke kriterier som tilsier at psykisk helsevern skal tilby behandling. Riksrevisjonen har i sin gjennomgang av psykisk helsefeltet påvist stor variasjon i både tilbud og organisering av kommunale psykiske helsetilbud (2). I Riksrevisjonens undersøkelse av henvisninger til spesialisthelsetjenesten ble det funnet større sprik mellom fastleger og sykehuslegers vurdering av hvilke pasienter og problemstillinger som hører til psykiske helsetjenester eller psykisk helsevern, sammenliknet med andre medisinske fagområder (46). Funnene tyder på at det er uklart hvilke tilstander som faktisk gir rett til spesialisthelsetjenester for pasienter med psykiske lidelser.

Etter ekspertutvalgets vurdering vil en klarere oppgavedeling med tydelige beskrivelser av det kommunale sørge for-ansvaret være et viktig grunnlag for å vurdere økt grad av tematisk organisering i psykisk helsevern. En forutsetning for å lykkes med en sterkere tematisk organisering er at sykehusene kan konsentrere innsatsen om pasienter som trenger utredning og behandling, utover det fastlege, kommunepsykolog eller øvrige kommunale psykiske helsetjenester kan bistå med.

Regjeringen vil styrke det helhetlige tilbudet innen psykisk helse, fra de brede helsefremmende og forebyggende tiltakene, via lavterskeltilbud i kommunene til spesialiserte helsetjenester i psykisk helsevern. Derfor er det lagt fram en ny opptrappingsplan for psykisk helse med øremerkede midler (4). Målet med planen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for det, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen har tre innsatsområder:

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

## 4.2 Ansvarsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

I Norge er helsevesenet organisert i to nivåer: kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det gjenstår ennå arbeid med å finne en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom tjenestene og nivåene. Dette henger sammen med både størrelsen på kommunene, tilgjengelig kompetanse, tilgang på fagfolk og nasjonale retningslinjer som ikke gir klare nok føringer for hvilke tjenester som skal utvikles hvor.

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6 gir føringer for samarbeidsavtaler mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Avtalen skal omfatte:

- enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- retningslinjer for innleggelse i sykehus
- beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
- samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene

Det ligger i kommunenes oppdrag å stimulere til best mulig folkehelse. Det innebærer at kommunene skal etablere generelle lavterskeltilbud for å forebygge psykisk sykdom. Dette kan for eksempel være å tilrettelegge for fysisk aktivitet for alle grupper i befolkningen, etablere sosiale møteplasser og sikre tilstrekkelig dekning med helsesykepleiere i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.

Kommunenes ansvar for å sikre nødvendig helsehjelp til mennesker med psykiske lidelser er også regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (47), men ansvaret er i mindre grad konkretisert innen psykisk helse enn for mange andre tjenesteområder. Veileder for kommunalt psykisk helsearbeid *Sammen om mestring* har skissert en ansvarsfordeling der kommunene skal ha ansvar for de milde og moderate psykiske lidelsene, mens kommune- og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om oppfølging av alvorlige psykiske lidelser (48). I dette ligger at kommunene ikke bare yter omsorg og rehabilitering, men også utredning og behandling av milde og moderate psykiske lidelser. Det er fremdeles stort behov

for å konkretisere brukergrupper, omfang og innhold i disse tjenestene (49). At kommunene skal tilby behandling av milde og moderate psykiske lidelser, er en utvidelse av det ansvarsområdet kommunene tradisjonelt har hatt utover allmennlegetjenesten. I sitt innspill til ekspertutvalgets arbeid har KS fastholdt at kommunene har ansvar for forebygging mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for utredning og behandling.

Flere undersøkelser har dokumentert at kommunenes tjenestetilbud til mennesker med psykiske plager og lidelser er svært variabelt utbygget. Blant annet fant Riksrevisjonen i sin undersøkelse av de psykiske helsetjenestene i 2021 at ti prosent av landets kommuner ikke hadde etablert noe psykisk helsetilbud til barn og unge utover fastlegen (2). Bare halvparten av kommunene hadde et oppsøkende tilbud til samme brukergruppe. Rapporten *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*, har data om antall årsverk i kommunale tjenester i perioden 2016 – 2022 (50). I 2022 var det totalt 13291 ansatte i tjenester for voksne og 3783 i tjenester for barn og unge (**Tabell 4.1**). Antall ansatte i kommunen og fordeling mellom tjenester for voksne og for barn og unge er nokså lik som for psykisk helsevern (se kap. 3.2). Det er altså omtrent lik personellinnsats målt i antall pasientnære årsverk i kommune- og spesialisthelsetjenesten for tjenester til pasienter med psykiske lidelser.

**Tabell 4.1** Antall årsverk i kommunale psykiske helsetjenester inkludert rusarbeid i perioden 2016–2022.

|              | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  | Endring<br>Årsverk | 2021–2022<br>Prosent |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------------|
| Voksne       | 11063 | 11534 | 12563 | 12872 | 12966 | 13091 | 13291 | 200                | 1,5                  |
| Barn og unge | 2873  | 3099  | 3331  | 3527  | 3603  | 3700  | 3783  | 83                 | 2,2                  |
| Totalt       | 13936 | 14633 | 15894 | 16399 | 16569 | 16792 | 17074 | 283                | 1,7                  |

Kilde: SINTEF (50)

Etter flere år med øremerkede tilskudd for å rekruttere psykologer til kommunene er det fra 2020 et lovkrav om at alle kommuner skal ha tilgjengelig psykologkompetanse (51). Rekrutteringen av psykologer i kommunen har etter dette flatet ut, og dekningsgraden har gått ned. I 2022 rapporterte 69 prosent av kommuner og bydeler at de har psykologårsverk i kommunal psykisk helsetjeneste, men 48 prosent av kommunene manglet psykologårsverk i tjenester til voksne og 42 prosent manglet psykologårsverk i tjenester for barn og unge (50). De kommunalt ansatte psykologene er tenkt å bidra med kompetansebygging og veiledning, men det viser seg at de bruker det meste av arbeidstiden på individuell pasientbehandling (52, 53). Mange kommuner opplever vansker med å rekruttere personell til psykiske helsetjenester, særlig gjelder det psykologer og psykologspesialister (50), noe også KS har pekt på i sitt innspill til ekspertutvalget. Samtidig er det utviklet løsninger for systematisk rekruttering av psykologer i mindre kommuner som baserer seg på interkommunalt samarbeid og spesialiseringssløp på tvers av helseforetak og kommuner. KS peker også på behovet

for å se ressursinnsatsen i kommune- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng slik at tjenestene framover planlegger for en best mulig bruk av personell på tvers av nivåer.

Flere kommuner og bydeler har etablert tverrfaglige psykiske helsetjenester som tilbyr utredning og behandling uten krav om henvisning, såkalte lavterskeltilbud. Tilbudet er for brukergrupper med milde til moderate psykiske plager og lidelser som angst, depresjon eller problematisk bruk av alkohol. Oslohjelpen henvender seg til barn, unge og familier med en noe bredere faglig orientering (54). Kommunene har også et psykisk helsetilbud til pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser, for eksempel knyttet til boligoppfølging og miljøterapi, rehabiliterings- og mestringstilbud, støttesamtaler, eller som en del av FACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (36).

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) er et av tiltakene å sikre innbyggere i alle kommuner tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus. Det er imidlertid begrenset med evidensbaserte tiltak som er prøvd ut i kommunene. I 2012 startet det første pilotprosjektet med Rask psykisk helsehjelp, som er en standardisert metode for behandling av personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer eller søvnvansker. Evaluering av pilotprosjektet fra 12 kommuner har vist gode resultater (55). Slike tilbud kan bidra til å forebygge at livskriser og milde og moderate plager og lidelser utvikler seg, og blir mer alvorlige tilstander. Aktuelle tiltak er støttesamtaler, hjelp til å finne fram i hjelpeapparatet, kurs i stressmestring, arbeid med søvnløshet, eller korttidsbehandling av lettere former for angst og depresjon (4).

### 4.3 Utfordringer som påvirker samhandling

Økt etterspørsel i psykisk helsevern og mangel på fagfolk krever prioritering for å sikre tilstrekkelige ressurser til pasientene med størst behov og for å identifisere de pasientene som kan få utredning og behandling på en mindre ressurskrevende måte. En slik prioritering vil også identifisere de områdene hvor det er størst potensial for å forbedre og utvikle nye tjenester.

Tilbudene om lavterskel psykisk helsehjelp registreres ikke i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som inneholder informasjon om personer som har søkt, mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester (56). At lavterskeltjenestene ikke registreres, medvirker til stor variasjon i hvilke tilbud pasientene mottar, og det påvirker henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten. Det er også vanskelig å vurdere hvilket bidrag tilbudene gir til den samlede helsetjenesten for pasienter med psykiske lidelser siden tjenestene ikke blir registrert.

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) har regjeringen et mål om å videreutvikle Kommunalt pasient- og brukerregister slik at det også inkluderer data på psykisk helse- og rusområdet (4). Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om all kontakt med offentlig finansiert psykisk helsevern, inkludert

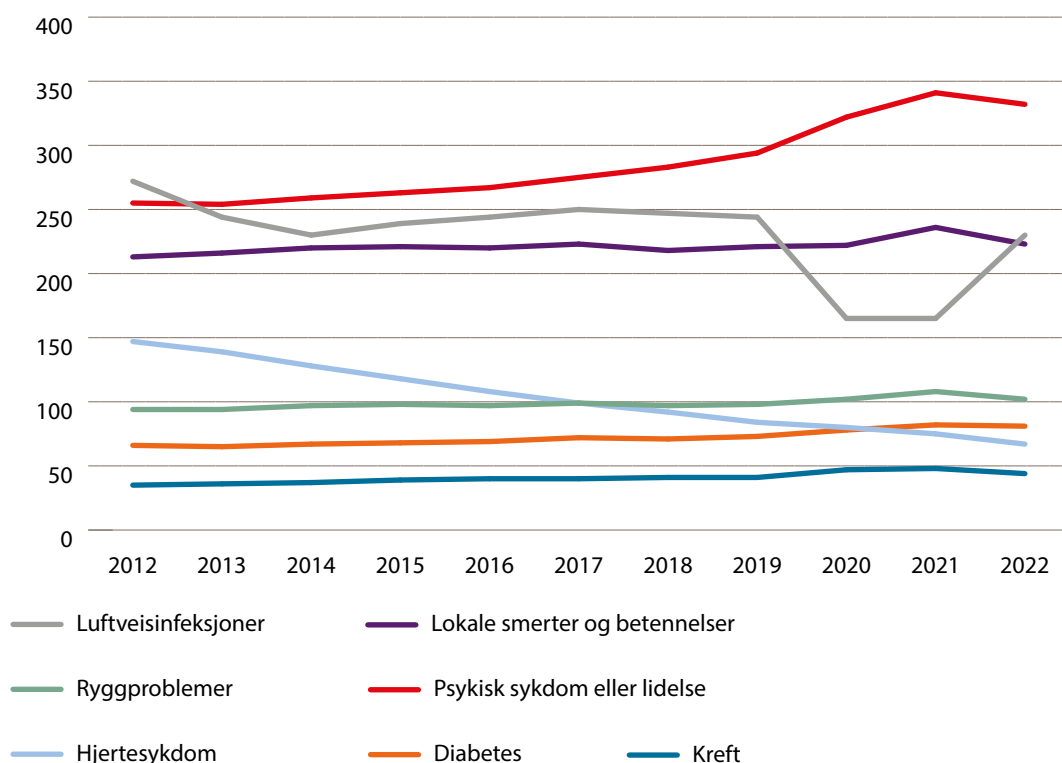
avtalespesialister og private sykehus med avtale med et regionalt helseforetak. I Kommunalt pasient- og brukerregister registreres informasjon om pasienters kontakt med fastlege, legevakt og kommunale omsorgstjenester, men det inneholder ikke data fra kontakt med lavterskeltilbud som skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, rask psykisk helsehjelp eller kommunalt ansatte psykologer. Dermed er det ikke mulig å synliggjøre eller få oversikt over aktiviteten i kommunalt psykisk helsetilbud utover fastlegetjenesten og legevakt. Det bør være et mål at registeret skal inneholde informasjon fra all kontakt med kommunal psykisk helsetjeneste, inkludert lavterskeltilbud, for å gi informasjon om kvaliteten i tilbudet og kunne evaluere helhetlige forløp. Komplette og oppdaterte styringsdata fra begge nivåer er nødvendig for å dimensjonere og evaluere tjenestene på riktig måte.

En ytterligere utfordring er den store variasjonen i antall innbyggere og areal mellom kommuner. Utsira har færrest innbyggere med 208, mens Oslo har flest med over 700 000. Finnmark har drøyt 75 000 innbyggere fordelt på 19 kommuner og snaut 50 000 km<sup>2</sup>. Den store variasjonen i folketall og befolkningstetthet utfordrer kravet om at alle kommuner skal ha et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne. Et offentlig utvalg har levert en rapport der det ble foreslått en rekke tiltak for å løse utfordringer ved dagens generalistkommunesystem (57). Utvalgets flertall anbefalte å øke kommunenes størrelse slik at de skal bli bedre i stand til å etablere og opprettholde et tilstrekkelig og differensiert tjenestetilbud til befolkningen. I sitt innspill til ekspertutvalget har KS understreket at det er krevende for små kommuner å yte gode helsetjenester til pasienter med sammensatte og langvarige behov.

Det er stor variasjon i hvor mange kommuner eller bydeler hvert distriktpsykiatriske senter (DPS) eller hver barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) skal samarbeide med. DPS Fredrikstad har to kommuner i opptaksområdet, mens DPS Gjøvik har 13. DPS Mosjøen ved Helgelandssykehuset og Vefsn kommune har felles finansiering av enkelte samarbeidsprosjekter. I Narvik kommune bistår personell fra BUP ved Narvik sykehus i det psykiske helsetilbudet til barn og unge i kommunen. Det er viktig å anerkjenne at det er en utfordring for de minste kommunene å levere det samme innholdet i tjenestetilbudet som de store kommunene klarer. Det er samtidig flere gode eksempler på interkommunalt samarbeid der mindre kommuner går sammen om å etablere robuste fagmiljøer.

## 4.4 Fastlegenes arbeid med psykiske lidelser

Fastlegene har en sentral rolle i utredning og behandling av psykiske plager og lidelser i kommunene. Gjennom portvokterrollen har fastlegene også en viktig oppgave i å gi tilgang til spesialisert helsehjelp (58). For de fleste pasienter med en psykisk lidelse starter behandlingsforløpet hos fastlegen.



**Figur 4.1** Antall konsultasjoner hos fastlege per 1000 innbyggere, fordelt på utvalgte diagnosekategorier i perioden 2012–2022. Kilde: SSB tabell 10141.

Konsultasjoner for psykiske plager og lidelser utgjør en stor og økende andel av fastlegens praksis (**Figur 4.1**). Resultatene fra en studie blant pasienter som hadde kontakt med fastlegen for depressive plager, viste at de aller fleste opplevde å få god hjelp av fastlegen (59). Likevel kan utredning og behandling av psykiske lidelser utfordre både rammebetingelser og kompetanse hos mange fastleger.

I en undersøkelse av fastlegers henvisningspraksis fant Riksrevisjonen at både fastleger og spesialister i psykisk helsevern er usikre på hvilke pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester (46). Fra psykisk helsevern rapporteres det om varierende henvisningskvalitet. Det pekes også på at det er store forskjeller i vurderinger og tiltak som pasienter mottar i primærhelsetjenesten, før og etter en henvisning til psykisk helsevern. Utvalget har fått tilbakemelding fra et helseforetak om at kvaliteten på henvisningene er lavere i perioder med mange vikarer i fastlegetjenesten.

Ifølge Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) vil regjeringen styrke allmennlegetjenesten slik at flere leger skal velge å bli allmennlege, og slik at fastlegene kan bruke mer av sin tid til å følge opp pasienter med store og sammensatte behov (4). Regjeringen vil også legge til rette for mer tverrfaglige allmennlegetjenester i tråd med anbefalinger fra utvalget som har gjennomgått allmennlegetjenesten (60). Dette er viktig for mange pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Regjeringen vil også utrede hvordan

felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern for voksne kan inkludere samarbeid med kommunene slik at pasientene får nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå.

Primærhelseteam er tverrfaglige team ved fastlegekontorene som inkluderer fastlege, sykepleier og helsesekretær, og ved noen steder også psykolog. Målgruppene for primærhelseteamene er pasienter med kronisk sykdom, psykiske lidelser eller rusavhengighet, og pasienter som har vansker med kontakte helsetjenesten selv på grunn av utviklingshemning eller andrefunksjonsnedsettelse. Evaluering av primærhelseteam viser at denne modellen reduserer både antall innleggelser og bruk av poliklinikk innen psykisk helsevern (61). Videre satsing på tverrfaglige primærhelseteam er en av anbefalingene fra utvalget som har gjennomgått allmennlegetjenesten (60).

Det er gode erfaringer med prosjekter der psykiatere eller psykologer samarbeider med fastlegene i form av veiledning, felleskonsultasjoner der fastlege og personell fra psykisk helsevern møter pasienten sammen, eller større samordning av tjenestene (62). Utprøving av en modell der psykologspesialister var fast stasjonert på fastlegekontor i Groruddalen i Oslo gav bedre diagnostisering av angstlidelser blant unge (63) og økt forståelse av hverandres arbeidsform (64). Men samtidig førte den til at psykisk helsevern fikk redusert tilgang på fagfolk med sentral og kritisk kompetanse. Utprøvingen avdekket også utfordringer knyttet til finansiering. Psykologene kunne ikke kreve refusjon for behandling gitt ved fastlegekontoret, og fastlegene kunne ikke sende faktura for behandling som var utført av psykologene. Ulike IT-systemer og mangel på samtalerom ved fastlegekontoret var andre praktiske utfordringer.

Mange DPS har etablert ordninger der spesialister besøker fastlegekontor i opptaksområdet. I møtene kan fastlegene ta opp aktuelle pasienter de vurderer å henvise, og spesialistene kan gi veiledning og råd for å bistå fastlegene i oppfølgingen av pasienter med psykiske lidelser. Samhandlingsteam og andre modeller som sørger for fleksibel kontakt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, kan bidra til bedre faglig samarbeid mellom fastleger og psykisk helsevern.

## 4.5 Pasientforløp på tvers av nivåer

Mange pasienter med psykiske lidelser har behov for behandling og oppfølging både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter kan ha en akutt krise etter samlivsbrudd med behov for noen timers oppfølging hos fastlege eller ved et lavterskeltilbud i kommunen. Andre pasienter kan ha en kjent tilbakevendende depressiv lidelse der det både er behov for langvarig oppfølging hos fastlege og i spesialisthelsetjenesten i perioder med forverring. Mange pasienter med vedvarende psykoselidelser har kontakt med psykisk helsevern ved akutte innleggelser, poliklinisk rehabilitering og samtidig et tilbud med fastlege og kommunale psykiske helsetjenester, som bistår med tilrettelagt bostituasjon, arbeidsutprøving og psykososial oppfølging. Tematisk organisering

av psykisk helsevern må ivareta samhandlingen på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten for et bredt spekter av tilstander og pasientgrupper.

For å sikre god samhandling mellom nivåene for pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester, stiller pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 krav om at det utarbeides individuell plan, oppnevnes en koordinator/ barnekoordinator og kontaktlege/kontaktpsykolog.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) var innføring av helsefellesskap et av hovedgrepene for å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak (65). Planen løftet frem fire pasientgrupper som helsefellesskapene særlig skulle etablere gode tjenester for:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- personer med flere kroniske lidelser
- skrøpelige eldre

Det ble vurdert at disse gruppene hadde størst behov for god samhandling, og at helsefellesskapene derfor burde konsentrere planlegging og tjenesteutvikling rundt disse. Etablering av helsefellesskapene er nedfelt i en avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, som foreløpig varer ut 2023.

Det er ulike utfordringer i samhandlingen når det gjelder barn og unge sammenliknet med voksne, særlig fordi det ofte er flere ulike tjenester involvert med barn og unge.

Ekspertutvalget har valgt ut to eksempler, ett fra tjenester for barn og unge og ett for voksne, som viser hvordan man kan skape mer helhetlige pasientforløp i helsefellesskapsstrukturen.

### **Samhandlingsforløp for barn og unge i Helse Fonna**

I Helse Fonna er det etablert et samarbeid med alle kommunene i opptaksområdet om å tilby gode tjenester til barn og unge med psykiske lidelser – *Barn og unges helsetjeneste* (66). Kjernen i modellen er at representanter fra kommunene og helseforetaket sammen definerer hvilken helsehjelp de kan bistå med til ulike grupper av barn og unge med psykiske plager og utfordringer. Det krever at sykehuset kjenner til hvilke tilbud den enkelte kommunen har, og at alle kommunene vet hvilket tilbud sykehuset har. Modellen konkretiserer innholdet i behandlingen for hver kliniske tilstand, slik at helsepersonell i både kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra i pasientforløpet.

Samhandlingsforløpene i modellen beskriver aktuelle tiltak fra det oppstår en bekymring for et barns eller en ungdoms psykiske helse til det er gjennomført kartlegging og oppfølging i kommunale tjenester, og til gjennomført behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. For hvert problemområde er det beskrevet hva tjenestene skal kartlegge og hva som kan være gode tiltak, for eksempel i helsestasjon og skolehelsetjenesten, i kommunens psykiske helsetjeneste, barnevernstjenesten eller i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

Samhandlingsforløpene er satt opp slik at de tar høyde for at kommunene har ulik organisering og bidrar til faglig standardisering av tjenestetilbudet, uavhengig av faktisk organisering. Den delen av forløpene som gjelder spesialisthelsetjenesten, er identisk med det faglige innholdet i nasjonale pasientforløp for psykisk helse, barn og unge. Innenfor hvert tematiske område er det utviklet sjekklister for hva som skal være med i en henvisning til spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved mistanke om spiseforstyrrelse. Samhandlingsforløpene gir en faglig standard som skal bidra til å sikre god kvalitet i alle ledd av tjenestetilbudet

Barn og unges helsetjeneste startet som et samhandlingsprosjekt mellom helseforetaket og de 16 kommunene i Helse Fonna, men prosjektet spres nå også til andre regioner. For å få til prosessene med utvikling og implementering av samhandlingsforløp for barn og unge kreves forankring i helsefellesskapsstrukturen og bred involvering av fagfolk i både kommuner og helseforetak. I Helse Fonna er arbeidet med samhandlingsforløp forankret i Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge i helsefellesskapsstrukturen, der helse- og oppvekstsektoren i kommunene og relevante avdelinger for barn og unge i helseforetaket er representert. Det er utviklet en implementeringsguide (67) med råd og tips til helsefellesskap som vil ta i bruk modellen Barn og unges helsetjeneste.

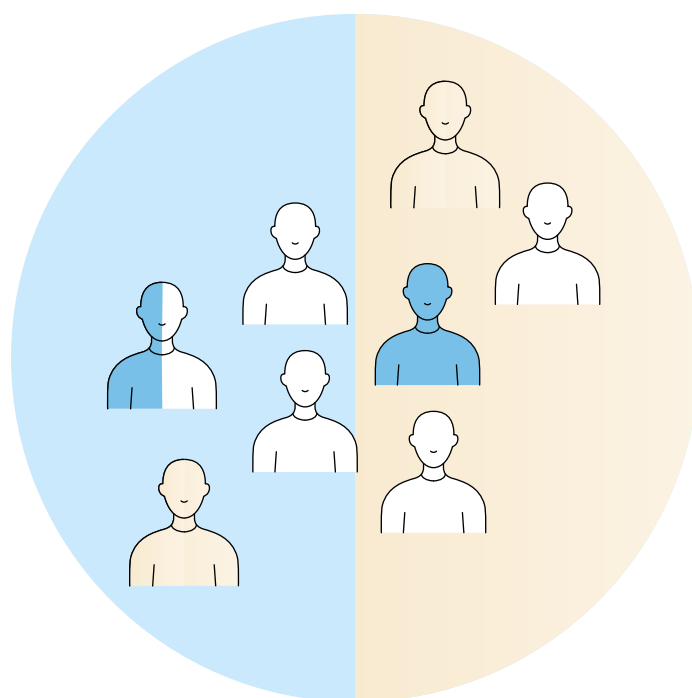
### **Samskaping i Vest – sammenhengende tjenester for voksne**

Mange voksne pasienter med psykiske lidelser trenger tjenester fra flere aktører som Nav, DPS og tildelingskontoret i kommunen. I programmet *Samskaping i vest* samarbeider flere aktører som har felles brukere, om å skape bedre og mer sammenhengende helsetjenester for innbyggere med psykiske plager og rusmiddelproblemer (68). Aktørene er Øyane DPS, Øygarden kommune, Askøy kommune og Nav Region Vest.

Programmet består av flere prosjekter, blant annet *Svingdørsprosjektet* der man har sett på hvordan man kan bedre tjenestetilbudet og pasientforløpet for personer med alvorlig psykisk lidelse som har hyppige akuttinnleggelser. Det forskes også på samarbeidet mellom tjenester gjennom forskningsprosjekt der man benytter verktøyet *Relasjonell kapasitet* (69).

## **4.6 Samhandlingsteam og integrerte tjenester**

Helsetjenestene i kommuner og i spesialisthelsetjenesten oppleves ofte som fragmenterte både av ansatte og brukere. Barn, unge og voksne med alvorlige og langvarige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har ofte store og sammensatte tjenestebehov, og de trenger bistand fra mange tjenester på ulike nivåer. Det er behov for tjenester der brukerne har én dør inn til hjelpetilbudet, og at tilbudet er integrert på tvers av nivåer. Samhandlingsteam der et helseforetak og en kommune eller bydel samarbeider om å opprette et behandlingstilbud til en spesifikk pasientgruppe er en måte å overkomme slike hindre på. Prinsipper for sammensetning av fagkompetanse i samhandlingsteam er vist i **figur 4.2**.



**Figur 4.2** Samhandlingsteam der et helseforetak (blå farge) og en eller flere kommuner/ bydeler (beige farge) sammen oppretter et behandlingstilbud bestående av helsepersonell med både generell og spesialisert kompetanse fra psykisk helsevern og psykiske helsetjenester i kommunen. Blå og hvite personer er ansatt i helseforetaket, mens beige personer er ansatt i kommunen.

Fleksibelt oppsøkende team etter modell av ACT og FACT er godt dokumenterte modeller som tilbyr samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (36). Helsedirektoratet har etablert en ordning med tilskudd til ACT- og FACT-team som skal stimulere til helhetlige tjenester og forpliktende samhandling i kommuner og helseforetak. En utfordring er at modellen ser ut til å være bedre egnet for store enn for små kommuner. Regjeringen vil i Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) videreføre satsingen på ACT og FACT-team for å styrke helsehjelpen til pasienter med langvarige og sammensatte behov (4).

FACT ung er en tilpasning av FACT-modellen og retter seg mot ungdom mellom 12 og 25 år som har store og sammensatte behov, og trenger bistand fra både skole, PPT, barnevern, kommune, fastlege og BUP (36). Målgruppen er unge med sammensatte og alvorlige tilstander, og som ofte «faller mellom alle stoler», fordi de ordinære tjenestene ikke evner å gi god nok hjelp.

Helsedirektoratet ble i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) bedt om å utrede hvordan tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge bør innrettes, implementeres og evalueres (65). Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har sammen med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) utredet hvordan FACT ung kunne innføres i Norge (70). Utredningen viste at modellen var

noe uklart beskrevet, slik at en innføring måtte ses på som et faglig utviklingsarbeid. Rapporten pekte også på at det manglet forskning på effekt av FACT ung for målgruppen, og at implementering ville være krevende av ulike årsaker: Modellen går på tvers av etablerte strukturer, den er ment å nå ungdom med alvorlige og sammensatte problemer som ofte har lav motivasjon for hjelpsøking, den bygger på en bredde av faglige tilnærminger, den involverer tverretatlige funksjoner og berører ulike lovverk for tjenesteutøvelse.

Forskere ved NKROP har evaluert de første tre FACT ung-teamene som ble startet som piloter i 2020 (71). I rapporten fremheves at både de unge, deres pårørende og de teamansatte opplevde at teamene fungerte etter hensikten, ved at de unge fikk god, tilgjengelig og fleksibel hjelp og de pårørende opplevde å bli inkludert. De ansatte og samarbeidende aktørene opplevde teamene som gode brobyggere. Et viktig funn i rapporten var at unge med psykiske problemer/lidelser og som i tillegg har rusproblemer, i liten grad ble rekruttert til FACT ung-pilotene. Av 55 inkluderte pasienter var det kun én som hadde rusmiddelproblemer, og det var få med psykoseproblematikk. Flertallet av de unge var henvist fra BUP, mens relativt få var henvist fra barnevernet. Dermed kan det se ut til at den viktigste målgruppen for tiltaket, de sårbare unge som har vært tema for reportasjer i Aftenposten (17) og saker i Undersøkelseskommissjonen for helsetjenesten (UKOM) (18), ikke ble nådd av FACT ung-pilotene. I evalueringen ble det også pekt på at teamene ikke var robuste nok, fordi det var for få psykologer og psykiatere. Det er nå omtrent 20 FACT ung-team etablert i Norge, inkludert forprosjekt, og regjeringen har satt som mål å videreføre satsingen (4).

Målgruppen for ACT og FACT er pasienter med alvorlige psykiske lidelser med eller uten samtidige rusmiddelproblemer. Manualen Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) er utarbeidet for pasienter med ROP-lidelser som har milde og moderate psykiske lidelser (72). IDDT gir faglige anbefalinger om hvordan tjenesten kan møte, samhandle, organisere, tilby og utøve integrert oppfølging og behandling i ulike typer samhandlingsteam og tjenester. Manualen er nyttig for alle som arbeider med pasienter som har samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser, uavhengig av alvorlighetsgrad, for å sikre mer sammenhengende og helhetlig hjelp. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har oversatt manualen som på norsk kalles integrert behandling av ROP-lidelser.

Finansieringssystemene for helse- og omsorgstjenesten har betydning for innretning av tjenesteutvikling og samhandling mellom tjenestenivåene. Det er behov for finansieringsordninger som understøtter utvikling av samhandlingsteam og integrerte tjenester på tvers av nivåer. Sykehusutvalget (NOU 2023: 8), som blant annet har utredet endringer i finansieringsordningene, har foreslått å innføre et øremerket samhandlingsbudsjett for kommuner og foretak som kan utløses som et resultat av planer og prosesser i helsefellesskapene (24). Ekspertutvalget støtter sykehusutvalget i at det er behov for en strategisk økonomisk satsing for å legge til rette for utvikling av integrerte tjenester mellom kommuner og helseforetak.

Arbeid med psykisk helse bør ha en systemisk tilnærming. Å sikre at en person med en psykisk lidelse opplever mestring og fellesskap ved å delta i utdanning og

arbeid, er viktig for også å lykkes med behandlingen. Det bør jobbes med å bygge ned tverrsektorielle barrierer som hindrer samhandling. Et eksempel kan være at jobbspesialister fra Nav kan bidra til individuell jobbstøtte (IPS) i psykisk helsevern (73). Et annet eksempel er at deltakere i samhandlingsteam må kunne bruke samme dokumentasjonssystem, uavhengig av om de kommer fra kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

## 4.7 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om kommunale tilbud og samhandling

Utvalget mener at en sterkere innsats for å forebygge, oppdage og behandle psykiske plager og lidelser i kommunehelsetjenesten må prioriteres. Samtidig må tilbudet i spesialisthelsetjenesten styrkes for å gi bedre hjelp til pasientene som har størst behov.

Utvalget støtter regjeringens satsing på forebygging og tidlig innsats for å bidra til at pasienter unngår alvorlig forverring av tilstanden.

Utvalget mener at tydeliggjøring og fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er helt avgjørende for en vellykket tematisering av psykisk helsevern. Veiledere for kommunalt psykisk helsearbeid som nå er under revidering, må klargjøre kommunenes ansvarsområde for både milde og moderate tilstander og tydeliggjøre ansvarsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste for alvorlige tilstander for å sikre god og sammenhengende pasientbehandling. En klargjøring av hva kommunene skal ta ansvar for og hvordan de skal løse sine oppgaver vil åpne for at psykisk helsevern kan utvikle flere tematisk organiserte tilbud, på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis.

Utvalget mener at flere pasienter som i dag henvises til DPS og BUP, kunne fått tidligere og raskere hjelp av lokale tilbud i kommunehelsetjenesten. Det er sannsynlig at en større samordning av de kommunale tjenestene med god og oppdatert informasjon om tilgjengelige tilbud, ville gitt fastlegene et større handlingsrom i oppfølgingen av mennesker med psykiske lidelser. Det kunne igjen bidratt til bedre henvisningsforløp som er mer harmonisert med anbefalingene i spesialisthelsetjenestens prioriteringsveiledere (26, 74).

Utvalget mener at en ikke kan forvente at fastlegene alene kan gjøre mer inngående vurderinger av pasienters behov for spesialisert eller tematisk organisert psykisk helsevern. Med dagens rekrutteringsutfordringer til fastlegeordningen fremstår det heller ikke som realistisk å pålegge fastlegene mer omfattende utrednings- og behandlingsoppgaver. Det er derfor nødvendig å styrke den øvrige psykiske helsekompetansen i kommunen og knytte den sterkere sammen med fastlegene. Det vises til pilotforsøk med primærhelseteam der tverrfaglig kompetanse i tilknytning til fastlegekontorene blant annet har resultert i bedre helsehjelp til pasienter med sammensatte tilstander (75). Tverrfaglige og mer robuste fagmiljøer virker også rekrutterende og bidrar til å beholde fagfolk i tjenesten.

Ekspertutvalget ser positivt på at psykologkompetansen er styrket i kommunene, men det er for stor variasjon i både tilgang på og anvendelse av psykologkompetansen. Det er derfor behov for å tydeliggjøre hvilken rolle kommunepsykologen skal ha, hvilken kompetanse som kreves, og hvordan psykologen skal samhandle med fastleger og øvrige deler av kommunale psykiske helsetjenester.

Gitt det store antall kommuner i Norge med selvstendig ansvar for å utforme helse- og omsorgstjenestene, ser utvalget det som lite realistisk med en formalisert sammenslåing av inntaksprosessene i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og foreslår derfor konkrete forbedringer på begge nivåer. Det vil være behov for å styrke de tverrfaglige psykiske helsetjenestene i kommunene i tråd med intensjonene i Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Det understrekes at utvalget ikke foreslår å overføre flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, men at kommuner må settes bedre i stand til å ivareta sitt ansvar for utredning, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. En styrking og bedre samordning av de kommunale psykiske helsetjenestene vil bidra til mer målrettet prioriteringsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Kunnskap om hvilke tilbud som finnes i kommunen gjør det enklere å finne et tilbud som kan passe for den enkelte pasient. Utvalget mener et likeverdig tjenestetilbud til pasienter med psykiske lidelser kan sikres gjennom interkommunalt samarbeid, slik det er etablert mange steder for legevakt og tilgang på psykologressurser.

Utvalget mener at en styrking av helsefellesskapene vil kunne bidra til bedre samhandling ved å utvikle helhetlige pasientforløp for ulike pasientgrupper på tvers av kommuner og helseforetak. Utvalget anbefaler at man bygger videre på samhandlingsforløpene etter modellen Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna, som er omtalt over. En styrke med modellen er at ansvarsdelingen er beskrevet innenfor ulike definerte pasientgrupper, slik at det blir tydelig hvilke tjenester som har ansvar i hvert enkelt tilfelle. En forutsetning for å utvikle samhandlingsforløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten er at satsingen er forankret i helsefellesskapsstrukturen, i ledelsen i alle involverte kommuner og i helseforetaket.

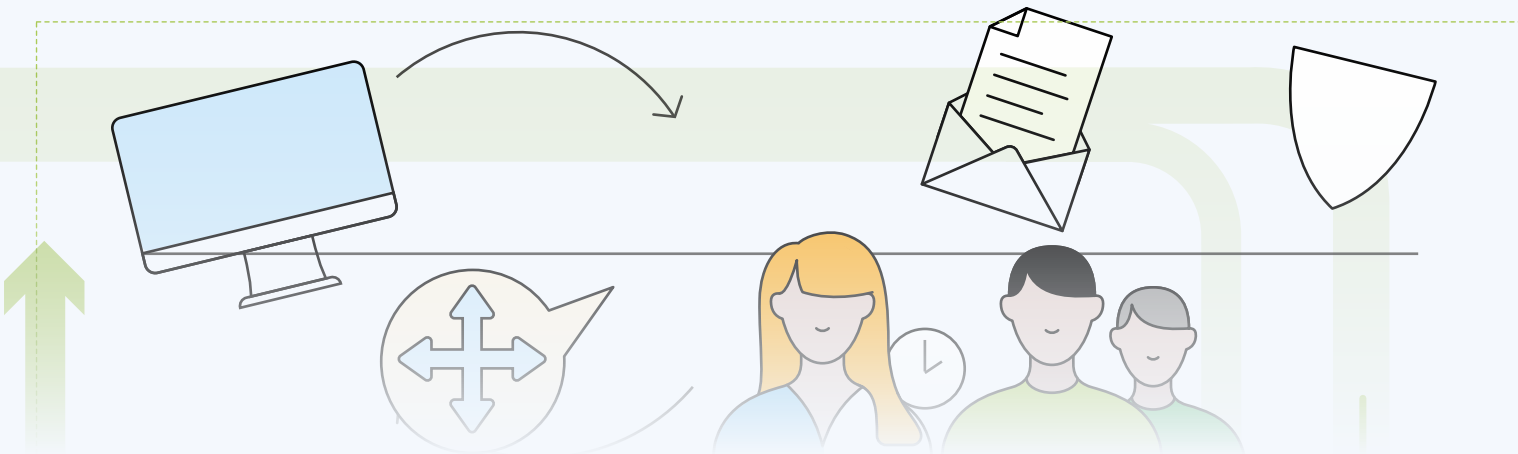
Utvalget mener at det er viktig å styrke og å legge til rette for utvikling av flere samhandlingsteam etter modell av ACT/FACT. Utvalget mener at det er vesentlig at finansieringsordningen tilpasses til ulike geografiske og demografiske forutsetninger, slik at det blir enklere å etablere integrerte tjenester på tvers av kommuner med ulik størrelse.

I lys av evalueringsrapporten fra de tre første FACT ung-pilotene er ekspertutvalget i tvil om videre satsing på FACT ung i sin nåværende form vil styrke tilbudet til de mest sårbare ungdommene som har både alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og som ofte er i kontakt med barnevernet. For at teamene skal nå denne målgruppen må de sikres økonomiske og personellmessige ressurser som gjør dem tilstrekkelig robuste, og barrierer mellom tjenestenivåene, særlig mellom helsetjenesten og barnevernet, må bygges ned. Utvalget ser det som helt sentralt å evaluere effekten av tiltaket med følgeforskning, og det må utvikles systemer for troskapsmålinger slik det er gjort ved implementering av ACT og FACT-team for voksne pasienter.

Ekspertutvalget mener det er nødvendig at det avsettes økonomiske ressurser til helsefelleskapene for å utvikle behandlingstilbud på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget støtter Sykehusutvalgets anbefaling om egne samhandlingsbudsjetter for å utvikle tilbud for pasienter som har behov for oppfølging både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (24).

#### **Boks 4.1 Utvalgets anbefalinger for å styrke kommunale tilbud og samhandling**

- Utvalget anbefaler å styrke og bygge ut kommunale psykisk helsetjenester i tråd med den strategiske innretningen i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).
- Ressursene i kommunen må samordnes slik at den psykiske helsehjelpen blir kjent og tilgjengelig for de ulike aktørene.
- Psykologenes rolle i de kommunale helsetjenestene må tydeliggjøres.
- Kommunenes ansvar for utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser må spesifiseres i nye faglige retningslinjer for kommunalt psykisk helsearbeid.
- All aktivitet i kommunale psykisk helsetjenester, inkludert lavterskeltilbud, må innrapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
- Det bør videreutvikles samhandlingsforløp etter modell av Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna for pasientgrupper som har behov for tjenester i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Det bør opprettes et samhandlingsbudsjett, som foreslått av Sykehusutvalget, med en pott som er øremerket tilbud til pasienter som kommune- og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om.
- Det bør styrkes og utvikles samhandlingsteam etter tilsvarende modell som ACT eller FACT for pasienter med sammensatte pasientforløp.
- Det bør etableres rutiner for at pasienter som tidligere har fått behandling i psykisk helsevern, raskt kan få hjelp ved tegn på tilbakefall (brugerstyrt poliklinikk).



## 5 Forenkling og forbedring av inntak og utredning

Utvalget mener at dagens ressursinnsats til avklaring og utredning av nye pasienter ved oppstart av pasientforløp i psykisk helsevern er for stor, sett opp mot den samlede kapasiteten til å gi virksom behandling. I dette kapitlet beskrives anbefalinger som forenkler og forbedrer inntaks- og utredningsforløpet, og styrker muligheten for å komme raskere i gang med virksom behandling tilpasset pasientens behov og mål.

### 5.1 Veien inn i psykisk helsevern

Utvalget har sett på dagens forløp for pasienter med symptomer på psykisk lidelse som søker helsehjelp. Pasientforløpene starter som regel i kommunehelsetjenesten ved oppmøte hos fastlegen eller annen lavterskel psykisk helsetjeneste før pasienter som har behov for mer spesialisert helsehjelp, henvises videre til sykehus, BUP eller DPS. I spesialisthelsetjenesten gjennomføres først en vurdering av hvorvidt beskrivelsen av pasientens tilstand i henvisningen svarer til kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp (26, 74). Ved inntak til utredning eller behandling gjennomføres først en basisutredning i henhold til føringer i nasjonale pasientforløp (27, 76), før det fattes en klinisk beslutning om videre utredning eller behandling.

Et velfungerende inntaks- og fordelingssystem er en forutsetning for å sikre pasienter rask tilgang til differensiert og kunnskapsbasert behandling. De fleste pasientforløp i psykisk helsevern starter og slutter i kommunen, og første instans for vurdering og behandling er som oftest fastlegen. Fastlegen vil etter samtale og kartlegging av helsesituasjonen kunne sette i gang ulike tiltak, for eksempel psykososiale støttesamtaler eller målrettet kognitiv terapi, og foreslå medikamentell behandling for søvnvansker, angst eller symptomer på depresjon. Fastlegen vil kunne sette opp nye samtaler for å følge opp helsetilstanden. Fastlegen kan også gi informasjon om andre relevante tilbud i kommunehelsetjenesten, for eksempel ulike typer gruppebehandling eller frisklivsentral. Tilbudene varierer mellom kommuner og bydeler. Helsedirektoratet har i forbindelse med oppdatering av veileder for kommunalt psykisk helsearbeid (48), funnet at fastlegene i liten grad er involvert og informert om tilgjengelige psykiske

helsetjenester i kommunen (Tor Erik Befring, personlig meddelelse til utvalget). I SINTEFs rapport om kommunale psykiske helsetjenester oppgir 82 prosent av kommunene at fastlegen henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne, mens tilsvarende tall er 40 prosent for barn og unge (50). Det mangler god styringsinformasjon om mye av det psykiske helsetilbudet i kommunen, og aktivitet ved lavterskeltilbud blir ikke rapportert til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dermed er det vanskelig å følge med på hvilke pasienter som benytter seg av de ulike tilbudene.

Dersom behandling hos fastlege eller andre tilbud i kommunehelsetjenesten ikke bedrer situasjonen, kan pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen blir vurdert opp mot prioriteringsforskriftens krav om forventet nytte og et rimelig forhold mellom forventet ressursbruk og forventet nytte. Innen ti virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, vil pasienten få rett til nødvendig helsehjelp innen en fastsatt frist eller få avslag på søknaden fordi pasienten ikke forventes å ha nok nytte av behandling i spesialisthelsetjenesten, eller man mener at helseplagene er av en slik art at de kan behandles i kommunehelsetjenesten.

Fristen for start av utredning eller behandling gis basert på grad av alvorlighet og basert på prioriteringsveilederens utgitt av Helsedirektoratet (26, 74). Spesialisthelsetjenesten er da forpliktet til å ta pasienten inn til første samtale innen den angitte fristen.

Pasienter som ikke oppfyller kriterier for nødvendig helsehjelp, får avslag på henvisning med informasjon og veiledning om hvor henviser kan henvende seg for hjelp til den aktuelle problemstillingen. Ved avslag får både pasient og henviser beskjed om dette.

Andelen avslåtte henvisninger varierer mellom helseforetakene. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) har funnet at helseforetakene avsto mellom 8 prosent og 56 prosent av alle henvisninger til BUP i 2019 (18). I en rapport fra Barneombudet som var basert på intervjuer med både barn og unge, foreldre og behandlere, kom det frem at det var stor geografisk variasjon i tilbudet til barn som henvises til BUP (77). Andelen henvisninger som avslås, varierer mellom ulike behandlingssteder. Hvilken vurdering som ligger til grunn for avslaget, særlig for milde og moderate tilstander, synes også å variere (78). Riksrevisjonen har i sin gjennomgang av praksis for henvisninger fra fastlege til spesialist i 2017–2018 vist at drøyt to tredeler av både fastleger og sykehusleger opplever at fastlegene og sykehuslegene har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern (46). Denne ulikheten synes å reflektere en underliggende uklarhet i når det er behov for bistand fra BUP eller DPS, noe en studie fra Bergen som brukte fokusgruppeintervju blant både fastleger, pasienter og DPS-ansatte, også har vist (79).

Det har vært økt politisk oppmerksomhet på å redusere andelen avviste søknader til psykisk helsevern. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt helseregionene i oppdrag å legge til rette for at alle henviste pasienter til psykisk helsevern for barn og unge skal få en vurderingssamtale. Dette er også omtalt i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) (4).

Nasjonale pasientforløp for utredning og behandling av psykiske lidelser gir føringer for innholdet i henvisnings- og utredningsforløpet i spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom definerte tidsfrister for gjennomføring av de ulike aktivitetene (27, 76). Forløpsfristene i de nasjonale pasientforløpene griper ikke inn i rettighetsvurderinger og ventetider, men gjøres gjeldende først når pasienten møter til oppstart av utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten forplikter seg til å fatte en «klinisk beslutning» om pasientens tilstand og videre utrednings- eller behandlingsbehov i løpet av seks uker. Denne konklusjonen skal bygge på en basisutredning med innhold som er nærmere definert i forløpene.

## 5.2 Rettighetsvurdering av skriftlige henvisninger

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skal spesialisthelsetjenesten vurdere alle nye henvisninger innen ti virkedager (80). Før lovendringene i 2015 var vurderingsfristen 30 dager. Ved revisjonen i 2015 ble også kravene til systematikk og dokumentasjon av rettighetsvurderingene innskjerpet, og det ble innført nye kriterier for rett til nødvendig helsehjelp med mindre vekt på tilstandens alvorlighet og større vekt på forventet nytte av behandling i spesialisthelsetjenesten (81). Det er utarbeidet tilstandsspesifikke prioriteringsveiledere som legger føringer for tjenestenes vurderinger av maksimale ventetider for ulike lidelser etter alvorlighet (26, 74).

Dagens praksis for vurdering av henvisninger til psykisk helsevern innebærer som hovedregel at spesialister i psykiatri eller psykologi vurderer pasientens tilstand, basert på det skriftlige innholdet i henvisningen.

Flere undersøkelser har dokumentert at denne måten å organisere arbeidet på er lite treffsikker. Holman og kolleger fant i en studie fra 2012 at like tilstander ble vurdert forskjellig både mellom ulike sykehus og mellom ulike spesialister i samme sykehus (78). Dette kan innebære at pasienter som vurderes med rett til behandling på ett sted, får avslag et annet sted. Uenigheten er størst omkring tilstandene med lavest alvorlighet.

Arbeidet med rettighetsvurderinger er blitt betydelig profesjonalisert de senere årene. De fleste helseforetakene har organisert inntaksarbeidet i team der flere spesialister i psykiatri og psykologi sammen vurderer og fordeler henvisninger til de ulike behandlingsenhetene. Det er utarbeidet strukturerte sjekklistor og dokumentasjonsmaler. Likevel er det fremdeles grunn til å stille spørsmål ved kvaliteten i vurderingene som gjøres, basert på skriftlige henvisninger. I en studie fra 2022 sammenliknet Nymoen og kolleger klinikernes vurderinger basert på henvisningsdokumenter, med de samme klinikernes vurderinger etter en inntakssamtale med pasienten (82). Resultatene viste at vurderingene av hastegrad endret seg i halvparten av tilfellene når klinikerne hadde truffet pasientene ansikt til ansikt, som oftest i retning av større hastegrad. Kvaliteten i henvisningene kunne forklare noe av variasjonen, men forskernes konklusjon var likevel at vurderinger basert på skriftlig henvisning alene er lite presise.

## 5.3 Nye modeller for rettighetsvurdering og utredning

Flere helseforetak har forsøkt å fornye rutinene for vurdering av henvisninger til psykisk helsevern for å sikre at de pasientene man mener skal behandles i psykisk helsevern, faktisk får et tilbud. Dette innebærer både samhandling med kommunehelsetjenesten i forkant av en mulig henvisning og rutiner for å avklare behandlingsbehov for henviste pasienter.

Flere sykehus har prøvd ut alternative måter å gjennomføre rettighetsvurderinger og basisutredning på. «All-in»-prosjektet ved Øvre Romerike BUP tilbyr en halvdags utredning til alle pasienter og familier som henvises. Familiene møter et vurderingsteam med to behandlere, der minst én er spesialist i psykologi eller psykiatri. Her gjennomføres en konsentrert basisutredning, og familiene får tilbakemelding om spesialistenes vurderinger og tilbud uten unødig ventetid. Evalueringen av All-in tilsier at andelen pasienter som etter halvdagsutredning i All-in ikke tilbys videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, er omtrent som ved vurdering av skriftlige henvisninger, henholdsvis 24 og 21 prosent, men det er ikke de samme pasientene som tas inn til videre utrednings- og behandlingsforløp i BUP. Blant dem som ble avslått etter vurdering av kun skriftlig henvisning, fikk 25 prosent tilbud etter halvdagsutredning i All-in, og blant dem som ble tatt inn etter vurdering av skriftlig henvisning, ble 30 prosent avsluttet etter halvdagsutredning (Espen Aasegg Wasshaug, personlig meddelelse til utvalget). Ansikt til ansikt-praksisen innebærer en kvalitetssikring og bidrar til å skape retning for det videre forløpet slik at dette mulig blir «riktigere» og mer effektivt.

Familiene var fornøyde med å bli møtt og få en grundig vurdering, også der det viste seg å ikke være behov for videre behandling i psykisk helsevern. De ansatte var også fornøyde med å møte pasienter ansikt til ansikt. For helseforetaket er det en gevinst at både vurdering av rett til helsehjelp, basisutredning og fysisk møte med pasient og familie gjøres samtidig. All-in er imidlertid en ressurskrevende praksis der det settes av to hele dagsverk til å vurdere én pasient med familie, hvorav ett av dagsverkene må være en spesialist i psykiatri eller psykologi. Selv om modellen har vært godt kjent i flere år, er ikke ekspertutvalget kjent med at den er tatt i bruk i andre deler av Akershus universitetssykehus eller i andre BUP-er i landet, noe som kan tyde på at den har vist seg vanskelig å implementere bredt.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) har utviklet en annen modell for tidlig avklaring av nyhenviste pasienter. Her inviteres henviste barn og unge med foreldre til en «mulighetssamtale» med en erfaren kliniker i BUP. Mulighetssamtalen omfatter en enkel diagnostisk vurdering, men hensikten er å undersøke familienes egen forståelse av sine vansker og behov, og avklare mål for behandlingen og hvilke muligheter som finnes i BUP. Tilbudet baserer seg på den engelske modellen Choice and Partnership Approach (CAPA), som er en modell for organisering, dimensjonering og planlegging av tjenester med utgangspunkt i pasientenes behov. CAPA vektlegger betydningen av systematisk brukermedvirkning samt tjenestens organisering med kompetansemiljøer som

dekker de viktigste tilstandene i BUP, og som kan trekkes inn i det enkelte forløp, basert på kontinuerlig evaluering og behov.

CAPA-modellen vektlegger systematisk opplæring, trening og veiledning av behandlere som skal gjennomføre mulighetssamtalen. Arbeidet med tidlig avklarings- og motivasjonsarbeid anses som en ferdighet som krever spesifikk kompetanse. Spesialister i psykologi og psykiatri er involvert i nødvendige diagnostiske beslutninger, men modellen åpner for at også ikke-spesialister med interesse for avklaringsarbeid kan utvikle gode ferdigheter i brukermedvirkning, avklarings- og motivasjonsarbeid.

Det er gjennomført evalueringer som viser høy brukertilfredshet. Mulighetssamtalene bidrar til å forplikte pasientene for aktive og differensierte pasientforløp. Omtrent hver fjerde henviste familie avsluttes i BUP etter mulighetssamtalen enten fordi en ikke finner holdepunkter for en psykisk lidelse, eller fordi familienes uttrykte forventninger, behov og motivasjon ikke harmoniserer med tilbudet i BUP (Yngvild Arnesen, personlig meddelelse til utvalget).

Mulighetssamtalene i CAPA er mindre ressurskrevende enn halvdagsutredningene i All-in, ved at vurderingen i CAPA tar kortere tid, og bare én kliniker deltar per pasient. BUPA ved UNN har imidlertid holdt fast ved et rettighetsvurderingsledd av skriftlig henvisning før mulighetssamtalen slik at tiden som brukes til å vurdere skriftlig henvisning, ikke spares inn. De diagnostiske avklaringene er også enklere slik at det potensielt kan være behov for ytterligere basisutredning for flere av pasientene som tas inn i BUP gjennom CAPA-modellen.

I psykisk helsevern for voksne har halvdagsutredninger, der pasientene møter et team som gjennomfører en konsentrert basisutredning i løpet av ett møte, blitt stadig mer utbredt. Evalueringene er så langt positive både fra brukere og klinikere. Samtidig er ordningene sårbare fordi de krever at det avsettes høy behandlerinnsats tidlig i forløpene til alle pasienter, noe som går utover behandlingskapasiteten for pasienter senere i forløpet. Mange pasienter trenger mindre enn et fire til åtte timers utredningsforløp for å avgjøre behov for videre behandling. Dersom pasienter uteblir fra en halvdagsutredning, kan det bety betydelig ubrukte ressurser i tjenesten den dagen.

I psykisk helsevern for voksne har de fleste sykehus i likhet med BUPA ved UNN i Tromsø, beholdt et ledd med vurdering av skriftlige henvisninger før halvdagsutredningen.

I Trondheim har Nidelv DPS etablert et tidlig avklaringsteam bestående av erfarne klinikere som tar henviste pasienter med usikker rett til nødvendig helsehjelp, inn til vurdering med inntil tre samtaler. En studie som inkluderte 1034 pasienter som var blitt vurdert av avklaringsteamet i en periode på to år, viste at to tredeler av pasientene ble vurdert å ikke ha behov for videre behandling i DPS. Av disse var det 20 prosent som ble henvist på nytt i løpet av seks måneder (83). Tidlig avklaringsteam bidro til å øke kvaliteten i vurderingsarbeidet, til å sikre at pasienter med behov for helsehjelp ikke ble avvist, og til god bruker- og behandlertilfredshet.

Utvalget er kjent med flere liknende utviklingsprosjekter som alle har som mål å forbedre og effektivisere inntaks- og utredningsprosessen. «Inntak ute» innebærer at spesialisthelsetjenesten gjør rettighetsvurderingene sammen med henviser i kommunen (84). Ved Nidaros DPS tilbys en vurderingssamtale til et mindre utvalg av pasienter som det er vanskelig å avklare etter papirhenvisning (85). Avklaringssamtaler over telefon er en annen mulighet, der erfarne klinikere ringer alle henviste pasienter for å undersøke behandlingsbehov og aktuelle tilbud og for å starte et motivasjonsarbeid. Avklarende telefonsamtaler har blant annet vist seg å redusere drop-out fra rusbehandling, særlig for pasienter med stor ambivalens til behandling, ifølge en rapport fra et nasjonalt prosjekt i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (86).

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) har regjeringen satt mål om at alle barn og unge som henvises til psykisk helsevern, skal få tilbud om en vurderingssamtale for å avklare om det er behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (4). Innføringen vil bli løpende evaluert slik at man kan utvikle modeller som er økonomisk og administrativt bærekraftige, og som bidrar til fornøyde pasienter og pårørende. Regjeringen har et mål om at alle henviste pasienter til psykisk helsevern på sikt skal få tilbud om en slik vurderingssamtale.

## 5.4 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om inntak og utredning i psykisk helsevern

Utvalget oppfatter at pasienters tilgang til differensierte og virksomme behandlingstiltak fremstår som for tilfeldig, og at det ofte tar for lang tid før pasienten kommer til riktig hjelp. Flere forhold ved dagens organisering av psykiske helsetjenester synes å bidra til høyere avslagsprosent og mindre treffsikkerhet i inntaket enn hva som er tilfelle for andre fagområder. Ekspertutvalget mener dette kan forklares med at kommunehelsetjenestens tilbud er lite samordnet, at kompliserte og overlappende forløpsledd ved inntak og basisutredning forsinker oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten, og at dagens ordning med vurdering av skriftlige henvisninger er lite treffsikker. Tilbudene i kommunen er beskrevet mer inngående i kapittel 4. Ekspertutvalget vil i det følgende fremme forslag til hvordan tilbudet ved oppstart av behandling i psykisk helsevern kan forbedres og i noen tilfeller forenkles.

Utvalget oppfatter at de nasjonale pasientforløpene har medvirket til en betydelig innsats i tjenesten for å styrke kvaliteten og redusere variasjon i utredningsforløpene. De fleste pasienter møtes nå med standardiserte diagnostiske utredningsverktøy og konkrete maler for gjennomføring av basisutredning i tråd med anbefalingene. Utvalget merker seg samtidig at det som i pasientforløpene er anbefalt som maksimal forløpstid for basisutredning (6 uker), mange steder har etablert seg som fast praksis eller et minimum. Det kan dermed virke som innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern, med stor oppmerksomhet på standardisering og forløpsfrister, har resultert i mindre fleksibilitet i møte med den enkelte pasient. Pasienter som kunne vært avklart langt enklere, møtes med

«full pakke» for basisutredning. Dette kan etter utvalgets syn bidra til overforbruk av utredningsressurser i enkelte forløp, og det kan medføre unødig forsinkelse i oppstart av effektive behandlingsforløp for pasienter med avklarte eller mer avgrensede behov. Samtidig kan høy ressursallokering til utredningsforløpet gå på bekostning av tjenestenes samlede kapasitet til å tilby kunnskapsbasert behandling av tilstrekkelig intensitet og kvalitet. Denne utfordringen forsterkes ytterligere ved at formålet med en basisutredning overlapper med formålet for rettighetsvurderingen. Dermed bindes allerede knappe spesialistressurser opp i to forløpsledd, rettighetsvurdering og basisutredning, *før* pasienten kommer til riktig behandling.

Utvalget mener det er betimelig å stille spørsmål ved om dagens ressursinnsats ved inntak og basisutredning står i rimelig forhold til nytten. Det er viktig å understreke at en sterkere tematisk organisering *ikke* bør føre til mer avanserte differensialdiagnostiske vurderinger, før pasienter kommer til personell med riktig kompetanse. I behandling av psykiske lidelser er det sjelden den mest *korrekte* diagnosen som avgjør valg av behandlingstiltak eller et godt sluttresultat. For pasienten kan det være like viktig å komme tidlig i gang med hjelpetiltak og behandling som å få satt en mest mulig presis diagnose i starten av forløpet. De nasjonale pasientforløpene stiller krav om å utarbeide behandlingsplan og jevnlig evaluere effekt av behandlingen. Dermed vil både behandler og pasient kunne vurdere om det er behov for ytterligere utredning og eventuelt justering av behandlingen på et senere tidspunkt i forløpet. Tjenestene tilpasser dermed utredningsforløpene til den enkeltes behov og vektlegger pasientenes målsettinger og motivasjon for behandling.

Utvalget oppfatter at de nasjonale pasientforløpene gir anledning til individuell tilpasning, men at det er behov for sterkere å vektlegge muligheten for fleksible og forenklede utredningsforløp, både i den pågående revisjonen av de nasjonale forløpene og i sykehusenes implementering av disse.

Utvalget mener at dagens praksis for henvisning, rettighetsvurdering og utredning i psykisk helsevern i mange tilfeller er for omstendelig, samtidig som den i for liten grad synes å sikre pasienters tilgang til differensiert og kunnskapsbasert behandling. Pasientforløpene kjennetegnes av flere formaliserte vurderingsledd med delvis overlappende formål. Det betyr at pasienten må gjennomgå unødig mange oppmøter og vurderingsprosesser, før virksom behandling iverksettes. For tjenestene innebærer dagens utredningsforløp høy samlet ressursinnsats, og det er usikkert om innsatsen står i rimelig forhold til nytten og kvaliteten på tjenesten.

Utvalget mener at en samlet gjennomgang av lovverk og retningslinjer for rettighetsvurdering og utredningsforløpet i spesialisthelsetjenesten er en nødvendig forutsetning for å lykkes i å redusere forløpsledd og sikre raskere og likere tilgang til effektiv helsehjelp. For eksempel kan dagens tidagers vurderingsfrist være

til hinder for å få gjennomført ansikt til ansikt-vurderingssamtaler med flere pasienter. Utvalget mener det er uheldig dersom en kortere vurderingsfrist som var ment å styrke pasientrettighetene, i realiteten bidrar til dårligere kvalitet i rettighetsvurderingsarbeidet og utløser behov for flere forløpsledd. I dagens system kan det se ut til at en unaturlig høy andel pasienter får en rett til utredning, der de med høy sannsynlighet også har rett til spesialisert behandling.

Våren 2023 ble pasient- og brukerrettighetsloven revidert for å gi mer forutsigbare pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Lovendringen innebærer blant annet at skillet mellom tidspunkt for oppstart av utredning og oppstart av behandling oppheves og erstattes av «tidspunkt for oppstart av helsehjelpen», og at kriterier for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er innarbeidet i lovteksten. Prioriteringskriteriene er så overordnede og viktige at de med fordel kan fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven. Dette vil dessuten bidra til at det ikke vil være tvil om at kriteriene i prioriteringsforskriften har tilstrekkelig lovhjemmel. Lovgiver har beveget seg i samme retning som det utvalget anbefaler slik at lovhjemlene ikke skal bidra til unødig ressursbruk. Lovendringene i pasient- og brukerrettighetsloven er vedtatt, men er foreløpig ikke trådt i kraft. Endringene trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

### **Boks 5.1 Utvalgets anbefalinger for inntak og utredning i psykisk helsevern**

For å forenkle og forbedre veien inn til psykisk helsevern anbefaler ekspertutvalget at arbeidet med å vurdere henvisninger og avklare behandlingsbehov for nyhenviste pasienter organiseres tematisk innad i hvert helseforetak. Formålet er å redusere tid og ressursbruk på veien fra henvisning til riktig behandling for den enkelte pasient.

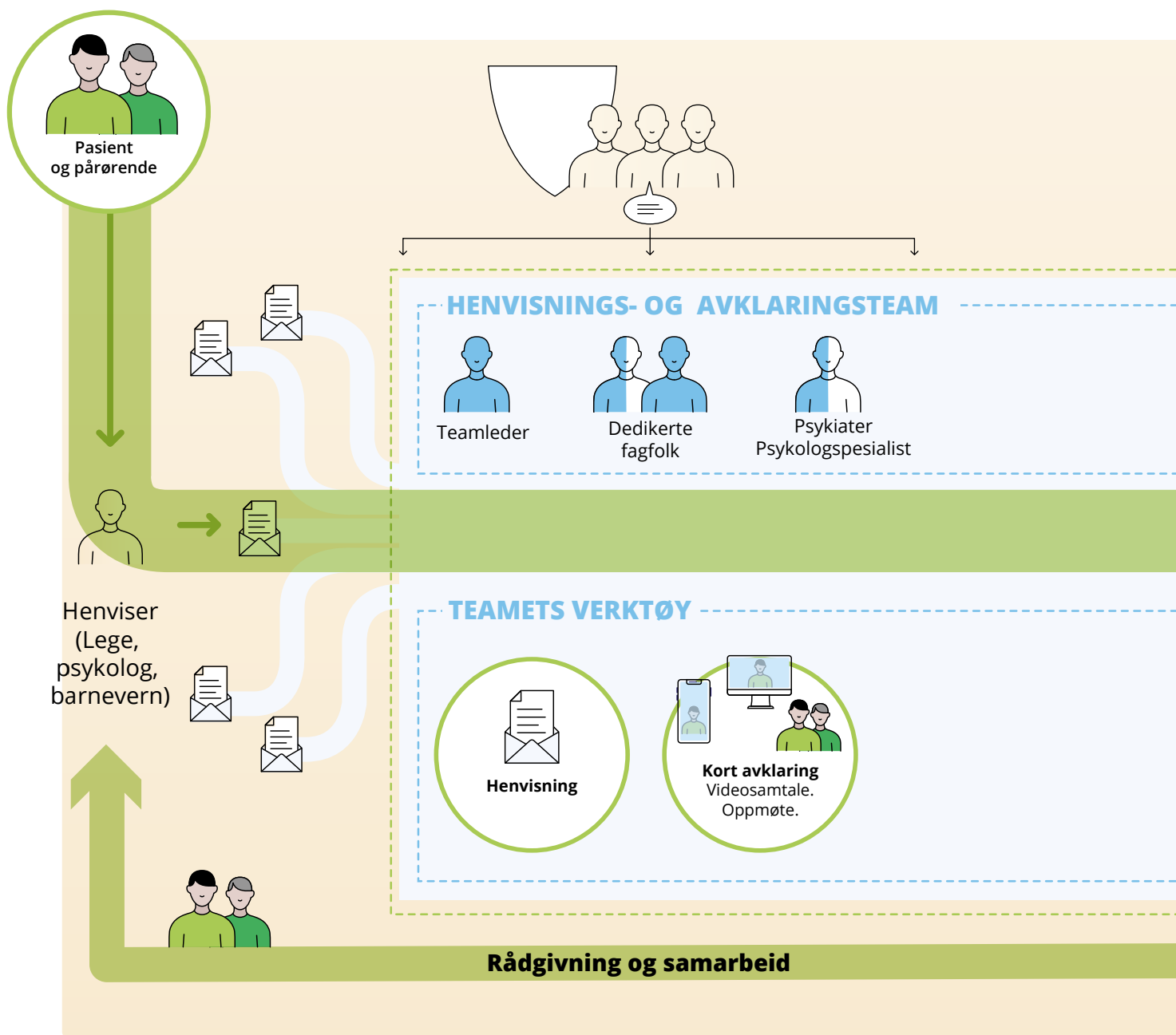
Følgende prinsipper bør legges til grunn for inntaksarbeidet:

- Inntaket skal i mindre grad være basert på skriftlig henvisning alene og mer på samtaler med pasient og pårørende, gjerne sammen med henviser.
- Samlet ressursinnsats for inntak og utredning ved oppstart av behandling reduseres.
- Antall vurderingsledd reduseres.
- Utredningskrav og forløpstid for utredning i nasjonale pasientforløp gjøres mer fleksibelt.
- Inntaksarbeidet bør i større grad vektlegge pasientens behov og avklaring av behandlingsmål. Omfattende og presis diagnostikk er ikke avgjørende for fordeling til riktig fagteam og oppstart av behandling.
- Kjente pasienter, eller der det er åpenbart ut fra henvisningen hva som er riktig nivå for helsehjelp, kan gå rett til allmennpsykiatriske eller mer spesialiserte fagteam uten videre utredning eller avklaring ved inntak.

Ekspertutvalget anbefaler at det opprettes egne henvisnings- og avklaringsteam i hvert helseforetak.

- Henvisnings- og avklaringsteamet skal være et kontaktpunkt for kommunehelsetjenesten og den øvrige spesialisthelsetjenesten.
- Teamet må ha spesialistkompetanse for å gjøre rettighetsvurderinger og diagnostiske vurderinger.
- Teamet bør ha særlig kompetanse på korte avklaringssamtaler enten over telefon, video eller ved oppmøte.
- Teamet må være trent på å raskt avklare behandlingsbehov med utgangspunkt i pasientens behov og målsetninger.
- Teamet skal kunne gjøre avgrensede intervensjoner som ikke krever videre oppfølging i psykisk helsevern, for eksempel justering av legemiddelbehandling ved kjent psykisk lidelse, eller kartlegging av funksjonsnivå knyttet til rettighetsvurdering ved spørsmål om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD).
- For å kunne avgjøre riktig nivå av helsehjelp må teamet ha god oversikt over tjenestetilbudet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten i opptaksområdet.

En skjematisk fremstilling av hvordan utvalgets forslag til henvisnings- og avklaringsteam kan forenkle og forbedre inntak i psykisk helsevern er vist i **figur 5.1**.



**Figur 5.1** Utvalgets forslag til tematisk organisering av et kombinert henvisnings- og avklarings-team som skal vurdere henvisninger og avklare behandlingbehov for nye pasienter. Teamet har ulike «verktøy» til rådighet. Skriftlige henvisninger av god kvalitet eller med kjent pasient og forutsigbart behandlingsbehov kan videresendes direkte til generelle eller spesialiserte fagteam i psykisk helsevern uten ytterligere utredning eller kartlegging. For pasienter der det er usikkert om tilstanden tilsier behov for spesialisthelsetjenste kan teamet kalle inn pasient og ev pårørende, gjerne i samarbeid med henviser, for å avklare behandlingsbehov. Avklaringsteamet er tematisk organisert med dedikerte fagfolk som har spisskompetanse på å avklare behandlingsbehov, og de bør ha god oversikt over tilbudet i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

## BESLUTNING





## 6 Prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet

Ekspertutvalget er bedt om å utrede om det finnes måter å organisere psykisk helsevern på som gir pasienter rask tilgang til riktig behandling for sine plager. Utvalget ser det som sentralt å finne en god balanse mellom det generelle, geografisk organiserte tilbudet som danner grunnmuren i tjenestene, og de mer tematisk spesialiserte fagteamene. I vurderingen av ulike organiseringsmodeller har utvalget vektlagt at tjenestene må ha fleksibilitet til å videreutvikle tilbudene i tråd med geografiske forutsetninger og lokale forhold. Gitt stor variasjon i både geografi og befolkningsgrunnlag, jf. kapittel 3, har utvalget liten tro på at én og samme modell kan passe i alle helseforetak i landet. Utvalget har derfor konsentrert seg om å formulere gode prinsipper for en sterkere tematisk organisering, med konkrete eksempler på hvordan dette kan oppnås i praksis.

Utvalget mener at en organisering av spesialiserte fagteam rundt enkelte psykiske lidelser eller behandlingsformater vil bidra til å styrke kvaliteten i tilbudet. En sterkere faglig tematisk organisering kan også styrke forutsetningene for helsepersonell til å oppdatere og fordype seg og for tjenestene til å ta i bruk ny kunnskap. I sum vil dette både øke kvaliteten i behandlingen og gjøre psykisk helsevern til et attraktivt arbeidssted for helsepersonell. Ulike geografiske forutsetninger og varierende kompleksitet i utfordringene som skal løses, tilsier behov for fleksibilitet i valg av organiseringsmodell.

Ekspertutvalget vil i dette kapitlet beskrive ulike måter å organisere psykisk helsevern på som kan gi flere pasienter tilgang på kunnskapsbasert behandling for sine psykiske plager. Vi gjennomgår ulike prinsipper for å bygge opp og vedlikeholde spesialisert fagkompetanse, diskutere fordeler og ulemper med en sterkere tematisk organisering, og til sist vil vi foreslå fire pasientgrupper som utvalget mener kan ha nytte av en sterkere tematisk organisering av behandlingstilbudet. Utvalgets forslag til tematisk organiserte fagteam må sees i sammenheng med anbefalingen om å tematisk organisere inntaksarbeidet, som beskrevet i kapittel 5. Henvissings- og avklaringsteamet vil utgjøre første steg, mens fagteamet vil være andre steg i behandlingsforløpet.

## 6.1 Hva menes med tematisk organisering?

Det er bred enighet om at fellesskapet har ansvar å sikre at de som rammes av psykisk lidelse, raskt får tilgang til kunnskapsbasert behandling gitt med høy kvalitet og nødvendig tilpasning til den enkelte pasient. I en desentralisert tjeneste er det en krevende oppgave å etablere god tilgang på kunnskapsbasert behandling. Det må blant annet sikres at behandlingstilbudet bygger på inngående kjennskap til et vidt spekter av spesifikke problemstillinger og individuelle behov for tilpasning og tilrettelegging. Dette utgjør en kompleksitet som i mange tilfeller krever kompetanse utover det en enkelt fagperson eller profesjon kan ivareta.

I psykisk helsevern er det behov for solid generalistkompetanse i tillegg til tydelig oppgavefordeling, samarbeid og prioritering for å sikre et godt og helhetlig tilbud. Dette innebærer tiltak der en sikrer sammenhengende og gode forløp gjennom økt grad av laginnsats og med raske og presise avklaringer og utredninger innad og på tvers av forvaltningsnivåer. Allerede ved oppstart av behandling må det settes klare mål for hva man ønsker å oppnå og hvordan det skal skje slik at pasienten blir hjulpet på best mulig måte, som beskrevet i kapittel 5.

Valg av behandling må primært avgjøres ut fra pasientens behov og behandlingsmål. Tjenesten er ansvarlig for å sikre at fagfolkene har nødvendig kunnskap og kompetanse, slik at pasientene kan tilbys kunnskapsbasert behandling med nødvendig individuell tilpasning. Det er et ønske at behandlingen skal tilbys så nært pasienten som mulig.

De siste årene har det vært en dreining fra en generalistmodell der hver behandler skal dekke et vidt spekter av problemområder, og der det er stor variasjon i behandling gitt for de samme utfordringene, til et tilbud som i tiltakende grad suppleres gjennom spesialiserte behandlingsprogram. Dette er en utvikling som representerer både muligheter og utfordringer, ikke minst for hvordan tjenesten organiseres.

Utvalget har innhentet data fra alle helseforetakene om hvordan de har organisert psykisk helsevern og i hvilken grad tjenestene er tematisk organisert. I denne sammenhengen forstås tematisk organisering som ulike grep for å sikre at tjenesten dekker alle tilstander og pasientgrupper med nødvendig kapasitet og spisskompetanse, slik at pasienter har tilgang på riktig behandling for sine psykiske plager og lidelser. Dette kan være krevende sett opp mot ulik forekomst av ulike tilstander og ulikt befolkningsgrunnlag i det enkelte helseforetak, som beskrevet i kapittel 3. Det er likevel påfallende i hvor stor grad tjenesten allerede i dag er tematisk organisert. Det er riktignok stor variasjon i hvordan hvert enkelt helseforetak har valgt å organisere psykisk helsevern, og det er valgt ulike metoder for å nå spesifikke pasientgrupper på best mulig måte. Den store variasjonen kan skyldes at det er utfordrende å organisere psykisk helsevern tematisk på en måte som sikrer at pasienter og pårørende har tilgang til nødvendig generalist- og spesialistkompetanse, og at det er nødvendig med lokal tilpasning.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte sykdomsbilder og kan tilfredsstille kriterier for ulike diagnoser på ulike tidspunkt. En for stram tematisk organisering knyttet til spesifikke diagnoser alene kan gi lite målrettet behandling for pasienter med komplekse tilstander, og det kan medføre en skjevfordeling av fagekspertise. Psykisk helsevern kan derfor ikke organiseres fullt ut tematisk basert på diagnose. Organiseringen bør legge til rette for en kombinasjon av generell kompetanse og tematisk innhold i tjenesten slik at pasientene får tilgang til målrettet behandling. Etter utvalgets mening må *tematisk organisering* tolkes bredt og ikke bare omfatte diagnosebaserte tilstander, men også ulike behandlingsformater (f.eks. FACT-team), aldersgrupper (f.eks. sped- og småbarnsteam) eller oppgaver som etter utvalgets syn krever spisset kompetanse (f.eks. henvisnings- og avklaringssteam).

Utvalget vil i utgangspunktet fraråde organisering basert på enkeltmetoder fordi kunnskapsgrunnlaget tilsier at ulike pasienter responderer ulikt på forskjellige behandlingsintervensjoner og kan ha nytte av kombinasjoner av tiltak. Samtidig er feltet i stor utvikling slik at det stadig skjer forbedringer og utvikles nye metoder.

Utvalgets vurdering er at tematisk organisering kun er hensiktsmessig når dette bidrar til et forutsigbart, stabilt og robust tilbud med økt kvalitet og god ressursbruk. Dette er i tråd med en rekke innspill til ekspertutvalget. Utvalget legger til grunn at tematisk organisering også kan dekke større fagområder, ut fra faglig begrunnede kriterier. Mindre områder vil da kunne sortere inn under beslektede og større områder. Kjennskap og kompetanse knyttet til en problemstilling gir bedre forutsetninger for å opparbeide kompetanse i tilgrensende problemstillinger. Grad av overføringsverdi er derfor sentralt. Dette vurderes å legge til rette for økt grad av klinikknær opplæring og oppbygging av kompetanse etter mester-svenn-modellen. Det kan også legge til rette for intern oppgavefordeling og betydelig faglig utvikling der behandlere oppnår stadig mer kompetanse og kan fylle flere roller innad i fagmiljøet. Dette vil også kunne motvirke en uønsket effekt av spesifikke tilbud der pasienter med tilgrensende problemstillinger avvises, fordi fagmiljøet er for lite og opererer på et for smalt område.

Det er også grunn til å forvente at størrelsen på fagmiljøet har betydning for å bygge og opprettholde kompetanse over tid. Større fagmiljø er mindre sårbare for utskiftning av personell og risiko for at viktig kompetanse forsvinner ut av fagmiljøet når enkeltpersoner slutter. Ofte risikerer man at tapt kompetanse ikke erstattes, eller at kostnadene til ny opplæring er betydelig høyere enn om andre personer i fagmiljøet lærer opp nye kolleger. Større fagmiljøer vil også kunne inkludere og benytte ulik grad av generell og spesialisert kompetanse på en fleksibel og kostnadseffektiv måte, ved at pasienter fordeles ut ifra antatt kompleksitet og behov for kompetanse, og med mulighet for å justere dette gjennom et behandlingsforløp. En tematisk organisering vil kunne legge til rette for en dreining der en fremfor å vurdere hvor lite et miljø kan være for å inneha ulike funksjoner, søker mot å styrke det så mye som mulig.

I et større fagmiljø vil grad av kompetanse knyttet til spesifikke diagnoser eller problemstillinger kunne økes for feltet som helhet, men også i dybden. Fagmiljøet

kan i større grad dekke flere lag og sirkler med kompetanse, som kan sikre god hjelp til pasienter, god ressursforvaltning og utviklingsmuligheter for den enkelte behandler. Dette legger også til rette for prinsipp om at pasienten skal få tilgang til så mye hjelp og kompetanse som nødvendig for å oppnå behandlingmålet. Det vil også legge til rette for raskere avklaring som følger prinsippet om at det viktigste vurderes først, jf. Utvalgets forslag til forenkling og forbedring av inntaksarbeidet i kap 5.4. Når en har tilstrekkelig informasjon og opererer med tydeligere faglig baserte kriterier for valg og varighet av behandling, går man videre. Gjennom dette vil vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i større grad kunne være noe som gjøres gjennom forløpet, slik at pasienter som ikke har behov for videre behandling i psykisk helsevern, kan avsluttes. Etter utvalgets oppfatning vil en organisering i fagteam med felles ansvar for pasientgruppen gi bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

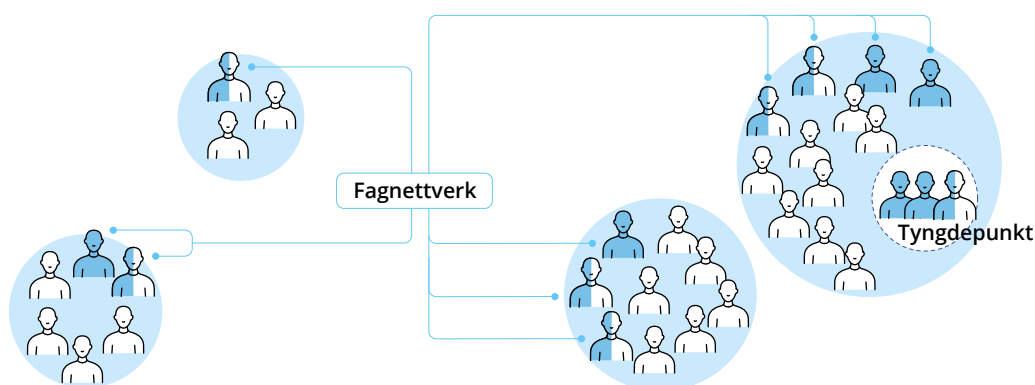
## 6.2 Fagteam i matrise eller tyngdepunkt

For å dekke behovet for både generell og spisset fagkompetanse må det enkelte helseforetaket fordele personellressursene slik at flest mulig pasienter får rask tilgang på målrettet behandling for sin psykiske lidelse. Det kan innebære at behandlere enkelte dager deltar i et generalisttilbud, for eksempel vaktjeneste eller bistår andre behandlere i deres vurderinger. Andre dager kan de jobbe med mer spesialisert behandling til pasienter på et felt de har spisskompetanse på, for eksempel gruppebehandling ved ustabil personlighetsforstyrrelse eller traumefokusert kognitiv terapi. På den måten har behandlerne variasjon i arbeidshverdagen, og de får anledning til å videreutvikle sin spesialiserte kompetanse samtidig som de bidrar til avdelingens totale behandlingstilbud.

Ved Bærum DPS er det etablert en matrisestruktur der poliklinikkene er organisert etter geografisk opptaksområde. Tematiske tilbud er organisert i fagteam på tvers av poliklinikkene, for eksempel for tvangslidelse, spiseforstyrrelser eller tjenester til innsatte i fengsel. I en matrise vil alle som jobber i et spesialteam, også ha generalistoppgaver som å utrede og behandle tilstander som ikke er tematisk organisert, for eksempel depressive lidelser. På denne måten sikrer DPS-et at de har både allmennpsykiatrisk og spesialisert kompetanse internt på hvert behandlingssted. De ansatte trenes i samarbeid, til å være trygge på å dele og til å be om hjelp. Det bygges dermed en kultur for å jobbe i team og søke råd uansett om man er nyutdannet eller erfaren.

Ved Klinikk psykisk helsevern barn og unge i Bergen ble tilbudet lagt om etter at en ekstern evaluering avdekket stor variasjon i behandlingstilbudet ved de sju BUP-ene i opptaksområdet. Det ble startet en fagutviklingsprosess i klinikken med etablering av flere spesialteam for tilstander med lav forekomst, som tvangslidelse, spiseforstyrrelse og psykose, kalt «tyngdepunkt» (87). Det skulle være minst tre behandlere i hvert tyngdepunkt, og ansatte skulle ha tilhørighet i faste tyngdepunkt. Stillingene ble delt mellom allmenne poliklinikker og tyngdepunkt, og innholdet i behandlingen skulle ta utgangspunkt i nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer. Spesialiseringen virket motiverende for behandlere, reduserte

turnover og økte engasjementet for videre utvikling av tyngdepunktene. Imidlertid rapporterte behandlerne om vansker med å dele seg mellom generelle og spesialiserte arbeidsoppgaver, og flere behandlere i tyngdepunktene ønsket mer tid til spesialisering. Utviklingen belyser dilemmaet ved å ivareta både generalist- og spesialtilbud i samme organisasjon. Økt grad av spesialisering kan gå utover tilbudet til de andre pasientene fordi fagressursene samles i det spesialiserte tilbudet. I **Figur 6.1** er prinsippene for fagnettverk som matrise og tyngdepunkt illustrert for enheter med ulik størrelse.



**Figur 6.1** *Spesialisert fagkompetanse kan samles i nettverk og samarbeide med øvrige deler av psykisk helsevern på ulike måter. Matriseorganisering innebærer at fagpersoner med spesialisert kompetanse er knyttet sammen i fagnettverk på tvers av organisatoriske enheter. Tyngdepunktorganisering innebærer at fagfolk med spesialkompetanse er samlet i én enhet og har ansvar for kompetansedeling innad og på tvers av enheter i helseforetaket. Begge organisasjonsformene innebærer at ansatte får ansvar for både generalist- og spesialtilbud, men forskjellen ligger i at matrise innebærer at spesialkompetansen er spredd på ulike organisatoriske enheter.*

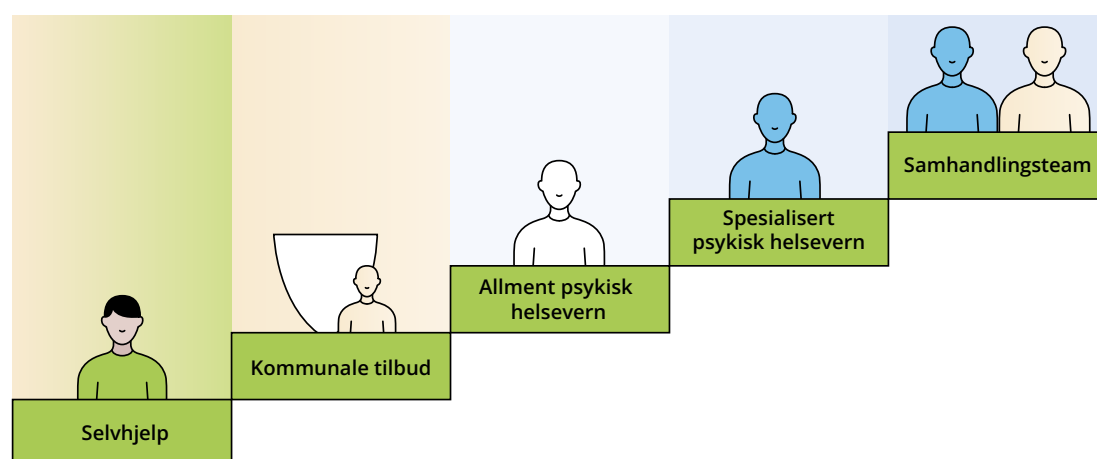
### 6.3 Stepped care og mixed care – helsehjelp på laveste effektive omsorgsnivå

Spesialisthelsetjenesten i Norge har utviklet tjenesten i psykisk helsevern med allmennpsykiatriske poliklinikker ved DPS eller BUP som grunnmur og med ulike spesialiserte tjenester organisert ut fra metode, diagnose eller behandlingsformat. I DPS-ene er det utviklet både akutte ambulante tjenester, ulike gruppe- og dagtilbud, individuelle behandlingsforløp, digitale tilbud og døgntjenester for definerte pasientgrupper. Parallelt er det i sykehusavdelingene utviklet døgntilbud med akuttmottak og sengeposter med ulik grad av differensiering. For pasienter med behov for sammensatte tjenester over tid, har de fleste helseforetakene etablert ambulante team i samarbeid med kommunale tjenester, etter modell av ACT eller FACT (36).

*Stepped Care-* eller *trappetrinn-*modellen er en tilnærming for å organisere og levere tjenester basert på pasientens individuelle behov og prinsippet om laveste effektive

omsorgsnivå (LEON) (88). Målet med trappetrinnmodellen er å sikre at pasienter får mest mulig effektiv og hensiktsmessig behandling i tråd med alvorlighetsgraden av tilstanden deres. Modellen består av flere nivåer (trinn) av intervensjoner og behandlinger, fra lavintensive til høyintensive. I den klassiske modellen starter pasientene på laveste trinn og går videre til mer intensive trinn ved behov (se **Figur 6.2**). Modellen innebærer at tilgjengelig behandling for en gitt tilstand er gradert ut fra intensitet eller behov for terapeutisk involvering og en fortløpende vurdering av om det gjeldende steget gir tilstrekkelig effekt (88).

1. **Selvhjelp og egenomsorg:** Dette er det første trinnet hvor pasienter oppfordres til å bruke selvhjelpsmaterialer og egne ressurser for å håndtere milde og forbigående helseproblemer.
2. **Lavintensiv behandling:** Hvis selvhjelp ikke er tilstrekkelig, kan veiledet selvhjelp, nettbaserte intervensjoner eller lavterskeltilbud i kommunen være aktuelt.
3. **Moderat intensiv behandling:** Her er pasienten avhengig av bistand fra helsepersonell som utreder og eventuelt behandler pasienten i kommune- og/eller i spesialisthelsetjenesten.
4. **Spesialisert behandling:** For mer alvorlige og komplekse problemer som varer over lengre tid, kan det være nødvendig med spesialisert behandling som psykoterapi eller medikamentell behandling i psykisk helsevern.
5. **Høyintensiv og spesialisert behandling:** For de mest alvorlige og langvarige psykiske lidelsene kan det være nødvendig med intensiv behandling og støtte, for eksempel ved døgninnleggelse eller andre kriseintervensjoner.



**Figur 6.2** Tjenestetilbudet i psykisk helsevern er organisert med ulik grad av spesialisering. Figuren er tradisjonelt brukt for å illustrere prinsippet om hjelp på laveste effektive omsorgsnivå (LEON).

Trappetrinnsmodellen har fått kritikk for å være for rigid, fordi pasienter risikerer å gå gjennom uvirksom behandling på ett nivå før de kan løftes til neste nivå. Dermed kan verdifull tid og motivasjon gå tapt før man kommer frem til riktig behandlingsnivå. Et alternativ til stepped care er såkalt *mixed care*. Det innebærer en mer individuell tilpasning der pasienter på et høyt trinn (i

spesialisthelsetjenesten) også har tilgang på tiltak lenger ned i tiltakskjeden (for eksempel hjelp til bolig eller tilpasset arbeid). Pasientene må derfor ha tilgang til ulike grader av bistand på ulike tidspunkt i et forløp. Mixed care bidrar til effektiv ressursutnyttelse ved å tilby pasienter individuelt tilpasset behandling i ulike faser av pasientforløpet. Ved å inkludere lavintensive behandlingsalternativer som opplæringsmateriale og selvhjelpsverktøy vil mixed care øke tilgangen til psykisk helsevern for et større antall personer.

## 6.4 Persontilpasset fleksibilitet i behandlingstilbudet

Helsepersonellkommissjonen har pekt på at det må være et samvirke og bedre sammenheng mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (22). Økt etterspørsel innen psykisk helsevern kombinert med begrenset tilgang på fagfolk betyr at man må endre tjenesten for å sikre bærekraft. Økt etterspørsel utfordrer både de økonomiske rammebetingelsene og tilgang på ansatte. Tilpasning og videreutvikling av tjenesten må gjøres langs flere akser.

- endring i arbeidsprosesser og organisering av tjenesten
- øke andelen som får digital oppfølging
- endring i kompetansesammensetning

For pasienter som henvises til og gis rett til nødvendig helsehjelp i psykisk helsevern, er det tradisjonelt gitt to valg, døgntilbud eller poliklinisk oppfølging. Dersom pasienter legges inn til øyeblikkelig hjelp på kveld og natt, går de til høyeste omsorgsnivå (nivå 5 i trappetrinnmodellen) i form av akutt døgntilbud. Dersom pasienten får tilbud om poliklinisk behandling, starter som regel et utrednings- og behandlingsforløp i form av en serie ansikt til ansikt-møter med én eller flere behandlere. Dersom pasienten ikke møter eller unndrar seg behandling på annet vis, kan et tverrfaglig oppsøkende team bli involvert. Poliklinisk eller ambulant behandling tilsvarer nivå 3 eller 4 i trappetrinnmodellen. Det foregår altså i realiteten ikke en nivådeling etter LEON-prinsippet ved oppstart av helsehjelp i psykisk helsevern.

## 6.5 Fagkompetanse i et tematisk organisert psykisk helsevern

Ekspertutvalget er bedt om å utrede mulige organisatoriske grep som kan gi pasienter raskere tilgang til riktig behandling. Nødvendige tiltak for å oppnå dette er å sikre tilgang på og riktig bruk av fagkompetanse. Behandling av tvangslidelser er et felt hvor det i dag er en tydelig tematisk organisering i psykisk helsevern. Her har implementering av kunnskapsbasert metode kombinert med etablering av egne OCD-team og pakkeforløp (nå nasjonale pasientforløp) bidratt til at nesten alle helseforetak kan fortelle om vellykket tematisk organisering av utredning og behandling av tvangslidelser (jf. Kap 3.5). Se **boks 6.1** for en mer utførlig beskrivelse av innføring av OCD-team og etablering av Bergen 4-day treatment (34, 35).

### **Boks 6.1    Fra OCD-team til Bergen 4-day treatment**

Etablering av OCD-team for behandling av tvangslidelser er et eksempel på tematisk organisering av et fagområde. Prosessen og erfaringene med organiseringen vurderes å være relevante for ekspertutvalgets mandat. Det har siden midten av 1960-tallet vært kjent at en stor andel av de som er rammet av tvangslidelser, kan ha stor nytte av behandling med utgangspunkt i eksponeringsterapi, men slik behandling har vært lite tilgjengelig.

I 2009 ble dette tatt opp som spørsmål i Stortinget av representanten Bent Høie. Daværende helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen opprettet en arbeidsgruppe som førte til et fireårig nasjonalt prosjekt. Det ble etablert 30 OCD-team i prosjektet, og målet var å sikre at et tilbud av høy kvalitet skulle være tilgjengelig, uavhengig av pasientens bosted.

Begrunnelsen for denne organiseringen var at det var relativt lav forekomst av lidelsen, og opplæring i relevante metoder var lite tilgjengelig. Hvert OCD-team skulle bestå av et samlokalisert fagmiljø som dekket et større geografisk område enn hvert enkelt DPS eller BUP gjorde. Fagpersonene måtte ha tilgang til og gjennomføre omfattende opplæring knyttet til tematikk og relevant behandling. Som hovedregel ble det etablert ett OCD-team for voksne og ett for barn og unge i hvert helseforetak, lokalisert til et DPS og et BUP i det aktuelle området.

OCD-teamene har evaluert virksomheten og behandlingen som er gitt, underveis i prosjektperioden. Mer enn 20 av teamene har dokumentert svært gode resultater. Arbeidet i OCD-teamene har også ført til fagutvikling og etablering av nye tilbud, for eksempel Bergen 4-day treatment (B4DT). Økt faglig samarbeid, gode behandlingsresultater og mer forskning og fagutvikling har fått betydelig oppmerksomhet også internasjonalt.

Flere av OCD-teamene har valgt å styrke fagmiljøet med flere ansatte og samtidig utvide virksomheten slik at teamet også får ansvar for tematisk tilgrensende områder, blant annet andre angstlidelser og tilstander som eksempelvis tourettes syndrom. Spisskompetansen i teamet vurderes å være svært relevant. Fagmiljøet er styrket og samtidig sikres god utnyttelse av kompetanse. Man unngår også at enkeltområder blir stående uten tilbud på grunn av manglende spisskompetanse. Dette vurderes å være en utvikling i tråd med anbefalingene ekspertutvalget har for ytterligere tematisk organisering av psykisk helsevern.

Det hjelper lite om behandling er tilgjengelig dersom den ikke er tilpasset den enkeltes behov og ikke gjennomføres med tilstrekkelig kompetanse. Dette er krevende fordi fagfeltet omfatter et vidt spekter av ulike tilstander og problemstillinger.

Selv når det finnes anbefalte behandlingsmetoder med solid forskningsmessig støtte, har det blitt påpekt at disse ofte er utilgjengelige eller tilbys uten tilstrekkelig kvalitet. Flere forhold og tiltak vurderes å være sentrale for å redusere misforhold mellom det som faglig sett er anbefalt, og det som reelt sett er tilgjengelig.

Tjenestene styrkes gjennom organisering av team med klar faglig profil og tematisk ansvarsområde. Dette legger til rette for mester-svenn-modeller for opplæring der mindre erfarne fagpersoner kan observere og jobbe tett sammen med erfarne fagpersoner. Større team er også mindre personavhengige og sårbare ved utskifting av personell. Større team legger også til rette for prosedyrer der en kan trekke inn mer erfarne og kompetente fagpersoner ved avvikende forløp og andre utfordringer. Det er også å forvente at behandlere som får brukt sin kompetanse og erfaring på aktuelle oppgaver, vil trives og bli værende i jobben. Stabile og sterke fagmiljøer kan bidra til økt rekruttering.

Sterke fagmiljøer gir også gode forutsetninger for å etablere og gjøre bruk av ulike lag med kompetanse systematisk, noe som også kan gjenspeiles i sammensetningen av tverrfaglige team.

Det er flere forhold som kan vektlegges ved organisering av fagteam, for eksempel i hvilken grad kunnskap og ferdigheter knyttet til en lidelse eller et problemområde, har overføringsverdi til et annet område. Dette vil kunne legge til rette for team der en internt har behandlere med spisskompetanse knyttet til beslektede problemområder. For eksempel kan en ansatt i et psykoseteam ha spisskompetanse på traumatisk stress slik at en pasient med psykoselidelse og traumeerfaring får tilgang på spisset kompetanse for sin lidelse. Slik organisering kan være en styrke ved at mindre prevalente lidelser kan organiseres sammen med beslektede lidelser med høyere forekomst. Dette er i tråd med utvalgets forståelse av tematisk organisering der en søker pragmatiske løsninger for å etablere sterkere fagmiljøer og legger til rette for økt utnyttelse av spisskompetanse på tilgrensende områder når det er grunn til å forvente at dette vil øke kvalitet og effektivitet i tjenesten.

Å organisere fagteam med kompetanse på tilgrensende områder skiller seg fra en kategorisk inndeling etter diagnoser, enkeltmetoder eller fastsatte forløp, som kan begrense utnyttelsen av tilgrensende kompetanse og mulighet for individuell tilpasning av hjelpen. Fagteam vil også kunne legge til rette for at tjenesten i større grad organiseres slik at det er gode rammebetingelser for faglig utvikling og endring i tilbudets form og innhold.

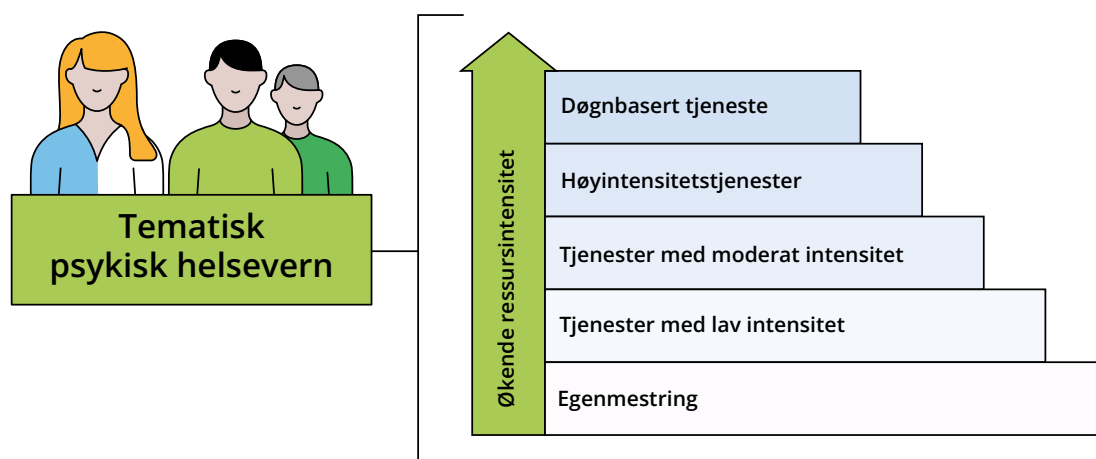
Det kan ikke forventes at enkeltbehandlere i alle DPS og BUP-er skal ha spisskompetanse knyttet til hele bredden i fagfeltet. På samme måte kan det være hensiktsmessig å vurdere oppgavefordeling mellom geografiske enheter som

beskrevet i kapittel 6.2. Forhold som lav klinisk forekomst og mulighet til å sikre at tilbudet gis fra fagmiljøer med klar faglig profil og spisskompetanse, vil kunne vektlegges sterkere enn i dagens organisering der geografisk nærhet har hatt stor betydning. Det kan også være en styrke at opplæring og utvikling av kompetanse i større grad kan gjøres med grunnlag i sterke kliniske fagmiljøer.

## 6.6 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om sterkere tematisk organisering

Også i psykisk helsevern har det vært en vridning fra behandling i døgnavdeling over i poliklinisk og ambulant oppfølging. Etter ekspertutvalgets mening bør de polikliniske tjenestene i psykisk helsevern videreutvikles til i økende grad å inkludere digital oppfølging og mer fleksible rammer for omfang og intensitet i behandling. Ekspertutvalget mener at psykisk helsevern ikke kan fortsette å gi helsetjenester på samme vis som i dag, med individuelle ansikt til ansikt-møter hver uke eller annenhver uke som standardformat. Det må tas i bruk verktøy for selvhjelp og pasienter må i økende grad stimuleres til å mestre egne liv.

Utvalget anbefaler at tjenestene i psykisk helsevern ytes etter prinsippene for mixed care ved at ulike tiltak i intervensjonstrappen brukes og kombineres på en måte som gir individuelt tilpasset og fleksibel behandling for alle pasienter. Fagteamet i psykisk helsevern har et knippe av intervensjoner å velge mellom, med ulike metoder og grad av behandlingsintensitet for å gi målrettet og virksom behandling til den enkelte pasient (se **figur 6.3** for en skjematisk fremstilling).



**Figur 6.3** Illustrasjon av at behandlingstilbudet også innenfor et valgt spesialiseringstilbud må vurderes individuelt. For hver enkelt pasient velger behandler i samråd med pasient og pårørende en tilnærming og behandlingsform som passer med det kliniske behovet pasienten har på det aktuelle tidspunktet. Her benyttes prinsippet om mixed care, der individuelt tilpasset behandling gis med den grad av behandlerinvolvering og intensitet som er nødvendig.

Utvalget er bedt om å utrede nye pasientgrupper som kan ha nytte av ytterligere tematisk organisering av psykisk helsevern. Utvalget har drøftet ulike kriterier som kan brukes for å vurdere nytten av mer spesialiserte tilbud til nye pasientgrupper

eller tilstander. Da OCD-teamene ble etablert, var dette begrunnet i tilstandens lave forekomst, store omkostninger og samtidig høy potensiell nytte av spesifikk behandling. De generaliserte tjenestene manglet ofte mengdetrening og kompetanse til å tilby slik behandling. Med andre ord var kriteriene om lav forekomst og behovet for spesialisert kompetanse førende.

Motsatt kan det å tilby mer spesialisert behandling til tilstander med høy forekomst, slik som depressive lidelser, ha betydning for langt flere pasienter, og tjenesten vil få et mye større samlet gevinstpotensial.

Utvalget har identifisert fire pasientgrupper som kan ha nytte av mer spesialisert tilbud i psykisk helsevern ut fra forekomst, tilgang på kunnskapsbasert behandling og samlet ressursbruk

- Spiseforstyrrelser: eksempel på pasientgruppe med økende forekomst og til dels høy alvorlighetsgrad.
- Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD): eksempel på pasientgruppe med høy og økende forekomst.
- Psykoselidelser: eksempel på pasientgruppe med omfattende behov for tjenester i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Stemningslidelser: eksempel på pasientgruppe med høy forekomst, episodisk forløp og til dels høy alvorlighetsgrad.

Ekspertutvalget vil understreke at disse tilstandene ikke er viktigere å prioritere enn andre like alvorlige tilstander. Vi bruker dem bare som eksempler på pasientgrupper som kan ha nytte av tydeligere tematisk organisering i psykisk helsevern. Utvalget vil også presisere at det kan være lokale variasjoner og forhold som tilsier større behov for å utvikle mer spesialiserte tilbud til andre pasientgrupper.

### **Fordeler og ulemper ved tematisk organisering**

I mandatet bes ekspertutvalget om å vurdere fordeler og ulemper ved en sterkere tematisk organisering og beskrive tiltak som kan redusere risikoen for uønskede konsekvenser. Det vektlegges at pasientforløpene skal være helhetlige, sammenhengende og ivareta pasienters sammensatte behov.

Det er kommet flere innspill til ekspertutvalget som belyser risikoen ved en sterkere tematisk organisering. Utvalget har også merket seg offentlige utspill som peker på utfordringer ved økt spesialisering basert på diagnoser, enkeltmetoder eller liknende. Utvalget har gjennomgående diskutert dette i arbeidet med anbefalingene, og vil peke på følgende mulige negative konsekvenser ved en ytterligere tematisk organisering av psykisk helsevern:

- Økt spesialisering kan gi flere overganger mellom behandlere og organisatoriske enheter og dermed hindre kontinuitet i behandlingen.
- Det kan også gi flere avslag for pasienter som ikke anses som primær målgruppe for det spesialiserte tilbudet.
- Pasienter med sammensatte tilstander kan bli «kasteballer» mellom spesialiserte team.

- Økt spesialisering kan gi økt utredningsarbeid med sikte på å stille riktig diagnose.
- De spesialiserte teamene kan lukke seg og ikke ta ansvar for problemstillinger og oppgaver utenfor sitt avgrensede område.
- Samhandlingen med kommunale tjenester vanskeliggjøres dersom team som har ansvar for geografisk spesifiserte opptaksområder, avvikles.
- Økt spesialisering kan medføre metodisk ensretting og mindre individuell tilpasning av behandlingsforløp.

Når utvalget likevel anbefaler å organisere faglige team knyttet til spesifikke tilstander, oppgaver, arenaer eller behandlingsformater, er det med utgangspunkt i utfordringene som skisseres i mandatet, og særlig basert på Riksrevisjonens rapport fra 2021 (2).

Utvalget mener at det tar for lang tid fra pasienter med psykiske lidelser oppsøker hjelpeapparatet, til de kommer i gang med virksom behandling. Det finnes mange eksempler hvor det er for tilfeldig hvilken kompetanse og hjelp som møter dem. Kartleggingen som utvalget har gjennomført blant landets helseforetak, viste at mye av arbeidet med å sikre tilgang til kunnskapsbasert behandling, baserte seg på enkeltbehandlere og spesialisters kompetanse. Utvalget oppfatter at det mange steder mangler en mer overordnet strategi for å sikre at tilbudet er innrettet etter pasientenes behov, og at kompetansehull er utilstrekkelig dekket. Mindre geografiske enheter samarbeider i for liten grad med andre om å finne løsninger.

I tråd med Riksrevisjonens funn gjenkjenner utvalget utfordringen som er forbundet med at det tar for lang tid før ny forskningskunnskap om tilstander, behandlingsmetoder eller behandlerferdigheter kommer pasientene til gode i tjenestene (2). Det settes av for lite tid og ressurser til god implementering av slik kunnskap.

Utvalget mener at en sterkere tematisk organisering av fagteam knyttet til ulike tilstander og områder, som også danner grunnlag for mye av behandlingsforskningen, vil gi fagfolk i tjenestene et bedre utgangspunkt for å oppdatere seg faglig. I psykisk helsevern må det etableres fleksible og lærende fagteam som har både generell og spisset kompetanse. Organiseringen må sørge for at fagfolkene får nødvendig opplæring, videreutvikling og veiledning, slik at kompetansen opprettholdes og videreutvikles og teamene blir robuste for endringer i personsammensetning. En slik organisering vil også gi virksomhetene et bedre utgangspunkt for å holde oversikt over det samlede tjenestetilbudet og utvikle kompetanseplaner.

Et tilleggsmoment, som også er fremhevet i bestillingen til utvalget, har vært bekymringen for arbeidssituasjonen til behandlerne i dagens tjenester. Gjentakende tilbakemeldinger fra behandlere, særlig fra de allmennpolikliniske tjenestene, er at de mangler kapasitet og oversikt til å tilby god behandling, har for lite tid til fagutvikling og at styringen av tjenestene over tid har vektlagt aktivitet og økonomi fremfor fag (89). Utvalget ser med bekymring på rekrutteringsvanskene som beskrives flere steder i landet, og mener det er av vesentlig betydning for tjenestenes evne til å beholde høy kompetanse at fag og behandlingsinnhold

får større plass i styring og utvikling. Utvalget mener en sterkere faglig tematisk organisering legger bedre til rette for dette enn dagens generalistmodell gjør.

Samlet mener utvalget at innretningen på anbefalingene knyttet til de fire nevnte pasientgruppene, i stor grad bidrar til å forebygge mulig uønskede konsekvenser ved en sterkere tematisk organisering. Følgende momenter bidrar til å redusere risiko:

- Definisjonene av kvalitet, kunnskapsbasert praksis og tematisk organisering er brede og omfatter mer enn spesifikke diagnoser og metodepakker.
- Anbefalingene om en forenklet og forbedret inntaksprosess, med større vekt på avklaring av brukernes behov, målsetninger og endringsmuligheter, er egnet til å redusere utredningsaktiviteter før igangsetting av virksom behandling.
- Anbefalingen om fagteam som er integrert i dagens organisering, bidrar til å redusere risikoen for utvikling av nye siloer og flere samhandlingsvansker.
- Prinsippene om matriseorganisering, der alle tildeles et ansvar for sammensatte og tilgrensende tilstander og helheten av oppgaver, og der kompetansen kan benyttes fleksibelt, bidrar til å redusere risiko for behandlingsbrudd og ansvarsforskyving mellom tjenester.
- Anbefalingene om å samhandle bedre med kommunen og fjerne hindringer for samhandling bidrar til å sikre sammenhengende pasientforløp.

### **Boks 6.2 Utvalgets forslag til prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet**

For å sikre at alle pasienter får rask tilgang på riktig behandling anbefaler ekspertutvalget følgende prinsipper for etablering av spesialiserte fagteam i psykisk helsevern:

- Tilbudene bør være integrert i eksisterende tjenester og representere en videreutvikling av geografisk forankrede generalisttilbud.
- Ansvaret for å utvikle robuste fagmiljøer som sikrer pasienter tilgang til oppdatert behandling og kompetanse for ulike tilstander, bør ligge på helseforetaksnivå.
- Lokale forutsetninger, slik som geografi, enheters størrelse, tilgang på kompetanse og befolkningens behov, legger føringer for valg av organiseringsmodell.
- Fagteamene bør være tverrfaglige og i større grad enn i dag være basert på delt ansvar for pasientforløp og for samlet kompetanseutvikling og faglig oppdatering i tjenesten.
- Fagteamene bør basere seg på LEON-prinsippet og tilby en bredde av behandlingsintervensjoner med ulik grad av intensitet tilpasset den enkelte pasients situasjon og behov (mixed care).
- Også mer spesialiserte team/enheter tildeles ansvar for tilgrensende oppgaver og tilstander, samt for pasienter med komplekse tilstander og komorbiditet, for å unngå ansvarsfraskrivelse og fragmentering av tilbudene.

## Spiseforstyrrelser

Under koronapandemien var det en betydelig økning i henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge med spiseforstyrrelser (90). Framskrivninger tilsier at forekomsten av spiseforstyrrelser vil øke ytterligere fremover, og at det vil være behov for flere døgnplasser i psykisk helsevern, særlig for barn og unge (21). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) har pekt på spiseforstyrrelser som et særlig viktig område, og regjeringen har i 2023 bevilget midler til å styrke arbeidet med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser (4). Spiseforstyrrelser ble også nevnt av flere helseforetak i svar på spørsmål om hvilke pasientgrupper som kunne ha nytte av en sterkere tematisk organisering. Utvalget vurderer derfor at spiseforstyrrelser utmerker seg som et område som bør bli tydeligere tematisk organisert i psykisk helsevern, og hvor det ligger til rette for en mer helhetlig nasjonal satsing på kompetansebygging og kvalitetssikring

De fleste pasienter med spiseforstyrrelser får sitt tilbud i lokal BUP eller DPS. Det er store variasjoner i hvordan tilbudet er organisert. Flere sykehus har spesialiserte team eller spesialpoliklinikker på BUP-/DPS-nivå, mens andre tilbyr behandling i ordinær poliklinikk, fortrinnsvis med fordeling til behandler med kompetanse på tilstanden. I noen helseforetak finnes det spesialiserte døgntilbud for spiseforstyrrelser, for eksempel i Vestre Viken og ved Sykehuset i Vestfold. Men i flertallet av helseforetakene finnes ingen spesialiserte sengeplasser, verken i psykisk helsevern for barn og unge eller i psykisk helsevern for voksne. Pasienter med spiseforstyrrelser legges da inn i allmennpsykiatriske avdelinger og møter behandlere og miljøpersonale med variabel kompetanse på tilstanden. I noen sykehus kan det å legges inn bety at man møter behandlere med mindre kompetanse på spiseforstyrrelser sammenliknet med kompetansen som finnes i poliklinikken. I andre foretak er det utviklet delvis spesialiserte tilbud innenfor rammen av allmennpsykiatriske sengeposter. Flere helseforetak skriver i sin tilbagemelding til ekspertutvalget at de ønsker eller planlegger å utvikle dagtilbud for spiseforstyrrelser. Dagtilbud vil si at pasienter og familier får intensiv måltidsstøtte i en avgrenset tidsperiode, men at de bor hjemme. Mange pasienter som før ville trengt innleggelse, får nå god hjelp i et mindre ressurskrevende dagtilbud.

De høyspesialiserte regionale enhetene skal ivareta pasienter som verken kommune- eller spesialisthelsetjenesten har klart å hjelpe i tilstrekkelig grad. Det er stor variasjon i det regionale behandlingstilbudet, både hvilke aldersgrupper som får tilbud, og antall sengeplasser i hver region.

I tilbagemelding fra helseforetakene kom det frem at det regionale behandlingstilbudet har vært geografisk skjevfordelt, ved at det var mer tilgjengelig for pasienter i nærområdet. For å kompensere for dette har man satset på veiledningsteam eller responsteam for å forsterke det lokale behandlingstilbudet. Pasienter får behandling gjennom lokal BUP/DPS, mens behandlerne får veiledning fra regional avdeling med spisskompetanse. Fordelen er at det er kompetansen og ikke pasientene som forflyttes mellom enheter. Flere regionale enheter tilbyr også flerfamiliegrupper som et supplement til behandling i lokal BUP eller DPS.

De regionale enhetene skal sørge for kompetanseheving og nettverksbygging. Kompetanseheving skjer gjennom «Kropp og selvfølelse»-program i hver helseregion. De senere årene er det særlig satset på opplæring i kunnskapsbaserte metoder for behandling av spiseforstyrrelser, som Familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT) i BUP og kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) i psykisk helsevern for voksne. I det Nasjonale Kliniske Nettverket for Spiseforstyrrelser (NKNS) møtes ledere og sentrale behandlere fra spesialenheter og regionale avdelinger regelmessig for erfaringsdeling og kompetansebygging. I de regionale nettverkene legges det til rette for kompetansebygging og erfaringsdeling lokalt. Det er regionale forskjeller i hvordan kompetanseprogrammene og de regionale nettverkene drives.

I 2015 ble det etablert et nasjonalt kvalitetsregister for spiseforstyrrelser, NorSpis, som skal inkludere alle enheter som behandler pasienter med spiseforstyrrelser i psykisk helsevern. Utvalget ser positivt på at det er etablert et nasjonalt kvalitetsregister med mål om å samle data fra alle enheter som gir behandling for spiseforstyrrelser. Hittil har registeret hatt lav dekningsgrad og i hovedsak samlet data fra de regionale enhetene. Data fra registeret er også i liten grad benyttet til kvalitetsarbeid på regionalt og nasjonalt nivå. Men med økende dekningsgrad og etablering av flere medisinske kvalitetsregistre i psykisk helsevern, vil NorSpis gi datagrunnlag for systematisk forskning og kompetanseheving. For å sikre at registeret kommer til nytte og får konsekvenser for behandling som tilbys lokalt, er utvalgets vurdering at det trengs en nasjonal kompetanseoverbygning og en helhetlig nasjonal satsing på fagutvikling innen spiseforstyrrelser.

Ifølge det nasjonale pasientforløpet for spiseforstyrrelser skal alle barn og unge med spiseforstyrrelse få tilbud om FBT. Dette er en manualbasert behandling som først ble utviklet ved Maudsley Hospital i London (91) og senere videreutviklet (92). FBT-manualen er en poliklinisk intervensjon, men den praktiseres med tilpasninger også innen døgnbehandling. I modellen ses foreldrene som den viktigste ressursen for tilfriskning, og målet er å støtte foreldrene slik at de kan ivareta barnets helse. Studier viser at styrking av foreldre-atferd med fokus på tidlig vektøkning er viktig for å sikre et godt utfall av behandlingen (93-95). Den viktigste suksessfaktoren i FBT er å få familien, og særlig foreldrene, til å bli en ressurs i arbeidet mot spiseforstyrrelsen (96, 97).

For voksne med spiseforstyrrelser gir den nasjonale retningslinjen i mindre grad spesifikke anbefalinger om behandlingstilbud. Det anbefales at voksne med anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse skal få psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser. Videre spesifiseres det at man anbefaler CBT-E for pasienter med bulimi (98), mens det ikke gis anbefaling om metode for voksne med anoreksi eller overspisingslidelse. Dette står i motsetning til eksempelvis NICE guidelines som gir detaljerte anbefalinger om valg av behandlingsmetoder (99). Det anbefales CBT-E som førstevalg for voksne med anoreksi, mens Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) anbefales som andrevalg. MANTRA er en tilpasning av FBT for voksne pasienter der pårørende involveres, men den er i liten grad implementert i Norge. NICE guidelines anbefaler digitale selvhjelpsprogrammer basert på CBT-E som førstevalg for voksne pasienter med overspisingslidelse og bulimi, eventuelt forsterket med noen korte telefonsamtaler.

### **Boks 6.3 Utvalgets anbefalinger om spiseforstyrrelser**

- Behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelse i hvert helseforetak bør styrkes ved å etablere spesialiserte fagteam.
- Med bakgrunn i forventet økning i befolkningens behov anbefaler utvalget at det utvikles lokale spesialiserte døgnplasser eller spesialiserte tilbud innenfor allmennpsykiatriske poster både for barn, unge og voksne.
- Helsedirektoratet må tydeliggjøre de faglige anbefalingene for behandling av voksne pasienter med spiseforstyrrelser.
- Det er behov for tydeligere føringer for hvordan psykisk helsevern skal prioritere og håndtere tilgrensende kliniske problemstillinger som overspisingslidelse og kroppsdysmorfisk lidelse (BDD).
- De regionale helseforetakene bør søke om å etablere en nasjonal kompetansetjeneste for spiseforstyrrelser med utgangspunkt i miljøet rundt det medisinske kvalitetsregisteret (NorSpis). En nasjonal kompetansetjeneste skal sikre en helhetlig fagutvikling på tvers av psykisk helsevern for barn, unge og voksne og lokale/regionale tilbud. Kompetansetjenesten kan bistå Helsedirektoratet med å videreutvikle nasjonale anbefalinger om behandling og gi veiledning i tjenesten i tråd med disse.

### **Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)**

Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og oppmerksomhetssvikt har tradisjonelt vært en klinisk problemstilling i psykisk helsevern for barn og ungdom. Fremdeles er denne problemstillingen den hyppigste for gutter som henvises til BUP (jf. Kapittel 3). Nyere data fra Norsk pasientregister (NPR) og tilbakemeldinger fra helseforetakene viser imidlertid at denne problemstillingen i økende grad også preger henvisninger til psykisk helsevern for voksne – både kvinner og menn. Pasienttall fra 2018–2022 viste at ADHD var den tredje hyppigste enkelt diagnosen i psykisk helsevern, etter angstlidelser og depressive lidelser. Flere av helseforetakene pekte på ADHD som et felt som det kunne være aktuelt å organisere sterkere tematisk. Det foreligger faglige retningslinjer for utredning og behandling av ADHD for både barn, unge og voksne. Retningslinjen stiller krav om at diagnosen stilles i spesialisthelsetjenesten før oppstart av medikamentell behandling. Dette medfører at denne gruppen pasienter legger beslag på et betydelig omfang av spesialistressurser. Det er i liten grad etablert gode behandlingsmetoder utover medikamenter. Noen helseforetak har pekt på det manualbaserte opplæringsprogrammet Pegasus som et tilbud til voksne med ADHD (100). Pegasus gis i form av forelesninger til både pasienter og pårørende og har som formål å gi informasjon og praktisk hjelp til å håndtere symptomer og plager i hverdagen, relasjoner og arbeidsliv samt informasjon om støtte og tilbud fra ulike deler av samfunnet.

Det er flere studier som tyder på at ADHD i barndommen er en risikofaktor for utvikling av psykoselidelse i voksen alder. En nylig metaanalyse fant en betydelig økt risiko, noe som gir grunn til å følge barn med ADHD også etter 18 års alder (101). Det er usikkert hva som er årsaken til sammenhengen mellom ADHD og psykose, og det er foreløpig usikkert om tidlig behandling av ADHD reduserer risiko for å utvikle psykose.

En annen risiko ved ADHD er misbruk av rusmidler. Unge mennesker med ADHD bruker mer alkohol enn andre ungdommer og har større tendens til å bruke cannabis og benzodiazepiner for å roe seg ned (102).

Ifølge prioriteringsveilederen er det kun pasienter med vesentlig funksjonssvikt på ett eller flere områder i livet som skal henvises. Utvalget er oppmerksom på at det er et økende marked for private spesialister som tilbyr utredning og oppstart av behandling for ADHD utenfor den ordinære helsetjenesten. Interesseorganisasjonen ADHD Norge har et sterkt økende medlemsantall, og de har uttrykt bekymring for at mange av medlemmene ikke tilbys behandling i psykisk helsevern. Dette understreker betydningen av å avklare felles kriterier for hvilke pasienter med mistenkt ADHD som skal gis rett til nødvendig helsehjelp i offentlig psykisk helsevern.

#### **Boks 6.4 Utvalgets anbefalinger om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)**

- Ekspertutvalget vil peke på ADHD som en diagnosegruppe der det er behov for å styrke den tematiske organiseringen av tilbudet både for barn og unge og for voksne.
- Det må avklares hvilke pasienter som skal henvises til psykisk helsevern, og utvalgets forslag til henvisnings- og avklaringsteam kan være en ressurs for å kvalitetssikre inntak av pasientgruppen som er i behov av spesialisthelsetjenester.
- I psykisk helsevern bør det utvikles gode behandlingstilbud som kan gis i gruppe, eller som digitale selvhjelpsverktøy for å effektivisere bruken av personellressurser i oppfølgingen av pasientgruppen.
- Helseforetakene må også sikre tilgang på fagkompetanse som kan igangsette medikamentell behandling for pasienter etter utredning.
- Det bør opprettes kommunale tilbud, for eksempel gruppebehandling og tilgang på selvhjelpsverktøy, for personer som har symptomer på ADHD, men som ikke har behov for utredning, diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten.

#### **Psykoselidelser**

Flere helseforetak har nevnt psykoselidelser som et eksempel på vellykket tematisk organisering i dag, men mange mente at denne pasientgruppen kunne ha nytte av ytterligere spissede tilbud. Regjeringen har i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) ønsket å styrke behandlingstilbudet til pasienter med langvarige og sammensatte behov, herunder pasienter med psykoselidelser (4). Tiltakene som nevnes, er å legge til rette for sammenhengende tjenester og forløp gjennom oppsøkende team som ACT/FACT og FACT ung, utrede modeller for samhandling og integrerte tjenestetilbud og styrke behandlingsskjeden både ved DPS og i døgnbehandling.

De fleste helseforetakene har en gjennomgående behandlingslinje for psykoselidelser både i døgnavdelinger og poliklinikker. Mange har også egne team for tidlig oppdagelse av mistenkt psykose etter modell av Tidlig intervensjon ved

psykose (TIPS)-studien (103). Selv om psykoselidelser har relativt lav forekomst, har de fleste pasientene behov for behandling og hjelp fra flere deler av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene i store deler av livet. Pasientgruppen er overrepresentert i både poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling. Det er etablert et eget nasjonalt pasientforløp for nyoppstått psykose, og Helsedirektoratet reviderer den nasjonale faglige retningslinjen for utredning og behandling av psykoselidelser.

I behandlingen av psykoselidelse er det særlig viktig å involvere pårørende. I mange tilfeller utgjør de pårørende det viktigste sosiale nettverket for pasienter med psykoselidelser, noe som gjør relasjonen både sentral og sårbar. Dette kan i perioder med forverring av sykdommen medføre stor belastning for både pårørende og pasientene. Derfor er det viktig at de pårørende er godt orientert om sykdommen og ulike typer behandling. Pårørende bør være tett involvert i behandlingen, noe også ekspertutvalget om samtykkekompetanse har fremhevet i sin utredning (25). Det er utarbeidet egne metoder for såkalt psykoedukativt eller kunnskapsformidlende familiearbeid ved psykose (104). Dette kan gis til enkeltfamilier eller i flerfamiliegrupper. Denne typen involvering av pårørende i oppfølging og behandling av psykosepasienter har vist seg å gi betydelig reduksjon i antall tilbakefall, bedre den sosiale fungeringen, reduserer varigheten av og antall sykehusinnleggelser for pasientene, gi bedre etterlevelse av legemiddelbehandling og bedre livskvalitet for familiemedlemmer og andre nære omsorgspersoner. Arbeidet er strukturert i familiesamtaler som enten kan holdes for en familie alene, eller flere familier sammen. Oppfølgingen varer i 9–12 måneder med minimum ti sesjoner (105).

For å ivareta pasientgruppen som har behov for koordinert behandling over lengre tid, og som ikke kan nyttiggjøre seg ordinært poliklinisk tilbud, er det utviklet egne tverrfaglige oppsøkende team etter modell fra ACT eller FACT (36). Slike team er i varierende grad blitt en del av den ordinære driften i helseforetaket, men det innebærer som regel et løpende samarbeid med kommunale tjenester for å sikre at pasientgruppen har sammenhengende tjenester knyttet til bolig, trygdeytelser, arbeid og andre aktivitetstilbud i kommunen.

For pasientgruppen som har både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse, såkalt ROP-lidelse, er det utviklet egne tjenester i enkelte helseforetak. Denne pasientgruppen skal ha sin hovedbehandling i psykisk helsevern, men de vil i tillegg ha behov for tjenester fra ulike deler av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er vist at denne pasientgruppen har en betydelig overdødelighet for somatisk sykdom som det finnes effektiv behandling for (106).

Det er utarbeidet et manualbasert verktøy for integrert behandling av ROP-lidelser (IDDT) som er oversatt til norsk og lansert av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse NKROP (72). Integrert behandling er aktuelt for pasienter med alle grader av psykisk lidelse og/eller rusmiddellidelse.

### **Boks 6.5 Utvalgets anbefalinger om psykoselidelser**

- Ekspertutvalget anbefaler at helseforetakene opprettholder og styrker tematisk organisering av utredning og behandling av psykoselidelser i både poliklinisk psykisk helsevern og døgnbehandling inkludert team for tidlig oppdagelse og behandling (TIPS-team).
- For en del av pasientgruppen vil samhandlingsteam etter modell av ACT eller FACT være en god tematisk organisering. Slike team bør bygges ut og være tilgjengelig i hele landet.
- Behandlingen må være integrert, involvere pårørende og ivareta både somatisk helse og rusproblematikk.
- Pasienter med psykoselidelse vil ha behov for kontakt med psykisk helsevern over tid, og det er viktig å ha gode rutiner som sikrer pasientene rask tilgang på spesialistressurser ved forverring, for eksempel brukerstyrt poliklinikk.

### **Stemningslidelser**

Depressive lidelser og bipolar lidelse er de viktigste gruppene av stemningslidelser. En depressiv episode er kjennetegnet ved et vedvarende redusert stemningsleie, redusert interesse og mangel på evne til å kjenne glede. I tillegg vil pasientene som regel være fysisk slitne, sove dårlig, ha dårlig appetitt og ha vansker med å konsentrere seg. I alvorlige tilfeller kan pasienten få psykotiske symptomer med vrangforestillinger om skyld og urimelig grad av ansvar for negative hendelser i eget liv og forhold i samfunnet. I depressive faser vil pasienter også ha økt risiko for selvmord, særlig ved psykotisk depresjon, noe som gjør det svært viktig å følge pasientene tett ved forverring. Ved bipolar lidelse har pasienten, i tillegg til depressive episoder, minst én episode med unormalt høyt stemningsleie og mye energi. I slike faser kan pasienten få gjort mye på kort tid, har mindre behov for søvn, kan fremstå påfallende energisk og ukritisk. I alvorlige tilfeller kan det utvikle seg psykotiske trekk i form av storhetsforestillinger om egen posisjon, rikdom eller evner, og det kan gi seg utslag i konflikter med familie, kolleger eller andre mennesker. I en slik manisk fase vil de fleste pasienter ha behov for innleggelse og medikamentell behandling for å dempe aktivitetsnivået og stabilisere stemningsleiet. Enkelte helseforetak har organisert døgnbehandling med egne poster for pasienter med mani eller depresjon.

Depressive lidelser er den nest hyppigst forekommende diagnosegruppen for voksne pasienter i psykisk helsevern. I perioden 2018–2022 var det registrert 63 607 pasienter med depressiv lidelse som eneste psykiatriske diagnose, mens 33 183 pasienter hadde depresjon i tillegg til en eller flere andre diagnoser. Det betyr at snaut to prosent av befolkningen i løpet av en femårsperiode vil ha kontakt med psykisk helsevern for en depressiv lidelse. Tilsvarende tall for bipolar lidelse var 11 358 som eneste diagnose, 7045 med tillegg av andre diagnoser, og femårsforekomst på ca. 0,4 prosent. Dette betyr at ved Sykehuset Vestfold, som betjener en befolkning på om lag 250 000 innbyggere, vil det i en femårsperiode være omlag 5000 pasienter i behandling for depressiv lidelse og 1000 pasienter i behandling for bipolar lidelse.

En nylig studie som benyttet registerdata fra Norge, Sverige og Danmark, viste at depressive lidelser forekommer i svært ulike former og grader av alvorlighet, og det var forskjeller mellom landene som kunne forklares med ulik organisering (107). Studien understreker betydningen av at behandlingstjenestene må være tilpasset en pasientgruppe med stor variasjon i type og alvorlighet av sykdomsutvikling.

Det er i dag etablert få tematisk organiserte tilbud for depressive lidelser i psykisk helsevern til tross for høy forekomst og stor variasjon i alvorlighetsgrad. Noen helseforetak oppgir at det er etablert grupper for depresjonsmestring i de allmennpsykiatriske poliklinikkene. Det er i noen helseforetak etablert egne enheter for arbeid og helse (tidligere kalt «raskere tilbake») med hovedvekt på arbeidsrettet kognitiv behandling for depresjon og angstlidelser. Internettveiledet terapi (e-mestring) har også vist seg effektiv ved behandling av depresjon (108). I alvorlige former av depresjon er elektrokonvulsiv behandling (ECT) et alternativ, og flere helseforetak har organisert dette i egne ECT-team som mottar pasienter til dagbehandling.

Nyere forskning på samtalebehandling har vist at effekt av behandling ved depresjon øker med økt intensitet. Kognitiv eller interpersonlig psykoterapi gitt to ganger per uke er mer effektivt enn én gang per uke (109), og ukentlig behandling gir bedre effekt sammenliknet med sjeldnere enn ukentlig (110). Dersom psykisk helsevern gjøres i stand til å gi mer effektiv behandling, kan pasienter avsluttes raskere og med bedre resultat.

Helseforetakene melder om økning i henvisninger og mangel på fagfolk. Det gir et sterkt press på å ta inn pasienter innen angitt frist og redusere andel avviste henvisninger. En sterkere tematisk organisering av store pasientgrupper, som depressive lidelser og bipolar lidelse, vil kunne ha vesentlig effekt ved at flere pasienter gis tilgang på mer virksom behandling, slik at behandlingsepisodene blir kortere og ressursene brukes mer målrettet.

Det finnes nasjonale faglige retningslinje for utredning og behandling av bipolar lidelse, men retningslinjen for depresjon er avpublisert uten å bli erstattet av en ny utgave. Dermed mangler det nå nasjonale føringer for behandling av en av de hyppigst forekommende sykdomsgruppene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, en sykdom som i sin alvorligste form har svært høy risiko for selvmord.

### **Boks 6.6    Utvalgets anbefalinger om stemningslidelser (bipolar lidelse og depressive lidelser)**

- Ekspertutvalget mener det bør utvikles mer individuelt tilpassede behandlingstilbud for pasienter med stemningslidelser i psykisk helsevern.
- Gitt det store volum av pasienter med ulik alvorlighetsgrad, må alle helseforetak ha et differensiert og kunnskapsbasert behandlingstilbud til pasientgruppen.
- Det bør legges til rette for at behandling kan gis med den intensitet som behandlingsforskningen anbefaler.
- Allmennpsykiatriske poliklinikker og BUP-er bør ha flere behandlere med spesialisert kompetanse innen både psykologisk og medikamentell behandling av depresjon og bipolar lidelse.
- Alle pasienter med depresjon bør få informasjon om og ha tilgang til veiledet internettbehandling som behandlingsvalg, etter modell av e-mestring.
- Det bør være egne behandlingstilbud til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av standard behandling.
- Noen pasienter vil ha behov for lang tids oppfølging og bør sikres rask tilgang på spesialistressurser ved forverring av symptomer, for eksempel brukerstyrt poliklinikk.
- Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet raskt tar initiativ til å utarbeide en ny og oppdatert faglig retningslinje for utredning og behandling av depressive lidelser.



## 7 Sammenhengende systemer for kunnskap og kvalitet

Ekspertutvalget er bedt om å utrede om det finnes måter å organisere de psykiske helsetjenestene i spesialisthelsetjenesten på som gir pasienter rask tilgang til kunnskapsbasert behandling for sin psykiske lidelse gjennom best mulig bruk av tilgjengelige ressurser. Et premiss for utredningen er at behandlingen skal være sammenhengende og av god kvalitet i hele landet.

Utvalget mener det må utvikles et mer sammenhengende system for å sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring, fagutvikling og innovasjon i psykisk helsevern. I dette kapitlet beskrives anbefalinger som kan bidra til en mer helhetlig infrastruktur for faglig betinget kvalitets- og forbedringsarbeid. Sentrale områder er å innføre løpende evalueringer basert på pasienters nytte og tilfredshet med behandlingen, systematisere og sette av mer ressurser til implementering av nye kunnskapsbaserte behandlingsformer, sikre tilgang på forskningsbasert kunnskap, opplæring og veiledning i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder, gjennomgå kompetansesenterstrukturen og sikre at disse svarer til regionale og lokale behov, og samordne innsatsen for utvikling av digitale verktøy i behandling av psykiske lidelser.

For å skape gode og trygge tjenester i psykisk helsevern er det nødvendig med god ledelse og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som handler om å forbedre gjeldende praksis, prøve ut innovative ideer og ta i bruk forskningsbasert kunnskap i praksis. Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tydeliggjør virksomhetenes ansvar i dette arbeidet (111), men tilbakemeldinger fra helseforetakene til ekspertutvalget vitner om at arbeidet med faglig kvalitetsforbedring ikke prioriteres tilstrekkelig i psykisk helsevern.

Helsepersonell vil bli en mer begrenset ressurs fremover, og med utfordringer med å rekruttere og beholde kompetent personell vil det være et økende behov for at tjenestene jobber kunnskapsbasert og systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I tillegg kommer en medisinsk og teknologisk utvikling som stiller nye krav til kompetanse, og som vil øke forventningene hos pasienter, brukere og pårørende.

En viktig forutsetning for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er ledelsesforankring, godt og trygt arbeidsmiljø og tilrettelegging for fagutvikling og kunnskapsbasert praksis.

## 7.1 Rammer for fagutvikling i psykisk helsevern

Hverken Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet gir i utgangspunktet faglige føringer for hvordan psykisk helsevern skal organiseres. Dette overlates til de regionale helseforetakene som har som oppgave å sørge for gode og trygge helsetjenester i sin helseregion. Men det har skjedd unntak på avgrensede områder. For eksempel har departementet pålagt tjenesten å etablere OCD-team og medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern i alle regioner. Det har også vært pålegg om å etablere desentraliserte behandlingstjenester for kjønnsinkongruens og lavterskeltilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 var psykisk helse et av satsingsområdene (65). Av særlig relevans for ekspertutvalget hadde planen mål om å prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten og videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. For å avklare fremtidig behov for organisering av psykisk helsevern, ble det i regi av helseregionene utarbeidet modeller for fremskrivning av kapasitetsbehov. En rapport fra analysegruppen som ble ledet av Helse Sør-Øst, ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 (20). Som grunnlag for nye tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033) og for å evaluere effekter av koronapandemien ble det laget en revidert fremskrivningsrapport som departementet fikk i desember 2022 (21). Rapporten konkluderer med at det er behov for å prioritere tilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, blant annet ved å øke døgnkapasiteten med 13 prosent frem mot 2040. Rapporten foreslår også å etablere en integrert ungdomstjeneste på ett nivå.

### Nye metoder

Nye metoder er et system i spesialisthelsetjenesten for å vurdere både innføring og eventuell utfasing av metoder basert på oppdatert kunnskapsgrunnlag. System for nye metoder kan i utgangspunktet vurdere alle tiltak som benyttes for å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle sykdom, inkludert tiltak for rehabilitering av pasienter og organisering av helsetjenester. Hittil er det meldt inn tre behandlinger i psykisk helsevern til vurdering i Nye metoder, hvorav kun én er behandlet og godkjent av Beslutningsforum (112). Veiledet internettbehandling for psykiske lidelser (e-Mestring) ble i 2019 godkjent for bruk der det anses hensiktsmessig. Til grunn for vedtaket lå det en metodevurdering utført av Folkehelseinstituttet (113). Bevissthetstrening for behandling av blant annet angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ble avvist på grunn av lite dokumentasjonsgrunnlag. Behandling av moderate til alvorlige psykiske lidelser, også med komorbide ruslidelser, med individuell jobbstøtte (IPS) ble avvist grunnet uklarhet rundt juridiske og finansieringsmessige problemstillinger.

System for Nye metoder er avhengig av at fagmiljøer, helsetjenesten, pasient- og brukerorganisasjoner eller andre aktører melder inn aktuelle metoder for vurdering, og at det finnes et dokumentasjonsgrunnlag. For metoder der det mangler et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag er det lagt til rette for at disse kan meldes inn som relevante kunnskapsbehov til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Dette er en del av de regionale helseforetakenes tilrettelegging for behovsidentifisert forskning. Dette virkemiddelet kan brukes innenfor alle relevante terapiområder der det er behov for mer sikker kunnskap.

Flere helseregioner har tilrettelagt for vurdering av metoder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) gjennom kobling av fagmiljøene innenfor psykisk helse- og rusbehandling og Nye metoder. Nye metoder kan være et relevant virkemiddel for å bygge opp kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern ved at kunnskapsgrunnlaget som foreligger for metodene som allerede er i bruk, gjennomgås systematisk med en metodevurdering. Denne kunnskapen kan spres ved at beslutningene i Nye metoder koordineres mot normerende produkter som for eksempel behandlingsretningslinjer og veiledere.

De tre behandlingene som hittil er vurdert i Nye metoder, er meldt inn fra enkeltpersoner eller fagmiljø i ett eller to helseforetak. Ekspertutvalget har spurt de regionale helseforetakene om hvordan de bidrar til at kunnskap om god behandling er tilgjengelig i tjenesten, herunder bruk av systemet for Nye metoder. Helse Midt-Norge meddelte at avgjørelser i Beslutningsforum blir fulgt opp i helseforetakene, og Helse Sør-Øst har omtalt e-mestring i sin regionale utviklingsplan. Men det var ingen av helseregionene som beskrev at system for Nye metoder var tatt i bruk for å vurdere nye eller utvikle gamle behandlingsformer i psykisk helsevern. Dette kan tyde på at system for Nye metoder hittil i liten grad er brukt for strategisk fagutvikling i psykisk helsevern.

### **Nasjonale faglige retningslinjer**

Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide faglige retningslinjer for å sikre god og likeverdig kvalitet i helsetilbudet til alle innbyggere i hele landet. Innen psykisk helsevern foreligger det oppdaterte retningslinjer innen enkelte fagområder, slik som hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), bipolar lidelse, psykoselidelser, ROP-lidelser og spiseforstyrrelser. Det foreligger imidlertid ikke retningslinjer for flere av de hyppigst forekommende lidelsene som depressive lidelser, angstlidelser og PTSD. En nasjonal faglig retningslinje for behandling av depresjon blant voksne ble nylig avpublisert uten at det forelå en ny og oppdatert versjon. Helsedirektoratet har et pågående arbeid med å oppdatere retningslinjene innen psykisk helsevern, og regjeringen har i Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033) satt som mål at det skal utvikles normerende produkter for autismespekterforstyrrelse og tourettes syndrom (4).

Ekspertutvalget ser med bekymring på at det ikke foreligger faglige retningslinjer for store pasientgrupper og vesentlige fagområder innen psykisk helsevern. Det åpner opp for uønsket variasjon og fratar ledelsen ved helseforetakene sentrale verktøy for å evaluere og utvikle faglig kvalitet i pasientbehandlingen.

### **Nasjonale tjenester**

Nasjonale tjenester omfatter nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester omfatter høyspesialisert behandling og er sentralisert til kun ett eller to steder i landet for å sikre god kvalitet og forsvarlig ressursbruk. Innen psykisk helsevern finnes det én nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus. Det finnes ingen flerregionale behandlingstjenester for psykiske lidelser.

Nasjonale kompetansetjenester skal utvikle og spre kompetanse innen et spesifisert fagområde. Etablering av en nasjonal kompetansetjeneste innebærer ikke sentralisering av behandling, men tjenesten skal bidra til å heve kompetansen på fagområdet i hele landet i løpet av en fastsatt periode på fem eller ti år. For helt nye fagområder etableres tjenesten for ti år, mens det for kjente fagområder som trenger ytterligere styrking, kan etableres kompetansetjenester med fem års varighet. Målet er at kompetansetjenestens fagområde etter endt funksjonstid kan ivaretas av det ordinære tilbudet i helseregionene. En annen mulighet er at fagsatsningen videreføres i regi av de regionale helseforetakene som nasjonalt kvalitets- eller kompetansenettverk, senter eller i en annen form. De regionale helseforetakene har ansvar for å etablere, drifte og finansiere nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. I Helse Vest er det nylig etablert et nasjonalt servicemiljø som skal ivareta system for nasjonale kompetansetjenester i regi av de regionale helseforetakene (114). Systemet skal være dynamisk slik at nye tidsavgrensede tjenester etableres på fagområder der helsetjenesten har behov for utvikling og spredning av ny kunnskap.

Innen psykisk helsevern er det flere nasjonale kompetansetjenester som ble etablert for om lag ti år siden. Dette gjelder Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS), Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). I 2019 ble det etablert en Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse.

Ekspertutvalget har spurt de regionale helseforetakene om hvordan de bidrar til at kunnskap om god behandling er tilgjengelig i tjenesten, herunder bruk og evaluering av nasjonale og regionale kompetansemiljøer. Ingen av tilbakemeldingene beskrev bruken av nasjonale tjenester som verktøy for fagutvikling, noe som kan skyldes at systemet med et nasjonalt servicemiljø er under etablering, og at de nasjonale kompetansetjenestene hittil i beskjeden grad er brukt for strategisk fagutvikling på tvers av helseregionene. Ekspertutvalget er kjent med at det pågår et arbeid i regi av helseregionene, der videre drift av de nasjonale kompetansetjenestene som har fungert i ti år, skal avgjøres.

Ekspertutvalget har i kapittel 6.5 foreslått spiseforstyrrelser som tema for en ny nasjonal kompetansetjeneste.

### **Nasjonale pasientforløp**

I 2019 ble det innført pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB. Formålet med pakkeforløpene var å øke kvalitet og redusere uønsket variasjon i tilgang på og innhold i behandling for psykiske lidelser. Det var også et mål at behandlingsforløpene skulle være sammenhengende og forutsigbare. Det ble først opprettet fem forløp, tre generelle (psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne, TSB) og to tilstandsspesifikke (spiseforstyrrelser blant barn og unge og førstegangpsykose blant unge). Senere ble det etablert ett forløp for tvangslidelser og et for rusbehandling av gravide.

SINTEFs evaluering har vist at helsearbeidere og pasienter i liten grad har opplevd at pakkeforløpene har bidratt til bedre tjenester (115, 116). Fagfolk har beskrevet at mer tid brukes til koding og registrering, uten at det gir bedre kvalitet, mens pasienter beskriver at de i liten grad tas med i utarbeidelse av behandlingsplan og faste evalueringspunkt i forløpet. Helsedirektoratet reviderer nå pakkeforløpene som har fått den nye betegnelsen «nasjonale pasientforløp». Formålet med revideringen er å gjøre forløpene mindre omfattende, redusere behov for koding og registrering, og det skal bli færre tilstandsspesifikke forløp.

### **Regionale fagplaner**

De regionale helseforetakene har et sørge for-ansvar for tjenestene innen psykisk helsevern. De enkelte helseforetakene har ansvar for å ivareta og utvikle tjenestetilbudet i tråd med juridiske krav og faglige normer. Dette innebærer ansvar for å dimensjonere og organisere tjenestene på en hensiktsmessig måte samt sørge for relevant opplæring av de ansatte. De fire helseregionene har utarbeidet utviklingsplaner frem mot 2035 eller 2040, og alle har egne faglige utviklingsplaner innen psykisk helsevern og TSB (117-120).

Ekspertutvalget har bedt om innspill til arbeidet fra de regionale helseforetakene. De er spurt om hvordan de arbeider med faglig utvikling i psykisk helsevern, hvordan de sørger for tilstrekkelig kapasitet, riktig fagkompetanse som er tilgjengelig for pasientene, hvordan de sørger for at kunnskap om god behandling er tilgjengelig i tjenesten, og at effekt av behandling blir systematisk evaluert, herunder bruk av lokale og nasjonale kvalitetsregistre. Svarene var ulike, men generelt kan det virke som fagutviklingen i hovedsak skjer i helseforetakene og ikke på helseregionsnivå. De regionale helseforetakene viser til arbeid i klinikken på spørsmål om tilgang på oppdatert kunnskap, tilgjengelig kompetanse og måling av kvalitet i behandlingen. Fagplanene inneholder enkelte sentrale tema som samhandling, brukermedvirkning og forebygging av selvmord, men det er vanskelig å se at RHF-ene er dimensjonert til å bistå i en fagutvikling som skissert i fagplanene. Utvalget har spurt helseregionene hvordan de arbeider med å utvikle og implementere fagplanene, men her er det gjennomgående få eller manglende svar.

Etter ekspertutvalgets oppfatning mangler det en nasjonal samordning av det faglige utviklingsarbeidet i psykisk helsevern. Enkelte felt er styrket etter sterkt politisk trykk eller basert på føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har etablert pakkeforløp (nå nasjonale pasientforløp) som gir rammer for utredning og start av behandling, men kan ikke sies å oppfylle sin

lovpålagte oppgave om å etablere og oppdatere faglige retningslinjer som grunnlag for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern. De regionale helseforetakene har utarbeidet til dels ambisiøse fagplaner, men det virker ikke som de bruker de tilgjengelige virkemidlene som finnes gjennom system for Nye metoder og nasjonale kompetansetjenester, til strategisk utvikling av tjenestene. Dermed blir faglig innhold og kvalitet i det klinikknære arbeidet i for stor grad avhengig av enkeltpersoner eller enkeltmiljøer i hvert enkelt helseforetak.

### **Nasjonale medisinske kvalitetsregistre**

Det er opprettet nasjonale medisinske kvalitetsregistre for en rekke sykdommer og tilstander, i hovedsak for det somatiske feltet. Strukturerte data fra kvalitetsregistre er en viktig kilde til å redusere uønsket variasjon og øke kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Kvalitetsregistrene er også en viktig datakilde for å undersøke effekt av ulike behandlingstiltak.

I 2015 ble Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) godkjent som det første nasjonale medisinske kvalitetsregisteret innen psykisk helsevern og TSB. I 2018 ble Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS) godkjent, og datainnsamlingen startet i 2020. I 2017 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre (121). Som følge av denne satsingen ble Nasjonalt kvalitetsregister for psykiske lidelser voksne, Nasjonalt kvalitetsregister for alderspsykiatri (KVALAP), og Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT) godkjent i 2022. Et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge (KVABUP) ble godkjent i august 2023.

Ekspertutvalget ser positivt på at det er opprettet flere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen psykisk helsevern. Hittil er data fra NorSpis i liten grad benyttet til kvalitetsforbedring, i hovedsak på grunn av lav dekningsgrad. Det er forhåpninger om at mer automatisert datafangst og innregistrering med grunnlag i reservasjonsrett for pasientene vil gi tilstrekkelig dekningsgrad for at data fra registrene kan brukes til faglig utvikling og forbedringsarbeid i behandling av pasienter med psykiske lidelser.

## **7.2   Forskning og fagutvikling i psykisk helsevern**

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av virksomheten. Forskning i sykehusene er viktig for å gjøre helsetjenesten i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi, og i tillegg ivareta og veilede pasienter. Forskning danner også grunnlag for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Sykehusene har ansvar for den pasientnære kliniske forskningen, og nærhet til pasientene gir mulighet for å utvikle nye behandlingstilbud gjennom forskning. Forskning må derfor være tett forbundet med den kliniske virksomheten, og universitetssykehusene er pålagt et særskilt ansvar for dette. I Sykehusutvalgets

utredning (NOU 2023: 8) vises det til at forskning finansieres gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, gjennom et øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene og gjennom eksterne forskningsmidler (24). Det øremerkede tilskuddet til forskning omfatter et delvis resultatbasert tilskudd til forskning i helseforetakene og midler til et felles program for kliniske behandlingsstudier, som forutsetter deltakelse fra alle fire helseregioner.

Det er forskningsaktivitet ved alle helseforetak, men aktiviteten er størst ved universitetssykehusene. I 2021 stod de seks universitetssykehusene for fire femdeler av den samlede ressursbruken til forskning innen medisin og helsefag. Helse Sør-Øst er den største helseregionen på forskningsområdet, med om lag 70 prosent av ressursene (122). Ifølge SSB var samlede driftskostnader til forskning på til sammen 4,7 milliarder kroner i 2021. Dette utgjør 2,8 prosent av de samlede ressursene til alle lovpålagte oppgaver. Det ble til sammen utført 3 350 forskningsårsverk i 2021. Forskning innen psykisk helsevern hadde samlede driftskostnader på 562 millioner kroner fordelt på 410 årsverk i 2021. Forskning innen psykisk helsevern utgjorde da om lag 12 prosent av de samlede årsverkene til forskning. Forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) hadde i 2021 driftskostnader på 108 millioner kroner og 78 årsverk, noe som utgjorde 2 prosent av forskningsårsverkene. Oslo universitetssykehus HF sto for 47,5 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning og 48,1 prosent av forskningsårsverkene.

I Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester kom det frem at mulighetene for å delta i forskning gjennom bistillinger eller forskningspermisjon var dårligere for ansatte i psykisk helsevern sammenliknet med ansatte i somatiske tjenester (2). I regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning er et av målene at det å delta i forskning og fagutvikling skal være en reell mulighet og karrierevei for alle profesjoner som arbeider i helse- og omsorgstjenesten (123). Videre ønsker regjeringen at kliniske studier skal bli en mer integrert del av klinisk praksis og pasientbehandling (124). Til tross for en betydelig produksjon av forskningsbasert kunnskap om psykisk helse og rus de siste 20 årene er det behov for mer forskning om både forebygging og behandling av pasientgruppene man møter i klinisk praksis. Det er en generell utfordring for forskning på tiltak innen psykisk helsevern at kunnskap om årsaker til psykiske lidelser er mangelfulle. For enkelte psykiske lidelser mangler det også kunnskap om hvilken behandling som har best effekt, slik at tjenesten i mindre grad kan benytte seg av kunnskapsbasert praksis.

Riksrevisjonen peker på at et flertall av behandlere i BUP har hatt pasienter i behandling som kunne hatt nytte av behandlingsmetoder som ikke var tilgjengelige på deres poliklinikk (2). Behandlere forklarer i intervju at de tilbyr sine pasienter de behandlingsmetodene de kan. I mangel av faglige retningslinjer for vesentlige kliniske områder kan behandlingstilbudet bli preget av lokale tradisjoner og faglige kulturer, der enkeltpersoner kan bli toneangivende for hvordan fagmiljøet utvikler seg. Dette kan være en av grunnene til at pasienter har ulik tilgang på behandling i ulike deler av landet. Det er også behov for mer kunnskap om hvordan tjenestenes

organisering og bruk av personellressurser kan bidra til at flere pasienter får tilbud om virksom behandling.

Forskning og fagutvikling i helsetjenesten er aktiviteter som ikke umiddelbart medfører endringer i pasientgjennomstrømningen. De økonomiske styringsverktøyene er i liten grad knyttet til kvalitet eller kunnskapsutvikling. Dermed kan forskning og fagutvikling lett bli oppfattet som en ren utgiftspost for kliniske ledere. I psykisk helsevern er det lite medisinskteknisk utstyr sammenliknet med i somatiske helsetjenester. Men utvikling av kompetanse hos den enkelte medarbeider og i fagmiljøene er å anse som investering i verdifull infrastruktur som legger et nødvendig grunnlag for virksom og trygg pasientbehandling. Derfor mener ekspertutvalget at økonomi må ses i sammenheng med kapasitet og kvalitet, slik at «investering» i forskning, fagutvikling og implementering av ny kunnskap blir en naturlig og nødvendig del av klinisk drift i psykisk helsevern. Dette kan sikres gjennom økonomiske insentiver som kvalitetsbasert finansiering.

### 7.3 Implementering av kunnskapsbasert praksis

Ekspertutvalget har spurt alle landets helseforetak om hvordan de sikrer at pasienter i psykisk helsevern får kunnskapsbasert behandling. Basert på svarene konkluderer utvalget med at den enkelte avdeling og klinikk vektlegger bruk av normerende produkter, standardiserte krav til utdanning av spesialister i psykiatri og psykologi og adekvat tilgang på spesialisert kompetanse som garanti for at pasientene får kunnskapsbasert behandling. Mange helseforetak beskrev at de gjennomførte kompetansekartlegging før rekruttering av nye ansatte.

Helseforetakenes svar kjennetegnes samtidig av betydelig variasjon, noe som samsvarer med Riksrevisjonens funn om ulik bruk av evidensbaserte behandlingsmetoder i tjenestene (2). Utvalget har også merket seg tilbakemeldinger fra tjenestene som peker på at nye prosedyrer og arbeidsmåter gjerne innføres uten at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til implementering. I mange tilfeller kommer også hensynet til drift og kapasitetsutfordringer i veien for systematiske faglige forbedringsprosjekter.

Utvalget mener det er behov for en mer samordnet strategi for å sikre at tjenestene tar i bruk oppdatert kunnskap om forståelse og behandling av psykiske lidelser. Dette kan innebære metodekunnskap og terapeutferdigheter, så vel som systematisk bruker- og pårørendeinvolvering, tilstandsspesifikke innsikter og mestringsfremmende aktiviteter. Implementeringsforskningen har pekt på en rekke faktorer knyttet til kompetanse, organisering og ledelse som fremmer og hemmer omsetningen av forskningsbasert kunnskap til ny praksis (125). Utvalget vil særlig peke på betydningen av at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til planlegging og gjennomføring av implementeringsprosessene, at behandlere involveres, at det sørges for tilstrekkelig opplæring, trening og veiledning, og at ny praksis kontinuerlig evalueres og justeres.

Det utvikles stadig nye metoder basert på kunnskapsbasert praksis. I enkelte tilfeller er de nye metodene ukompliserte og kan innføres gjennom spredning av informasjon eller endring av skriftlige prosedyrer. Men innføring av nye eller oppdatering av eksisterende behandlingsmetoder i psykisk helsevern krever i de fleste tilfeller en mer strukturert og langsiktig tilnærming. Ekspertutvalget som evaluerte vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern, fant at lovendringen i 2017 ikke ble fulgt opp med tilstrekkelig opplæring og oppfølging i klinikken (25).

### **Implementering av kunnskapsbasert behandling ved posttraumatisk stress**

Som eksempel på god implementering av kunnskapsbaserte metoder vil ekspertutvalget her vise til to kunnskapsbaserte metoder som er utviklet for å behandle posttraumatisk stresslidelse, og som er innført i psykisk helsevern.

Forskere ved Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har utviklet et undervisningsopplegg for kliniske enheter som vil ta i bruk traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i psykisk helsevern. Behandlingsmetoden har vist seg å være egnet for behandling av PTSD hos barn og ungdom i en poliklinisk setting (126). Prosjektet ble gitt egen bevilgning over statsbudsjettet som følge av terrorangrepene på Utøya og i Regjeringskvartalet 22. juli 2011. Status etter ti år med implementering er at 72 av 87 BUP-er i Norge har fått innføring i TF-CBT. Av disse kan 64 per 2022 tilby TF-CBT til pasientene i ordinær klinisk behandling.

Som følge av flyktningkrisen i 2016 ble det gitt bevilgning til å iverksette kunnskapsbasert behandling av PTSD blant voksne pasienter i DPS. Her benyttes metoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og kognitiv terapi for post-traumatisk stresslidelse (CT-PTSD). I tillegg gis det opplæring i strukturell kartlegging av tegn på PTSD (TRAPS). Hittil er metoden tatt i bruk ved 47 allmennpoliklinikker og to ruspoliklinikker. Alle terapeuter har fått opplæring i TRAPS, 413 terapeuter har fått opplæring i EMDR eller CT-PTSD, og 49 ledere har deltatt på kurs i implementeringsstrategiverktøyet LOCI (Leadership and organizational change for implementation). Fokuset på ledelse gjorde det lettere for terapeutene under implementeringen, sammenliknet med en kontrollbetingelse (127).

Funnene fra implementering av kunnskapsbasert behandling for PTSD viser betydningen av planlegging og stegvis innføring der både behandlere og ledere er involvert. De viser også betydningen av langsiktighet og at metodekunnskapen må vedlikeholdes over tid med jevnlig trokapsmålinger. Implementering av ny kunnskap innebærer økte kostnader til opplæring og evaluering. I prosjektene i regi av NKVTS ble opplæringen eksternt finansiert, mens en tilsvarende utvikling i klinikk måtte være finansiert gjennom interne midler.

Det er utviklet flere nyttige kilder for tjenestene til bruk i kvalitetsforbedring- og implementeringsarbeid, blant annet knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet 24-7 (128). Helsedirektoratet utvikler nå nasjonale faglige råd for implementering av nasjonale råd og anbefalinger. Sentrale momenter er forankring i ledelsen, identifisere problemet og behov for forbedring, tilpasset til lokale forhold. En viktig

del av forankringen er å sørge for medvirkning, identifisere fremmere og hemmere, bruke systematisk metode for endring, og følge med på endringer og at ny praksis holdes ved like.

## 7.4 Digitalisering

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) og modell for framskrivning av behov for ressurstilgang i psykisk helsevern er økt bruk av digitale hjelpemidler en av faktorene som kan tenkes å bidra til økt effektivisering. Det er imidlertid ikke klart hvordan digitalisering skal kunne brukes på en mest mulig hensiktsmessig måte i psykisk helsevern. Helsepersonellkommisjonen har pekt på noen grunnprinsipper for bedre utnyttelse av fagressursene:

- Alt som kan digitaliseres må digitaliseres.
- Tjenesten må identifisere oppgaver som kan overføres til annen kompetanse – kompetansesammensetning.
- Helseforetakene må utvikle mer ressurseffektive tjenester – for eksempel ved bruk av digitalisering eller gruppeformat.
- Tjenesten må organiseres slik at man sikrer god prioritering.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler at alle oppgaver der helsepersonell ikke har direkte kontakt med pasienten, bør automatiseres (22). Men når den menneskelige faktoren er en viktig del av arbeidsoppgavene eller en verdifull bieffekt av dem, så anbefaler kommisjonen en avveining mellom ulemper og fordeler ved å automatisere behandlingskontakten. I psykisk helsevern er selve møtet mellom pasient og terapeut i mange tilfeller en vesentlig del av behandlingen. Det er behov for ytterligere forskning på digitale behandlingsformer for å forstå mer om hvordan og for hvilke pasientgrupper digitale hjelpemidler kan bidra til god og effektiv behandling.

Beslutningsforum for nye metoder i spesialisthelsetjenesten har besluttet at internettveiledet kognitiv atferdsterapi (e-mestring) kan gis til pasienter der man anser det som hensiktsmessig. Foreløpige resultater fra Helse Bergen har vist at behandlingsformen gir bedring av symptomer hos et flertall av pasienter med panikkklidelse, sosial angst og depresjon (108, 129, 130). Behandlingsformen gis nå ved flere helseforetak, og både formatet og metoden blir i økende grad en integrert del av tilbudet ved alle landets DPSer. Behandlingen er mindre personalkrevende enn individual- eller gruppebehandling, og rutinemessig tilbud om e-mestring til egnede pasienter vil bidra til bedre prioritering av personellressursene ved DPS. Det har likevel vist seg krevende å implementere denne behandlingsformen, og antall inkluderte pasienter er foreløpig lavt (131).

Under koronapandemien ble det av smittevernhensyn nødvendig å tilby andre former for behandling enn fysiske møter ved landets BUP-er og DPS-er. Det medførte økende bruk av både telefon- og videokonsultasjoner. Slike behandlingsformater krever fortsatt et møte i tid mellom pasient og behandler, men det gir økt fleksibilitet når det gjelder lokalisering. Behandling over video er særlig hensiktsmessig i områder av Norge der det er store avstander, eller der

spisskompetent personell befinner seg på et annet geografisk sted enn pasientens ordinære behandlingskontakt. Behandling over video kan også egne seg for pasienter med sterk sosial angst eller agorafobi der det å reise kollektivt eller sitte på et venterom kan være så belastende at man lar være å møte til behandling. Videokonsultasjon kan også være et hensiktsmessig format for oppfølging av pasienter i etterkant av mer intensive behandlingsforløp. Da vil det normalt ikke være behov for det tradisjonelle tidsformatet på 45 minutter per konsultasjon, noe som vil kunne frigjøre personellressurser.

Norges forskningsråds program for kliniske behandlingsstudier (KlinBeForsk) har tildelt overlege Einar Heiervang ved BUP Tynset forskningsmidler for å prøve ut kognitiv terapi over video til ungdom med sosial fobi. Covieo-studien vil rekruttere 200 ungdommer mellom 14 og 18 år fra alle helseregioner, og det skal gis 14 ukentlige 90 minutters terapisesjoner. Slik behandling vil kunne inngå som et av flere aktuelle tilbud for ungdom som tar kontakt med kommunale lavterskeltilbud, eller henvises til BUP på grunn av sosiale vansker og høyt skolefravær. Det er mulig å styrke den digitale utviklingen på denne måten ved å gi prioritet til tildelinger av innovasjons- og forskningsmidler på dette området.

Bruk av videokonsultasjoner kan også være relevant i arbeid med vurdering av henviste pasienter som anbefalt i kapittel 5.4. Dersom spesialist ved BUP eller DPS og fastlege kan ha en felles konsultasjon med pasienten over video, kan behovet for behandling og differensiert tilbud avgjøres før pasienten kommer til første time, eller det kan gis råd om hvordan tilstanden kan følges opp i kommunehelsetjenesten.

Informasjon og opplæring av pasienter og pårørende kan også i økende grad skje med digitale hjelpemidler. Digitale plattformer kan brukes til samarbeidsmøter og samhandling på tvers av enheter, forvaltningsnivåer og involvering av flere parter.

De fleste forløp i psykisk helsevern innebærer at pasienten får informasjon om lidelsen, hva som er klokt å gjøre for å hjelpe seg selv (tilpasset selvhjelpsinformasjon), og informasjon om hva man bør gjøre ved forverring. Dette er eksempler på informasjon som bør digitaliseres og gjøres tilgjengelig både for brukere av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette kan fungere som selvstendige tiltak, eller som en av flere komponenter i et spesialisert fagteam, som beskrevet i kapittel 6.3.

Mange terapiformer gjør bruk av hjemmeoppgaver av ulike slag og/eller ulike former for registreringer mellom timene. Slikt innhold er også velegnet for digitalisering.

Mange psykiske lidelser er kroniske og påvirker mennesker over tid. Pasienter med kroniske lidelser vil ha behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten i perioder, men vil i tillegg bli fulgt opp av kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) foreslått å prøve ut brukerstyrt poliklinikk i psykisk helsevern (4). Dette kan være et egnet verktøy for pasienter som er godt kjent gjennom tidligere kontakt og som man forventer vil

ha behov for nye behandlingsperioder ved forverring. Utvalget mener brukerstyrt poliklinikk kan være aktuelt for pasienter med psykoselidelser og stemningslidelser, jf. kapittel 6.5. Kontakten mellom pasient og psykisk helsevern kan foregå ved digital hjemmeoppfølging/monitorering, men ved tegn til forverring kan pasienten raskt få en time med kjent fagpersonale på DPS. Tjenesten kan organiseres ved at pasienten rapporterer symptombildet, og kan bestille time i psykisk helsevern digitalt på samme måte som mange fastleger har tatt i bruk e-konsultasjon og åpen timebok gjennom helsenorge.no. Systemet vil imidlertid kreve at psykisk helsevern har ansatte som følger med på dialogen med pasientene som har rett på brukerstyrt poliklinikk.

Utfordringen i dag er at digitaliseringsgraden er for lav, og at utviklingstakten er for langsam. Det gjøres mye godt arbeid i helsetjenesten. Det er imidlertid ikke noen koordinerende mekanismer som sikrer at innhold og digitale tilbud kvalitetssikres og deles. Det er også barrierer knyttet til deling av informasjon når det gjelder fordeling av kostnader for utvikling og vedlikehold, personvernforordningen (GDPR), eierskap til data og risikoanalyser. En sentral koordinering, for eksempel i regi av Helsedirektoratet, kan sikre oversikt over eksisterende materiale og tilbud, bidra til å bygge ned noen av barrierene og være velegnet til å gi ut oppdrag til helseregionene med tanke på videre utvikling.

## 7.5 Kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid

God kvalitet i helsetjenesten innebærer at behandlingen er virkningsfull, trygg og involverer brukerne, og at den er samordnet, tilgjengelig og utnytter ressurser på en god måte. Kvalitet i behandling kan måles langs tre dimensjoner: struktur, prosess og resultat. Innen psykisk helsevern vil strukturindikatorer dreie seg om fysiske og personellmessige ressurser. Prosessindikatorer dekker rutiner, retningslinjer og arbeidsformer. Resultatindikatorer måler hvilket utbytte pasienten har av behandlingen.

For å kunne følge med på kvalitet i helsetjenesten er det etablert kvalitetsindikatorer som skal være målbare parametre som er knyttet til enten struktur, prosess eller resultat av behandlingen. I psykisk helsevern er det definert 15 kvalitetsindikatorer i tjenester for voksne og ti i tjenester for barn og unge (132, 133). Indikatorene dekker i hovedsak administrative forhold som tidsfrister knyttet til pakkeforløp, brukermedvirkning, bruk av tilstandskoder og epikrisetid, mens ingen av indikatorene gir direkte informasjon om hvorvidt tjenestene er virkningsfulle. Dette har betydning for utvikling av tjenestene og gir blant annet høy risiko for målforskyvning ved at det som kan måles, blir det viktige, noe som kan føre til faglig fremmedgjøring blant de ansatte. Mange behandlere opplever kvantitative aktivitetsmål og tidsfrister som utilfredsstillende mål på kvalitet. Etter ekspertutvalgets mening er dette en vesentlig utfordring som gjør at tjenestene egentlig mangler styringsinformasjon som grunnlag for å vurdere hva som virker godt og mindre godt i pasientbehandlingen.

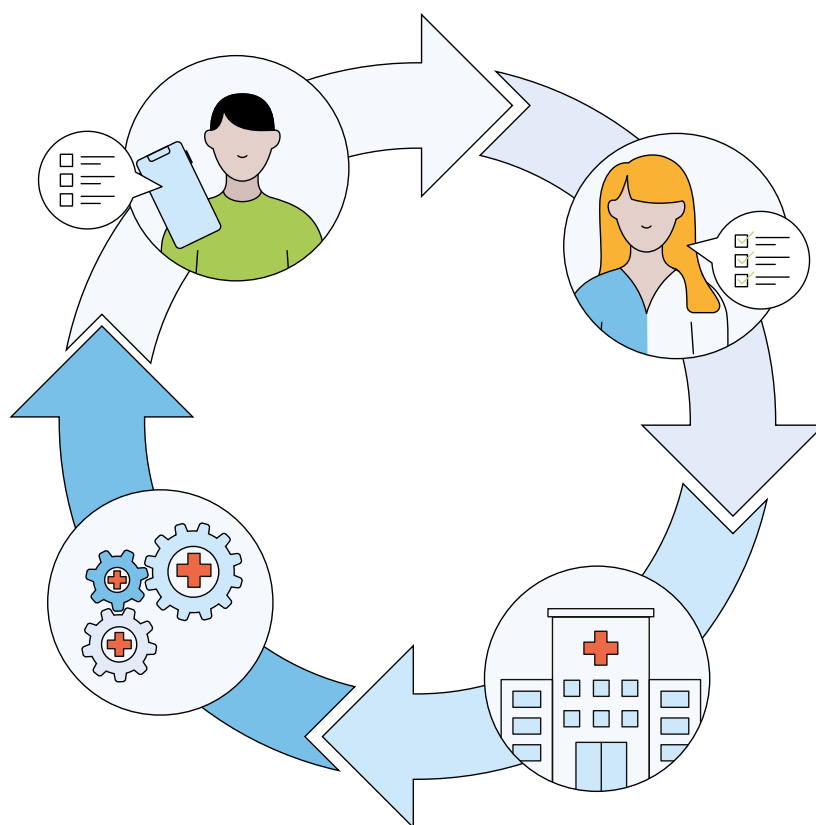
Folkehelseinstituttet innhenter systematisk informasjon om pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern (PasOpp). Undersøkelsen i 2022 inkluderte 3112 pasientsvar. Svarandelen er lav sammenliknet med antall unike døgnpasienter registrert i Norsk pasientregister, men resultatene kan likevel brukes til å vurdere kvalitet på enhetsnivå. Målet er å formidle resultater som er relevante for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid (134). De fleste helseforetakene nevnte innrapportering til PasOpp som en del av kvalitetsarbeidet, men det var ingen som spesifikt nevnte at resultater fra undersøkelsen ble brukt til å forbedre døgn tilbudet.

Psykisk helsevern bør ha rutiner for å undersøke effekten av behandlingen som gis. Gode effektmål inkluderer både symptom- og funksjonsnivå, og pasienter må regelmessig spørres om opplevd nytte av behandlingen. Nye medisinske kvalitetsregistre for psykisk helsevern vil bidra med nasjonal infrastruktur og data som grunnlag for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i tjenesten. Nasjonale retningslinjer og nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus anbefaler bruk av tilbakemeldingsverktøy i behandlingen.

Med systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy får man løpende tilbakemelding fra den som mottar hjelp, om opplevelse av endring og nytte av hjelpen. Tilbakemeldingsverktøy kan identifisere og forebygge negativt utfall av behandling og bidra til mer tilpasset hjelp. Flere tjenester har tatt i bruk ulike tilbakemeldingsverktøy.

Løpende måling av kvalitet i behandling som grunnlag for klinisk forbedringsarbeid er et generelt prinsipp som også ligger bak prosjektet Improved Access to Psychological Therapies (IAPT) utviklet av professor David Clark ved Oxford University i England (135). Formålet med IAPT er å gi pasienter med angst eller depressive plager rask tilgang på kunnskapsbasert psykologisk behandling.

Ved Lovisenberg diakonale sykehus er det utviklet et system for digital og systematisk tilbakemelding på behandlingen fra pasienter i psykisk helsevern. Metoden kalles LOVEPROM og gir behandlere enkel tilgang på digitale besvarelser på pasientens opplevelse av behandlingen (136). Metoden innebærer ingen økt rapportering for behandlere. Data hentes automatisk fra administrative systemer ved helseforetaket, og pasientrapporterte mål innhentes digitalt via et spørreskjema (CORE-OM) som distribueres via SMS eller e-post direkte til pasienten. Tilbakemelding fra pasienten gjøres umiddelbart tilgjengelig for pasientens behandler i elektronisk pasientjournal. Dermed vil pasientens forløp kunne følges direkte, og endringer i symptomnivå eller bekymringsfulle tegn kan raskt fanges opp av behandler. LOVEPROM er nå tatt i bruk i alle helseforetak i Helse Sør-Øst og i enkelte helseforetak i Helse Vest og Helse Nord under betegnelsen DelMedMeg (137). Strukturerte innrapporterte data er tenkt overført til det nasjonale medisinske kvalitetsregisteret for psykisk helsevern voksne når dette er i drift, slik at pasienter og behandlere kan sammenlikne egne resultater med tilsvarende tjenester i andre deler av landet. Se **Figur 7.1** for illustrasjon av hvordan digital tilbakemelding fra pasienten kan bli nyttig ikke bare for den aktuelle behandlingen, men også for kvalitets- og forbedringsarbeid i helseforetaket.



**Figur 7.1** Illustrasjon av hvordan pasienters digitale tilbakemelding på opplevd nytte av behandlingen (ePROM, øverst til venstre) gir viktig informasjon til behandleren i det aktuelle pasientforløpet (øverst til høyre) og nyttig oversikt over pasientbehandlingen i helseforetaket (nederst til høyre) som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid (nederst til venstre).

Ekspertutvalget støtter utvikling av digitale tilbakemeldingsverktøy for pasienter i behandling i psykisk helsevern og mener dette må bli en integrert del av helsetjenesten. Tilgang på slike data vil sikre at helsehjelpen som tilbys er i samsvar med pasientenes ønsker og behov, og de danner grunnlag for evaluering av nåværende og eventuelle nye behandlingstilbud.

## 7.6 Utvalgets anbefalinger om kunnskap og kvalitet

### Boks 7.1 Utvalgets anbefalinger om kunnskap og kvalitet

#### *Forskning og fagutvikling*

- Ekspertutvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til å avklare roller og ansvarsforhold for faglig styring av psykisk helsevern mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Arbeidet må sikre at fagfeltet har dekkende normerende produkter, tar aktivt del i og implementerer resultater av klinisk behandlingsforskning, og at det er en løpende kompetanseutvikling i tjenestene. Aktuelle innsatsfelt er nasjonale faglige retningslinjer, system for nye metoder, medisinske kvalitetsregistre og nasjonale og regionale kompetansetjenester.
- Utvikling av kompetanse hos den enkelte medarbeider og i fagmiljøene er å anse som investering i verdifull infrastruktur som danner et nødvendig grunnlag for virksom og trygg pasientbehandling. Derfor mener ekspertutvalget at økonomi må ses i sammenheng med kapasitet og kvalitet slik at «investering» i forskning, fagutvikling og implementering av ny kunnskap blir en naturlig og nødvendig del av klinisk drift i psykisk helsevern.

#### *Implementering*

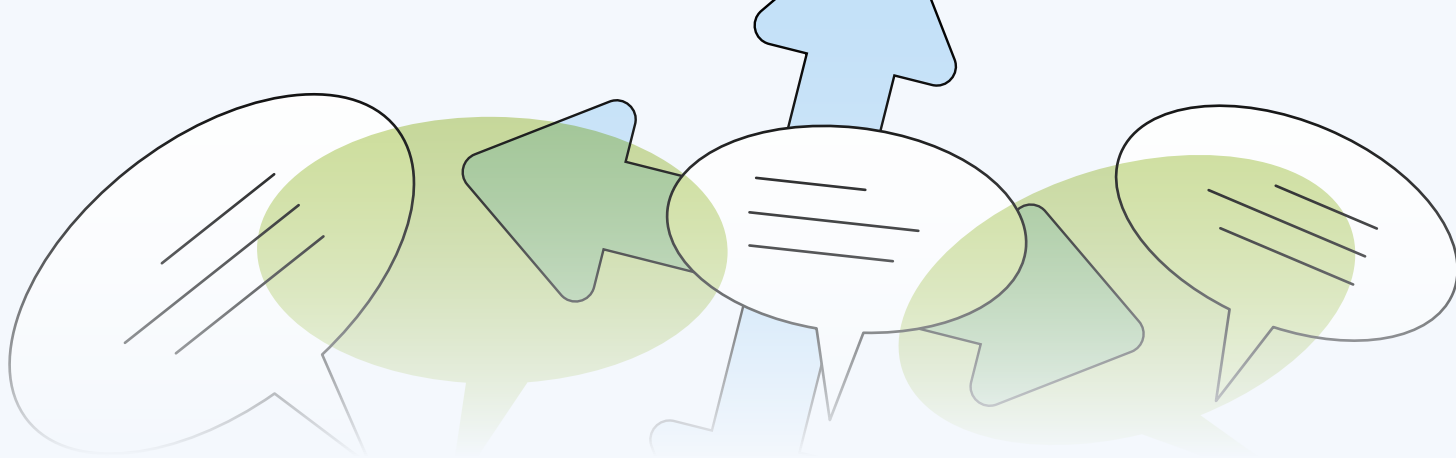
- Ekspertutvalget anbefaler at ressursinnsats til implementeringsarbeid synliggjøres i foretakenes budsjetter.
- Å bistå ledelsen i å igangsette og gjennomføre forbedringsprosjekter bør inkluderes i oppgavene til faglige rådgivere i psykisk helsevern.
- Utvalget anbefaler kliniske ledere å benytte ressurser og metodikk fra pasientsikkerhetsprogrammet til å omhandle innhold i behandling.
- Ekspertutvalget anbefaler at det opprettes et eget program for behandlingskvalitet for å stimulere til innovasjon, fagutvikling og forskning i psykisk helsevern.

### ***Digitalisering***

- Ekspertutvalget mener at digitale løsninger må tas i bruk i enda større grad i psykisk helsevern for å øke tilgangen til kunnskapsbasert behandling.
- Arbeid knyttet til digitalisering i psykisk helsevern bør koordineres sterkere på nasjonalt nivå.
- Det bør etableres et nasjonalt arbeid på tvers av nivåer som utarbeider, koordinerer og sprer digitalt innhold i helsetjenesten. Dette er likevel ikke til hinder for at innhold kan utvikles både regionalt og lokalt.
- Digitale behandlingstilbud som veiledet internettbehandling (e-mestring) eller andre typer digitale verktøy for selvhjelp med eller uten veiledning bør inngå som et av tilbudene i psykisk helsevern.
- Det bør være en nasjonal plattform for veiledet internettbehandling.
- Alt digitalt innhold må utformes slik at det har et grensesnitt kompatibelt med den infrastrukturen som helsetjenesten bruker for elektronisk pasientjournal.
- Det må sikres at utvikling innen det digitale området følges av evaluering og undersøkelser av effekt slik at kunnskapsgrunnlaget styrkes.
- Brukerstyrt poliklinikk kan organiseres ved at pasienter følges opp, og selv bestiller time i psykisk helsevern på en digital plattform, for eksempel helsenorge.no.

### ***Kvalitets- og forbedringsarbeid***

- Ekspertutvalget mener at tjenestene i sterkere grad må styres etter omforente faglige utviklingsmål, som forplikter ledere til å involvere fagfolk og brukere i kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Alle enheter i psykisk helsevern bør rutinemessig samle informasjon om pasientenes erfaring med og opplevde nytte av behandlingen.
- Ekspertutvalget anbefaler at alle helseforetak innfører system for digital tilbakemelding fra pasienter, for å kunne evaluere kvalitet i behandlingen og målstyre faglig forbedringsarbeid. Arbeidet kan utvikles lokalt, men bør forankres regionalt og harmoniseres med rapporteringer til nasjonale medisinske kvalitetsregistre for psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge, for å unngå dobbeltregistrering for pasienter og behandlere.



## 8 Innspill til utvalget

### 8.1 Innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner

Det er avholdt to møter for bruker- og pårørendeorganisasjoner der det ble gitt anledning til å gi innspill til ekspertutvalgets arbeid. Det første var et ordinært møte i Helsedirektoratets brukerforum (Brukerrop) der innspill til ekspertutvalgets arbeid var en av sakene. Det andre var et særskilt møte arrangert av utvalgsmedlemmene Haakon Steen og Karl Olaf Sundfør. Før møtene ble det sendt ut spørsmål som utvalget ønsket besvart av representanter for brukere og pårørende. I det følgende er svarene på disse spørsmålene oppsummert basert på de to møtene.

1. *Hva er fordelene ved å gi et mer spisset tilbud til definerte pasientgrupper i psykisk helsevern?*

Bruker- og pårørendeorganisasjoner gir tilbakemelding om at spesialiserte miljøer gir bedre fagmiljøer, hvor nye metoder kan utvikles gjennom forskning og evaluering. Spesialiserte fagmiljøer kan tilby tjenester til pasientgrupper som ikke lar seg behandle i vanlige DPS, og komplekse problemstillinger krever spisset kompetanse.

Det å gi et mer spisset tilbud til definerte pasientgrupper, kan føre til større effektivitet og kostnadsbesparelser.

For at det spissede tilbudet skal bli bra, må man se hele mennesket eller problemstillingen. For eksempel må man ikke skille mellom rus, diagnose og traume, men se alt i sammenheng. Det finnes gode metoder for enkeltstående problemer (eksempelvis OCD eller fobier) som bør være tilgjengelig for alle. Det bør tilrettelegges for at det kan være mulig å gi langvarig behandling, hvor fagfolk med spisskompetanse kan bruke mer tid på oppfølging av pasientene.

Pasienter med minoritetsbakgrunn trenger en spesifikk og individualisert oppfølging. Det bidrar til å redusere stigmatisering og utstøting av de som trenger psykisk helsehjelp i disse miljøene. Det bør rettes mer oppmerksomhet på kultur og språk med utgangspunkt i hvilken ressurs den enkelte pasient har. Tolketjenesten har en sentral rolle, blant annet ved å oversette journalinformasjon for disse pasientene.

## *2. Hvilke ulemper kan en slik spesialisering ha for pasienter, pårørende, ansatte og tjenesten?*

Bruker- og pårørendeorganisasjoner uttrykker bekymring for at økonomi blir styrende for pasienttilbudet. En spesialisering må også romme de komplekse tilfellene, som krever bred kunnskap, og som krever tid og erfarne terapeuter. Det handler om kompetanse om det som er personens utfordring. Alle mennesker er forskjellige, og det er behov for bred kompetanse som dekker mer enn ett problemområde.

Pasienter som måtte trenge behandling utenfor spesifikk spesialisering, kan oppleve mangelfull tilgang til den nødvendige helsehjelpen. Det kan også bety lange ventetider for å bli behandlet samt økte transportkostnader for den pårørende som må reise for å få behandling.

Pårørende til pasienter som ikke faller innenfor spesialiseringen, kan bli utfordret på å finne oppdatert informasjon og tilgang til behandlingsalternativer. De kan også oppleve økonomiske byrder siden de må finansiere, eller søke om økonomisk støtte for, transport for å få den nødvendige hjelpen.

Ansatte som arbeider innenfor det spesialiserte feltet, kan bli overbelastet og oppleve en ekstra byrde for at de har for lite utdanning i områder som faller utenfor den spesifikke spesialiseringen. De kan også oppleve begrensning på omfanget av tjenester de kan tilby pasientene.

Spesialisering av tjenester kan føre til byrder og begrensninger i å tilby fleksibel og differensiert tjenesteyting. Det kan være vanskeligere å tilby pasienter alternativer for behandling og krever at ansatte er godt trent i flere områder. Det kan resultere i et høyere utgiftsnivå knyttet til utdanning og kompetanse.

## *3. Hvilke spesialiserte tjenester fungerer godt i dag?*

Bruker- og pårørendeorganisasjoner viser til flere tjenester som de mener fungerer godt i dag.

- OCD-team
- Medisinfri behandling i Tromsø og Nedre Romerike DPS
- Spesialiserte avdelinger for eldre med psykiske lidelser
- Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser ved OUS Gaustad
- Modum Bad
- Nasjonalt kompetansesenter for barn og unge med funksjonsnedsettelse
- Nasjonale kompetansesenter generelt

- Personlighetspoliklinikken ved OUS Ullevål
- Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS)

Generelt fremheves de behandlingstilbudene som «ser hele mennesket», og tilbyr den tiden som er nødvendig for å bli frisk eller friskere.

#### 4. *Hvilke områder kan ha nytte av mer tematisk organisering?*

De diagnosene som er «lette å fikse», samt de diagnosene som er mest komplekse å behandle.

- Fremme god seksuell helse for de med traumer
- Psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse
- Sjeldne lidelser som eksempelvis selektiv mutisme
- Der det trengs egne fagmiljøer for å drifte metoder som trenger stabile og trygge relasjoner over tid
- Minoritets- og urbefolkingshelse
- Asylsøkere og flyktninger som har opplevd tortur, trafficking og traumatiske opplevelser
- Tilbud for de som faller utenfor diagnosesystemet, eksempelvis kronisk utmattelse, el-strålingssensitive, høysensitive etc, som har lidelser som avvises grunnet manglende kunnskapsgrunnlag
- Kjønnssinkongruens
- Behandling og oppfølging for de som er selvmordsnære
- Søvnlidelser
- Økt livskvalitet og mestring ved kroniske psykiske tilstander
- Oppfølging av behandlingsresistente
- Tilbud for de som er i behov for tvangsbehandling, og som ikke responderer på antipsykotiske midler, og også de som opplever mer ulemper enn fordeler ved medikamentell behandling. Det at de som ikke har effekt av medikamenter blir tvangsbehandlet med medikamenter, er uetisk, helseskadelig og bryter menneskerettigheter.
- LHBT+
- Spesialiserte tjenester for nedtrapping av medikamenter, med forskning på metode og kunnskapsformidling
- Barn som har utfordringer med både rus og psykisk helse faller mellom to stoler og plasseres ofte i institusjoner for voksne. Ikke bra, de trenger egne plasser.
- Nødvendig med ekstra oppmerksomhet på voksne ROP-pasienter
- ADHD trenger også mer oppmerksomhet, spesielt hvordan man følger opp voksne, men unge har også et problem
- Mange institusjoner er slik i dag, at unge kommer inn med et lite problem, men gjennom oppfølging, kommer de i kontakt med rus, og utvikler større problemer.
- Selvhjelpstiltak og støttenett – ett nytt tiltaksområde som gir tilgang til kunnskap og støtte som hjelper folk til å oppdage, forestille seg og mestre egen psykisk helse.
- Bedre tilgang til mental helsehjelp – et område som tilbyr flere og mer spesialiserte tjenester samt mer tilgjengelig informasjon om behandlinger, både offline og online.

- Forebygging og tidlig intervensjon – et område som tar for seg tiltak som kan redusere risiko for og/eller forhindre at psykiske lidelser eller kriser oppstår.
- Utdanningsprogrammer og ressurscenter – et tiltaksområde som støtter opp under utdanning, lederskap og organisering, utarbeidelse av retningslinjer, kommunikasjonsstrategier og programvare som støtter strategiene.
- Nettsider, lederskap og organisasjoner – et område hvor partnere, samfunnsgrupper, bedrifter, profesjonelle og andre organisasjoner som jobber for psykisk helse, blir samlet og støttet.
- Politiske rammeverk – et tiltaksområde som støtter opp under handlinger, tiltak og regulerende forebyggende tiltak for at regjeringer og myndigheter kan betrakte psykisk helse som en prioritet i sine handlinger.

#### 5. *Hva er dine erfaringer med behandling på digitale plattformer eller video?*

Bedre enn å ikke ha kontakt, men ikke et foretrukket verktøy. Vi bør ikke miste menneskelig kontakt. Egnert for bedre kontakt med pårørende som ikke bor nær behandlingsstedet. Digitale verktøy kan brukes i kurs og opplæring, men bør unngås i behandling hvor pasienten kan komme i prosess. Helsevesenet bør ha en konferanse eller seminar om AI er bra – ikke bra. Aftenpostens fredagsmagasin hadde en lengre artikkel om bruk av AI rundt 2017, i behandling av amerikanske krigsveteraner med kompleks PTSD. Forskning og evaluering viste at AI hadde bedre resultater enn en fysisk psykolog på flere områder. I utlandet (Canada) brukes nå programmer med algoritmer i forebyggende behandling. Pasienten/personen bruker programmet daglig, og algoritmene fanger opp sinnstilstand med videre. Programmet gir deretter råd til pasienten om fysisk trening, sosial omgang med andre, hvile etc. Slike ting har man lest om i snart ti år, og det er på tide at vi bruker slike program mer aktivt i forebygging og behandling, men både fag og pasienter trenger mer kunnskap.

#### 6. *I Norge er det mange DPS-er og BUP-er som har vansker med å sikre tilstrekkelig spesialistdekning. Hva tenker du om nytten ved å ha behandling nær hjemstedet sett opp mot behovet for tilgang på spesialistkompetanse.*

BUP og DPS bør ha god generell kompetanse som kan dekke opp behovene til befolkningen lokalt. Kvalitet bør prioriteres fremfor nærhet, men reisevei over fire timer hver vei vil på sikt bli utmattende. Innleggelse over tid er et alternativ. Modum bad med tre måneders innleggelse er et godt eksempel på dette. Det er vanskelig for pårørende å være med på lengre reiser. BUP og DPS bør ha recovery-baserte tjenester/åpne dialoger/musikkterapi, samvalg og brukarmedvirkning i egen behandling.

## 8.2 Innspill fra det samiske perspektivet

For å få innspill til hvordan det samiske perspektivet kan innarbeides i tematisk organisering av psykisk helsevern, har ekspertutvalget invitert både Sametinget og SANKS til å gi skriftlige innspill. Det ble avholdt et nettmøte mellom utvalgsleder og sametingets direktør Inger Marit Eira-Åhrén. Her gjengis deler av det skriftlige innspillet fra SANKS.

De kliniske enhetene i SANKS har vært med på å komme med innspill til ekspertutvalgets arbeid. Det hadde vært viktig å ta opp innspillet i brukerrådet til SANKS for å få deres synspunkter, men grunnet kort tidsfrist har ikke brukerrådet blitt involvert i dette arbeidet.

SANKS er en nasjonal kompetansetjeneste med et samfunnsmandat om å bidra til likeverdige tjenester innen psykisk helse, rus og avhengighet til den samiske befolkningen. Sámi klinihkka, SANKS, sine innspill baserer seg på den nasjonale kompetansetjenestens mandat.

Det er utarbeidet et strategidokument som skal fremme likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen nasjonalt. Strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*<sup>1</sup> ble lagt frem i juni 2020.

Samiske pasienter har rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester på lik linje med øvrig befolkning. Sannsynligvis behandles det mange samiske pasienter innenfor psykisk helsevern hver eneste dag. Ofte gjøres det uten at helsepersonell er klar over at pasienten har samisk bakgrunn, og de behandles uten at tjenestene er oppmerksom på utfordringene som samiske pasienter kan ha i møte med helsetjenesten. Bosettingsmønstrene i samiske områder har endret seg over tid, og det har i løpet av de siste 40 årene skjedd en relativt sterk flytting fra samiske distrikter og inn til byer.

God og trygg kommunikasjon mellom pasient og behandler er grunnleggende i all pasientbehandling. Det handler om pasienters mulighet for å bruke sitt eget språk, men også å bli møtt av en kultursensitiv tjeneste. Kunnskap og kompetanse om samisk språk og kultur blant tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten er begrenset, særlig i områder av landet der samer er en liten del av befolkningen.

Likeverdige tjenester forutsetter at tjenestetilbudet er tilrettelagt for pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Det er vanskelig å gi samiske pasienter likeverdige tjenester uten at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur. I strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning* blir det beskrevet at manglende kompetanse om samisk språk, kultur og historiske traumer kan føre til at helsepersonell tilbyr råd og hjelp som vanskelig lar seg gjennomføre på grunn av samisk livsform.

Det bør satses mer på FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment), en fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Oppmerksomheten bør rettes mot unge pasienter med alvorlige psykiske lidelser, ofte også rus- og avhengighetsproblematikk. De har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det bør jobbes med at denne tjenesten kan tilbys alle samiske pasienter, uavhengig av hvor i landet de bor. Det bør tilbys oppsøkende behandling og oppfølging med hjemmebesøk og digitalt av fagfolk som har samisk språk- og kulturkompetanse.

---

<sup>1</sup> Helse Nord (2020). *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*. <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Spesialisthelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen/Strategidokumentet%20norsk.pdf>

Det kan være måten å nå ut med spesialisthelsetjenester til de unge som bor spredt over store geografiske områder i landet, samtidig som det er tett samarbeid med primærhelsetjenesten som kan gi kontinuerlig oppfølging.

En strategi for videreutvikling av spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern til den samiske befolkningen må ta utgangspunkt i hvilken kunnskap vi har om denne befolkningsgruppen.

Kunnskapsgrunnlaget om helse og levekår i den samiske befolkningen er imidlertid begrenset. Det er flere grunner til dette:

- Omfanget av forskningen har vært begrenset.
- Noen av undersøkelsene fra samiske bosetningsområder har vært utført over for små geografiske områder og på relativt begrenset temaer.
- Det kan være vanskelig å rekruttere samiske respondenter til forskning og det er utfordrende å forske på en befolkning med spredt bosetningsmønster.
- Det er relativt få forskere med samisk kulturkompetanse.
- Det er manglende fokus på og finansiering av denne forskningen.
- Samisk etnisitet kan ikke registreres i nasjonale registre. Dette medfører at man ikke kan gjøre registerstudier på samers helse.

Det kan konkluderes med at det trengs mer og bedre forskning for å kunne si noe sikkert om helsetilstanden, utfordringer og tjenestebruk i den samiske befolkningen som helhet, inkludert innen psykisk helsevern. Men noe forskning og registerdata finnes. De siste årene har det vært satset systematisk på å legge til rette for økt forskningsaktivitet med mål om å få pålitelig kunnskap om den samiske befolkningen, noe som har medført en stor økning i antall studier på samisk helse og helsetjenester.

Alle pasienter som kommer i kontakt med helsetjenesten, skal ha mulighet til å være aktive deltakere i egen behandling. Det innebærer at det må legges til rette for at pasientene får bruke sin erfaring, sine ressurser, sin kulturbakgrunn og sin kompetanse når de skal få tilfredsstillende hjelp. Like tjenester har blitt sett på som likeverdige tjenester, men ut fra et brukerperspektiv kan ikke tjenestene defineres som likeverdige dersom helsepersonell ikke tar hensyn til hvordan kultur, historie og språk påvirker kommunikasjon og samhandling.

### ***Organisering av tjenestene***

Helsetjenestene som møter samiske pasienter, må ta hensyn til samisk kultur, historie, levesett og språk. Helsetjenestene må være oppmerksomme på at samene er en heterogen gruppe med ulike samiske språk, kultur, bosettingsområde og dermed ulike behov. Det er derfor vanskelig å se for seg at én type tilpasning av helsetjenestene vil være svaret på alle utfordringer for alle samiske befolkningsgrupper. Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven at alle pasienter har rett til et likeverdig tilbud, men det vil være utfordrende, og sannsynligvis heller ikke riktig, å bygge opp nøyaktig det samme tilbudet til alle samer i hele landet. I områder der det bor mange samer, vil det være naturlig å bygge ut et annet tilbud enn i områder der få samer har sitt bosted. Dette betyr at man bør ta utgangspunkt i de ulike regionene, og vurdere lokale behov og muligheter.

SANKS ønsker at nåværende struktur bevares med geografisk organisering etter klinikker som nå. Dette gir økt mulighet for selvstyre i forhold til særfunksjonen vedrørende samiske pasienter. Det vurderes som særdeles viktig at ledelsen for samisk helsetjeneste har samisk språk- og kulturkompetanse, og har nærhet til lokal ledelse. Erfaringer over mange år viser at en liten klinikk alltid vil tape imot interessene til større klinikker, både vedrørende økonomiske og personalmessige ressurser. Dersom man ikke opprettholder en sterk kjerne angående organisering av det samiske helsetilbudet med dens ledelse, er det stor risiko for at det spesifikke tilbudet til samiske pasienter blir pulverisert, samt at det er stor fare for manglende fagutvikling.

Det blir sterkere fagmiljø under en DPS-struktur der man samordner helsetilbudet både til psykisk helsevern og rusavhengighet – ettersom dette gjelder en forholdsvis liten pasientmasse. I en slik organisering kan man lettere bevare og sikre et sterkt fagmiljø. Det er ikke rekrutterende at man går bort fra en sterk kjerne med eget selvstyre. Det er derimot viktig at man har nære kolleger i sitt nære fagmiljø.

Det må sikres økt kvalitet og kompetanse om samisk språk og kultur innen spesialisthelsetjenesten. Tiltakene må gjennomføres systematisk, være forankret i ledelsen og fremgå av styrende dokumenter og kompetanseplaner.

Videre bør Sámi klinihkka styrkes og utvikles. Samisk tolketjeneste underlagt Sámi klinihkka bør utvikles til et nasjonalt tilbud på nord-, sør-, og lulesamisk. Det bør også opprettes samiske regionale og nasjonale fag- og brukernettverk.

Det er mye uvitenhet innad i det norske hjelpeapparatet om samer og deres individuelle og kollektive behov for tilpasninger i helsehjelpen. Dette kan skyldes mangel på kunnskap om samisk språk og kultur, men også manglende kunnskap om hvordan helsetilbudet kan tilrettelegges slik at det blir tilstrekkelig trygt for den samiske pasienten å formidle sine behov og ønsker.

## 8.3 Innspill fra fagforeninger og KS

Ekspertutvalget har bedt om innspill fra fagsammenslutninger for ansatte i psykisk helsevern. Det ble stilt følgende spørsmål

- Hvordan sørge for tilstrekkelig tilgang på fagkompetanse i psykisk helsevern?
- Hvordan sørge for at pasienter får kunnskapsbasert behandling i psykisk helsevern?
- Er det pasientgrupper som kan ha særlig nytte av ytterligere spesialisert tilbud i psykisk helsevern?
- Hvordan vurderer dere risiko ved mer spesialisert organisering i psykisk helsevern?
- Har dere andre innspill til ekspertutvalgets arbeid?

I det følgende refereres kort fra tilbakemeldingene fra de enkelte foreningene.

**Norsk sykepleierforbund (NSF)** mener god og fremtidsrettet organisering av psykisk helsevern er av stor betydning for tilgjengelig og kunnskapsbasert hjelp for pasientene. NSF mener det er særlig viktig å gi teambasert og spesialisert oppfølging som understøtter det kommunale tjenestetilbudet, herunder å sikre gode overganger, forpliktende samhandling og strukturer som bidrar til forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp i alle ledd. NSF mener det er særlig viktig å ivareta grunnleggende behov og se psykisk og fysisk helse i sammenheng.

På spørsmål om hvordan man kan sikre tilstrekkelig fagkompetanse mener NSF det er nødvendig med en nasjonal kartlegging for å få oversikt over dagens kompetansesammensetning i tjenestene og vurdere fremtidig behov for å sikre forsvarlig, omsorgsfull og helhetlig hjelp. NSF peker videre på tydeliggjøring av funksjon, ansvar og oppgavedeling i tjenestene for å motivere og rekruttere riktig kompetanse, gode lønns- og arbeidsvilkår innenfor rammen av gode og trygge fagmiljøer, kliniske karriereveier med muligheter for fordypning og spesialisering i eget fag, gode rammevilkår for ledere for å sikre gode arbeidsvilkår og faglig utvikling, å sikre finansiering og muligheter til utdanning og kompetanseutvikling, og riktig bruk av sykepleierkompetanse for å sikre god ressursbruk, kvalitet og tilgjengelighet.

På spørsmål om hvordan sørge for at pasienter får kunnskapsbasert behandling peker NSF på lederforankring og systemer for implementering av kunnskapsbasert praksis og samhandling med akademia og legge til rette for gode praksisplasser.

På spørsmål om det er pasientgrupper som kan ha særlig nytte av ytterligere spesialiserte tilbud, nevner NSF mødre med psykose eller depresjon etter fødsel, personer med utviklingshemning og mennesker med alvorlige, komplekse og sammensatte lidelser som har behov for avansert helsehjelp, herunder unge med alvorlige psykoselidelser.

På spørsmål om mulig risiko ved mer spesialisert organisering av psykisk helsevern viser NSF til faren for at pasienter kan falle mellom stoler, for eksempel ROP-lidelser. Tematisering basert på diagnose kan medføre selektering, og NSF mener funksjonsnivå og mestring vil være like viktige indikatorer for spesialisert hjelp.

Som generelt innspill til arbeidet mener NSF at tjenestene må være pasientsentrerte og basert på tverrfaglig samarbeid med og rundt den det gjelder. For å sikre dette er det nødvendig med nasjonale standarder for pasientforløp som sikrer et enhetlig kunnskapsbasert tilbud over hele landet. NSF fremhever betydningen av å skape gode overganger og samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivåer for å sikre forsvarlig og omsorgsfull behandling. Brukerstyrte tilbud bør utredes, for eksempel poliklinisk behandling for å hindre behandlingsbrudd.

**Norsk psykologforening** støtter en videre utvikling av fagteam, der behandlere gis mulighet til å styrke sin kompetanse om spesifikke tilstander, behandlingsformater og ferdigheter. Slike team må integreres i det ordinære behandlingsforløpet og tildeles ansvar for pasienters komorbide og sammensatte tilstander, og for tjenestenes samlede oppgaveportefølje. Psykologforeningen fraråder en

organisering med utgangspunkt i spesifikke behandlingsmetoder da de mener at dette gir høy risiko for ensretting uten tilstrekkelig forskningsgrunnlag, reduserer mulighet for nødvendig individuell tilpasning og i tillegg ikke ivaretar den stadige utviklingen i feltet. Psykologforeningen savner en beskrivelse i mandatet av sammenhengene mellom kapasitet og kvalitet. Foreningens medlemmer har meldt inn at for lav frekvens i behandlingskontakt, manglende muligheter for samhandling, tidsnød, høye rapporterings- og registreringskrav, liten tid til faglig fordypning og opplevelse av ikke å få gitt god nok behandling og manglende kollegiale nettverk gjør at fagpersoner søker seg bort fra tjenestene. Dette gjelder særlig medlemmer i allmenne tjenester og poliklinikker. Psykologforeningen fremhever at styringsvirkemidler basert på lovfestede brukerrettigheter, nasjonale pasientforløp, kvalitetsindikatorer og innsatsstyrt finansiering med gode intensjoner har etablert en for sterk detaljstyring av prosessene, noe som kan være til hinder for utvikling av gode faglige tilbud om individuelt tilpasset helsehjelp. Formalisering av rettighetsvurderinger og oppstart av pakkeforløp har medført en stor ressursallokering til diagnostiske vurderinger og utredninger tidlig i forløpene på bekostning av kapasiteten til å tilby god behandling. Psykologforeningen mener en forutsetning for å tilby raskere kunnskapsbasert behandling og bedre faglig utvikling i psykisk helsevern er å redusere innslag av detaljstyring, forenkle forløpene og tydeliggjøre betydningen av fleksibilitet og individuell tilpasning. Psykologforeningen mener beskrivelser av hvordan vi kan inkludere informasjon om pasienters nytte og bedring i behandling i den løpende evalueringen av tjenestene er svært viktig for ekspertutvalgets anbefalinger. Ifølge Psykologforeningen kan de fleste psykiske lidelser behandles med ulike tilnærminger, og det er derfor lite hensiktsmessig å diskutere betydningen av spesifikke metoder opp mot såkalte fellesfaktorer.

Psykologforeningens medlemmer er samstemt i behovet for å bygge opp og tydeliggjøre ansvaret for de psykiske helsetjenestene i kommunen. Det henvises til positive funn i evaluering av forsøk med tettere samarbeid mellom fastleger og psykologer. Psykologforeningen presiserer at kommunale psykisk helsetilbud også skal drive behandling, og må holde et forsvarlig kvalitets- og kompetansenivå selv om terskelen for inntak er lav. Det innebærer å styrke tverrfagligheten i de kommunale tjenestene slik at diagnostisk vurderingskompetanse inngår i tilbud med lav terskel.

På spørsmål om hvordan sørge for kunnskapsbasert behandling viser Psykologforeningen til medlemsundersøkelser som viser at det å være en del av et sterkt fagmiljø, gi god helsehjelp, få muligheten for faglig fordypning, veiledning og spesialisering, samt å møte god ledelse er sentrale motivasjonsfaktorer for å bli værende i de offentlige tjenestene.

På spørsmål om det er pasientgrupper som kan ha særlig nytte av ytterligere spesialisert tilbud svarer Psykologforeningen at det kommer an på hvilke kriterier som legges til grunn for å vurdere behovet for mer spesialisert kunnskap eller mer spissede tilbud. Foreningen har fått tilbakemelding fra sine medlemmer om at tilbudet ved spiseforstyrrelser, autisme og/eller utviklingshemming kan være egnet for ytterligere faglig spesialisering.

Psykologforeningens medlemmer som er del av spesialiserte fagteam, synes å være fornøyd med å kunne fordype seg, få mengdetrening og yte spisset hjelp. Samtidig pekes det på faren for at slike team lukker seg og tar mindre ansvar for uavklarte og sammensatte tilstander. Flere har meldt om lange interne ventelister til spesialiserte tilbud og at mange pasienter får avslag på henvisninger. Det er også bekymring for at de generaliserte teamene mister kompetanse, og at de spesialiserte teamene ikke tar ansvar for økt innsøking og for uavklarte forløp. En annen risiko ved sterkere tematisk organisering er, ifølge Psykologforeningen, at det utløser behov for mer utredning tidlig i forløpene for å finne «riktig» diagnose og behandling. Psykologforeningen understreker at det må tas hensyn til variasjon i geografi og befolkningstetthet som gjør at det ikke finnes en modell som vil passe i alle deler av landet. Avslutningsvis peker Psykologforeningen på at digitalisering anføres som en måte å gi mer effektiv helsehjelp på og forbedre kvaliteten i psykisk helsevern, men at det foreløpig er sparsomt med forskningsbelegg på gevinsten både i kvalitet og ressursbruk.

**Den norske legeforening** fremhever viktigheten av å ivareta og derigjennom beholde de spesialistene som jobber i psykisk helsevern, samt styrke rekruttering til fagfeltet. Investering i de ansatte og utvikling av deres kompetanse er det viktigste tiltaket for å bedre kvaliteten i tjenestene. Mulighet for faglig utvikling og tilhørighet er det mest sentrale for å ivareta og beholde fagkompetansen i tjenestene. Legeforeningen peker særlig på mulighet for å delta på kurs og konferanser, utarbeidelse av nasjonale faglige veiledere og retningslinjer, sterkt og kollegialt fagmiljø, gode lønnsvilkår og god ledelse. Legeforeningen mener at tydelig ansvars- og oppgavedeling vil bidra til god kvalitet i pasientbehandlingen. Foreningen er bekymret for at et antall pasienter i spesialisthelsetjenesten ikke primært ivaretas av en psykiater, og at det fremstår tilfeldig hvilken profesjon pasienten møter. En slik organisering kan bidra til stor variasjon i utredning og behandling, noe som kan føre til direkte feilbehandling. Effektiv og målrettet utredning og behandling av psykisk sykdom krever ifølge Legeforeningen bruk av den komplementære kompetansen ulike faggrupper besitter, på en hensiktsmessig måte. Tjenesten må organiseres på en måte som utnytter psykiaterressursene optimalt. Legeforeningen mener det er psykiatere som har den nødvendige helsefaglige kompetansen for å lede utredning og behandling av pasienter i psykisk helsevern. Legeforeningen understreker behovet for individualisert behandling av hver pasient, og pasienter må få tilgang på flere terapimodaliteter. Dette er særlig viktig i behandling av barn og unge, da store variasjoner i miljømessig, biologisk og sosial utvikling vil påvirke både diagnosebildet og hvordan behandlingsløpet bør legges opp. Det er behov for å bygge opp og ivareta sterke forskningsmiljøer som kan bidra til kunnskapsbasert behandling, og bistå helsepersonell i å tilrettelegge behandling for pasientene.

På spørsmål om det er pasientgrupper som kan ha særlig nytte av ytterligere spesialisert tilbud nevner Legeforeningen traumelidelser, gruppebehandling ved personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og unge med emosjonell ustabilitet. Legeforeningen fremhever viktigheten av at rett diagnose stilles fra start, så langt det lar seg gjøre. Pasientgrupper i psykisk helsevern er dynamiske og i utvikling, og det vil derfor være behov for en kontinuerlig evaluering av behandlingen. Det er også viktig med en helhetlig tilnærming til pasientene og deres livssituasjon.

Legeforeningen peker på at spesialiserte tilbud ved spiseforstyrrelser og OCD har vært mindre effektive for pasienter med utypiske eller sammensatte tilstander, enn i de tilfeller hvor det diagnostiske bildet er klarere.

På spørsmål om risiko ved mer spesialisert organisering fremhever Legeforeningen at det diagnostiske bildet innen psykisk helse er komplekst, og det vil være mange pasienter som ikke passer inn i en tematisk organisering. Legeforeningen mener det er viktig å ta høyde for at flere av pasientene vil falle utenfor den tematiske organiseringen, og sørge for at individualiserte behandlingstilbud er tilgjengelig også for denne pasientgruppen. Man risikerer også å svekke den samlede kompetansen ved generelle poliklinikker for pasienter som ikke passer inn i en tematisk organisering, men som poliklinikkene fortsatt har et ansvar for og må tilby behandling til.

Avslutningsvis mener Legeforeningen det kan være gunstig å se til andre vestlige lands tjenester innen psykisk helsevern, spesielt med tanke på arbeidsfordeling og organisering, og det er essensielt at pasientene høres i denne saken. Legeforeningen mener også at en barne- og ungdomspsykiater bør inkluderes i det videre arbeidet.

**Fellesorganisasjonen** (FO) er fagforeningen for sosialarbeidere og organiserer nærmere 35 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Til tross for føringer om tverrfaglighet opplever medlemmene at deres kompetanse ikke blir brukt i stor nok grad i psykisk helsevern. Vernepleiere blir rekruttert basert på deres helsefaglige og ikke sosialfaglige kompetanse. FO er også opptatt av at det må legges til rette for at ansatte kan få mulighet til å videreutdanne seg. På spørsmål om pasientgrupper som kan ha nytte av ytterligere tematisk organisering, peker FO på personer med utviklingshemning. Denne gruppen pasienter har dårligere tilgang på ordinære helsetjenester enn andre og har stor grad av komorbiditet. For eksempel kan en pasient ha både cerebral parese, autismspekterforstyrrelse, utviklingshemning og epilepsi. Dette gir et komplekst symptomtilstand som krever et spesialisert og tverrfaglig tilbud innenfor psykisk helsevern. På spørsmål om hvilken risiko en økt spesialisering kan medføre svarer FO at man står i fare for ikke å se helheten. Tjenesten må ha tilstrekkelig generalistkompetanse og tilbud som ikke er for spesialiserte for å sikre at alle pasientgrupper får hjelpen de trenger og ikke faller utenfor.

**Fagforbundet** organiserer blant annet helsefagarbeidere som er ansatt i nær samtlige av tjenestene i psykisk helsevern. Fagforbundet understreker at personell er den viktigste ressursen i helsevesenet, og når personell blir en knapp ressurs, blir det viktig å se på oppgavefordeling, særlig i spesialisthelsetjenesten. Fagforbundet ser positivt på at også andre yrkesgrupper enn leger og psykologer får anerkjennelse for sin kompetanse. Fagforbundet ønsker å rette større oppmerksomhet mot å rekruttere og beholde gode fagfolk i helsetjenesten, herunder helsefagarbeidere. Videreutdanning er et sentralt virkemiddel for å beholde fagfolk, og videreutdanning i arbeid med mennesker med alvorlige psykiske lidelser i regi av SEPREP trekkes frem som et viktig tilbud som nå er stengt for helsefagarbeidere, etter at det kom krav om bachelorgrad for å søke. Dette fremstår som et paradoks når helsefagarbeidere er

en av faggruppene som jobber tetttest på de som er alvorlig psykisk syke og deres pårørende. Fagforbundet peker på ROP-lidelser som en pasientgruppe som er særlig avhengig av god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fagforbundets medlemmer i tjenestene har meldt at det haster med en styrking av barne- og ungdomspsykiatrien, særlig etter at pandemien har medført økt pågang i tjenestene.

**KS (kommunesektorens organisasjon)** ble invitert til å sende innspill til ekspertutvalgets arbeid på grunnlag av mandatet og utvalgets innspill til opptrappingsplan for psykisk helse. KS oversendte sitt innspill til regjeringens opptrappingsplan samt en lenke til Fafo-rapport om sikkerhetspsykiatri i kommunalt perspektiv. KS viser til en kraftig styrking av arbeidet med psykisk helse i kommunene, med en vekst i årsverk på 22,5 prosent fra 2016 til 2022<sup>2</sup>. KS minner videre om at en slik vekst ikke kan fortsette, og at videre utvikling av tilbudene må ta hensyn til en større mangel på arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren. Ifølge KS må samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bli mer likeverdig, og målet må være å utnytte personellressursene best mulig. For å oppnå lavere forekomst av psykiske lidelser må det aller meste av satsningen på forebygging handle om brede helsefremmende tiltak utenfor helsetjenesten. Kommunene må gis frihet til å utnytte lokale ressurser best mulig. KS beskriver en ansvarsfordeling der spesialisthelsetjenesten tar seg av behandling, og kommuner tar seg av forebygging. Der kommunene er involvert i behandling, må det være fordi det gir den beste utnyttelsen av arbeidskraften. KS peker på behov for å styrke døgnkapasitet for alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten. Nedbygging av døgntilbud har ført til at kommunene har fått ansvar for bolig og tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, omfattende rusmiddelproblemer og en høy potensiell voldsrisiko. Ofte mangler kommunene egnede boliger og ressurser for tilstrekkelig oppfølging. Landsstyret i KS uttrykte i 2021 uro over manglende kapasitet i BUP og ba regjeringen sikre en økning i den totale kapasiteten i psykisk helsevern for barn og unge.

KS peker på uklare ansvarsforhold mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. For pasienter som psykisk helsevern ikke vil gi et tilbud, blir kommunene sittende med hovedansvaret. Et eksempel er pasienter som er vurdert samtykkekompetente og ikke ønsker behandling. Enkeltbrukere kan legge beslag på en svært stor del av kommunens ressurser som går på bekostning av kapasitet til å jobbe forebyggende og helsefremmende.

KS etterlyser insitamenter som fremmer utvikling av modeller for samhandling og utprøving av ny tjenesteutvikling mellom forvaltningsnivåene. For eksempel kan halvannenlinjetjeneste utprøves på områder hvor det ikke er mulig for kommunene å etablere tiltak alene.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF [https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef\\_rapport2022\\_01271.pdf](https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef_rapport2022_01271.pdf)



## 9 Økonomiske, juridiske og administrative konsekvenser

### **Økonomiske konsekvenser**

Regionale helseforetak er finansiert over statsbudsjettet. Inntektene er gitt dels som rammefinansiering og dels som innsatsstyrt finansiering basert på hvor mange og hva slags pasienter som blir behandlet (138).

I somatiske helsetjenester omfatter innsatsstyrt finansiering både døgntilrettelagt og poliklinikk. Døgntilrettelagt i psykisk helsevern er rammefinansiert. Rammefinansiering utgjør dermed en større andel av inntektene i psykisk helsevern sammenlignet med somatikk. Utvalget mener at en mindre andel innsatsstyrt finansiering legger til rette for at psykisk helsevern i større grad enn somatikk kan styres og prioriteres etter faglige og kvalitetsmessige vurderinger enn hensynet til volum av pasienter. Utvalget vil peke på utfordringen ved å styre en helsetjeneste etter produksjonsmål når type og omfang av behandling for den enkelte pasient må være fleksibelt og individuelt tilpasset.

Ekspertutvalget har merket seg forslaget til Sykehusutvalget om å utrede en modell med rammefinansiering som hovedmodell og innsatsstyrt toppfinansiering. Utvalget mener at det innenfor psykisk helsevern er rimelig å ha en høyere grad av rammefinansiering, fordi pasientpopulasjonen i mindre grad enn somatikk lar seg klassifisere i homogene grupper med ensartet finansiering. Ekspertutvalget har imidlertid inntrykk av at tjenesten til tross for mindre innsatsstyrt finansiering, i for stor grad styres av kvantitative mål for gjennomstrømming av pasienter og i for liten grad av faglige prioriteringer eller kvalitetsmål.

Utvalgets forslag vil kunne gjennomføres innenfor gjeldende rammer og finansieringssystem. Flere av utvalgets anbefalinger vil imidlertid kreve fagutvikling og omstilling i tjenestene som må forventes å være kostnadsdrivende. Som påpekt i kapittel 7 er det av vesentlig betydning at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til gode implementeringsprosesser, uten at dette går på bekostning av kapasitet og kvalitet i driften.

For å understøtte kontinuerlig tjenesteutvikling og større vekt på samarbeid og samhandling i enkeltsaker, må også dagens ISF-reglement løpende oppdateres. For eksempel kan dagens regler knyttet til antall inntektsgivende aktiviteter per dag, eller antall personell som kan utløse finansiering i en og samme konsultasjon, hemme samhandling. Dersom utvalgets forslag til organisering av egne henvisnings- og avklaringsteam for å forbedre inntaksprosessen i psykisk helsevern skal innføres, må det utredes hvordan aktivitetene som innebærer samhandling med kommunehelsetjenesten og kontakt med pasienter uten fysisk oppmøte, skal gjenspeiles i foretakenes resultatsystemer.

### **Juridiske konsekvenser**

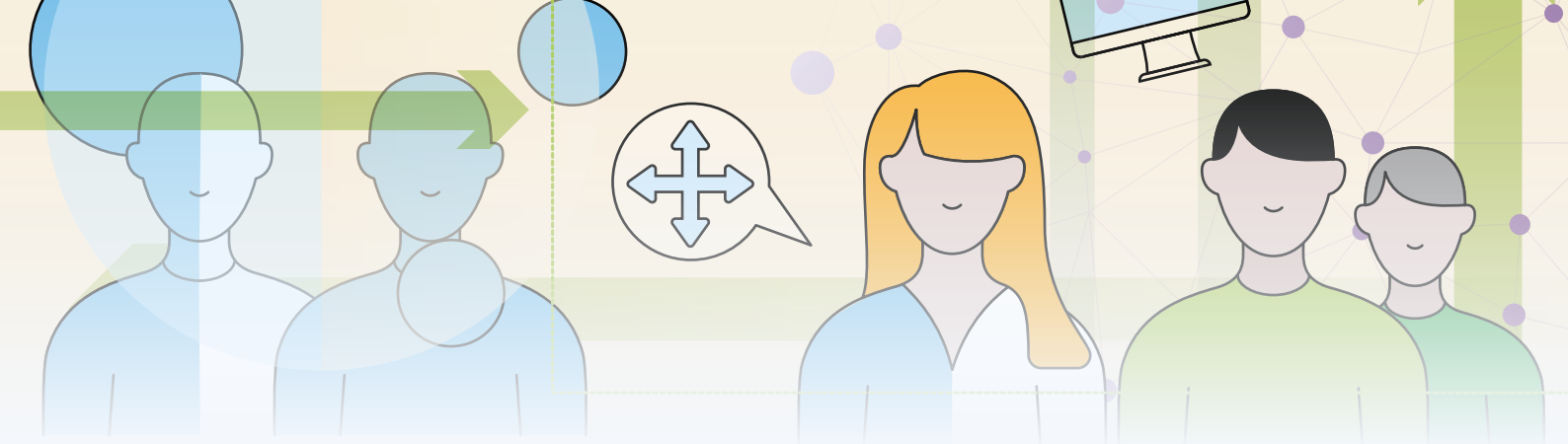
Pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser gjelder for pasienter i psykisk helsevern på samme måte som for pasienter i øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Unntaket er pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A som gjelder helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Det fremgår av § 4A-2 annet ledd at undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke likevel bare kan skje med hjemmel i lov om psykisk helsevern. Lov om psykisk helsevern gir nærmere beskrivelse av rettigheter for pasienter og særlige regler for etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Ansvar og oppgaver for spesialisthelsetjenesten er regulert nærmere i spesialisthelsetjenesteloven, mens krav til helsepersonells utøvelse av yrket fremgår av helsepersonelloven.

Ekspertutvalgets anbefalinger innebærer ingen utvidelser eller endringer i gjeldende rett.

Teamorganiseringene som utvalget har beskrevet, er egnet til å styrke tverrfaglig samarbeid, dekke kompetansehull og sikre flere lag med fagkompetanse rundt den enkelte pasient. Utvalget har ikke diskutert eller foreslått konkrete endringer i etablerte ansvarsforhold mellom de ulike helseprofesjonene i tjenesten.

### **Administrative konsekvenser**

Utvalget har ikke fått mandat om å effektivisere tjenestene selv om mange av forslagene og anbefalingene kan ha den effekten. Ekspertutvalget mener anbefalingene kan innebære en omfordeling av ressurser til behandling fremfor inntak og avklaring, og at fagutvikling og kvalitet gis større vekt enn i dag.

An illustration at the top of the page shows several stylized human figures in various colors (blue, orange, green) and a network diagram with nodes and connecting lines, suggesting a collaborative or digital environment.

## 10 Litteraturliste

1. Bale M, Holsen M, Osvoll KI, Bedane HK, Skrede O. Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling. Helse Førde HF; 2020. Rapport nr 1, 2020.
2. Riksrevisjonen. Dokument 3:13 (2020-2021) Undersøkelse av psykiske helsetjenester. Riksrevisjonen; 2021.
3. Regjeringen. Hurdalsplattformen. Statsministerens kontor; 2021.
4. Meld. St. 23 (2022-2023). Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
5. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis 2021 [Internett]. [oppdatert 17.sep 2021. Hentet 1. sep 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>.
6. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*. 2006;61(4):271-85.
7. Norsk Psykologforening. Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis [Internett]. [oppdatert mars 2007. Hentet 1. sep 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>.
8. American Psychological Association. Psychological Treatments [Internett]. [oppdatert 2022. Hentet 1. sep 2023]. Tilgjengelig fra: <https://div12.org/psychological-treatments/>.
9. Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3):537-45.
10. Dozois DJA, Mikail SF, Alden LE, Bieling PJ, Bourgon G, Clark DA, et al. The CPA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. 2014;55(3):153-60.
11. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Rapport. Helsedirektoratet: Oslo; 2012. IS-1870.

12. Oslo Universitetssykehus. 20 år med særreaksjonen Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Statistikk og utviklingstrekk 2002-2021. Rapport. Asker: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern; 2022.
13. Helse Sør-Øst. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri - og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Rapport. Hamar: Helse Sør-Øst; 2023. Utkast til rapport 27.06.2023.
14. Riksrevisjonen. Dokument 3:4 (2022-2023) Undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel. Oslo: Riksrevisjonen; 2023.
15. Sivilombudet. Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel; En undersøkelse under OPCAT-mandatet. Oslo: Sivilombudet; 2023.
16. Magnussen SF, Tingvold L. Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel. Rapport. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2022.
17. Moland A, Røren I, Thoresen F, Lom JAG, Strøm T. Barna Norge svikter - Metoderapport, Data-SKUP. Oslo: Aftenposten; 2022.
18. UKOM - Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Ungdom med uavklart tilstand - Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP. Rapport 3-2020. Forus: UKOM; 2020.
19. Helse Vest. Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon). Rapport. Stavanger: Helse Vest; 2021.
20. Helse Sør-Øst. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rapport. Hamar: Helse Sør-Øst; 2020.
21. Helse Sør-Øst. Forslag til revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rapport. Hamar: Helse Sør-Øst; 2022.
22. NOU 2023:4. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2023.
23. NOU 2023:5. Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2023.
24. NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus - Styring, finansiering, samhandling og ledelse. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2023.
25. Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. Bedre beslutninger, bedre behandling. Rapport juni 2023. Oslo; 2023.
26. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. [Oppdatert 2. nov 2015. Hentet 1. sep 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>.

27. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp - Psykiske lidelser - barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. [Oppdatert 30. sep 2022. Hentet 1. sep 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>.
28. Helsedirektoratet. Aktivitetsdata for avtalespesialister i somatikk og psykisk helsevern. Årsdata 2022. Trondheim: Helsedirektoratet; 2023.
29. Helsedirektoratet. Døgnplasser i psykisk helsevern: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. 2021.
30. Bremnes R, Indergård PJ. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021. Trondheim: Helsedirektoratet; 2022. IS-3037.
31. Bremnes R, Indergård PJ. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021. Trondheim: Helsedirektoratet; 2022. IS-3038.
32. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
33. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosenstrom TH, Bramness JG, Gillespie N, et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(1):54-64.
34. Hansen B, Kvale G, Hagen K, Havnen A, Öst L-G. The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2019;48(2):89-105.
35. Kvale G, Hansen B, Björgvinsson T, Børtveit T, Hagen K, Haseth S, et al. Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: the Bergen 4-day treatment. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):323.
36. Helsedirektoratet. ACT-, FACT-, og FACT ung-team. [Internett]. [Oppdatert 27. jan 2022. Hentet 1. sep 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>.
37. Akuttnettverket. Statusrapport Akuttpsykiatri 2021. Rapport. Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Akuttnettverket; 2022.
38. SIFER. Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien - en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune. Trondheim: SIFER; 2020.
39. OECD. A new benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2021. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
40. Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. [Oppdatert 10.02.2023. Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>.
41. Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos voksne. [Oppdatert 17.08.2023. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>.

42. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: København, Danmark; 2022.
43. National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020-2030. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health: Helsinki, Finland; 2020:15.
44. The independent Mental Health Taskforce to the NHS in England. The Five Year Forward View For Mental Health. England: 2016.
45. Meld. St. 15 (2022-2023). Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
46. Riksrevisjonen. Dokument 3:4 (2017-2018) Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen; 2018.
47. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30. (2011).
48. Helsedirektoratet. Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
49. Helsedirektoratet. Psykisk helsearbeid for barn og unge - en innsiktsrapport. [Oppdatert 19 mai 2021. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>.
50. Ose SO, Kaspersen SL. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Trondheim: SINTEF; 2022 [Tilgjengelig fra: [https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef\\_rapport2022\\_01271.pdf](https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef_rapport2022_01271.pdf)].
51. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Psykologer i kommunene. [Oppdatert 03. feb 2020. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/content/13930/psykologer-i-kommunene>.
52. Kaspersen SL, Lassemo E, Kroken A, Ose SO, Ådnanes M. Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester: En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020. Trondheim: SINTEF; 2018. Rapport nr.: 2018:01004.
53. Norsk Psykologforening. Psykologers arbeid i kommunen - resultater fra Psykologforeningens medlemsundersøkelse 2020. Oslo: Norsk Psykologforening. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologer-i-kommunene-har-tid-til-aa-hjelpe>
54. Oslo Kommune. Oslohjelpa. [Internett. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/barn-ungdom-og-familie/oslohjelpa/#gref>.
55. Smith ORF, Alves DE, Knapstad M. Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
56. Helsedirektoratet. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) [Internett. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>.

57. NOU 2023: 9. Generalistkommunesystemet. Likt ansvar - ulike forutsetninger. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2023.
58. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842. (2012).
59. Grung I, Anderssen N, Haukenes I, Ruths S, Smith-Sivertsen T, Hetlevik O, et al. Patient experiences with depression care in general practice: a qualitative questionnaire study. *Scand J Prim Health Care*. 2022;40(2):253-60.
60. Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Rapport 18. apr 2023, ny versjon 9. mai 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/no/pdfs/ekspertutvalgets-rapport-om-allmennlegetjenesten.pdf>.
61. Institutt for helse og samfunn (UiO), Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (UiT). Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport III, januar 2022.
62. Tømmerbakke SG. Fant flere gevinster med å ha psykolog på fastlegekontoret. *Dagens Medisin* [Oppdatert 6. nov 2020. Hentet 1. sept 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/fastleger-forskning-primaerhelsetjeneste/fant-flere-gevinster-med-a-ha-psykolog-pa-fastlegekontoret/197263>.
63. Haavet OR, Benth JŠ, Gjelstad S, Hanssen-Bauer K, Dahli MP, Kates N, et al. Detecting young people with mental disorders: a cluster-randomised trial of multidisciplinary health teams at the GP office. *BMJ Open*. 2021;11(12):e050036.
64. Rugkåsa J, Tveit OG, Berteig J, Hussain A, Ruud T. Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):844.
65. Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
66. Helse Fonna. Barn og unges helseteneste. [Oppdatert 3. jul 2023. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://helse-fonna.no/barn-og-unges-helseteneste>.
67. InnoMed. Implementeringsguide: Ta i bruk barn og unges helsetjeneste [Internett]. [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://innomed.no/verktoy-og-ressurser/veivisere-og-guider/implementeringsguide-ta-i-bruk-barn-og-unges-helsetjeneste>.
68. Helse Bergen. Samskaping i Vest. [Oppdatert 19. des 2022. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/oyane-distriktspsykiatriske-senter/samskaping-i-vest>.
69. Giske HW. - Oi, er det slik de opplever oss? Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. [Oppdatert 13. okt 2021. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/content/25237/-oi-er-det-slik-de-opplever-oss>.

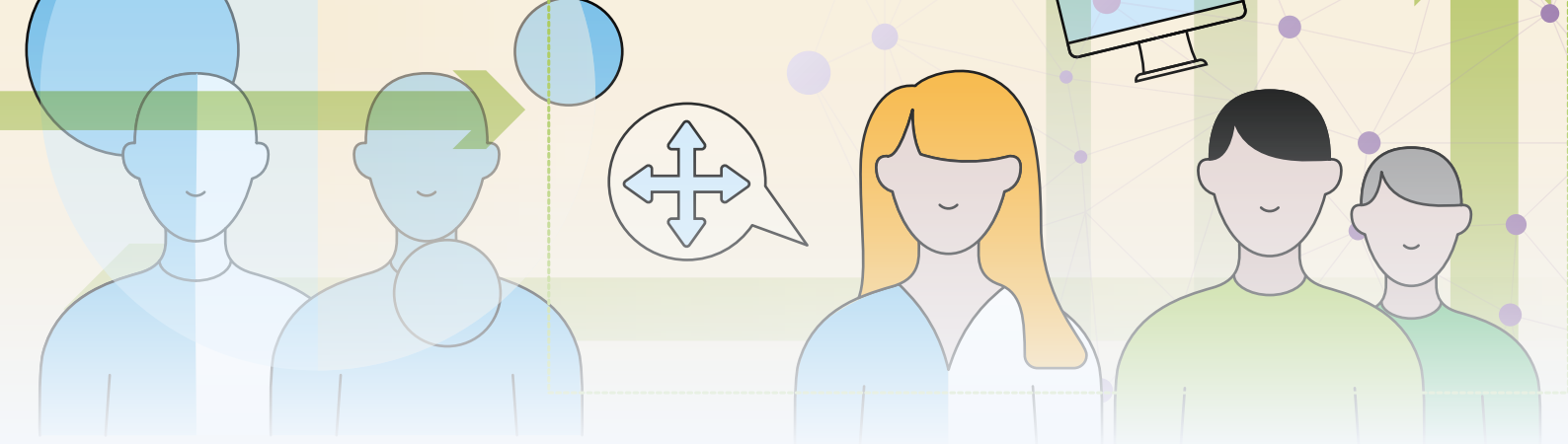
70. Hatling T (red.). Utredning om FACT Ung i Norge. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA); 2021.
71. Nord-Baade S, Johansen M, Stuen HK, Jensen CB, Landheim A. Evaluering av FACT ung-piloter. Sluttrapport. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet; 2022.
72. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. IDDT Integrert behandling av ROP-lidelser. [Internett]. [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://rop.no/kompetanseheving/iddt/>.
73. Helsedirektoratet. Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid. 27.4.2022.
74. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for voksne. [Oppdatert 2. nov 2015. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>.
75. Helsedirektoratet. Evaluering av forsøk med primærhelseteam [Oppdatert 29. jan 2021. Hentet 1 sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-forsok-med-primerhelseteam#referere>.
76. Helsedirektoratet. Nasjonalt pasientforløp - Psykiske lidelser - voksne. [Oppdatert 30. sep 2022. Hentet 1. sep 2023.]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>.
77. Barneombudet. Jeg skulle hatt BUP i en koffert - En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov. Oslo: Barneombudet; 2020.
78. Holman PA, Ruud T, Grepperud S. Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. BMC Health Serv Res. 2012;12:162.
79. Nymoen M, Biringer E, Helgeland J, Hellesen HB, Sande LA, Hartveit M. Defining when specialised mental health care is needed: a focus group study. BJGP Open. 2020;4(1).
80. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63. (1999).
81. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, FOR-2000-12-01-1208. (2000).
82. Nymoen M, Biringer E, Hetlevik Ø, Thorsen O, Assmus J, Hartveit M. The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):735.
83. Holgersen KH, Holte IR, Gluppe E, Watne Ø, Meisingset WK, Rostad M, et al. Tidlig avklaring: ny tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern. Psykologtidsskriftet. 2021;58(12):1012-20.

84. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo Universitetssykehus. «Inntak Ute» Prosjektoppsummering. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2019.
85. St.Olavs Hospital. Nidaros DPS, Tidlig avklaringsteam (TA) [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern/klinikk-psykisk-helsevern-allmenn-rehabilitering-og-sikkerhet/avdeling-nidaros-dps/nidaros-dps-tidlig-avklaringsteam-ta>.
86. Kvaal B, Øiern T, Harwiss HL. Hindre drop-out fra rusbehandling. Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste TSB; 2016.
87. Kleve L. Kunnskapsflom skaper hodepine. Psykologtidsskriftet. 12.4.2021.
88. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. Br J Psychiatry. 2005;186:11-7.
89. Kvittingen I, Sørhovd MJ. Slik opplever psykologer mulighetene for å hjelpe pasienter. Oslo: Norsk Psykologforening. [Oppdatert 2. jul 2021. Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-opplever-psykologer-mulighetene-for-aa-hjelpe-pasienter>.
90. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. JAMA Network Open. 2022;5(7):e2222079-e.
91. Grange DL. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. World Psychiatry. 2005;4(3):142-6.
92. Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2012.
93. Doyle PM, Le Grange D, Loeb K, Doyle AC, Crosby RD. Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2010;43(7):659-62.
94. Robinson AL, Strahan E, Girz L, Wilson A, Boachie A. 'I know I can help you': parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family-based therapy for eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2013;21(2):108-14.
95. Le Grange D, O'Connor M, Hughes EK, Macdonald J, Little K, Olsson CA. Developmental antecedents of abnormal eating attitudes and behaviors in adolescence. Int J Eat Disord. 2014;47(7):813-24.
96. Downs KJ, Blow AJ. A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. Journal of Family Therapy. 2013;35(S1):3-28.
97. Månsson J, Parling T, Swenne I. Favorable effects of clearly defined interventions by parents at the start of treatment of adolescents with restrictive eating disorders. Int J Eat Disord. 2016;49(1):92-7.
98. Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York, NY, US: Guilford Press; 2008. 324 s.

99. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline: Eating disorders: recognition and treatment UK: NICE; 2017 [Oppdatert 16. des 2020. Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
100. ADHD Norge. Å lære å leve med: Pegasus - Gruppebehandling til hjelp i hverdagslivet. [Oppdatert 25. feb 2021. Hentet 1 sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.adhdnorge.no/artikkel/pegasus-gruppebehandling-til-hjelp-i-hverdagslivet>.
101. Nourredine M, Gering A, Fournieret P, Rolland B, Falissard B, Cucherat M, et al. Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence With the Risk of Subsequent Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(5):519-29.
102. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789-818.
103. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*. 2012;169(4):374-80.
104. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2001;52(7):903-10.
105. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. Rapport nr.: IS-1957.
106. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLOS ONE*. 2018;13(8):e0202028.
107. Pasma JA, Meijssen JJ, Haram M, Kowalec K, Harder A, Xiong Y, et al. Epidemiological overview of major depressive disorder in Scandinavia using nationwide registers. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;29:100621.
108. Nordgreen T, Blom K, Andersson G, Carlbring P, Havik OE. Effectiveness of guided Internet-delivered treatment for major depression in routine mental healthcare - An open study. *Internet Interv*. 2019;18:100274.
109. Bruijniks SJE, Lemmens L, Hollon SD, Peeters F, Cuijpers P, Arntz A, et al. The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *Br J Psychiatry*. 2020;216(4):222-30.
110. Robinson L, Delgadillo J, Kellett S. The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychother Res*. 2020;30(1):79-96.
111. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250. (2016).

112. Nye Metoder. Finn metode [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://nyemetoder.no/metoder#k=psykisk>.
113. Elvsaas I-KØ, Stoinska-Schneider A, Smedslund G. Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
114. Helse Vest. Tjenester, nettverk og sentre. [Oppdatert 27. apr 2023. Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.helse-vest.no/helsefagleg/samarbeid/rhf-enes-servicemiljo-for-nasjonale-tjenester-nettverk-og-sentre/tjenester-nettverk-og-sentre/>.
115. Ådnanes M, Kaspersen SL, Melby L, Lassemo E. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året. Trondheim: SINTEF; 2020. Rapport nr.: 2020:00064.
116. Ådnanes M, Høiseth JR, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen SL. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer: Rapport 2. Trondheim: SINTEF; 2021. Rapport nr.: 2021: 00090.
117. Helse Nord RHF. Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025. Bodø: Helse Nord RHF; 2016.
118. Helse Sør-Øst RHF. Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hamar: Helse Sør-Øst RHF; 2021.
119. Helse Vest RHF. Regional plan for psykisk helsevern 2020-2024. Stavanger: Helse Vest RHF; 2019.
120. Helse Midt-Norge RHF. Regional plan for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2016-2020. Stjørdal: Helse Midt-Norge; 2016.
121. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. Rapport. Tromsø: SKDE; 2018.
122. Wiig O, Olsen BM. Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2021 - Hovedresultater og dokumentasjon. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2022. Rapport nr.: 2022/42.
123. Meld. St. 5 (2022-2023). Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2023.
124. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier: 2021-2025. Handlingsplan. Regjeringen; 2021.
125. Ogden T, Fixsen DL. Implementation science: A brief overview and a look ahead. Zeitschrift für Psychologie. 2014;222:4-11.
126. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, et al. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. J Clin Child Adolesc Psychol. 2014;43(3):356-69.

127. Skar AS, Braathu N, Peters N, Baekkelund H, Endsjo M, Babaii A, et al. A stepped-wedge randomized trial investigating the effect of the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) intervention on implementation and transformational leadership, and implementation climate. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):298.
128. I trygge hender 24/7. Implementering. [Oppdatert 7 jul 2021. Hentet 1 sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/implementering>.
129. Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, Carlbring P, Havik OE. The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cogn Behav Ther.* 2017;47(1):62-75.
130. Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, Carlbring P, Havik OE. The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interv.* 2018;13:24-9.
131. Repål AP, Petersen A, Ludvigsen HS. Erfaringer med innføring av veiledet internettbehandling. *Tidsskrift for kognitiv terapi.* 30. jun 2023.
132. Helsedirektoratet. Psykisk helse for voksne. [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne>.
133. Helsedirektoratet. Psykisk helse for barn og unge. [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge>.
134. Holmboe O, Danielsen K, Aasgaard K, Elingsen-Dalskau LH, Iversen HH. Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern - Årsrapport 2022 - Nasjonale resultater. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
135. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther.* 2009;47(11):910-20.
136. Halland E, Aasen H, Victor M, Nystuen P, Holman PA, Solbakken OA. Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding. *Psykologtidsskriftet.* 2021;58(7):587-93.
137. Laukvik EH. Regionalt samarbeid om et konkret verktøy for kvalitet og brukermedvirkning i psykisk helsevern: LinkedIn; 26. mar 2021 [Hentet 1. sep 2023.] Tilgjengelig fra: <https://no.linkedin.com/pulse/regionalt-samarbeid-om-et-konkret-verkt%C3%B8y-kvalitet-og-laukvik>.
138. NOU 2019:24. Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2019.



# 11 Vedlegg

## Vedlegg 1

### Notat: Antall individer i psykisk helsevern med definert F-diagnose over tid

#### Bakgrunn

Hensikten med notatet er å belyse uttak av data fra Norsk pasientregister (NPR) for å beregne antall og andel individer i oppfølging i psykiske helsevern (PHV) over tid som har en (monodiagnose) eller flere (multidiagnose) spesifikke psykiske lidelser over en femårsperiode.

#### Metode

Alle pasienter i PHV (barn, unge og voksne) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2018-2022 ble inkludert. Det ble spesifisert to nivåer av selekterte diagnoser av interesse og kun hovedtilstand er analysert. Dette vises i tabell nedenfor.

#### Selekterte diagnosekategorier i analyser med ICD-10 koder

| Nivå 1                           | Nivå 2                               |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| Angstlidelser (F40-F43)          | Angstlidelser (F40-F43)              |
| Autismespekterforstyrrelse (F84) | Anorexia nervosa (F50.0, F50.1)      |
| Bipolar lidelse (F30-F31)        | Asperger syndrom (F84.5)             |
| Depressiv lidelse (F32-F34)      | Autismespekterforstyrrelse (F84)     |
| Hyperkinetisk forstyrrelse (F90) | Bipolar lidelse (F30-F31)            |
| Personlighetsforstyrrelse (F60)  | Bulimia (F50.2, F50.3)               |
| Psykose (F20-F29)                | Depressiv lidelse (F32-F34)          |
| Spiseforstyrrelser (F50)         | Fobier (F40)                         |
|                                  | Generalisert angstlidelse (F41.1)    |
|                                  | Hyperkinetisk forstyrrelse (F90)     |
|                                  | Panikklidelse (F41.0)                |
|                                  | Personlighetsforstyrrelse (F60)      |
|                                  | Posttraumatisk stresslidelse (F43.1) |
|                                  | Psykose (F20-F29)                    |
|                                  | Schizofreni (F20)                    |
|                                  | Spiseforstyrrelser (F50)             |
|                                  | Tvangslidelse (F42)                  |

Seleksjonen av diagnoser innebærer at pasienter med øvrige diagnoser ble ekskludert. Helt konkret betyr dette at pasienter med angst- og rusrelatert lidelse i dette arbeidet telles som monodiagnose. Videre er det satt en forutsetning om at det må være to eller flere registreringer av en diagnosekategori i perioden for å inkluderes i telling.

For pasienter med flere diagnoser, vil individene opptre i ulike diagnosekategorier. Dette innebærer at rene summeringer av multidiagnose vil gi dobbelttelling. Andel av pasienter med henholdsvis mono- og multidiagnose vises derfor som andel av antall individer med minst én forekommende diagnose.

Pasientens alder ved første relevante kontakt (dvs. med en av de spesifiserte diagnosene) i PHV/TSB i perioden definerer aldersgruppe. Dette gjøres for å unngå flere tellinger av samme individ.

### Resultater

Tabell nedenfor viser oversikt over antall individer i PHV (barn- og unge, voksne) i perioden 2018-2022 i Norge, samt antall og andel pasienter med selekterte diagnoser som enten monodiagnose eller multidiagnose. Tabellene viser at om lag 68 % av pasientpopulasjonen hadde minst en kontakt med de selekterte diagnosekategorier, mens 61 % hadde to eller flere kontakter. Det er dette tallet som danner tallgrunnlaget for beregning av antall og andel spesifikke diagnoser.

| Antall individer i PHV (barn, unge og voksne) med en eller flere selekterte F-diagnoser |                 |         |                 |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|-----------------|---------|
|                                                                                         | Nivå 1 diagnose |         | Nivå 2 diagnose |         |
|                                                                                         | Individer       | Andel   | Individer       | Andel   |
| Antall individer i PHV                                                                  | 542 199         | 100,0 % | 542 199         | 100,0 % |
| Antall individer med selekterte diagnoser                                               | 369 449         | 68,1 %  | 369 449         | 68,1 %  |
| Antall individer med 2 eller flere registreringer med selekterte diagnoser              | 332 765         | 61,4 %  | 332 765         | 61,4 %  |
| Antall individer med monodiagnose                                                       | 276 180         | 50,9 %  | 262 739         | 48,5 %  |
| Antall individer multidiagnose                                                          | 56 432          | 10,4 %  | 69 264          | 12,8 %  |

Resultatene viser at 51 % av pasientene i PHV hadde kun én av de selekterte diagnosene over fem-års perioden (monodiagnose nivå 1), mens 10 % hadde flere diagnoser (multidiagnose nivå 1). Dersom vi benytter en mer finmasket inndeling (nivå 2), er det en økning i antall individer med multidiagnose (13 %). Det er viktig å bemerke at analysene ikke måler samtidige diagnoser (komorbiditet), ettersom man her utelukkende har sett på hovedtilstand.

Antall individer med mono- og multidiagnose over aldersgrupper vises i tabell nedenfor. Multidiagnoser observeres i størst grad hos barn, eldre og i en viss grad unge. Størst stabilitet (monodiagnose) ses hos pasienter i aldersgruppen 18-25 år. Det er relativt små forskjeller om det benyttes nivå 1 eller nivå 2 inndeling.

| Antall individer i PHV totalt og med en eller flere diagnoser (Nivå 1) over aldersgrupper |                 |         |                            |         |                             |         |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|--------------------|--------------------|
|                                                                                           | Individer i PHV |         | Individer med monodiagnose |         | Individer med multidiagnose |         | Andel av individer |                    |
|                                                                                           | Individer       | Andel   | Individer                  | Andel   | Individer                   | Andel   | Med mono-diagnose  | Med multi-diagnose |
| 0-12 år                                                                                   | 75 111          | 13,9 %  | 27 257                     | 9,9 %   | 2 070                       | 3,7 %   | 36,3 %             | 2,8 %              |
| 13-17 år                                                                                  | 66 990          | 12,4 %  | 32 363                     | 11,7 %  | 7 024                       | 12,5 %  | 48,3 %             | 10,5 %             |
| 18-25 år                                                                                  | 93 827          | 17,3 %  | 50 459                     | 18,3 %  | 15 909                      | 28,2 %  | 53,8 %             | 17,0 %             |
| 26-39 år                                                                                  | 135 553         | 25,0 %  | 78 654                     | 28,5 %  | 17 943                      | 31,8 %  | 58,0 %             | 13,2 %             |
| 40-64 år                                                                                  | 129 214         | 23,8 %  | 73 328                     | 26,6 %  | 11 839                      | 21,0 %  | 56,7 %             | 9,2 %              |
| 65 år og eldre                                                                            | 41 501          | 7,7 %   | 14 119                     | 5,1 %   | 1 557                       | 2,8 %   | 34,0 %             | 3,8 %              |
| Total                                                                                     | 542 199         | 100,0 % | 276 180                    | 100,0 % | 56 342                      | 100,0 % | 50,9 %             | 10,4 %             |

| Antall individer i PHV totalt og med en eller flere diagnoser (Nivå 2) over aldersgrupper |                 |         |                            |         |                             |         |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|--------------------|--------------------|
|                                                                                           | Individer i PHV |         | Individer med monodiagnose |         | Individer med multidiagnose |         | Andel av individer |                    |
|                                                                                           | Individer       | Andel   | Individer                  | Andel   | Individer                   | Andel   | Med mono-diagnose  | Med multi-diagnose |
| 0-12 år                                                                                   | 75 111          | 13,9 %  | 26 841                     | 10,2 %  | 2 477                       | 3,6 %   | 35,7 %             | 3,3 %              |
| 13-17 år                                                                                  | 66 990          | 12,4 %  | 30 793                     | 11,7 %  | 8 566                       | 12,4 %  | 46,0 %             | 12,8 %             |
| 18-25 år                                                                                  | 93 827          | 17,3 %  | 47 055                     | 17,9 %  | 19 214                      | 27,7 %  | 50,2 %             | 20,5 %             |
| 26-39 år                                                                                  | 135 553         | 25,0 %  | 74 029                     | 28,2 %  | 22 401                      | 32,3 %  | 54,6 %             | 16,5 %             |
| 40-64 år                                                                                  | 129 214         | 23,8 %  | 70 224                     | 26,7 %  | 14 773                      | 21,3 %  | 54,3 %             | 11,4 %             |
| 65 år og eldre                                                                            | 41 501          | 7,7 %   | 13 797                     | 5,3 %   | 1 833                       | 2,6 %   | 33,2 %             | 4,4 %              |
| Total                                                                                     | 542 199         | 100,0 % | 262 739                    | 100,0 % | 69 264                      | 100,0 % | 48,5 %             | 12,8 %             |

Antall individer med mono- og multidiagnose over diagnosegrupper vises i tabell nedenfor som relativ andel av antall individer i PHV med angitt diagnose. Summen av kolononnene til høyre blir ikke 100 % fordi det definerte utvalget forutsetter at det er minst to kontakter med angitt diagnose, og en del pasienter har bare 1 kontakt med angitt diagnose.

| Antall individer i PHV totalt og med en eller flere diagnoser (Nivå 1) over diagnosegrupper |                 |         |                            |         |                             |         |                    |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|--------------------|--------------------|
|                                                                                             | Individer i PHV |         | Individer med monodiagnose |         | Individer med multidiagnose |         | Andel av individer |                    |
|                                                                                             | Individer       | Andel   | Individer                  | Andel   | Individer                   | Andel   | Med mono-diagnose  | Med multi-diagnose |
| Angstlidelser                                                                               | 174 084         | 47,1 %  | 110 672                    | 40,1 %  | 38 690                      | 32,1 %  | 63,6 %             | 22,2 %             |
| Autisme-spekter-forstyrrelse                                                                | 17 406          | 4,7 %   | 10 109                     | 3,7 %   | 5 106                       | 4,2 %   | 58,1 %             | 29,3 %             |
| Bipolar lidelse                                                                             | 20 889          | 5,7 %   | 11 358                     | 4,1 %   | 7 045                       | 5,8 %   | 54,4 %             | 33,7 %             |
| Depressiv lidelse                                                                           | 114 491         | 31,0 %  | 63 607                     | 23,0 %  | 33 183                      | 27,5 %  | 55,6 %             | 29,0 %             |
| Hyperkinetisk forstyrrelse                                                                  | 70 422          | 19,1 %  | 48 995                     | 17,7 %  | 14 967                      | 12,4 %  | 69,5 %             | 21,3 %             |
| Personlighets-forstyrrelse                                                                  | 22 683          | 6,1 %   | 7 758                      | 2,8 %   | 11 958                      | 9,9 %   | 34,2 %             | 52,7 %             |
| Psykose                                                                                     | 24 568          | 6,6 %   | 15 958                     | 5,8 %   | 5 288                       | 4,4 %   | 65,0 %             | 21,5 %             |
| Spise-forstyrrelser                                                                         | 13 252          | 3,6 %   | 7 763                      | 2,8 %   | 4 238                       | 3,5 %   | 58,6 %             | 32,0 %             |
| Total                                                                                       | 369 449         | 100,0 % | 276 180                    | 100,0 % | 120 475                     | 100,0 % | 74,8 %             | 32,6 %             |

| Antall individer i PHV totalt og med en eller flere diagnoser (Nivå 2) over diagnosegrupper |                 |         |                            |         |                             |         |                    |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|---------|--------------------|--------------------|
|                                                                                             | Individer i PHV |         | Individer med monodiagnose |         | Individer med multidiagnose |         | Andel av individer |                    |
|                                                                                             | Individer       | Andel   | Individer                  | Andel   | Individer                   | Andel   | Med mono-diagnose  | Med multi-diagnose |
| Angstlidelser                                                                               | 92 359          | 25,0 %  | 45 873                     | 17,5 %  | 25 869                      | 37,3 %  | 49,7 %             | 28,0 %             |
| Anorexia nervosa                                                                            | 7 024           | 1,9 %   | 3 694                      | 1,4 %   | 2 679                       | 3,9 %   | 52,6 %             | 38,1 %             |
| Asperger syndrom                                                                            | 10 429          | 2,8 %   | 5 049                      | 1,9 %   | 3 971                       | 5,7 %   | 48,4 %             | 38,1 %             |
| Autisme-spekter-forstyrrelse                                                                | 7 503           | 2,0 %   | 4 851                      | 1,8 %   | 1 684                       | 2,4 %   | 64,7 %             | 22,4 %             |
| Bipolar lidelse                                                                             | 20 889          | 5,7 %   | 11 374                     | 4,3 %   | 7 029                       | 10,1 %  | 54,4 %             | 33,6 %             |
| Bulimia                                                                                     | 3 253           | 0,9 %   | 1 351                      | 0,5 %   | 1 470                       | 2,1 %   | 41,5 %             | 45,2 %             |
| Depressiv lidelse                                                                           | 114 491         | 31,0 %  | 63 747                     | 24,3 %  | 33 043                      | 47,7 %  | 55,7 %             | 28,9 %             |
| Fobier                                                                                      | 29 026          | 7,9 %   | 14 417                     | 5,5 %   | 10 449                      | 15,2 %  | 49,7 %             | 36,2 %             |
| Generalisert angstlidelse                                                                   | 14 965          | 4,1 %   | 6 828                      | 2,6 %   | 5 877                       | 8,5 %   | 45,6 %             | 39,3 %             |
| Hyperkinetisk forstyrrelse                                                                  | 70 422          | 19,1 %  | 48 995                     | 18,6 %  | 14 927                      | 21,6 %  | 69,6 %             | 21,2 %             |
| Panikk lidelse                                                                              | 9 284           | 2,5 %   | 3 969                      | 1,5 %   | 3 460                       | 5,0 %   | 42,8 %             | 37,3 %             |
| Personlighets-forstyrrelse                                                                  | 22 683          | 6,1 %   | 7 785                      | 3,0 %   | 11 931                      | 17,2 %  | 34,3 %             | 52,6 %             |
| Posttraumatisk stresslidelse                                                                | 40 587          | 11,0 %  | 21 657                     | 8,2 %   | 15 267                      | 22,0 %  | 53,4 %             | 37,6 %             |
| Psykose                                                                                     | 15 891          | 4,3 %   | 6 791                      | 2,6 %   | 5 929                       | 8,6 %   | 42,7 %             | 37,3 %             |
| Schizofreni                                                                                 | 12 014          | 3,3 %   | 7 429                      | 2,8 %   | 3 332                       | 4,8 %   | 61,8 %             | 27,7 %             |
| Spise-forstyrrelser                                                                         | 4 845           | 1,3 %   | 1 937                      | 0,7 %   | 2 179                       | 3,1 %   | 40,0 %             | 45,0 %             |
| Tvangslidelse                                                                               | 12 519          | 3,4 %   | 6 992                      | 2,7 %   | 4 071                       | 5,9 %   | 55,9 %             | 32,5 %             |
| Total                                                                                       | 369 449         | 100,0 % | 262 739                    | 100,0 % | 69 264                      | 100,0 % | 71,1 %             | 18,7 %             |

De diagnostiske kategoriene har gjennomgående stor andel av individer i PHV med diagnoser. I hovedsak varierer andelen mellom 86 % (Ansgt lidelse) og 91 % (hyperkinetisk forstyrrelse). Dette betyr at av pasientene som har fått diagnose angst, så har 86 % av pasientene hatt mer enn to kontakter med denne diagnosen (nivå 1). Størst grad av multidiagnose observeres ved personlighetsforstyrrelser og lavest ved hyperkinetisk forstyrrelse. For pasienter med psykose viser 65 % av samlet psykosepopulasjon en stabilitet i diagnostikk over 5 år (dette innebærer at det kan være variasjonen innad i F2-kapitlet, men i mindre grad mellom eksempelvis F2- og F3-kapitlet).

Det observeres en større grad av multidiagnostikk på nivå 2 kategorier, og størst for personlighetsforstyrrelser, bulimia, øvrige spiseforstyrrelser og generalisert angstlidelse. Dette innebærer for eksempel at det er større bevegelse for pasientene innad i angstkapitlet. Også pasienter med F2-diagnose som ikke er

F20, viser en diagnostisk heterogenitet. Andel med monodiagnose er høyest for hyperkinetisk forstyrrelse, autismspekterforstyrrelse og schizofreni.

Antall individer med en eller flere diagnoser over diagnosekategorier, alder (0-17 og 18 år eldre) og kjønn vises for nivå 1 i tabell nedenfor.

| Antall individer og andel individer med en eller flere diagnoser på nivå 1 over alder og kjønn |         |                |         |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|---------|----------------|
|                                                                                                | Kvinner |                | Menn    |                |
| Monodiagnose                                                                                   | 0-17 år | 18 år og eldre | 0-17 år | 18 år og eldre |
| Angstlidelser                                                                                  | 12 517  | 60 470         | 6 610   | 31 067         |
| Autismspekterforstyrrelse                                                                      | 1 783   | 1 119          | 4 821   | 2 386          |
| Bipolar lidelse                                                                                | 102     | 6 381          | 68      | 4 807          |
| Depressiv lidelse                                                                              | 2 985   | 34 426         | 1 408   | 24 787         |
| Hyperkinetisk forstyrrelse                                                                     | 8 449   | 10 875         | 17 475  | 12 153         |
| Personlighetsforstyrrelse                                                                      | 85      | 5 032          | 13      | 2 627          |
| Psykose                                                                                        | 163     | 6 334          | 132     | 9 329          |
| Spiseforstyrrelser                                                                             | 2 738   | 4 476          | 270     | 279            |
| Total                                                                                          | 28 822  | 129 113        | 30 797  | 87 435         |
| Multidiagnose                                                                                  |         |                |         |                |
| Angstlidelser                                                                                  | 4 300   | 21 721         | 1 739   | 10 929         |
| Autismspekterforstyrrelse                                                                      | 1 049   | 1 270          | 1 300   | 1 487          |
| Bipolar lidelse                                                                                | 290     | 4 233          | 95      | 2 426          |
| Depressiv lidelse                                                                              | 2 845   | 18 848         | 845     | 10 645         |
| Hyperkinetisk forstyrrelse                                                                     | 2 351   | 6 251          | 2 093   | 4 271          |
| Personlighetsforstyrrelse                                                                      | 703     | 7 776          | 74      | 3 405          |
| Psykose                                                                                        | 345     | 2 242          | 208     | 2 493          |
| Spiseforstyrrelser                                                                             | 1 080   | 2 875          | 83      | 200            |
| Total                                                                                          | 5 979   | 30 337         | 3 115   | 16 910         |

For nivå 2 kategorier vises resultatene i tabell nedenfor.

| Antall individer og andel individer med en eller flere diagnoser på nivå 1 over alder og kjønn |         |                |         |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|---------|----------------|
| Monodiagnose                                                                                   | Kvinner |                | Menn    |                |
|                                                                                                | 0–17 år | 18 år og eldre | 0–17 år | 18 år og eldre |
| Angstlidelser                                                                                  | 4 939   | 24 774         | 3 146   | 13 009         |
| Anorexia nervosa                                                                               | 1 852   | 1 629          | 143     | 70             |
| Asperger syndrom                                                                               | 846     | 834            | 1 754   | 1 615          |
| Autismespekterforstyrrelse                                                                     | 904     | 263            | 2 956   | 728            |
| Bipolar lidelse                                                                                | 102     | 6 390          | 68      | 4 814          |
| Bulimia                                                                                        | 125     | 1 172          | 6       | 48             |
| Depressiv lidelse                                                                              | 2 994   | 34 504         | 1 411   | 24 837         |
| Fobier                                                                                         | 2 452   | 6 298          | 916     | 4 749          |
| Generalisert angstlidelse                                                                      | 582     | 4 424          | 265     | 1 557          |
| Hyperkinetisk forstyrrelse                                                                     | 8 451   | 10 893         | 17 480  | 12 168         |
| Panikklidelse                                                                                  | 267     | 2 230          | 100     | 1 372          |
| Personlighetsforstyrrelse                                                                      | 86      | 5 049          | 13      | 2 636          |
| Posttraumatisk stresslidelse                                                                   | 1 940   | 13 146         | 1 020   | 5 550          |
| Psykose                                                                                        | 121     | 3 255          | 88      | 3 327          |
| Schizofreni                                                                                    | 28      | 2 452          | 14      | 4 935          |
| Spiseforstyrrelser                                                                             | 517     | 1 173          | 110     | 137            |
| Tvangslidelse                                                                                  | 1 157   | 3 087          | 780     | 1 968          |
| Total                                                                                          | 27 363  | 121 573        | 30 270  | 83 520         |
| Multidiagnose                                                                                  |         |                |         |                |
| Angstlidelser                                                                                  | 2 806   | 14 526         | 1 158   | 7 378          |
| Anorexia nervosa                                                                               | 959     | 1 591          | 53      | 76             |
| Asperger syndrom                                                                               | 794     | 1 058          | 865     | 1 254          |
| Autismespekterforstyrrelse                                                                     | 356     | 295            | 673     | 360            |
| Bipolar lidelse                                                                                | 290     | 4 224          | 95      | 2 419          |
| Bulimi                                                                                         | 184     | 1 223          | 6       | 57             |
| Depressiv lidelse                                                                              | 2 836   | 18 770         | 842     | 10 595         |
| Fobier                                                                                         | 1 623   | 5 181          | 471     | 3 224          |
| Generalisert angstlidelse                                                                      | 544     | 3 723          | 167     | 1 443          |
| Hyperkinetisk forstyrrelse                                                                     | 2 349   | 6 233          | 2 088   | 4 256          |
| Panikklidelse                                                                                  | 273     | 2 076          | 56      | 1 055          |
| Personlighetsforstyrrelse                                                                      | 702     | 7 759          | 74      | 3 396          |
| Posttraumatisk stresslidelse                                                                   | 1 473   | 9 936          | 426     | 3 432          |
| Psykose                                                                                        | 320     | 2 460          | 201     | 2 948          |
| Schizofreni                                                                                    | 85      | 1 246          | 79      | 1 922          |
| Spiseforstyrrelser                                                                             | 536     | 1 457          | 52      | 134            |
| Tvangslidelse                                                                                  | 572     | 2 063          | 330     | 1 106          |
| Total                                                                                          | 7 418   | 37 596         | 3 625   | 20 624         |

### ***Oppsummering***

Notatet forsøker å belyse mono- og multidiagnostikk for selekterte psykiske lidelser (F-diagnoser). Metoden identifiserer 61 % av pasientpopulasjon i fem-årsperioden, noe som innebærer at 39 % av pasientene ikke har de selekterte diagnosene og/eller tilstrekkelig kontaktflate til å bli selektert. Analysene viser ikke komorbiditet, ettersom seleksjon er basert på hovedtilstand i NPR. Summering av individer, særlig innen de med multidiagnose, vil ikke gi korrekte absolutte tall.

For pasientene med de selekterte diagnosekategoriene er det en relativt høy grad av stabilitet i diagnoser. Resultatene viser at det er større grad av diagnostisk stabilitet på overordnede diagnosekategorier, mens heterogenitet øker når en går på lavere nivåer. Dette gjelder særlig for angst og psykoseproblematikk. Personlighetsforstyrrelser har stor grad av heterogenitet på begge nivåer. Over en femårs periode har om lag halvparten av pasienten i PHV kun én hoveddiagnose i forløpet (monodiagnose).

Den største pasientpopulasjonen er i poliklinikk, og det innebærer at vi i denne metoden primært måler poliklinikk.

## Vedlegg 2

### Helseforetakenes svar på utsendte spørsmål

Spørsmål 6 – Hvilke tilstander eller pasientgrupper kunne det være aktuelt å ytterligere spesialisere behandlingstilbudet for?

| Svar                         | Helse Sør-Øst | Helse Vest | Helse Midt-Norge | Helse Nord |
|------------------------------|---------------|------------|------------------|------------|
| ADHD                         | 4 av 10       | 2 av 4     | 2 av 3           | 2 av 4     |
| Angstlidelser                | 3             |            | 1                | 1          |
| Asperger                     | 1             | 1          | 1                |            |
| Autisme                      | 4             | 1          | 1                | 1          |
| CPTSD                        | 1             | 1          |                  |            |
| Nevropsykiatriske tilstander | 1             |            | 2                | 1          |
| OCD                          | 1             |            | 2                | 2          |
| Pasienter på dom             | X             | X          |                  |            |
| Personlighetsforstyrrelser   | X             | X          | X                | X          |
| Psykose                      | X             |            | X                | X          |
| Psykosomatikk                | X             |            | X                |            |
| PTSD                         | X             | X          |                  |            |
| ROP                          |               | X          | XX               |            |
| Selvmordsrisiko              | X             |            | X                | X          |
| Selvskading                  | X             | XX         | X                |            |
| Sikkerhetspsykiatri          | 1             | X          |                  |            |
| Spillavhengighet             |               | 1          |                  | 1          |
| Spiseforstyrrelser           | 7             | 2          | 1                | 3          |
| Stemningslidelser            | 3             |            | 1                |            |
| Traumer                      | 3             |            |                  | 2          |
| Utviklingsforstyrrelser      | 3             |            |                  | 1          |

Tegnforklaring: X betyr at ett eller flere helseforetak nevnte denne tilstanden eller pasientgruppen.

### ***Helseforetakenes svar på utsendte spørsmål***

#### ***Spørsmål 7 – Har dere tematisk organiserte tilbud som er særlig vellykkede?***

Likheter mellom RHF-ene – Spesifikt for lidelse, pasientgruppe eller tilstand

| <b>Svar</b>               | <b>Helse<br/>Sør-Øst</b> | <b>Helse<br/>Vest</b> | <b>Helse Midt-<br/>Norge</b> | <b>Helse<br/>Nord</b> |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| ADHD                      | 5                        | 2                     | 1                            | 2                     |
| Alderspsykiatri           | 3                        | 2                     |                              | 1                     |
| Angstlidelser             | 5                        |                       | 3                            | 1                     |
| APSD                      | 1                        | 1                     |                              |                       |
| Autismespekterdiagnoser   | 2                        | 1                     |                              | 1                     |
| Bipolar                   | 6                        |                       | 1                            |                       |
| Depresjon                 | 3                        |                       | 1                            |                       |
| Personlighetsforstyrrelse | 5                        | 1                     | 3                            |                       |
| Psykose                   |                          |                       |                              | 1                     |
| PTSD                      |                          |                       |                              |                       |
| Nevropsykiatri            | 2                        | 1                     | 2                            | 1                     |
| OCD                       | 7                        | 1                     | 3                            |                       |
| Rus og psykiatri          |                          | 1                     |                              | 1                     |
| Seksuallovbruddsdømte     | 1                        | 1                     |                              |                       |
| Sped- og småbarn          | 2                        | 1                     |                              | 1                     |
| Spiseforstyrrelse         | X                        |                       |                              |                       |
| Traumer                   | 4                        | 1                     | 1                            |                       |
| Utviklingshemming         | 1                        | 1                     |                              |                       |

Tegnforklaring: X betyr at ett eller flere helseforetak nevnte denne tilstanden eller pasientgruppen.



Utgitt av:  
Ekspertutvalg oppnevnt av Helse- og  
omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
Telefon: 22 24 00 00  
Publikasjoner er også tilgjengelige på:  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)  
Publikasjonskode: I-1214

Design og ombrekking: Melkeveien Designkontor AS  
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
09/2023 – opplag 250

