

## **Hva er risiko med å sette «Fremtidig driftskonsept BET i en DPS-setting» ut i livet?**

Den største utfordringen med BET i DPS-setting er at de dårligst fungerende pasientene kan bli stående uten behandlingstilbud. De dårligst fungerende krever noen rammer som kan bli utfordrende eller umulig å imøtekomme i en DPS setting. Disse inkluderer mulighet for bistand fra akuttmottak i akutte situasjoner. Hjemmel for bruk av tvang/skjerming i trygge rammer med BET-kompetent personale. Mangel på dette vil kunne medføre at man ikke tør å ta i mot pasientene med dårligst fungering til BET behandling. Døgnplasser er heller ikke spesifisert i driftskonseptet noe som må være en forutsetning for å kunne ivareta målgruppa til BET.

Dersom det ikke tilbys døgnplasser blir det en stor utfordring å ivareta de dårligst fungerende pasientene.

Dersom det tilbys enkeltssenger uten fast personale med BET-kompetanse blir det en utfordring å bevare det gode kompetansenivået som kreves for å forvalte BET på en god måte.

Dersom det tilbys flere faste døgnplasser med fast personale med BET-kompetanse er utfordringen å ivareta de med dårligst fungering i en DPS setting. Selv med flere faste døgnplasser med fast personale er vi bekymret for om de dårligste vil miste tilbudet.

Ved å ikke tilby BET-tilnærming før etter at man har forsøkt allmennpsykiatrisk setting, poliklinisk og døgnbehandling risikerer man at pasientene kommer inn i en marginaliseringsprosess og dermed får et forlenget forløp, og man feiler i å fange opp pasientene på et tidlig tidspunkt.

At BET skal ha et områdeovergripende prosjektteam vil gjøre at pasientene i VVHF's opptaksområde vil kunne få et veldig godt behandlingstilbud fra BET. Utfordringen blir at pasienter i resten av landet mister sin mulighet til å motta BET-behandling noe som vil bidra til ulikheter i helsetjenesten, dette strider mot spesialisthelsetjenestelovens formål om å bidra til et likeverdig tjenestetilbud.

- Døgnbasert behandling er helt essensielt for å kunne ivareta målgruppa til BET
- Pasienter med lavt funksjonsnivå kan miste tilbudet
- Pasienter i resten av landet mister tilbudet, budd på likeverdig behandlingsprinsippet
- Lavere faglig «tyngde» eller legitimitet på grunn av hierarkiet i helsevesenet

## **Hva er risiko med å sette «Fremtidig driftskonsept BET i en sykehussetting ut i livet?**

Et av hovedelementene i BET er autonomi, utfordringen med en strengt klinisk setting som en sykehussetting er, blir å fortsatt gi pasientene en opplevelse av autonomi. Å være omgitt av både alvorlig somatisk og psykisk syke mennesker vil potensielt bidra til marginaliseringsprosessen for den enkelte pasient, mange i målgruppa for BET er institusjonaliserte fra før de starter behandlingen og behandling i en sykehussetting vil kunne bidra til å holde dem fast i denne opplevelsen.

Heller ikke i «driftskonseptet BET i en sykehusavdeling» er døgnbehandling spesifisert. Som tidligere nevnt er døgnbehandling en forutsetning for å treffe målgruppa til BET. Og det må fremdeles presiseres at døgnbehandling må bestå av faste senger, med fast personale.

Også her er det en utfordring at pasientene ikke får BET behandling før langt ut i forløpet sitt da de har vært igjennom det som ofte er en lang marginaliseringsprosess med dysfunksjonell samhandling med helsetjenesten over tid.

- Døgnbasert behandling er helt essensielt for å kunne ivareta målgruppa til BET
- Vanskelig å opprettholde opplevelsen av autonomi i et sykehusmiljø
- Bidra til marginaliseringsprosessen
- Forstyrrelser i behandlingen fra personale uten BET-kompetanse
- Behandling sent i forløpet

### **Hva vil være en forbedring ved å sette «Fremtidig driftskonsept BET i en DPS-setting» ut i livet?**

Så sant minimum samme antall døgnplasser som i dag (6 senger) beholdes i en samlet enhet med et sterkt BET-terapeutisk miljø som base er DPS settingen et godt egnet utgangspunkt for de aller fleste av pasientene i BETs målgruppe.

Dersom man ser for seg at BET etableres som områdeovergripende prosjektteam vil helseforetakets disponering av BET-tilbudet gagne pasientene i helseforetakets opptaksområde. Det vil være en forbedring i forhold til disponering av ressursene i BET til eget opptaksområde, men også bidra til å forringe behandlingstilbudet i resten av landet dersom man ikke lenger skal ta imot gjestepasienter.

Ved å tilby BET-tilnærming til pasienter som kan få poliklinisk oppfølging oppfatter vi det som en utvidelse av målgruppa til å også treffe pasienter på et tidlig tidspunkt i marginaliseringsprosessen eller før pasienten har kommet inn i en marginaliseringsprosess. Dette vil være en stor fordel for de pasientene som ønsker og kan nyttiggjøre seg av dette og kan bidra til å forkorte pasientforløpet for mange. DPS mener vi vil kunne være en god plattform for dette.

- Forutsetter døgnbasert behandling
- Godt egnede omgivelser for autonomi
- Mange pasienter i BETs målgruppe vil kunne nyttiggjøre seg av behandlingen
- Flere pasienter (ikke blant BETs målgruppe i dag) kan få tidlig BET-behandling og unngå mange års marginaliseringsprosess ved å motta poliklinisk BET-behandling.

### **Hva vil være en forbedring ved å sette Fremtidig driftskonsept BET i en sykehussetting ut i livet?**

Man vil kunne nå noen flere av de pasientene som strever aller mest og som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg et behandlingstilbud i en DPS setting. BET vil kunne støtte akuttavdelingene og bidra til å redusere bruk av tvang. Ved å ha døgnplasser og et sterkt BET-fagmiljø i sykehuset vil de lettere kunne bidra til reduksjon av tvang da de har nærhet til miljøet der tvangen benyttes. Ved å ha døgnplasser i sykehussetting vil BET-kompetent personell kunne ivareta pasienter med KYR i akutte faser og dermed unngå/reducere tvangsbruk selv om pasienten kanskje ikke ønsker BET-behandling utover den akutte fasen, eller de kan tas inn for BET-behandling når den akutte fasen er over.

- Flere av de aller dårligst fungerende pasientene kan få hjelp
- BET kan støtte akuttavdelingene ved behov
- BET kan få støtte av akuttavdelingene ved behov
- BET er nært på miljøet som utøver tvang og kan bidra til å redusere bruk av tvang
- BET får større mulighet til å spre viktig kompetanse rundt KYR og reduksjon av tvang
- Større muligheter for å videreutvikle BET
- Kan ta imot gjestepasienter

### **Hva er du mest bekymret for?**

At BET-tilbudet skal svekkes, spesielt for pasientene med lavest funksjonsnivå. At fagmiljøet som det har tatt 20 år å bygge opp skal vannes ut og svekkes ved at man ikke oppretter en døgnbasert «base» for BET. At pasienter i resten av landet, som står på venteliste nå vil miste håp om bedring hvis de mister plassene sine med dertil meget høy risiko for dødsfall.

- Svekket BET tilbud
- At pasienter med høyere funksjonsnivå prioriteres over de pasientene med lavere funksjonsnivå
- At man prioriterer å håndtere akutte situasjoner (øke antall akutt plasser og legge ned døgnplasser med BET-behandling) fremfor å forebygge dem (forebygging kan gjøres ved å utvide BET-tilbudet)
- Dødsfall blant ventelistepasientene

### **Hva er du mest glad for?**

Jeg velger her å beskrive det jeg tenker vil være den beste løsningen for BET fra det punktet vi står ved nå: Hele BET-miljøet flyttes til en DPS der de får drifte minimum 6 senger, eller kanskje 6 senger til VVHF opptaksområde og 6 senger til gjestepasienter. Da etterspørselen etter BET er stor på landsbasis og ventelistene er lange, er den eneste logiske løsningen å øke kapasiteten utover dagens nivå.

Det opprettes et poliklinisk team som jobber med å utvide målgruppa for BET slik at flere pasienter kan få hjelp tidlig i forløpet.

Deres pedagogiske team bør styrkes slik at de kan utvide utdannings og opplæringstilbudet. Det etableres et BET-team som drifter et lite antall senger som er organisert på sykehuset i Drammen med nærhet til akuttavdeling slik at de får jobbet uavhengig, men også i samarbeide med akutt for å bidra til reduksjon av tvang på sykehuset. Dette teamet bør utvides etter hvert som man har nok kompetent personell til å forvalte flere senger på en god måte, men bør også benyttes som resurs i systematisk arbeide med å redusere tvang og bruk av medikamenter. Det bør satses på digitalisering og innovasjon, spesielt i utdanningsprosessen, men også i forvern og ettervern i pasientforløpene.

- Flere døgnplasser enn i dag, økt kapasitet
- Utvide målgruppa slik at pasienter kan få hjelp tidligere
- Større pedagogisk team som kan utdanne/lære opp flere
- Ressursbesparende/effektiviserende tiltak i form av digitalisering av opplæring

- Reduksjon av bruk av tvang og medikamenter i PHR