

## Høringssvar fra BET-seksjonen

### «Fremtidig organisering av BET i Vestre Viken»

Versjon 1.0, datert 21.11.24

#### ***Innledning til høringssvaret***

BET-seksjonen har gjennomgått rapporten som er basert på de to siste workshopene og påfølgende runder med ROS-analyser. Vi påpeker og beskriver i høringssvaret

- mangler i bakteppet og innrammingen av prosessen med omorganisering av BET-tilbudet
- manglende sammenheng mellom innholdet i rapporten og tidligere uttalte/beskrevne intensjoner og ambisjoner med omorganisering av BET-tilbudet
- manglende beskrivelse av formålet med å bruke BET i Vestre Vikens tjenester

Det vi her spiller inn har også vært formidlet i workshops og arbeidet ROS-analyser. Høringssvaret fra BET-seksjonen er således et innspill som handler om seleksjon og vektning av informasjon som videresendes til beslutningstakere i Vestre Viken. Dersom beslutningstakere har mangelfull informasjon, så har de heller ikke et godt grunnlag for å ta beslutninger som er bærekraftige og som Vestre Viken og tjenestebrukerne er tjent med.

#### ***Generelle innspill***

##### «Prosjektorganisering»

I alle faser av omorganiseringsarbeidet har formen «prosjektorganisering» blitt brukt om det framtidige BET-tilbudet. Prosjektorganisering beskrives i litteraturen slik:

*«Prosjektorganisering beskriver en type styring og organisering som er rettet mot spesifikke leveranser som skal løse konkrete utfordringer.»*

På side 6, under overskriften "Prosjektorganisering", står det i 2. setning:

*"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.»*

Det fremgår ikke av dette hva som er målsettingen med prosjektet, og hva slags oppgaver/utfordringer BET skal bidra til å løse. Man kan si at dette vil være en del av detaljeringen som inngår i neste fase. Å plassere en tjeneste inn i en organisasjon *før man har bestemt hva tjenesten skal bidra med*, virker imidlertid bakvendt.

Rapporten bør invitere til å avklare følgende spørsmål:

- Hva slags utfordringer skal BET bidra til å løse i PHR?
- Hva er det BET skal «levere»?

Vi vil anbefale at klinikkledelsen spesifiserer målsettingene med prosjektet og bruk av BET slik at innplassering i organisasjonen og lokalisering gir mening før tjenesten detaljeres. Når det gjelder formuleringen "... *plan for evaluering*" så må man også vite hva BET-prosjektet skal "produsere" for å kunne evaluere nytten av BET. Slik rapporten per i dag er formulert, så foreligger det fremdeles ikke en beskrivelse av hva PHR ønsker å bruke BET til. I forhold til å følge tjenesteutviklingen med f.eks. et aksjonsforskningsprosjekt eller kontinuerlig forbedringsmetodikk, bør det i denne rapporten stå noe om FOU's rolle og funksjon, og hvordan PHR's egen forskningsenhet skal delta og bidra i den videre prosessen.

#### «Kunnskapsgrunnlag»

På side 5 i rapporten står det:

*«I arbeidet ble det sett hen til forskningsprosjektet «Extreme challenges» ved OUS, som studerer en gruppe mennesker med hyppige/langvarige innleggelse 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.»*

Her burde det stå noe om de omtalte anbefalingene, og hvilke artikler det refereres til. Vi legger ved to referanser, som evt. kan tas med i rapporten:

[Mental health disorders, functioning and health-related quality of life among extensively hospitalized patients due to severe self-harm - results from the Extreme Challenges project - PubMed](#)

[Evaluation of health services and treatment alliance among extensively hospitalized patients due to severe self-harm - results from the Extreme Challenges project - PubMed](#)

På side 12, under hovedpunkt 9, står det helt nederst på siden:

*"Klinikk PHR har et mål om at tilbudet skal gi bred mening for fagfolk og ledere i klinikken, være nyttig for kliniskere og pasienter, og håper å kunne legge til rette for forskning som kan gi mer kunnskap" (vår understrekning)*

Helt fra starten av omorganiseringsprosessen har det blitt holdt fram at "kunnskapsgrunnlaget for BET er svakt". Dette har blitt brukt som begrunnelse for å organisere BET-tilbudet *bort fra dagens organisering*, og da også tilrettelegge for forskning som kan styrke kunnskapsgrunnlaget for BET som behandlingsmodell.

Når det i rapporten står "... håper å kunne legge til rette for forskning som kan gi mer kunnskap" kan dette i verste fall fungere som en utvanning av ambisjonen og forpliktelsen som ligger i tidligere uttalelser og begrunnelser for å omorganisere dagens BET-tilbud. Det slås altså fast at det skal være prosjektorganisering, noe som innebærer at BET skal brukes til å løse spesifikke utfordringer. Som

beskrevet om "evaluering" i prosjektet, så er uttrykksformen like vag og like ikke-forpliktende som denne formuleringen om forskning.

Slike vage formuleringer vil, sammen med en manglende beskrivelse av hva PHR vil bruke BET til og hva prosjektet skal handle om, vanskeliggjøre etablering av en fungerende og bærekraftig helsetjeneste. Mangelen på verdiforankrede, forpliktene uttalelser og rammebetingelser vil ikke bare gå utover Vestre Vikens omdømme, men også svekke muligheten til å holde på kompetanse og til å tilby tjenester med høy kvalitet.

Når det gjelder prosjektorganisering og kunnskapsgrunnlag anbefaler vi ledelsen å legge inn et tydeligere beslutningsgrunnlag i rapporten. Omstendighetene og forutsetningene vi her peker på har vært formidlet flere ganger i løpet av workshops og ROS-analyser.

### Konseptskisse 01 DPS og Konseptskisse 02 Sykehus

Det som kalles konseptskisser for DPS og sykehus er helt identiske. Det eneste som skiller dem er organisatorisk plassering, og da antakelig også fysisk/geografisk lokalisering (når den tid kommer). Likheten gjenspeiler at dette ikke dreier seg om "konsepter". Et *konsept* i denne sammenhengen vil referere til *utformingen av en tjeneste basert på formål/målsetting og mandat*.

Vi mener «konsept» slik det er brukt her er villedende, i og med at det kan virke som om reorganiseringen av BET-tilbudet har kommet lenger enn det faktisk har. Istedenfor å bruke begrepet skrive "konsept", burde ledelsen det stå "organisatorisk plassering/innplassering". Det nye BET-konseptet vil først kunne beskrives når oppdraget er klart og å detaljeringen av tjenestene (løsningen på oppdraget) er formulert tydelig og klart i en prosjektbeskrivelse og et mandat.

### ***Innspill på de spesifikke delene i rapporten***

#### **1 Sammendrag**

- a) Se innspill vedrørende begrepet «konsept» ovenfor
- b) I første avsnitt i sammendraget står det «... *innenfor de rammene prosjektets mandat setter*». Her kan det se ut som prosjektets mandat skal lages en gang i fremtiden. Dette stiller vi oss undrende til. PHR er i gang med en omorganisering av BET, og en plassering av en prosjektorganisert poliklinisk/pedagogisk base et eller annet sted i organisasjonen.

Hvordan ser rekkefølgen og stegene i prosessen ut, slik PHR legger opp til når det gjelder BET, i et organisasjonsvitenskapelig perspektiv? Må ikke prosjektet og mandatet beskrives først, slik at man kan tilrettelegge organiseringen av tjenestene ut fra hva tjenestene skal produsere?

#### **2 Innledning**

- a) Utvikling av Basal Eksponeringsterapi (BET).  
I første setning i innledningen står det:

*«Basal Eksponeringsterapi (BET) er utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år».*

Denne formuleringen er ikke riktig, og den kan medføre at det oppstår misforståelser når det gjelder utviklingen av BET-modellen og BET-tilbudet i Vestre Viken. Forslag til redigert formulering:

*«BET-modellen er utviklet i Bergen på 1990-tallet av Didrik Heggdal i samarbeid med Øystein Saksvik. BET-tilbudet i Vestre Viken er et behandlingsprogram som er basert på BET-modellen. Dette tilbudet har vært utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år.»*

b) Manglende bakteppe for BET som recoveryorientert supplement og som alternativ i psykisk helsevern

I en FN-rapport i 2019 oppfordrer spesialrapportøren for mennesker med funksjonsnedsettelse norske myndigheter til å kopiere og lage flere tilbud som BET-seksjonen i Vestre Viken. Verdens helseorganisasjon (WHO) presenterer i 2022 BET-tilbudet i VV som et personsentrert, rettighetsbasert og recovery-orientert tjenestetilbud og som et eksempel for framtidens psykiske helsetjenester. Europarådet presenterer i sin katalog over autonomifremmende behandlingstilbud (helsetjenester som bidrar til å få ned bruken av tvang i behandling) BET-tilbudet i VV som et eksempel på «best practice». Ingenting av dette er med som bakteppe i presentasjonen av BET. Altså, beslutningstakerne i Vestre Viken blir ikke minnet om sentrale helsepolitiske problemstillinger og målsettinger som BET kan bidra til å løse. BET kan bidra til å sikre individets autonomi og rettigheter, og bidra til å få ned bruken av tvang i behandling.

Informasjon om fremhevelse av BET i overnasjonale føringer må inn i rapporten som en tematisering opp mot prosjektorganisering og utforming av mandatet for framtidige BET-tjenester i Vestre Viken.

### **3 Felles premisser for begge konseptskisser (side 5-6)**

- Se kommentar ovenfor, under Generelle innspill

### **4 Konseptskisse 01: BET i en DPS-setting**

- På side 6, under «Andre aktuelle oppgaver enn de kliniske vil være; ...» står det en punktliste på 5 punkter. De to første punktene (oppgavene)
  - utarbeide behandlingsforløp ...
  - utarbeide inntakskriterier for målgruppen ...

burde ligge under detaljeringen i prosjektplanleggingen, dvs. den delen av prosjektet som er knyttet til klinisk virksomhet.

Som nevnt lenger oppe, så må prosjektet utformes først, og så kan man organisere tjenestene. I andre avsnitt under overskriften på 4 DPS står det

*«Temaet må dimensjoneres i fht målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde»*

Altså: Inntaks og inklusjonskriteriene for BET vil avgjøre hvordan teamet skal dimensjoneres. Derfor må det være i den rekkefølgen som vi påpeker her, først lage prosjektet, herunder inntakskriterier til BET-tjenester, og deretter dimensjonere teamet.

I dag har BET en relativt snevert definert målgruppe, som riktignok er sammensatt og noe utfordrende å avgrense dersom man skulle basere inklusjon/eksklusjon på diagnostiske kriterier i ICD/DSM. I prosessen vi er inne i nå, har det vært snakk om «å komme tidligere inn», og «ha en bredere kontaktflate med resten av klinikken». Dette vil kunne bety at målgruppen blir mye bredere enn den er pr. i dag i døgntilbudet på Blakstad.

- Øverst på side 8 står det:

*«Ved å definere BET-tilbudet på DPS bedre, blir det tydeligere hva slags metodikk man behandles etter»*

Det bør tydeliggjøres hva som menes med denne setningen

## **5 Konseptskisse 02: BET i en sykehus-setting**

## **6 Felles utfordringer for begge konseptskisser**

## **7 Brukerinvolvering**

## **8 Konklusjon**

I konklusjonen står det

*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*

Man kan si at det er konkluderende så langt. Men konklusjonen mangler at det neste nødvendige steget er beskrivelse av prosjektet og utformingen av et mandat. Dette må knyttes opp mot målsettingen med prosjektet. Finansiering og dimensjonering vil være viktige faktorer ja, men som det står i rapporten vil dette avhenge av målgruppebeskrivelsen og hva som er inklusjonskriteriene i den kliniske delen av prosjektet, og hva som er de pedagogiske og forskningsmessige oppgavene til det pedagogiske teamet.

## **9 Innspill til rammer for prosjektteamets arbeid**

Se vårt innspill under overskriften «Kunnskapsgrunnlag» på side 2 i dette høringssvaret.

### ***Sluttkommentar i høringsinnspillet***

BET-seksjonen ber om at våre innspill tas inn i rapporten, og at det legges et tydeligere beslutningsgrunnlag for klinikkdirektør når hen skal ta beslutningen (eller lage en innstilling). Innplassering i organisasjonen avhenger som vi har påpekt av hva prosjektet skal bidra med i PHR. Rapporten ser ut til å vise at det ikke er så avgjørende for klinisk drift, forskning og implementeringsarbeid om BET-basen er plassert på et DPS eller det nye sykehus. Det er mer avgjørende hvordan de neste stegene i prosessen legges opp, dvs. at man først definerer og beskriver målsettingen(e) med prosjektet, så beskriver prosjektet, herunder dimensjonerer det opp mot målgruppebeskrivelse(r) og oppgaver knyttet til pedagogikk og forskning, og utformer et tydelig mandat som plasserer BET inn i virksomheten på en tydelig måte.