

Fremtidig organisering av BET i Vestre Viken

Arbeidsgruppe

Rolle	Navn	Tilhørighet
Avdelingssjef	Christian Hølland Eikeland	Ringerike DPS
Seksjonsleder	Didrik Heggdal	BET-seksjonen, ASP
Psykologspesialist	Eivind Liljedahl Hagen	BET-seksjonen, ASP
Brukerrepresentant	Gudrun Breistøl	Brukerutvalget
Fagutvikler	Inger Hilde Vik	BET-seksjonen, ASP
Hovedtillitsvalgt	Joan Sigrun Nygard	Psykologforeningen
Områdesjef DPS	Katrine Sofie Hippe	DPS-området
Sykehusoverlege	Magnus Karlsen	Blakstad sykehus
Avdelingssjef	Margrete Nysterud	Drammen DPS
Sykehussjef	Marit Opsahl	Blakstad Sykehus
Hovedverneombud	Nils Jørgen Aagaard-Gjestvang	Vernetjenesten
Forskningsjef, fasilitator brukermedvirkning	Nina Helen Mjøsund	FoU
Overlege	Peggy Lilleby	BET-seksjonen, ASP
Klinikkoverlege/Fagsjef	Sondre Sperle Engebretsen	Klinikk PHR
Avdelingsoverlege	Åse Lyngstad	Kongsberg DPS

Ordliste

Forkortelse	Beskrivelse
PHR	Psykisk helse og Rus
NSD	Nytt sykehus i Drammen
ASP	Avdeling for spesialpsykiatri
BET	Basal eksponeringsterapi
FoU	Avdeling for forskning og utvikling

Endringslogg og godkjenning av dokument:

Versjon	Dato	Beskrivelse
0.1	25.09.24	Førsteutkast for innspill og tillegg fra arbeidsgruppe
0.2	09.10.24	Revidert med innspill fra arbeidsgruppe
0.3-0.35	18.11.24	Revidert etter ROS, for siste runde med innspill/tillegg fra arbeidsgruppe
1.0	22.11.24	Endelig utgave

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
2	INNLEDNING	4
3	PREMISS FOR KONSEPTSKISSER.....	5
4	KONSEPTSKISSE 01: BET I EN DPS-SETTING	6
5	KONSEPTSKISSE 02: BET I EN SYKEHUS-SETTING	9
6	FELLES UTFORDRINGER FOR BEGGE KONSEPTSKISSER	11
7	BRUKERINVOLVERING	11
8	KONKLUSJON.....	12
9	INNSPILL TIL RAMMER FOR PROSJEKTTEAMETS ARBEID	12
	VEDLEGG	13

1 Sammendrag

Arbeidsgruppen har sett på to overordnede konseptskisser for det fremtidige BET-tilbudet i PHR. I begge skisser er tilbudet prosjektorganisert, med et prosjektteam som har både kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Teamets første oppgave vil være å bidra til utarbeidelse av inntakskriterier, målgruppe og detaljerte pasientforløp, sammen med relevante deltagere og innenfor de rammer prosjektets mandat setter.

Den ene konseptskissen har base i DPS-området, og inneholder et ikke-døgnbasert tilbud (poliklinikk/ dagtilbud/kombinasjon) samt BET døgnforløp i DPS døgn. Den andre konseptskissen har base i områdesykehuset. Denne inneholder også et ikke-døgnbasert tilbud, men har isteden BET døgnforløp i sykehusavdeling. Muligheter og utfordringer ble utforsket for begge retninger, og på bakgrunn av dette ble det gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (vedlegg 01).

Begge konseptskisser er retningsgivende og overordnede. Dette gjør dem utfordrende å vurdere, fordi det innenfor hver konseptskisse finnes flere valgmuligheter, og utfallet av disse valgmulighetene kan ha stor betydning for hvordan det endelige tilbudet blir. Et eksempel som kom tydelig frem i gruppen er: Dersom vi velger DPS som base for fremtidig BET-tilbud, skal BET døgnforløp i DPS finnes på alle DPS døgnseksjoner, eller skal én DPS døgnseksjon velges ut til å spesialisere seg på BET døgnforløp? For mange av gruppens medlemmer fremstår denne distinksjonen som viktig, siden spredning på flere døgnseksjoner ville kunne gjøre det vanskeligere å konsentrere BET-kompetanse tett nok rundt pasientene som får BET døgnforløp. Denne problemstillingen ble vurdert som så viktig av gruppen at den ble valgt ut til å være et eget punkt i ROS, til tross for at den strengt tatt hører hjemme i lengre inn i detaljeringen av fremtidig BET-tilbud.

Arbeidsgruppen mener i sum at base i DPS-området har flest fordeler. En viktig årsak er at DPS-settingen, med åpne dører og godt grunnlag for å arbeide med autonomi, harmonerer godt med tankegangen bak BET. Det finnes allerede områdeovergrepende tilbud på DPS, f.eks. i form av OCD-team. Et BET-tilbud på DPS, hvor pasienter tas inn etter sekundærhenvisning fra klinikkens øvrige tjenester, ville representere en lignende måte å tenke på.

Selv om BET-tilbudet får base i DPS, kan tilbudets pasienter få behov for innleggelse i sykehusavdeling. Hva slags behandling de skal få der blir da et viktig spørsmål. Om man ønsker en konsekvent og helhetlig tilnærming, vil det kreve at sykehusavdeling, hvorav mottaksseksjonen fremstår som mest relevant, også vil ha mulighet til å møte pasientene som er i et BET-forløp med BET-tilnærming.

Arbeidsgruppen har hentet inn brukererfaring, hvor brukere har blitt forelagt de samme skissene og fått si sin mening. For at et BET-tilbud med base i DPS skal gi bred mening for fagfolk og ledere i klinikken, samt være nyttig for klinikere og pasienter, har gruppen reflektert over rammer for prosjektteamets arbeid. Denne refleksjonen er tenkt som innspill til et fremtidig mandat.

2 Innledning

Basal Eksponeringsterapi (BET) er utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år. I mesteparten av denne tiden har BET-tilbudet vært en integrert del av sykehuspsykiatrien. Siden 2018 har tilbudet vært organisert som en åpen seksjon på området til Blakstad sykehus, med beliggenhet et stykke unna de øvrige sykehusbygningene. Pasienter har i all hovedsak vært tatt inn via henvisning og venteliste.

Klinikk PHR er nå inne i en stor omstilling. Blakstad sykehus og BUPA sine døgnsesjoner skal flytte til Nytt Sykehus Drammen. Sengekapasiteten i dette sykehuset vil øke sammenlignet med dagens situasjon, og det skal opprettes en ny seksjon for avrusning og akutt rusbehandling, samtidig som TSB døgntilbudet utenfor sykehus skal samles på Konnerud. DPS-området skal samle sine døgnplasser på tre lokasjoner, og har foreslått at DPS døgndriften organiseres som en egen avdeling, samt at hver døgnsesjon skal spesialisere seg på en eller flere problemstillinger/fagområder. For BET-tilbudet får omstillingen en åpenbar konsekvens i form av at lokalene som har vært brukt siden 2018 ikke lenger vil være tilgjengelige. Samtidig endrer den landskapet i klinikken på en måte som åpner nye muligheter for internt samarbeid, og gjør det mulig å innrette tilbudet slik at det kan være tilgjengelig for pasienter på et tidligere stadium enn det som så langt har vært tilfelle.

Et grunnleggende spørsmål vil selvsagt være hvorvidt BET-tilbudet som har vært siden 2018 skal forbli uendret, og bare flytte til andre lokaler, eller hvorvidt man som ledd i den pågående omstillingen ser behov for å endre på tilbudet. I innledende arbeidsgrupper våren 2024 ble fordeler og ulemper med dagens organisering diskutert, og flere mulige retninger for et fremtidig BET-tilbud ble utforsket. Klinikkdirktør sin vurdering var at det forelå behov for å endre tilbudet, men at de innledende arbeidsgruppene ikke ga nok grunnlag for å avgjøre hva tilbudet burde endres til. Prosessen rundt hvordan klinikkens BET-tilbud skulle bli i fremtiden ble derfor planlagt å fortsette høsten 2024.

I løpet av sommer/tidlig høst 2024 har det kommet mange innspill til videre prosess, både fra BET-seksjonen selv, fra DPS-området, fra brukere og fra andre interessenter. Det har vært avholdt møter med deltagelse fra klinikkledelse, DPS-området, Blakstad og BET-seksjonen, og gjennom disse møtene er det utarbeidet to overordnede konseptskisser for organisering av BET-tilbud i klinikk PHR. Det ble planlagt at disse skissene skulle vurderes i en bredt sammensatt arbeidsgruppe, samt at brukere skulle få komme med innspill til skissene, på samme tidspunkt i prosessen som arbeidsgruppedeltakerne. Dokumentet som foreligger her er, sammen med sine vedlegg, en oppsummering fra arbeidsgruppens møter.

I arbeidet ble det sett hen til forskningsprosjektet «Extreme challenges» ved OUS, som studerer en gruppe mennesker med hyppige/langvarige innleggelses pga. fare for selvmord/alvorlig selvskading. I de to artiklene som så langt er offentliggjort fra prosjektet, beskrives betydelig overlapp med det BET-tilbudet i Vestre Viken har hatt som målgruppe. Artiklene skisserer anbefalinger, som arbeidsgruppen vurderer som relevante for det foreliggende arbeidet, spesielt i lys av at det finnes lite forskning på behandlingstilbud til pasienter med komplekse lidelser og omfattende/eskalerende selvskadingsadferd.

3 Felles premisser for begge konseptskisser

Omsorgsnivå

I all hovedsak tilbys tjenestene i psykisk helsevern for voksne i dag i en poliklinisk, ambulant og/eller dagbehandlingssetting. Dette er villet helsepolitikk gjennom mange år. Døgn tjenester er tenkt som et supplement til poliklinisk behandling, og skal vurderes når helsetilstand krever et høyere omsorgsnivå. Det bør også gjelde målgruppen for dagens BET-tjenester, som i nåværende situasjon kun er organisert som en døgnseksjon. Ventetid er en betydelig utfordring i dagens situasjon, og grunntilbud basert på noe annet enn døgninnleggelse ville ha potensial til å være tilgjengelig for flere, og til å kunne intervensere tidligere. Det er av den grunn blitt vurdert viktig at BET-tilbudet organiseres med en ikke-døgnbasert områdefunksjon.

Inntaksarbeid i PHR

Elektive pasientforløp i PHR voksne finnes i all hovedsak i DPS, og starter som regel med en henvisning fra fastlegen. Henvisningen rettighetsvurderes av spesialist i DPS inntaksteam¹. Når det gis rett til nødvendig helsehjelp fordeles pasienten til utredning og behandling i en poliklinikk, og ventetid på oppstart helsehjelp skal ikke overstige 40 dager. Når pasienten møter til behandling første gang, starter nasjonalt pasientforløp psykiske helse – voksne².

Pasientforløp kan også starte med innleggelse i psykisk helsevern etter øyeblikkelig hjelp-plikten (lovhjemlet i Psykisk helsevernloven). Det er spesialisten i mottak ved Blakstad som forvalter dette ansvaret.

På tross av at pasienten oftest er i gang med behandling i poliklinikken i DPS, dvs at pasientrettigheten er utløst via primærhenvisning fra fastlege eller andre, kreves det en sekundærhenvisning fra behandler i poliklinikk til DPS-ets døgn tjenester eller andre døgn tjenester i PHR dersom pasienten trenger døgnbehandling. Dette er fordi omsorgsnivået endres når man går fra poliklinisk omsorgsnivå til døgnnivå.

Det ovennevnte betyr at pasientforløpene inn i PHR for voksne starter ulikt og spesialistene som forvalter inntaksarbeidet må forholde seg til at pasienter «meldes» på ulike måter. Dette gjør at inntaksarbeidet i DPS og på områdesykehus komplisert, fordi mange forhold skal hensyntas og vektas mot hverandre. Ikke minst kreves det en god organisering av arbeidet. Spesialistene som har ansvar for inntak, må ha god kjennskap til pasientrettighetsloven, samt til retningslinjer for prioritering³ gitt av Helsedirektoratet. Ikke minst er det viktig at DPS-området spesialister med ansvar for inntak er omforent med spesialistene i egne poliklinikker/spesialteam, spesialister i egne døgn tjenester og spesialister på Blakstad når det gjelder prioriteringer av inntak og indikasjon for døgn tjenester.

En sekundærhenvisning fra andre enheter i PHR til en ny BET områdefunksjon vil måtte bli vurdert av ansvarlig inntaksteam etter omforente kriterier for BET-behandling i poliklinikk og/eller døgn tjenester. Alternativt vil områdesykehuset, ved den seksjon som skal tilby døgn tjenester til målgruppen der, også

¹ DPS-området mottok i 2023 14 702 henvisninger totalt (primær- og sekundærhenvisninger). Det er ca 25 % av pasientene i DPS døgn som kommer overført fra Blakstad i såkalt flyt. Blakstad henviser også pasienter til poliklinikker og spesialteam i DPS (sekundærhenvisning). 70 % av pasientpopulasjonen i DPS døgn søkes direkte inn fra fastlegen (primærhenvisning) eller fra poliklinikkene i DPS (sekundærhenvisning).

² Navneendringen til nasjonale pasientforløp ble innført 1. januar 2023. Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus skal gi pasienter og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid.

³ Lov om pasient- og brukerrettigheter og prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne

måtte ha en sekundærhenvisning fra det polikliniske nivået for å kunne vurdere inntak etter omforente kriterier for BET-behandling der.

Evidens

Det er ønskelig å se på muligheten for forskning som kan bidra til økt kunnskap om BET.

Prosjektorganisering

Klinikk PHR har god erfaring med å utvikle nye tilbud innenfor rammen av prosjektorganisering, blant annet i forbindelse med innføring av FACT og FACT sikkerhet, samt ved reorganiseringen av områdepsykiatri (prosjektet Blakstad 2021). Utviklingen av fornyet BET-tilbud skal også skje innenfor rammen av prosjektorganisering, ved at det etableres et områdeovergripende prosjektteam med kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Prosjektet bør inneholde en plan for evaluering. Mulighet for å følge tjenesteutviklingen med et aksjonsforskningsprosjekt, kontinuerlig forbedringsmetodikk eller annet egnet tilnærming bør overveies.

4 Konseptskisse 01: BET i en DPS-setting

BET-tilbudet etableres som et områdeovergripende⁴ prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i en av rådets fem DPS. Teamet kan organiseres som et tradisjonelt poliklinisk team, alternativt som et strukturert poliklinisk dagtilbud eller som et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud⁵.

Teamet må dimensjoneres i fht målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam rigges og dimensjoneres i fht andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

Andre aktuelle oppgaver enn de kliniske vil være;

- Utarbeide behandlingsforløp som tar opp i seg oven nevnte forslag til fremtidig organisering og som understøtter ulike faser i pasientforløp, poliklinikk/dagbehandling, DPS døgn og Blakstad døgn.
- Utarbeide inntakskriterier for målgruppen i samarbeid med aktuelle spesialister i DPS/Blakstad.
- Opplæring i BET-metodikk internt der behandlingen skal tilbys.
- Understøtte innføringen av behandlingsforløpet sammen med aktuelle ledere ved en omlegging av BET-tjenesten
- Understøtte PHR i arbeidet med å bistå somatikken med å sørge for bedre ivaretagelse av målgruppen BET jf. SPoR-koordinator-prosjektet i Vestfold.

Behandlingsforløpet vil i et konsept som skissert over ta utgangspunkt i pasientforløpet slik det er organisert for majoriteten voksne pasienter i PHR. Det betyr at pasienten som hovedregel vil være utredet og forsøkt behandlet i en allmennpsykiatrisk setting før pasienten vurderes for behandling i en mer spesialisert tjeneste som BET representerer, og etter gitte kriterier.

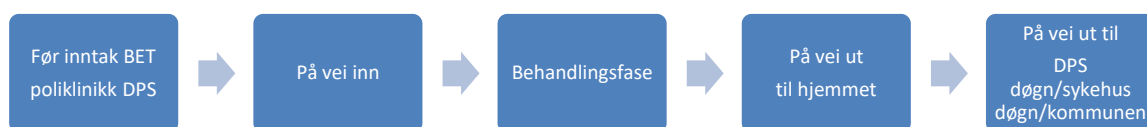
⁴ Områdeovergripende betyr i denne sammenhengen at tjenesten tilbys til hele PHR sitt opptaksområde.

⁵ ISF-regelverket 2024: **Med strukturerte polikliniske dagtilbud** menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats. **Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud** skiller seg fra strukturerte polikliniske dagtilbud i form av at konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud har høyere ressursinnsats og består av en intensivert behandlingsserie som pågår over flere sammenhengende dager med et terapeutisk formål. Behandlingsopplegget kommer til erstatning for behandlingsserier i form av polikliniske konsultasjoner.

Behandlingsforløp BET i DPS

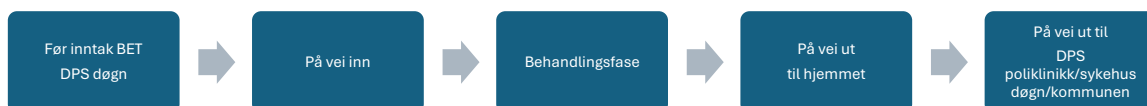
Det må utarbeides et behandlingsforløp for et områdeovergrepene team i en DPS-setting. Under skisseres typiske faser å beskrive i et slikt behandlingsforløp.

DPS poliklinisk team



DPS Døgn, behandlingsprogram x uker

Det må utarbeides et standardisert behandlingsforløp for målgruppen BET som innføres i DPS døgn sin/ seksjoner der BET døgnbehandling skal tilbys og skisserte faser jf. over må beskrives.



Muligheter

DPS-døgnseksjonene er åpne, hvilket understøtter BET-tilnærmingens fokus på autonomi. Erfaring fra dagens seksjon er at avstand fra sykehuspsykiatrien skaper ro, samt en annen forventning enn det innleggelse på lukket avdeling gjør.

Lavere tempo på DPS kan gjøre det lettere å bygge terapeutisk allianse og å holde kontinuitet i behandlingen.

Lettere å drive poliklinisk/ambulant virksomhet fra DPS, som alt driver med dette i stort omfang, enn fra sykehus.

Base annet sted enn i akuttpsykiatrien kan motvirke tendens til at pasienter utvikler forsterkende samspill med hverandre hvor symptomer eskalerer.

Base på DPS muliggjør tett samarbeid med FACT.

Lettere å være fleksibel i tilpasning av behandlingsforløp på DPS.

Base på DPS vil gjøre det lettere å jobbe opp mot hele klinikken, og å spre kompetanse til hele klinikken.

Base på DPS vil kunne være fasiliterende for samarbeid med aktører utenfor VV, også mtp. forskning.

Lettere å arbeide med systemene rundt pasienten (familie, helseaktører, andre hjelpere) fra et DPS-perspektiv.

Lettere med tidlig intervensjon i en DPS-setting.

Konseptet følger ønsket struktur i norsk helsevesen, med poliklinikk eller tilsvarende på DPS som «grunntilbud», og døgn der det trengs.

Ved å definere BET-tilbudet i DPS bedre, blir det tydeligere hva slags metodikk man behandles etter.

Kompetanse på nedtrapping av psykofarmaka som ikke har fungert/ikke har god indikasjon er en viktig del av BET-tilnærmingen. Slik nedtrapping kan være tidkrevende, og passer derfor godt i et forløp på DPS.

DPS-ene har allerede poliklinisk virksomhet med godt etablerte sikkerhetsrutiner for pasienter.

DPS-base for BET-tjenester vil kunne være et eksempel som viser mulighetene for å tilby autonomifremmende behandling i svært kompliserte saker

Forankring i DPS kan motvirke forestillinger om at BET kun kan fungere i en døgnsetting på sykehus. Pasienter på DPS, i døgnbehandling og i poliklinikk som man vanligvis assosierer med sykehusinnleggelse, vil vise at det er mulig

Utfordringer

Med et BET-forløp i DPS døgn kan det fremdeles tenkes at pasienter vil måtte legges inn i mottak/på akuttseksjon. Dersom sykehuset møter BET-pasientene med en annen grunnstrategi, vil dette kunne føre til divergerende måter å møte pasientene på.

Strukturert dagtilbud er, om dette skulle bli foretrukket modell, krevende mtp. takstbruk.

For å kunne tilbyd BET døgnforløp i DPS døgn, vil det kreves opplæring av miljøbehandlerne som skal arbeide med BET-forløp.

Spesialteam på DPS vil kunne være krevende å lede. Vil kunne oppstå utfordringer med arbeidsmiljø.

For høyt ambisjonsnivå og/eller for vide inntakskriterier kan føre til at teamets ressurser ikke strekker til.

5 Konseptskisse 02: BET i en sykehus-setting

BET-tjenesten etableres som et områdeovergripende⁶ prosjektteam i en av de eksisterende sykehusavdelingene. Teamet kan organiseres som et spesialisert poliklinisk team alternativt som et strukturert poliklinisk dagtilbud eller som et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud⁷.

Teamet må dimensjoneres i fht målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam rigges og dimensjoneres i fht andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

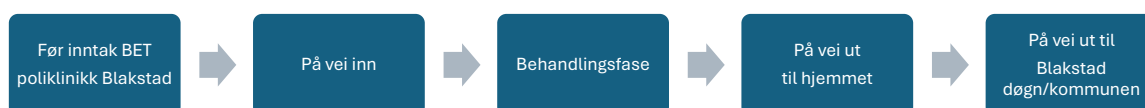
Andre aktuelle oppgaver enn de kliniske vil være;

- Utarbeide behandlingsforløp som tar opp i seg oven nevnte forslag til fremtidig organisering og som understøtter ulike faser i pasientforløpet, poliklinikk/ dagbehandling, DPS døgn og Blakstad døgn.
- Utarbeide inntakskriterier for målgruppen i samarbeid med aktuelle spesialister i DPS/Blakstad.
- Opplæring i BET-metodikk internt der behandlingen skal tilbys.
- Understøtte innføringen av behandlingsforløpet sammen med aktuelle ledere ved en omlegging av BET-tjenesten
- Understøtte PHR i arbeidet med å bistå somatikken med å sørge for bedre ivaretagelse av målgruppen BET jf. SPoR-koordinator-prosjektet i Vestfold.

Behandlingsforløpet vil i et slikt konsept skissert over å ta utgangspunkt i pasientforløpet slik den er organisert for majoriteten voksne pasienter i PHR. Det betyr at pasienten som hovedregel vil være utredet og forsøkt behandlet i en allmennpsykiatrisk setting før pasienten vurderes for behandling i en mer spesialisert tjeneste som BET representerer, og etter gitte kriterier.

Behandlingsforløp BET i en sykehussetting

Det må utarbeides et behandlingsforløp for et områdeovergripende team i en sykehussetting. Under skisseres aktuelle faser å beskrive i et slikt behandlingsforløp.

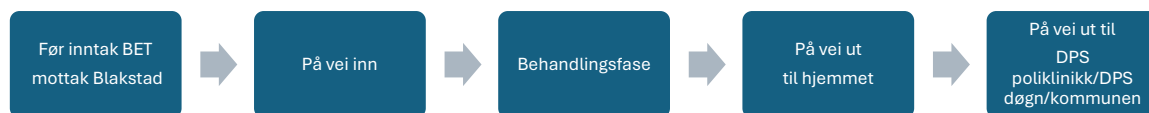


⁶ Områdeovergripende betyr i denne sammenhengen at tjenesten tilbys til hele PHR sitt opptaksområde.

⁷ ISF-regelverket 2024: **Med strukturerte polikliniske dagtilbud** menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats. **Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud** skiller seg fra strukturerte polikliniske dagtilbud i form av at konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud har høyere ressursinnsats og består av en intensivt behandlingsserie som pågår over flere sammenhengende dager med et terapeutisk formål. Behandlingsopplegget kommer til erstatning for behandlingsserier i form av polikliniske konsultasjoner.

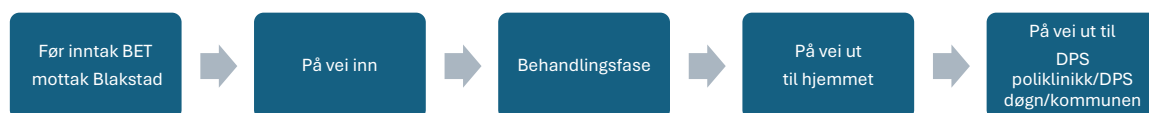
Blakstad døgn mottak (kortvarig)

Det må utarbeides et standardisert behandlingsforløp for målgruppen BET som innføres i mottak Blakstad og skisserte faser jf. over må beskrives.



Sykehus døgn seksjon xxx (behandlingsprogram x uker)

Det må utarbeides et standardisert behandlingsforløp for målgruppen BET som innføres i valgt seksjon på Blakstad og skisserte faser jf. over må beskrives.



Muligheter

Nærhet til akuttmottak, hvor pasientene ofte legges inn, og hvor en negativ utvikling med eskalerende antall innleggelser først kan komme til syne.

Nærhet til alarmbistand og vakthavende lege på huset

Kortere vei til veiledning av, og faglig samarbeid med, sykehusets øvrige avdelinger, somatikken og Prehospitale Tjenester.

Gode erfaring med alderspsykiatrisk poliklinikk fra områdesykehus, dette kan gi en modell å se på.

BET-metodikken kan være mer velkommen i mottak enn på DPS

BET i sykehus kan bidra til å øke fokus på autonomi

Metoden kan bidra til kortere liggetid for pasienter i målgruppen

Utfordringer

Sykehuspsykiatriske seksjoner er planlagt med lukket dør. Dette kan endre seg i fremtiden, men vil inntil en slik endring skjer representere et tilbakesteg mtp. muligheten til å skape reell autonomi.

Høyere bemanning i sykehusseksjoner, og større vaktlag med hyppig utskiftning, vil gjøre det mer utfordrende å lære opp og samkjøre medarbeidere.

Høy grad av kontroll og sikringstiltak i psykiatrisk sykehus kan gi implementeringsutfordringer.

BET-metodikk i sykehus kan leveres enklere som veiledning på sak eller via opplæring.

Drammen sykehus sin somatikk får dette tilbudet å spille på, men det gjør ikke de øvrige somatiske sykehusene. Dette vil føre til ulikhet i tilbudet til klinikkens somatiske sykehus.

Mange pasienter oppgir innleggelse på psykiatrisk avdeling som mer skamfullt enn behandling på DPS.

Sykehusseksjoner er ofte preget av uro. Pasienter kan påvirke hverandre på en måte som gjør at symptomer eskalerer.

6 Felles utfordringer ved begge konseptskisser

Flere innspill fra brukere (se neste avsnitt) dreier seg om premissene som er felles for begge konseptskissene denne gruppen har vurdert.

I arbeidsgruppen kom det også opp utfordringer som gjelder begge konseptskisser i lik grad:

Begge konseptskisser er retningsgivende og overordnede. Dette gjør dem utfordrende å vurdere, fordi det innenfor hver konseptskisse finnes flere valgmuligheter, og utfallet av disse valgmulighetene kan ha stor betydning for hvordan det endelige tilbudet blir. Et eksempel som kom tydelig frem i gruppen er: Dersom vi velger DPS som base for fremtidig BET-tilbud, skal BET døgnerforløp i DPS finnes på alle DPS døgnerseksjoner, eller skal én DPS døgnerseksjon velges ut til å spesialisere seg på BET døgnerforløp? For mange av gruppens medlemmer fremstår denne distinksjonen som viktig, siden spredning på flere døgnerseksjoner ville kunne gjøre det vanskelig å konsentrere BET-kompetanse tett nok rundt pasientene som får BET døgnerforløp. Denne problemstillingen ble vurdert som så viktig av gruppen at den ble valgt ut til å være et eget punkt i ROS, til tross for at den strengt tatt hører hjemme i lengre inne i detaljeringen av fremtidig BET-tilbud.

For begge skisser vil man måtte formidle behandlingsformen til mange miljøbehandlere og ulike vakthavende leger. Et viktig tiltak vil være å formidle underregulering på riktig måte, slik at holdningen ikke misforstås som avvisning.

Det kan bli utfordrende for medarbeidere i døgnerseksjon å skulle gi BET-tilnærming til noen pasienter, men ikke til alle. BET-seksjonen har ekstensiv erfaring med implementering, og dette vil kunne lette utfordringen. I fremtidig organisering av DPS døgnerseksjoner er det sannsynlig at hver seksjon spesialisere seg på en eller flere problemstillinger/fagområder, som f.eks. spiseforstyrrelser, affektive lidelser, psykose og alder/ECT. At pasienter med ulike problemstillinger har behandlingsplaner som tilsier at de skal møtes med ulike terapeutiske intervensjoner vil i en slik ordning være vanlig, og kunne representere et kvalitetsløft, så lenge kompetansenivået hos medarbeiderne understøtter denne strategien. Jo flere spesifikke intervensjoner som skal gis i samme DPS døgnerseksjon, jo mer utfordrende vil det kunne bli å sikre at kompetansenivået holder følge med ambisjonen.

Organisering av BET som prosjekt, med grunntilbud i form av ikke-døgnbasert tjeneste, vil kunne gjøre BET vanskeligere tilgjengelig for gjestepasienter. Et viktig tiltak er at Vestre Viken er på tilbudssiden når det gjelder å bidra med undervisning eller hospitering for andre foretak som ønsker å starte BET-tilbud.

7 Brukerinvolvering

Leder i Brukerutvalget i PHR, Gudrun Breistøl har deltatt i arbeidsgruppens møter. I tillegg ga klinikkdirktør et oppdrag til leder av brukerrådet og avdelingssjef FoU-avdelingen og forskningssjef i PHR, Nina Helen Mjøsund, om å innhente innspill til konseptene fra personer med pasienterfaring fra BET-behandling. To personer med positive erfaringer fra behandlingen og to personer med negative erfaringer fra behandlingen har gitt sine innspill til konseptene og prosessen i form av to runder med hver sine møter, første gang 18. september og andre gang 7. oktober. Innspill fra de to

brukermedvirkningsmøtene er sammenfattet i egne presentasjoner (vedlegg 1 og 2), som også er gjennomgått i arbeidsgruppen.

Begge gruppene var opptatt av BET døgntilbud. De som hadde positive erfaringer mente et døgntilbud var viktig, og de som hadde negative erfaringer ønsket mindre døgnbehandling. Ingen av gruppene hadde tro på et ambulant BET-tilbud som kommer hjem til brukerne. Det finnes svært forskjellige oppfatninger blant tidligere pasienter. Det fremstår derfor viktig at BET-behandling i en prosjektperiode organiseres slik at det er tydelig når man har BET-behandling som en del av sin behandlingsplan, og når man ikke har det. Det grunnleggende prinsippet bør være at behandlingen er noe man samtykker til, og som ikke benyttes dersom man ikke har samtykket. Samtidig er det viktig å være klar på at det finnes fellestrekk mellom BET og andre tilnærminger eller forståelser. At appellativ adferd kan møtes med empatisk ansvarliggjøring, er det f.eks. bred konsensus om innen norsk psykisk helsevern.

Fremover vil det bli viktig å sørge for kontinuitet i brukermedvirkningen gjennom et samarbeid med brukerutvalget, men også vurdere brukerinvolvering av personer som har forskjellige erfaringer med behandlingen. I tillegg bør personer med pårørendeerfaring også få komme med innspill fra sitt perspektiv.

8 Konklusjon

Etter å ha diskutert muligheter og utfordringer ved de to skissene, mener arbeidsgruppen at BET i en DPS-setting har flest fordeler. Et BET-tilbud på DPS, hvor pasienter tas inn etter sekundærhenvielse fra klinikkens øvrige tjenester, ville representere en lignende måte å tenke på.

Samtidig er gruppen opptatt av at det finnes spørsmål som må avklares.

Finansiering og dimensjonering vil være viktige faktorer. Det fremstår viktig at disse spørsmålene diskuteres i et klinikkperspektiv.

Selv om BET-tilbudet får base i DPS, kan tilbudets pasienter få behov for innleggelse i sykehusavdeling. Hva slags behandling de skal få der blir da et viktig spørsmål. Om man ønsker en konsekvent og helhetlig tilnærming, vil det kreve at sykehusavdeling, hvorav mottaksseksjonen fremstår som mest relevant, også vil ha mulighet til å møte pasientene som er i et BET-forløp med BET-tilnærming.

9 Innspill til rammer for prosjektteamets arbeid

Begge retninger beskriver prosjektorganisering, med et prosjektteam som har både kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Viktige tjenesteutviklende oppgaver vil være å definere tilbudets målgruppe og inntakskriterier, og å utarbeide detaljene i hvordan tilbudet skal fungere i praksis. Uavhengig av hvilken retning som velges, vil et tydelig mandat og en tydelig oppgavebeskrivelse for BET-prosjektet være sentralt. Arbeidsgruppens deltagere fra BET spiller inn til mandat at det vil være avgjørende at prosjektteamet ikke får oppgaver som er relatert til noe annet enn BET-modellen og BET som behandlingstilbud.

Klinikk PHR har et mål om at tilbudet skal gi bred mening for fagfolk og ledere i klinikken, være nyttig for klinikere og pasienter, og håper å kunne legge til rette for forskning som kan gi mer kunnskap.

Utvikling av et BET-tilbud med base i DPS vil i det hele tatt måtte ta hensyn til mange perspektiver. Det vil være viktig å avgjøre hvem som skal delta i selve utviklingen, og hvem som skal defineres som interessenter og involveres på egnet måte.

Relevante ledere og fagpersoner fra klinikken, ikke minst med BET-kompetanse, vil være viktige i arbeidet. Denne arbeidsgruppen tar ikke mål av seg til å foreslå navngitte personer, og fremholder viktigheten av en sammensetning som arbeider mot et tilbud som gir bred mening for pasienter, pårørende og fagfolk. Innenfor rammen av dette spiller BET-seksjonen inn roller som leder av pedagogisk team og overlege som egnede deltakere. DPS-området peker på viktigheten av at spesialister som arbeider med inntak stiller seg bak det nye tilbudets inntakskriterier, samt på at det allerede finnes behandlere i DPS-området som har BET-utdanning og erfaring med bruk av metoden i poliklinisk setting. FoU bør medvirke for å kunne si noe om hvordan man på best mulig vis kan legge til rette for forskning, og bør ha en rolle når det kommer til fasilitering av brukermedvirkning.

Når det gjelder brukermedvirkning, vil brukerutvalget ha en selvskreven rolle for å sikre helhet og balanse. Når nye pasientforløp skal designes, hadde det vært interessant å høre fra brukere som plasserer seg mellom de ytterpunktene vi så langt har fått informasjon fra. Pasienter i Drammen DPS, hvor mange behandlere har BET-utdanning, kan muligvis være en kilde til slik informasjon. Pårørende vil også ha sine perspektiver, og vil kanskje være særlig relevante i en diskusjon om hvordan tilbudet skal samarbeide med systemene rundt sine pasienter.

På generelt grunnlag ble det fremhevet i arbeidsgruppen at problemstillingene rundt BET og tilbudets målgruppe har en lang historie, hvor oppfatninger og tilnærminger har endret seg mye i løpet av de 24 årene BET har eksistert. Dersom man ønsker å lage et tilbud som gir bred mening for klinikkens fagpersoner, vil det være fordelaktig å ha deltagere med bred og nylig erfaring fra forskjellige settinger og arbeidssteder.

Det finnes allerede tilbud i klinikk PHR hvor man kan ha erfaring som kan være relevant i utviklingen av BET-forløp på DPS. OCD-teamet er nevnt som eksempel.

Uavhengig av den endelige definisjonen av målgruppe og inntakskriterier, kan vi legge til grunn at tilbudet kommer til å arbeide med en gruppe pasienter som har hyppig kontakt med flere offentlige hjelpeinstanser. Det er et uttalt behov for mer samhandling mellom disse aktørene, hvor felles behandlingsplaner for pasienter med alvorlig og gjentakende selvmordsadferd bør stå sentralt. Somatikk, politi, AMK og kommune er typiske eksempler på slike aktører, og vil kunne utgjøre viktige interessenter. I dagens BET-seksjon finnes erfaring fra opplæring av AMK-personell ved UNN, som kan være interessant å bygge videre på.

Vedlegg

1. ROS-analyse
2. 2024.0.18._Brukerinnspill BET konseptskisse dialog1
3. 2024.10.7._Oppsummert Brukerinnspill BET konseptskisse dialog2