



1-2001

## Distriktpsykiatriske sentre - organisering og arbeidsområder



# **DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE**

## **- ORGANISERING OG**

### **ARBEIDSOMRÅDER**

Saksområdet som denne trykksaken handler om forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Spørsmål om innholdet rettes til direktoratet på telefon 24 16 30 00.



## **Statens helsetilsyn**

Calmeyers gate 1  
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo  
Tlf.sentralbord: 22 24 88 88  
Faks: 22 24 95 90  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.dep.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.dep.no)  
Internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)



## Forord

St.meld.nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* påpekte behovet for å utvikle og modernisere psykisk helsevern. En viktig satsing er å etablere distriktpsikiatriske sentre i alle fylker for å lette tilgangen på allmenne spesialisthelsetjenester på lokalsykehusnivå.

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) er tiltenkt en sentral rolle innen spesialisthelsetjenesten der tilgjengelighet, differensiering av behandlingstilbud og samarbeid med primærhelsetjenesten står sentralt. Denne utviklingen er i samsvar med endringene i de øvrige vestlige land, som det er naturlig å sammenligne seg med. Utviklingen bygger på erfaring og forskning, og dekkes best ved tilnærmingen beskrevet som *community psychiatry*.

I forbindelse med oppfølging av Stortingsmeldingen og av St.prp.nr 63 (1997-98) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2006*, ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utrede og utgi veiledningsmateriell med anbefalinger om organisering og arbeidsmåter ved de distriktpsikiatriske sentrene.

Utgangspunktet for utvikling av DPS er forskjellig i ulike deler av landet. Bakgrunnen for variasjonene er primært historisk, preget av ulike institusjonsstrukturer. For å utvikle DPS-er som kan ivareta intensjonene i opptrappingsplanen må det skje omfattende organisasjonsmessige endringer. Omfang og utforming av tilbudet vil naturlig måtte tilpasses lokale forhold.

Veilederen beskriver felles mål for de distriktpsikiatriske sentre i hele landet og gir anbefalinger om organisering av og innhold i tjenesten, som er i tråd med statlige føringer og i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk praksis. Veilederen som nå foreligger retter seg mot institusjonseiere, planleggere, ledere, fagpersoner innen alle yrkesgrupper som arbeider i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Tre utredninger har resultert i at det nå utgis tre parallelle publikasjoner som alle må sees i sammenheng. Innholdet i DPS veilederen er av mer overordnet karakter mens de to andre publikasjonene omhandler delområder og er viktige supplement:

***Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder***  
***Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker***  
***Kompetansebehov innen psykisk helsevern***

Statens helsetilsyn ønsker med dette å bidra til en god prosess i utviklingen av de distriktpsikiatriske sentrene slik at psykisk helsevern kan utvikles i tråd med de intensjoner som ligger i opptrappingsplanen. I tillegg ønsker man å bidra til en styrking av kvaliteten på tjenestene og på den behandling som gis pasientene.

Oslo, juni 2001



Lars Hanssen  
Helsedirektør



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1	Bakgrunn .....	7
1.2	Definisjon av et distriktpsykiatrisk senter .....	8
1.3	Utfordringer .....	9
1.4	Utvikling fra ulike utgangspunkt .....	9
<b>2</b>	<b>Myndighetskrav</b> .....	<b>11</b>
2.1	Myndighetskrav i lover og andre offentlige dokument .....	11
2.2	Internkontroll og kvalitetssystem .....	11
2.3	Krav til faglig kvalitet .....	12
<b>3</b>	<b>Rammer for tjenesten</b> .....	<b>13</b>
3.1	Prinsipper for utforming av tjenestene .....	13
3.2	Målgrupper og avgrensninger .....	14
3.3	Prioritering .....	15
3.4	Brukermedvirkning og kontakt med pårørende .....	15
3.5	Utarbeiding av individuelle planer .....	16
<b>4</b>	<b>Utforming av tjenestene</b> .....	<b>17</b>
4.1	Poliklinisk behandling .....	17
4.2	Dagbehandling .....	18
4.3	Ambulant behandling .....	18
4.4	Døgnbehandling .....	19
<b>5</b>	<b>De ulike oppgaver</b> .....	<b>21</b>
5.1	Forebyggende oppgaver .....	21
5.2	Henvisninger, inntak og tidlig intervensjon .....	21
5.3	Akutt- og krisetjenester .....	22
5.4	Middels langvarige behandlingsopplegg .....	23
5.5	Langtidsoppgaver .....	23
<b>6</b>	<b>Dimensjonering og kapasitet</b> .....	<b>24</b>
6.1	Størrelsen på opptaksområdet .....	24
6.2	Dimensjonering av døgnplasser .....	24
6.3	Bemannings .....	24
6.4	Bygninger .....	25
<b>7</b>	<b>Organisering og ledelse</b> .....	<b>26</b>
7.1	Organisering .....	26
7.2	Lederansvar og ledelsesutfordringer .....	26
7.3	Bruk av styringsverktøy .....	28
<b>8</b>	<b>Kompetanse</b> .....	<b>29</b>
8.1	Allmennpsykiatrisk kompetanse som skal være ved DPS .....	29
8.2	Utvikling og vedlikehold av kompetanse .....	29
<b>9</b>	<b>Samarbeid</b> .....	<b>31</b>
9.1	Samarbeid med kommunale tjenester .....	31
9.2	Samarbeid med andre voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenester .....	32
9.3	Samarbeid med privatpraktiserende spesialister .....	33
9.4	Samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien .....	33
9.5	Samarbeid med tjenester for personer med rusmiddelproblem .....	34
9.6	Samarbeid med habiliteringstjenestene .....	34
9.7	Samarbeid med andre spesialisthelsetjenester .....	34
9.8	Samarbeid med andre .....	35

<b>10</b>	<b>Litteratur</b> .....	<b>36</b>
10.1	Offentlige publikasjoner.....	36
10.2	Utredninger ved Helsetilsynet.....	36
10.3	Andre referanser .....	37

# I Innledning

## I.1 Bakgrunn

St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* danner bakgrunnen for den endringen som finner sted gjennom *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2006*. Stortingsmeldingen slo fast at det var nødvendig både å bygge opp og modernisere psykisk helsevern og det kan oppsummeres slik:

*Det psykiske helsevern må få en klarere spesialistprofil, samtidig med at tjenestene må bli mer tilgjengelige for befolkningen. For å øke tilgjengeligheten må deler av det psykiske helsevernet desentraliseres, gi tilbud nærmere der brukerne bor og ha et tett samarbeid med de kommunale helse- og sosialtjenestene. Pleie, omsorg og allmenne helsetjenester er et ansvar for kommunene også når det gjelder mennesker med psykiske lidelser. Kommunalt personell må få den veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten som er nødvendig.*

For å innfri disse målsetningene gikk stortingsmeldingen inn for at det skulle bygges ut *distriktpsikiatriske sentre* i alle fylker.

Utviklingen av distriktpsikiatriske sentre som en sentral del av de offentlige spesialisthelsetjenestene er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land. Slike desentraliserte tjenester omtales som *community psychiatry* i internasjonal litteratur, og positive erfaringer av disse er dokumentert ved forskning (Thornicroft & Szukler 2001, McCrone & Becker 2000, Geller 2000). De grunnleggende prinsippene i dette er omtalt i kap. 3.1. Tjenestene kan få ulik utforming i de enkelte land ut ifra samfunnsstruktur og hvordan helsetjenestene er oppbygget.

I Norge fikk heftet *Nye alternativer i psykiatrien* (1985) stor betydning for å spre tankene om mer desentraliserte spesialisthelsetjenester. Inndeling av fylkene i sektorer som ulike psykiatriske institusjoner hadde ansvar for, ble gjort for å sikre alle som trengte tilbud om behandling i psykiatriske døgnavdelinger. Modellen med distriktpsikiatriske sentre har vokst fram ut fra behovet for å sikre og koordinere tilbudet om spesialisthelsetjenester utenfor døgnavdelinger. Samtidig kan distriktpsikiatriske sentre med døgnavdelinger mange steder bidra til kortere avstand mellom brukerens hjemsted og døgntilbudet, og dermed også gi økt mulighet til fleksibel bruk av tjenester og tettere samarbeid mellom brukere, pårørende, nettverk og behandlere.

Under behandlingen av St meld nr 25 (1996-97) sluttet Sosialkomiteen seg til forslaget om økt utbygging av distriktpsikiatriske sentre og innføring av et særskilt statlig tilskudd for å stimulere til en slik utbygging, jfr Innst S nr 258 (1996-97). Dette ble fulgt opp ved St prp nr 63 (1997-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, og videreført i Rundskriv I-24/99.

For å kunne tilby tjenester som er bedre tilpasset brukernes behov har myndighetene tatt i bruk en rekke virkemidler: juridiske (nye lover), økonomiske (tilskudd), utdanningspolitiske (kapasitet og kvalitet) og faglig veiledning fra tilsynsmyndighetene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Siktemålet er å legge til rette for en planmessig utbygging og modernisering av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Målet er å skape

et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk hvor brukerperspektivet står i fokus. Planen innebærer bl a en økning av dagbehandling og poliklinisk behandling på 50% hver fra 1999 til 2006, samt at det ved distriktpspsykiatriske sentre skal være 1025 flere døgnplasser i 2006 enn i 1999.

Fra og med 1998 har statsbudsjettet hatt en egen øremerket tilskuddsordning for å stimulere til omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, hvor utbygging og utvikling av distriktpspsykiatriske sentre har vært et prioritert satsningsområde. Det er opprettet et særskilt sekretariat med representanter fra Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn som bl a skal bistå fylkeskommunene i planarbeidet.

Som en oppfølging av målsetningene i St meld nr 25 fikk Statens helsetilsyn i 1998 en rekke faglige utredningsoppdrag av Sosial- og helsedepartementet. Helsetilsynet engasjerte prosjektleder Pia Birgitte Jessen til å forestå en utredning om distriktpspsykiatriske sentre, og det ble oppnevnt en referansegruppe med fagfolk og brukerrepresentanter for å bistå prosjektleder i arbeidet. Utredning om distriktpspsykiatriske sentre ble sendt ut på bred høring, og utredningen og høringsuttalelsene danner sammen med lover, forskrifter, offentlige dokumenter og internasjonale faglitteratur grunnlaget for denne veilederen. SINTEF Unimed ved psykiater og forsker Torleif Ruud ble engasjert til å slutføre veilederen. Helsetilsynet har stått for den endelige bearbeidelsen og anbefalingene i veilederen er derfor Helsetilsynets råd om hvordan tjenestene bør ytes.

Denne veilederen er en av tre parallelle publikasjoner som må sees i sammenheng:

- *Distriktpspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder IK 2738*
- *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker IK 2739*
- *Kompetansebehov innen psykisk helsevern IK 2740*

Det er tre formål med denne veilederen:

- Være veiledende i planleggingen av lokale psykiatriske enheter
- Gi retningslinjer for samordning av tilbudet innen spesialisthelsetjenesten
- Gi retningslinjer for samarbeidet med kommunene

## 1.2 Definisjon av et distriktpspsykiatrisk senter

I henhold til Rundskriv I-24/99 *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, skal et *distriktpspsykiatrisk senter være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse*. Det skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene, og yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgnenhetene bør kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering.

Psykiatriske sykehusavdelinger ved sentralsykehus eller psykiatriske sykehus skal gi behandlingstilbud til hele eller deler av et fylke som krever høyere bemanning og/eller spesialkompetanse som vanligvis ikke finnes ved distriktpspsykiatriske sentre. Disse sykehusfunksjonene er:

- Akutfunksjon med plikt til å gi øyeblikkelig-hjelp vurdering og øyeblikkelig hjelp
- Oppfølgende behandling i døgnavdeling, særlig for pasienter innlagt uten eget samtykke, eventuelt i lukket avdeling over lengre tid for personer som har utagerende og voldelig atferd og en alvorlig psykisk lidelse.

- Behandling i sikkerhetsavdeling
- Ulike spesialavdelinger og team (f.eks. alderspsykiatrisk poliklinikk/avdeling, spesialteam for utredning av førstegangs psykotiske, familieavdeling)

Et distriktpsikiatrisk senter har ansvar for det allmenne psykiske helsevern for den voksne befolkningen i opptaksområdet. Det betyr at ledelsen ved senteret både har ansvar for de tjenestene som senteret selv gir, og for å samarbeide med kommunale tjenester og andre spesialisthelsetjenester. Målet er at det samlede tilbudet for befolkningen skal være helhetlig og sammenhengende og tilpasset de behov befolkningen har. Vi viser ellers til kapittel 7 ”Organisering og ledelse”.

Det betyr at en i tillegg til å forholde seg til behovene hos de pasientene som til en hver tid er henvist, også skal være opptatt av hva en kan gjøre for å hjelpe den delen av befolkningen som ikke har fått dekket sine behov for hjelp. Som et ledd i dette bør en vurdere omfang og varighet av tilbud til de pasientene man allerede har i behandling i forhold til det en kjenner til av udekkede behov i området.

Ledelsen ved et DPS bør derfor sette seg inn i tilgjengelige data fra kommuner og spesialisthelsetjenester om registrerte behov og bruk av tjenester, medvirke til innsamling av slike data, og bruke slike opplysninger som et ledd i å prioritere oppgaver, monitorere tjenester og forvalte ressurser. Dette er en naturlig del av samarbeidet med kommunene.

### **1.3 utfordringer**

Planlegging og utvikling av distriktpsikiatriske sentre som er i stand til å gi et helhetlig og velfungerende spesialisthelsetjenestetilbud innebærer flere store utfordringer. En skal sikre tilfredsstillende faglig kvalitet, en skal sikre nok personale, en skal omorganisere eksisterende tjenester og en skal gjøre lokale tilpasninger ut ifra en forståelse av kompleksiteten i de samlede tjenester og samspillet mellom dem.

Andre krav og utfordringer til distriktpsikiatriske sentre er:

- Brukermedvirkning og kontakt med pårørende
- Samarbeid med kommunale tjenester
- Størst mulig grad av frivillighet og minst mulig bruk av tvang
- Behandling skal i størst mulig grad bli gitt poliklinisk, ambulant og som dagbehandling

### **1.4 Utvikling fra ulike utgangspunkt**

Denne veilederen beskriver et felles fremtidig mål for organisering og arbeidsområder for distriktpsikiatriske sentre i hele landet. Men veien fram til dette vil være forskjellig i ulike DPS-områder. Utgangspunktet vil være ulikt ut ifra geografiske forskjeller, forskjeller i hvordan tjenestene har vært organisert og forskjeller i faglige ressurser og tradisjoner. Utviklingen vil også påvirkes av tilgang på økonomiske ressurser og ikke minst tilgangen på fagfolk og deres kompetanse.

Alle fylkeskommunene har planer for psykisk helsevern som pr. januar 2000 skal være revidert i tråd med opptrappingsplanens målsettinger, jfr. Rundskriv I-24/99. Utbygging av DPS er en hovedsatsing i opptrappingsplanen og utbygging av sentrene vil derfor inngå som en vesentlig del av det samlede psykiske helsevern.

For det enkelte senter vil det derfor foreligge en plan for hvilke endringer som skal gjøres, hva som er nødvendig rekkefølge av disse endringene og hvordan de skal gjennomføres. Selv om målet er klart, bør det være rom for å bruke den tid som er nødvendig for å nå dit og til å gjøre justeringer underveis ut ifra blant annet hvilke faglige ressurser som blir tilgjengelig.

De distriktpsikiatriske sentrene skal samspille med sykehusavdelinger og andre spesialisthelsetjenester om det samlede tilbudet. Differensieringen og fordelingen av oppgaver må skje parallelt innen de ulike deler av tjenestene, slik at de til sammen har et tilbud som best mulig dekker befolkningens behov. Ansvar for en slik koordinering ligger på eier av tjenestene. Men det er viktig at også lederne ved de ulike tjenestene har en felles forståelse av både behovet for en samordnet utvikling, og behovet for en viss frihet ved den enkelte institusjon til å utvikle sine tjenester ut fra sine forutsetninger.

## **2 Myndighetskrav**

### **2.1 Myndighetskrav i lover og andre offentlige dokument**

Å sikre tilfredsstillende kvalitet står sentralt i målsettingene for all helsetjeneste og er et overordnet mål for den opptrapping og modernisering som nå finner sted innen psykisk helsevern.

Et av virkemidlene som er benyttet i den pågående *Opptrappingsplanen for psykisk helse* er utarbeidelse og vedtak av nye helselover. Under dette kapitlet vil vi nevne de lover og retningslinjer som er særlig relevant i oppbyggingen av de distriktpspsykiatriske sentrene. Det forutsettes ellers at spesialisthelsetjenesten har den nødvendige kjennskap til de myndighetskrav som gjelder for arbeidslivet generelt og for psykiatriske institusjoner spesielt og at dette avspeiles i de strukturer som er å finne i virksomheten.

#### ***Lover og forskrifter***

- 1. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62 med tilhørende forskrifter**
- 2. Lov om spesialisthelsetjeneste (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61 med relevante forskrifter**
- 3. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63 med relevante forskrifter og rundskriv**
- 4. Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 med relevante forskrifter**
- 5. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1997**
- 6. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) av 30. mars 1984 nr. 15 - § 3 om plikten til å opprette internkontrollsystem**

De fire nye helselovene med tilhørende merknader og forskrifter er utgitt som rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet:

**Rundskriv I-10/2001 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern**

**Rundskriv I-59/2000 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.**

**Rundskriv I-60/2000 Lov om pasientrettigheter**

**Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell**

Vi viser også til Helsetilsynets Internett sider [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

### **2.2 Internkontroll og kvalitetssystem**

Ifølge Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1. januar 1994 er enhver som yter helsetjenester pålagt å ha et internkontrollsystem for virksomheten. Virksomhetens internkontroll skal sikre at aktiviteter blir planlagt, organisert, utført

og vedlikeholdt i samsvar med kravene i helselovgivningen. Formålet er forbedring og styring for å sikre blant annet at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige og i samsvar med god faglig praksis. Alle systematiske tiltak, som for eksempel opplæringsplaner, gode rutiner for inntak, utskriving, henvisning og samarbeid vil, sammen med andre sentrale ledelsesfunksjoner (se kapittel 7 "Organisering og ledelse"), være viktige elementer i DPS-ets internkontrollsystem. Internkontrollsystemet skal dokumenteres skriftlig så langt det er nødvendig for å sikre at det er kjent hos ledelse og ansatte og for å sørge for felles forståelse av mål, oppgaver, kompetanse og organisering. Dokumentasjon er også en forutsetning for å kontrollere og evaluere eget arbeid.

I henhold til *Lov om spesialisthelsetjenesten* §3-4 skal alle helseinstitusjoner som omfattes av loven også opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre.

Selv om det ikke er noe myndighetskrav, vil en del DPS'er velge å utvikle et *mer omfattende* kvalitetssystem som også omfatter internt fastsatte mål og standarder.

### **2.3 Krav til faglig kvalitet**

Det distriktpsikiatriske senter skal ha den faglige standard som er nødvendig for å utføre de oppgavene som senteret er pålagt. Kravet til faglighet er det samme ved DPS som for de andre deler av spesialisthelsetjenesten.

De distriktpsikiatriske tjenestene bør utforme sine behandlingstilbud i tråd med det som er vitenskapelig dokumentert innen de områdene der det finnes slik dokumentasjon, og i tråd med konsensus fra ekspertgrupper der det ikke finnes vitenskapelige undersøkelser (Drake et al 2001, Mellman et al 2001, Reichborn-Kjennerud & Falkum 2000, Roth & Fonagy 1996, Huble et al 1999, Mulrow 1996). Senteret må følge med i utviklingen innen de aktuelle fagfeltene. For de pasientgruppene der det finnes publiserte retningslinjer eller behandlingsopplegg som er godt dokumentert gjennom empiriske undersøkelser, bør senteret ta i bruk disse behandlingsformene. Vi vil her vise til Helsetilsynets utredningsserie om kliniske retningslinjer som er oppført i referanselisten.

## 3 Rammer for tjenesten

### 3.1 Prinsipper for utformingen av tjenestene

Ved utforming og lokal tilpasning av distriktpsikiatriske tjenester bør en sørge for å sikre at sentrale intensjoner blir ivarettatt. Prinsippene som omtales nedenfor samsvarer med overordnede prinsipper for tjenestene slik disse er omtalt i kap.1.4 i Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, og med intensjonene i St prp nr 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Prinsippene er også i samsvar med en oppsummering om utviklingen av *community psychiatry* ved to ledende helsetjenesteforskere i Europa (Thornicroft & Tansella 1999).

- **Kvalitet.** Det må stilles samme krav om kvalitet til distriktpsikiatriske tjenester som til andre spesialisthelsetjenester. Forskjellen fra tjenester på sentralsykehus skal ikke være kvaliteten på det en gjør, men hvilke oppgaver en skal utføre innen de samlede helsetjenestene.
- **Tilgjengelighet.** Tjenestene må i størst mulig grad være tilgjengelige der pasienten bor. Det vil si innen rekkevidde uten å måtte overnatte, med mindre tilstanden gjør det nødvendig med behandling i døgnavdeling. Tjenestene må også være tilgjengelig når pasienten trenger dem, det vil si uten uforsvarlig eller uakseptabel ventetid.
- **Behovstilpasning.** Tilbudene skal tilpasses den enkelte ut ifra type lidelse, fase i forløpet og individuelle behov. Flexibiliteten gjelder både ved at de som er pasienter på et gitt tidspunkt får ulike tilbud tilpasset den enkeltes behov, og at den enkelte pasient får tilbud som endres over tid i samsvar med forandringer i behov i ulike faser.
- **Koordinering.** Når det ytes flere typer tilbud og/eller tilbudene ytes av ulike fagpersoner eller instanser, må tjenestene koordineres slik at pasienten får et helhetlig tilbud. Det er tjenesteyterne og ikke pasienten som må ta ansvaret for denne koordineringen.
- **Kontinuitet.** Den personlige kontakten mellom pasient og behandler er et vesentlig element i behandling og rehabilitering, og den er ofte en forutsetning for at pasienten gjør bruk av andre behandlingstilbud. De samme fagpersoner bør så langt som mulig følge pasienten gjennom hele behandlingsforløpet, og nødvendige skifte i kontakt bør så langt som mulig skje forberedt og planlagt. Det må også være kontinuitet i behandlingen ved at den gjennomføres etter en forutsigbar plan som følges av dem som yter tjenestene.
- **Tidlig intervensjon.** Tjenestene må organiseres og ytes på en måte som tilrettelegger for tidlig oppdagelse og hjelp når en psykisk lidelse oppstår eller begynner å utvikle seg. Dette forutsetter nært samarbeid med andre tjenester og rask respons på henvendelser.
- **Helhet.** I samarbeidet mellom ulike tjenesteytere og tjenestenivåer må en arbeide seg fram til en felles forståelse av målsetninger, behov, oppgaver og samarbeid, - slik at de samlede tjenestene oppleves som helhetlige.
- **Brukermedvirkning.** Brukerne av tjenestene må ha reell innflytelse på de tjenester de mottar og hvordan disse ytes.

### 3.2 Målgrupper og avgrensninger

Skillet mellom hvilke pasienter som kan behandles ved et distriktpspsykiatrisk senter og hvem som må behandles ved en sentralsykehusavdeling, vil i liten grad følge skillelinjene mellom diagnostiske grupper. Fordelingen av pasienter og oppgaver må primært skje ut ifra tilstandens alvorlighetsgrad, utrednings- og behandlingsbehov, pasientens funksjonsnivå og mestringsevne, og hva slags kompetanse og ressurser som er tilgjengelig i de ulike delene av spesialisthelsetjenestene.

Målgruppene for tilbudene ved et distriktpspsykiatrisk senter vil derfor være mennesker med psykiske lidelser i opptaksområdet. Det dreier seg om vanlige psykiske lidelser som for eksempel krisereaksjoner, tilpasningsforstyrrelser, angstlidelser, stemningslidelser, psykoser, personlighetsforstyrrelser, posttraumatiske stresslidelser, spiseforstyrrelser, alderspsykiatriske lidelser og kombinasjon av psykisk lidelse og rusproblem.

De gruppene som vanligvis ikke kan få et tilstrekkelig tilbud ved distriktpspsykiatriske sentre, er personer med utagerende og voldelig atferd som krever lukkede døgnavdelinger med høy bemanning, personer med lidelser eller kombinasjoner av lidelser som krever særlig spesialkompetanse, og personer med lidelser som er så sjeldne at utredning og behandling må sentraliseres for å få opprettholdt nok erfaring til å kunne gi forsvarlige tilbud.

Distriktpspsykiatriske sentre som er under utbygging eller har mindre ressurser enn planlagt, vil måtte avgrense målgrupper og oppgaver etter den kompetanse og de ressurser senteret til en hver tid har. Slike avgrensninger bør formidles til samarbeidspartnere og drøftes med dem, slik at det er en felles forståelse av avgrensninger og grunnlaget for dem.

Det er også en del pasienter som over tid trenger tjenester både fra distriktpspsykiatriske sentre og fra sentralsykehusavdelinger. Det er da viktig at de som yter tjenestene arbeider seg fram til en felles forståelse av den enkeltes behov, av hvilke tjenester de ulike parter skal yte, og hvordan disse skal samordnes i et helhetlig og konsistent tilbud. Det er forvirrende for en pasient og hans/hennes familie om de møter sprikende tilnærminger. Blant dem som kan trenge tjenester fra flere nivåer over lang tid, er personer med psykoser, personer med kombinasjoner av psykisk lidelse og rusproblem, og eldre med psykiske lidelser.

Det skal ikke være permanente boliger i et DPS, da bo- og omsorgsoppgaver er et kommunalt ansvar. Også personer med langvarig psykisk lidelse bør ha egen bolig i sin hjemkommune i stedet for å bo i en treningsbolig ved en psykiatrisk institusjon. Botrening er mer effektivt i den boligen en skal fortsette å bo i enn i en treningsbolig. For pasienter som har behov for en mer omfattende behandling og rehabilitering der botrening bare er en av flere komponenter, kan noe av denne rehabilitering foregå ut ifra DPS.

Akuttposter med plikt til å ta i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp er en klar oppgave for psykiatriske avdelinger ved sentralsykehus eller psykiatriske sykehus. Unntaksvis kan det i enkelte større opptaksområder være et stort nok behov og nok ressurser til at en kan ha en lukket akuttpost ved et DPS.

Ansvar for oppfølging av pasienter over tid bør med svært få unntak være tillagt det distriktpspsykiatriske senteret eller kommunen.

Behandling og annen hjelp skal så langt som mulig gis som frivillige tilbud.

Når det gjelder bruk av tvang, må distriktpspsykiatriske sentre som andre psykiatriske institusjoner fylle de krav i lover og forskrifter som gjelder for bruk av utredning og behandling uten pasientens samtykke. DPS som ønsker å kunne gjennomføre bruk av tvang, må søke om godkjenning for dette.

### **3.3 Prioritering**

I NOU 1997:18 *Prioritering på ny* (1997) fremheves tre kriterier for prioritering: Tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Øyeblikkelig hjelp-tilstander skal alltid ha høyeste prioritet ved inntak. Dette gjelder særlig personer som representerer en alvorlig fare for seg selv eller andre, samt personer med akutt psykose og andre alvorlige krisetilstander.

Innen den rammen av pasienter og oppgaver som et distriktpspsykiatrisk senter har ansvar for, skal de prioriteringsreglene som er referert ovenfor følges. I praksis vil dette særlig dreie seg om å prioritere pasienter med tilstander som får alvorlige konsekvenser på sikt dersom de ikke får hjelp.

Det arbeides med konkretisering av kriterier for prioritering innen voksenpsykiatriske tjenester. Vektlegging på kriterier om tiltakets nytte og kostnadseffektivitet forutsetter kunnskap og dokumentasjon av disse forhold gjennom systematisk evaluering og forskning.

### **3.4 Brukermedvirkning og kontakt med pårørende**

I opptrappingsplanen for psykisk helse er det poengtert at tiltak skal ha utgangspunkt i respekt for den enkelte, og at brukermedvirkning skal bidra til at tjenestene tilpasses brukerens ønsker og behov. En aktiv brukerrolle styrker selvtiliten, og bruk av egne ressurser bidrar til større kontroll over ens eget liv. Å endre perspektivet fra en passiv pasientrolle til en aktiv brukerrolle krever også at fagfolk er interessert i og respekterer brukerens meninger. Økt brukermedvirkning er et krav til alle helsetjenester.

En god modell for samarbeid med pasienten kan bidra til at det første møtet med psykisk helsevern blir godt. Det er viktig at brukeren får nødvendig informasjon om sin tilstand, om aktuelle behandlingstilbud og om egne rettigheter. Brukeren bør være til stede i sammenhenger som angår ham/henne. En bør unngå å ta viktige beslutninger som vedrører brukerens behandling og liv uten at han/hun er til stede.

På det organisatoriske plan bør ledelsen ved det distriktpspsykiatriske senteret legge til rette for at brukere med sin innsikt, kunnskaper og erfaringer kan delta aktivt i planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene. Ledelsen ved det distriktpspsykiatriske senteret bør aktivt innhente tilbakemeldinger om tjenestene fra brukere. En bør også støtte opp under og samarbeide med brukerorganisasjonenes lokale lag.

En psykisk lidelse hos et familiemedlem påvirker hele familien, som ofte i større eller mindre grad må ivareta pasienten og dennes interesser. Pårørende kan med sin kjennskap til pasienten og sin funksjon i familie og nettverk være en ressurs både for pasienten og behandlerne. Pårørende trekkes inn i samarbeidet om tilbudet til brukeren når dette er i tråd med brukerens ønske og samtykke.

De pårørende bør få tilbud om samtaler, hjelp, støtte og avlastning ut fra sine egne behov. Det må ikke stilles urealistiske krav til hva de pårørende skal yte. Også barn er pårørende og bør trekkes inn i den grad det er mulig. Ikke minst må en ha fokus på barna og deres situasjon og sikre at de også får den hjelp de trenger. Regelmessige familiesamtaler med fokus på relasjon mellom bruker og pårørende bør gis der det er behov for dette.

På samme måte som overfor brukere, bør ledelsen ved det distriktpspsykiatriske senter også legge til rette for at pårørende med sin innsikt, kunnskaper og erfaringer kan delta aktivt i planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene. En bør aktivt innhente tilbakemeldinger om tjenestene fra pårørende og støtte opp under og samarbeide med pårørendes organisasjoner.

### **3.5 Utarbeiding av individuelle planer**

Psykisk helsevernloven krever at det utformes en skriftlig individuell plan for hver pasient som er under psykisk helsevern. Pasientrettighetsloven hjemler pasientens rett til medvirkning og til å få informasjon. Pasienten skal medvirke i valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette krever en egeninnsats fra pasientens side, og medvirkningens form må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Planen skal beskrive behov, angi mål, og angi hva slags helsetjenester som er aktuelle, og omfanget av disse. Planen skal også beskrive nødvendig samarbeid med andre helse- og sosialtjenester, og i følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, skal spesialisthelsetjenesten samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasienten. Plikten til å utarbeide individuell plan er nærmere regulert i forskriftene om individuell plan og vil bli nærmere omtalt i en veileder fra departementet.

Distriktpspsykiatriske sentre har en sentral rolle i behandling og oppfølging av mange pasienter over lang tid, og sentrene har derfor også et ansvar for å ta initiativ til og medvirke i utarbeiding av individuelle planer. Individuelle planer blir et viktig verktøy i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom pasient, eventuelt pårørende og de tjenestene som skal samarbeide om et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud.

## 4 Utforming av tjenestene

Ved et distriktpspsykiatrisk senter må det finnes team, dag- og døgnenheter som er utformet og bemannet slik at de kan ivareta de funksjoner og oppgaver som senteret skal dekke. De kliniske enhetene bør defineres ved bruk av definisjoner fra statlige myndigheter (Administrativ definisjonskatalog for psykiatriske spesialisthelsetjenester, 2000).

Differensiering av tilbudene ved det distriktpspsykiatriske senteret er nødvendig for at senteret skal kunne yte tjenester til mange forskjellige brukergrupper. Dette kan delvis gjøres ved at ulike kliniske enheter har ulike oppgaver. Under små forhold må en større del av differensieringen løses ved å tilrettelegge individuelt tilpassede tilbud ved samme kliniske enhet.

Små enheter kan være sårbare. Det kan være vanskelig å dekke alle nødvendige funksjoner, sikre tilstrekkelig kapasitet og opprettholde kontinuiteten overfor pasientene. Forskjeller i geografi, antall stillinger og befolkningsgrunnlag gjør at det er viktig å finne gode og konstruktive lokale løsninger i forhold til organisering av tilbudene innen DPS. En god koordinering og samhandling av de ulike enhetene vil kunne ha en viktig stabiliserende innvirkning.

Psykiatrisk behandling skal i størst mulig grad bli gitt poliklinisk, ambulant og som dagbehandling. Det er viktig at tilbudet er så fleksibelt tilrettelagt at det lett kan tilpasses behovet i den aktuelle befolkningen i tråd med forsvarlighetsprinsippet.

### 4.1 Poliklinisk behandling

Voksenpsykiatriske poliklinikker skal gi et poliklinisk behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser i opptaksområdet. Det polikliniske behandlingstilbudet skal utvides med 50% innen år 2006 sammenlignet med 1998, (St prp nr 63 1997-98). De fleste poliklinikker er ved distriktpspsykiatriske sentre. Det er derfor i hovedsak DPS-ene som vil gi de polikliniske tilbudene, supplert med privatpraktiserende spesialister.

Det må utvikles et bredt spekter av behandlingstilbud på poliklinikken. Ved større poliklinikker kan det være aktuelt å dele behandlerne ved poliklinikken inn i team med ulike funksjoner, for eksempel psykoseteam eller rehabiliteringsteam. Ved mindre poliklinikker kan en eller flere behandlere fungere som ressurspersoner innen bestemte funksjoner som de har spesiell kompetanse i. Andre steder kan det være mer hensiktsmessig å dele poliklinikken inn i team som dekker de samme funksjonene innen hvert sitt geografiske område.

Poliklinikker bør kunne gjøre en vurdering av nyhenviste pasienter innen kort tid og legge til rette for at pasienter i krise får kontakt raskt. Ved at poliklinikkene kontakter pasienten raskt ved kriser, kan en eventuelt forebygge innleggelser. Poliklinikkene bør ha beredskap for å ta pasienter til vurdering som øyeblikkelig hjelp i ordinær arbeidstid.

Poliklinisk satsing på tidlig og helhetlig bistand til personer med alvorlige psykiske lidelser vil for en del kunne forebygge omfattende institusjonsopphold og motvirke behov for øyeblikkelig hjelp og bruk av tvang. Psykiatriske poliklinikker må derfor rette stor oppmerksomhet mot personer med alvorlige psykiske lidelser, (jfr kap.5).

Mange poliklinikker dekker et stort geografisk område som nødvendiggjør en utstrakt reisevirksomhet til kommunene for å kunne gi et best mulig tilbud til befolkningen og samarbeidspartnere i området. På reisedager til kommunene i distriktet kan det gis behandlingstilbud til pasienter som har vanskelig for å reise til poliklinikken, ambulant tilbud i form av hjemmebesøk, besøk på arbeidsplass, felles samtaler med pasient og henvisende lege, og andre former for samarbeidsmøter. Kommunene bør stille lokaler til rådighet i dette arbeidet.

Ulike tema om drift av psykiatriske poliklinikker er også drøftet i Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker, IK 2739, Statens helsetilsyn 2001.

## 4.2 Dagbehandling

Dagtilbud er et mindre inngrep i pasientens liv enn en innleggelse. Det bør brukes der det er behov for noe mer omfattende tilbud enn et poliklinisk tilbud, og der pasienten ikke må være innlagt på grunn av tilstanden (Rosen & Barfoot 2001).

I opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp.nr 63, 1997-98) blir det tilrådd at antall dagopphold i DPS økes med 50% i planperioden 1999-2006, det vil si en økning på 90.000 dagopphold i planperioden.

Dagbehandling skal være aktive behandlingsopplegg med psykoterapeutiske og psykososiale behandlingsformer samt treningsopplegg som forutsetter den form for kompetanse som finnes i spesialisthelsetjenestene, eventuelt kombinert med medikamentell behandling. Gruppetilbud, enten dette er gruppepsykoterapi eller andre behandlingsaktiviteter som skjer i grupper, er en rasjonell behandlingsform ved at en eller to behandlere kan behandle flere pasienter på samme tid (Karterud 1999). Mange har stor nytte av dagbehandling basert på gruppeterapi, og dette er godt utprøvd som et tilbud til personer med personlighetsforstyrrelser (Karterud et al, 2001). Men en del pasienter trenger tilbud som helt eller delvis er individuelle opplegg.

Det er viktig å ha en klar grenseoppgang mot kommunale tiltak. Distriktpsikiatriske sentre skal ha tilbud om dagbehandling, og kommunene skal drive aktivitetorientert dagtilbud. Det er viktig at et definert behandlingsbehov brukes som kriterium for hva slags tilbud som skal tilbys. Unntaksvis kan det likevel være nødvendig at en gir enkelte pasienter et tilbud som de kunne få i kommunen, dersom det av ulike grunner kreves spesialistkompetanse.

Utviklingen av et dagtilbud må tilpasses lokale forhold. Både behovet for dagtilbud og hvor mye en kan differensiere tilbudet avhenger blant annet av størrelsen på opptaksområdet. Dagbehandling bør gis i en egen dagenhet men kan også være behandlingsplasser på en døgnavdeling. Det må også ses i relasjon til hvilket tilbud som er bygget opp på sentralsykehusnivå.

Det er viktig å legge opp til fleksible løsninger i forhold til arbeidstid og åpningstid. Ved lange avstander kan en eventuelt benytte sykehotell på lokalsykehuset i perioder, etablere tilbud i kommunene eller bruke transportordning for brukerne.

## 4.3 Ambulant behandling

Ambulant behandling er når behandling, utredning eller rehabilitering finner sted ved at fagpersoner oppsøker pasienten i deres eget miljø. Slik virksomhet kan enten skje fra et poliklinisk team eller annen enhet ved DPS eller ved at det

etableres egne team som i hovedsak arbeider med oppsøkende virksomhet. Ambulant behandling har fått en viktig plass innen tidlig intervensjon ved alvorlige psykiske lidelser som psykoser, ikke minst overfor ungdom og unge voksne. Ved å rykke ut og møte pasienten, pasientens familie og lokale hjelpere hjemme hos pasienten eller på pasientens hjemsted er det i mange tilfelle mulig å mobilisere lokale ressurser og finne alternative løsninger til innleggelse (Guo et al 2001).

Ambulante team (Administrativ definisjonskatalog for psykiatriske spesialisthelsetjenester, 2000) brukes primært innen langtidsbehandling og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel langvarige psykoser. Slike team kalles ofte psykoseteam eller rehabiliteringsteam og er svært aktuelt å etablere ved DPS. Ambulante team er vist å kunne være en effektiv og hensiktsmessig form for tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser (Tyrer et al 2001) En systematisk modell for ambulante team, kalt *assertive community treatment*, er dokumentert som en effektiv psykososial behandlingsform ved psykoser (Marshall & Lockwood 2001, Phillips et al 2001).

Ved etablering av ambulante team er det viktig at teamledelse, organisasjonsmessig plassering og oppgaver er klart definert. Forhold og arbeidsdeling mellom slike team og kommunale tjenester bør være avklart.

#### 4.4 Døgnbehandling

Døgntilbud ved distriktpsikiatriske sentre vil i hovedsak være åpne døgnenheter. Beslutningen om antall og type døgnenheter vil være avhengig av flere faktorer som størrelsen på opptaksområdet, kompetanse og ressurser ved senteret, og fordeling av oppgaver innen de samlede psykiatriske spesialisthelsetjenestene som dekker området.

Når det er behov for flere døgnenheter, bør disse dekke ulike funksjoner og være utformet og bemannet i forhold til disse funksjonene. I et middels stort opptaksområde vil det trolig de fleste steder være hensiktsmessig å ha en åpen korttidspost (intermediærpost) for behandling av personer med depresjoner og andre ikke-psykotiske tilstander, og en åpen post for behandling av personer med psykoser.

Et distriktpsikiatrisk senter kan i noen grad avlaste akutteneheter ved sentralsykehus eller psykiatrisk sykehus ved på kort varsel å ta i mot personer som er i krise eller akutt forverring, og ved å ta over pasienter fra akutteneheter for å gi pasienten tilbud nærmere hjemmet og for å frigjøre akutt plasser. Kortvarig skjerming i dager og eventuelt noen uker bør være mulig ved distriktpsikiatriske sentre. Dette gjelder primært frivillig skjerming etter avtale med pasienten, der en ved et slikt lokalt tilbud kan ta vare på kontinuiteten i behandlingen. Men det kan også gjelde midlertidig bruk av lukket enhet ved et senter som har adgang til å bruke tvang. Langvarig skjerming i uker og måneder vil vanligvis kreve mer ressurser enn en har ved et DPS.

Noen plasser ved DPS bør defineres som kriseplasser og brukes som lavterskeltilbud, slik at en kan komme til så tidlig som mulig og dermed også i en del tilfeller unngå en mer traumatisk innleggelse i en akuttavdeling. Dette kan blant annet tilbys pasienter som er kjent ved DPS-et og gjerne har avtale om å ta kontakt ved behov, eller for pasienter som på forhånd er vurdert ved poliklinikken til å ha nytte av et slikt tilbud.

Det bør også være mulig å tilby avtalte reinnleggelser for personer som er kjent ved senteret og som kan ha nytte av et slikt målrettet tilbud i en periode, som et

ledd i å oppnå en mer stabil fungering og unngå kriser og akutte innleggelser.

Innleggelser bør så langt det lar seg gjøre, planlegges på forhånd. Det kan være planlegging i form av et møte ved DPS, i pasientens hjem eller et annet sted i kommunen. Pasienten og dennes familie kan også inviteres på besøk i enheten. For personer som har hatt mye kontakt med det kommunale hjelpeapparatet, kan det være en fordel at personale med godt kjennskap til pasienten deltar i planleggingen.

Noe av målsettingen under et opphold må være at samarbeidspartnerne oppnår en felles forståelse av problemene, utvikler et godt samarbeid og forbereder utskrivningen. Et slikt samarbeid kan gi trygghet og forutsigbarhet for brukeren. Hvis pasienten allerede har en behandler, bør denne komme inn i behandlingsforløpet så fort som mulig slik at kontinuiteten i behandlingsforløpet kan ivaretas.

Utskrivninger bør også planlegges og forberedes. De som skal behandle eller følge opp pasienten etter utskrivningen, bør informeres før pasienten skrives ut. Videre behandling og oppfølging sikres best ved at de som skal gjennomføre den, selv er med på å planlegge den før pasienten skrives ut.

Selv med godt utbygde tilbud i kommunene kan det være pasienter med alvorlige psykiske lidelser som vanskelig kan skrives ut. Noen få har trass i omfattende og langvarige behandling fortsatt så alvorlige symptomer og atferdsavvik at de er til fare for seg selv og/eller andre og må være i psykiatrisk institusjon over lang tid og kanskje resten av livet.

Bruk av døgnplasser vil kunne endre seg over tid. I et område der en har begynt å bygge ned eller gjøre om psykiatriske sykehjem, vil tilbakeføring av langtids-pasienter til kommunene kunne være en sentral oppgave i flere år. En vil da i en periode ha bruk for flere døgnplasser. Når en slik fase er over, vil det i større grad bli behov for opphold av ukers og måneders varighet for personer som ellers har bolig og eventuelt oppfølging i sin kommune. Det er fortsatt personer ved psykiatriske sykehjem og DPS-er som er såkalt ferdigbehandlet, men som ikke blir utskrevet til kommunal omsorg. Dette kan skyldes at personen krever mer omsorg enn kommunen har mulighet for å gi med de ressurser og den kompetanse de har til rådighet. Enkelte steder har institusjonseier i slike tilfeller inngått samarbeidsavtaler med aktuelle kommuner om fordeling av kostnader og oppfølgingsansvar.

## 5 De ulike oppgaver

Distriktpsikiatriske sentre må kunne utføre de oppgaver som det forventes at fagfolk med spesialutdanning i utredning og behandling av psykisk lidelser skal kunne. Det må gis et bredt spekter av behandlingstilbud innen ulike behandlingsmetoder. Det er derfor en fordel at fagpersonene ved senteret har ulike fordypningsområder der de skaffer seg kompetanse utover det som er grunnleggende. Sammen kan de dermed bidra til bedre kvalitet og større bredde i tilbudet, både ved den enkelte enhet og ved samarbeid på tvers av enhetene.

En rekke oppgaver kan være fordelt på flere enheter ved senteret, eller at flere enheter kan eller må samarbeide om å løse dem. Det er et lederansvar å tilrettelegge for nødvendig samarbeid og oppgaveløsning på tvers av enheter og for senteret som helhet.

Personer med mer omfattende kompetanse, for eksempel psykiatere og psykologer, bør bruke sin tid på en effektiv måte. Ved å prioritere veiledning av andre faggrupper slik at disse får bruke sin kompetanse best mulig og utvikle den videre, vil DPS samlet sett trolig kunne gi et mer omfattende tilbud og nå flere enn om de med mest kompetanse bruker all sin tid i direkte pasientkontakt.

### 5.1 Forebyggende oppgaver og tidlig intervensjon

Som spesialisthelsetjeneste vil DPS vanligvis ikke bli oppsøkt av personer som ennå ikke har fått noen psykisk lidelse. Men fagfolk ved distriktpsikiatriske sentre kan bidra ved informasjon og opplysning til befolkningen via media og deltakelse i møter, og de kan bidra med veiledning og rådgiving overfor andre som er i posisjoner der de kan drive primær forebygging, (Weisæth & Dalgard 2000).

Innen sekundær og tertiær forebygging kan distriktpsikiatriske sentre bidra til å hindre forverring og tilbakefall ved å følge opp pasienter over lengre tid, slik at pasienten får en best mulig plattform for livet videre. DPS kan være med på å redusere konsekvensene av tilbakefall ved å ha lav terskel for å ta imot pasienten igjen og være raske til å gi tilbud.

Det er også utviklet modeller for tidlig intervensjon ved både psykoser og andre lidelser, og denne formen for sekundær forebygging ser ut til å kunne begrense omfang og alvorlighetsgrad av psykiatriske lidelser (McGorry 2001, McGorry & Jackson 1999, Larsen et al 2001). Med god tilgjengelighet og godt samarbeid med førstelinjetjenesten bør distriktpsikiatriske sentre med sine ulike tilbud legge vekt på tidlig intervensjon som arbeidsform.

En viktig oppgave er å bidra til at barn av voksne med psykiske lidelser får den hjelp de trenger. Dette er et av de punktene en alltid bør undersøke og forholde seg til når noen som har barn blir henvist til utredning og/eller behandling.

### 5.2 Henvisninger, inntak og tidlig intervensjon

Leder må sørge for at DPS-et som et ledd i institusjonens internkontroll har funksjonelle systemer for mottak av henvisninger, utredning, vurdering og fordeling av pasienter på enheter og behandlere. Disse prosedyrene må oppfylle myndighetenes krav og bidra til at de samlede tilbudene er helhetlige.

I tillegg til å ta i mot eller avslå en henvisning, er det også et alternativ å ha telefonkontakt med henvisende lege/instans eller et felles møte med pasienten og henvisende lege/instans.

Det er viktig å ha et nært samarbeid med primærlege og andre henvisende instanser om tidlig intervensjon ved tilstander som oppfattes som alvorlige eller potensielt alvorlige.

### 5.3 Akutt- og krisetjenester

Kriser og akutte forverrelser bør løses uten større inngrep i pasientens livssituasjon enn nødvendig, men samtidig slik at det gjøres på en måte som er forsvarlig og tilstrekkelig. Mange i krise trenger ikke innleggelse, men har behov for rask kriseintervensjon i form av hyppige samtaler ved poliklinikken eller en annen enhet ved det distriktpspsykiatriske senteret. Mange av dem som trenger innleggelse, vil klare seg ved en rask innleggelse i en åpen døgnenhet ved et DPS, mens andre i en akutt fase trenger innleggelse i en lukket og høyt bemannet døgnenhet i sykehus. Det distriktpspsykiatriske senter kan ta sin del av akutt- og krisetjenestene, men uten å ha den forpliktelsen om alltid å kunne gi øyeblikkelig vurdering/ hjelp som en del sykehusenheter vil ha (jfr. *Lov om spesialisthelsetjenester* §3-1, og ny forskrift om øyeblikkelig-hjelp i det psykiske helsevern).

Pasienter, pårørende og ansatte i primærhelsetjenesten må kunne få nødvendig bistand i akutsituasjoner, enten behovet gjelder vurdering, kriseintervensjon eller rådgivning. Målsettingen må være at pasienter og pårørende får hjelp tidlig for å hindre at situasjoner forverrer seg, og at primærhelsetjenesten settes i stand til å takle flere situasjoner i tidlig fase ved å få støtte fra spesialisthelsetjenesten.

En bør arbeide bevisst for å etablere alternative løsninger til akuttinnleggelser. Eksempelvis ved tett poliklinisk kontakt, dagtilbud, oppfølging hjemme ved ambulant team og/eller tett samarbeid med kommunale primærhelsetjenester med døgnvakt, eller ved andre alternative løsninger i samarbeid med pasienten og dennes familie. Fagpersoner bør være tilgjengelige for konsultasjoner og utrykning når dette er nødvendig. Erfarne behandlere bør også være tilgjengelig for primærleger og andre samarbeidspartnere som henvender seg per telefon for å få drøftet en sak. Ved poliklinikkene må det avsettes ressurser for å ivareta akuttberedskap på dagtid.

Kombinasjon av kriseintervensjon og oppfølging over tid synes å være effektivt ved akutte forverrelser av alvorlige psykiatriske lidelser (Joy et al, 2001). Å møte pasienten i dennes hjemmemiljø kan ofte være en fordel. Både brukeren og eventuelle pårørendes ressurser kan bli mer synlige når det første møtet foregår i hjemmet. Når møtene legges til hjemmet, resulterer det ofte i at det blir satt i verk krisetiltak i hjemmet slik at innleggelse kan unngås eller kan forberedes på en god måte. Det kan synes som om denne metode er med på å mobilisere nettverket og brukeren selv på en konstruktiv måte.

Omfanget og organiseringen av akutt- og krisetjenester må vurderes ut fra behovet og størrelsen på den befolkning som skal betjenes og de ressursene det distriktpspsykiatriske senteret har. Uansett om hovedansvaret for disse tjenestene legges til poliklinikken alene eller organiseres på tvers av enhetene, må det være klart hvem som har ansvaret og hvem som skal ta stilling til henvendelser om akutt hjelp.

Det er institusjonseiers ansvar at ansvarsforholdene ved etablering av ulike former for beredskap og vakt er klare, faglig forsvarlige og juridisk holdbare. Noen steder kan det være aktuelt å inngå spesielle samarbeidsavtaler med andre som har etablerte vaktordninger, for eksempel lokal legevakt eller et sykehus. Ved noen DPS vil det være aktuelt med en mer omfattende vaktordning. For vaktordninger ved døgnposter som er godkjendt for tvunget psykisk helsevern, er rammene gitt i lov- og forskriftsverk.

#### **5.4 Middels langvarige behandlingsopplegg**

Også en del pasienter som verken trenger akutt hjelp eller langvarig rehabilitering, kan ha nytte av en kombinasjon av tilbud der flere enheter ved et DPS bidrar. Det kan være kombinasjoner av poliklinisk behandling og dagbehandling, eller korte målrettede døgnopphold som ledd i en individuell behandling. Det bør være tett nok samarbeid mellom de ulike enhetene ved et DPS til at en kan sette sammen og koordinere slike tilbud på en helhetlig måte for dem som trenger det.

#### **5.5 Langtidsoppgaver**

En av de sentrale oppgavene for et DPS er psykososial rehabilitering og langvarig oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I et slikt langvarig opplegg er det ofte behov for et samarbeid mellom ulike enheter ved senteret, enten som samtidige tilbud innen en koordinert helhet eller som opplegg som avløser hverandre etter hvert som pasientens behov endres over tid. Det er ønskelig å ivareta kontinuitet i kontakten mellom pasient og behandler ved at behandleren kan fortsette sin kontakt med pasienten uavhengig av hvilken enhet pasienten følges opp fra. Dette forutsetter klare avtaler og ryddige roller.

Behandling og rehabilitering over lang tid bør i størst mulig grad skje lokalt og i et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene. Samtidig er det viktig å ha en godt bemannet psykiatrisk sykehusavdeling ”i ryggen” når lokale ressurser og kompetanse i kortere eller lengre tid ikke er tilstrekkelig.

## **6 Dimensjonering og kapasitet**

### **6.1 Størrelsen på opptaksområdet**

Størrelse på opptaksområdet må besluttes ut fra en avveining av flere forhold. Behovet for å ha et stort nok fagmiljø med tilstrekkelig bredde i kompetanse og liten sårbarhet ved fravær, tilsier en viss minimumsstørrelse. Det samme gjelder behovet for å behandle mange nok pasienter til at fagfolkene ved senteret får tilstrekkelig erfaring med å behandle de vanligste psykiske lidelsene. Samtidig er det en grense oppad for hvor stort et opptaksområde bør være. Senteret bør ha et begrenset antall kommuner eller bydeler å forholde seg til om en skal vedlikeholde kjennskap til og nært samarbeid med kommunale samarbeidspartnere. I opptaksområder med store geografiske avstander vil både avstander og reisetid være faktorer en må ta hensyn til.

Ut ifra erfaringer som hittil er gjort synes det mest hensiktsmessig at opptaksområdet for et distriktpsikiatrisk senter har en befolkning på 30 – 60 000 og helst ikke mer enn 6-8 kommuner. Det bør være klare geografiske grunner om en går vesentlig under dette, og da bør en vurdere om senteret bør ha støttefunksjoner fra et større miljø. Dersom en går vesentlig over dette, kan en ha en geografisk deling av området (f.eks. med to eller flere polikliniske team) for å få et mest mulig optimalt antall samarbeidspartnere.

### **6.2 Dimensjonering av døgnplasser**

Opptappingsplanen for psykisk helse har som mål at antall heldøgns plasser ved DPS-er skal økes fra 1026 i 1997 til 2065 plasser innen år 2006.

Nødvendig antall plasser i et område vil avhenge av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen, geografi, befolkningstetthet og hvilke andre tjenester innen psykisk helsevern som finns i opptaksområdet. Det er derfor ikke mulig å gi et fast normtall.

På bakgrunn av statlige føringer har SINTEF anslått at det er behov for ca. 6 døgnplasser på DPS per 10.000 voksne innbyggere ( jfr St prp 63 ), som ville si 25 døgnplasser i et DPS i et opptaksområde på 40.000 voksne innbyggere. En mulig fordeling av plasser kan da være 10 plasser i kortids/allmennpsykiatriske avdelinger, 5 plasser for kriseintervensjon og 10 plasser for lengre tids behandling og psykososial rehabilitering.

Utbyggingen av antall plasser ved de enkelte DPS må ses i sammenheng med oppgavefordelingen med sykehuset samt utbyggingen av tjenester på kommunalt nivå. Distriktpsikiatriske sentre som overtar langtidspasienter fra andre psykiatriske institusjoner som et ledd i tilbakeføring til kommunene, vil i noen år ha et økt behov for døgnplasser mens denne prosessen pågår.

### **6.3 Bemanning**

Tilstrekkelig fagkompetanse ved DPS-ene er den største utfordringen for å lykkes med den planlagte utbyggingen av DPS-er. Det er i dag stor mangel på kvalifisert personell innen spesialisthelsetjenesten. Flere steder i landet er det problemer med rekruttering og fagkompetansen er skjevt fordelt. Det blir derfor en utfordring å rekruttere personell, sikre stabilitet og øke kompetansen slik at det utvikles solide og bærekraftige fagmiljøer som ikke bryter sammen selv om en eller flere slutter eller går i permisjon.

For at en poliklinikk skal få refusjon må det etter gjeldende regler være opprettet minimum fire fagstillinger som alle skal være besatt. Psykiater, psykolog og psykiatrisk sykepleier må være representert blant disse. Dette er ikke spesifisert i forhold til befolkningsstørrelse, men kun presisert som en minimumskompetanse i et poliklinisk team. Erfaring tilsier at et team bør være noe større for å ikke være for sårbart i forhold til oppgaver og fravær.

Det må være stillinger for leger og psykologer ved dag- og døgneheter ved distriktpsikiatriske sentre. Bemanning med øvrig fagpersonale må være forsvarelig på alle tider av døgnet både hverdag og helg, i forhold til de pasientgrupper og oppgaver de ulike døgnetene skal ha.

For å sikre et bredt behandlingsperspektiv ved DPS bør en tilstrebe å bygge opp en tverrfaglig sammensatt personalgruppe.

#### **6.4 Bygninger**

Bygninger som skal brukes for distriktpsikiatriske sentre må være utformet og dimensjonert slik at de er egnet for de funksjoner som skal dekkes ved senteret.

Norsk institutt for sykehusforskning har foretatt en beregning og foreslår en arealramme på 120-135 m<sup>2</sup> per døgnplass som grunnlag for kostnadsberegning. Dette inkluderer også arealer til poliklinikk og dagtilbud. Ved nybygg bør det tas hensyn til lokale forhold slik at DPS glir inn som en naturlig del av lokalmiljøet.

Psykiatriske sykehjem har vanligvis ikke bygninger som egner seg for distriktpsikiatriske sentre. Sykehjemmene er bygd for omsorgsoppgaver og er ofte lokalisert andre steder enn der DPS bør ligge ut ifra hvor befolkningen i området er konsentrert.

## 7 Organisering og ledelse

### 7.1 Organisering

Rundskriv I-24,1999, *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, som beskriver krav til utarbeidelse av fylkeskommunale planer for oppbyggingen av det spesialiserte psykiske helsevernet, legger klare føringer for organiseringen av DPS-ene. DPS-er skal inngå som en vesentlig del av det samlede psykiske helsevern. Den overordnede planen skal spesifisere arbeidsdelingen mellom distriktpsikiatriske sentre, sykehusavdelinger og andre tjenester innen psykisk helsevern.

***DPS skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvaret for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse.***

Det sentrale i dette er at senteret hverken faglig eller administrativt legges inn under en annen avdeling som kan innvirke på senterets ressursbruk eller kapasitet på en måte som hindrer senteret i å utføre sine egentlige oppgaver. DPS bør administrativt være tilknyttet et lokalsykehus hvor dette er naturlig, men kan også være en frittstående organisasjon. I opptaksområder der lokalsykehusfunksjonen dekkes av et sentralsykehus eller regionsykehus, må det vurderes om senteret administrativt skal være en del av sykehuset eller være frittstående. Den fysiske plasseringen av DPS bør velges ut fra hvor det vil være best tilgjengelig for befolkningen i opptaksområdet. Det er videre ønskelig å plassere senteret i tilknytning til et lokalsykehus der dette er mulig. Dette gir senteret god tilgang på somatiske sykehustjenester, de somatiske avdelingene tilgang på konsultasjons- og liaison-psykiatriske tjenester fra senteret, og muligheter for et gjensidig samarbeid.

Etter Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-9 skal virksomheter organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I et DPS skal det ut fra dette være en leder for hhv poliklinikk, for dagenhet, døgnenhet og så videre, i tillegg til leder for hele senteret. Lederne må inngå i senterets styrende organ/ledergruppe.

### 7.2 Lederansvar og ledelsesutfordringer

Ledelse blir en nøkkelfunksjon i etablering og oppbygging av distriktpsikiatriske sentre. Målet er at ulike enheter med til dels ulike kulturer skal fremstå som et hele, og ha tilpasset sitt tilbud til den befolkning det skal betjene. For å få til dette behøves både en styrking av den enkelte leders kompetanse innen ledelse og en øket legitimitet til lederrollen.

Rapport fra Statens helsetilsyn: "Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien" (IK-2706) viste at poliklinikker med tydelig ledelse og ledelsesstruktur var de mest produktive og velfungerende.

Et DPS skal ivareta mange ulike oppgaver og er dertil som helseinstitusjon en kompleks organisasjon. Ledelsesoppgavene er derfor omfattende og sammensatte og må gis nødvendig prioritet. Det er institusjonseiers ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen.

Det er et lederansvar å etablere et fungerende internkontrollsystem, som er et lovpålagt styringssystem for å ivareta myndighetskravene i helselovgivningen. Internkontrollplikten bør sees i sammenheng med krav til organisering i helsepersonelloven § 16, der det heter: "Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter". De ansatte bør trekkes aktivt inn i dette arbeidet slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Tydelig organisering og ansvars plassering og et hensiktsmessig system for håndtering av avvik og forebygging av svikt, er viktige forutsetninger for forsvarlig virksomhet, og vil derfor være sentrale elementer i DPS-ets internkontrollsystem.

Det er med andre ord et lederansvar å sikre at alle vet hvem som skal gjøre hva, og hvilken myndighet den enkelte har. For å ivareta dette, er det hensiktsmessig å ha stillingsbeskrivelser, oversikt over møtестruktur og rutiner på sentrale områder. Det skal finnes organisasjonskart for virksomheten. Det er et lederansvar å vurdere hvilke deler av internkontrollen som skal nedfelles skriftlig. Se også kap 2.3 Internkontroll og kvalitetssystem.

Noen viktige lederutfordringer i utviklingen av DPS modellen blir:

- Hvordan bygge opp og koordinere behandlingstilbud ved de ulike enheter som samlet står i forhold til befolkningens behov for tjenester?
- Hvordan spre faglig entusiasme og interesse for videreutvikling og kompetansebygging kombinert med effektivitet og rett prioritering av oppgaver?
- Hvordan bygge opp og lede et DPS som klarer å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere?
- Hvordan få til holdningsendringer som kan gi reell brukermedvirkning og tilfredsstillende samarbeid med pårørende?
- Hvordan bygge opp gode samarbeidsrelasjoner til de øvrige tjenestene?

Ledelse kan deles i tre områder som hver for seg stiller ulike krav til leder:

*Faglig ledelse*

*Personalledelse*

*Administrativ ledelse*

**I NOU 1997:** "Pasienten først!" defineres begrepene ledelse, lederskap, administrasjon og ansvar på følgende måter:

**Administrasjon** handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling.

**Ledelse** handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.

**Lederskap** handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

Begrepet **ansvar** brukes for å beskrive det forhold at noen svarer for resultatene av en gitt virksomhet som man er i posisjon til å påvirke resultatene av.

**I NOU 1997:** "Pasienten først!" defineres ledelsesfunksjonene ved følgende fem punkter:

- Helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet på tjenestene som enheten skaper, og for at arbeidet skjer innenfor de rammer som myndigheter og eiere har trukket opp.
- Overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innen enheten; herunder at dette oppfattes av enhetens medarbeidere.
- Ansvar for arbeidsmiljø og at de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses.
- Kontinuerlig å vurdere behovet for, ta initiativet til og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.
- Evne og vilje til å utøve ledelse gjennom bruk av formell myndighet, formelle og uformelle beslutningsteknikker og bruk av delegering.

Det må bygges opp hensiktsmessige strukturer slik at de ulike ledelsesfunksjonene kan ivaretaes og at de samlede ressurser brukes optimalt og det kan ytes mer og bedre pasientbehandling.

Det vises til kapitlet om ledelse i Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker (IK-2739). Håndboka omtaler ellers flere forhold som vil være aktuelle ved alle enhetene innen et DPS.

### **7.3 Bruk av styringsverktøy**

God informasjonsflyt i helsetjenesten er viktig. Det vil derfor være ønskelig at nyere informasjonsteknologi brukes aktivt av ledelsen. Et distriktpsykiatrisk senter bør ha et elektronisk pasientregister som er felles for alle enhetene, slik at en både kan ha en effektiv monitorering av den daglige virksomheten, og at en regelmessig kan hente ut rapporter om tjenestebruk og pasientflyt i systemet. Ledelsen bør sette seg inn i de rapporter som kan hentes ut av det som registreres som obligatorisk i minste basis datasett, MBDS, og hvordan disse kan brukes som tilbakemelding til behandlerne og som styringsverktøy for ledelsen.

Et distriktpsykiatrisk senter bør ha et elektronisk nettverk med PC-er, enten dette er et eget nettverk eller en del av et større elektronisk nettverk. Dette er viktig for tilgang på informasjon, for rasjonell registrering av opplysninger i pasientregister og journaler, og for mange andre oppgaver innen daglig virksomhet og fagutvikling. Det er en lederoppgave å sikre etablering og drift av et elektronisk nettverk og at disse tilfredsstiller kravene i lov og forskrift.

På sikt er det ønskelig at en i spesialisthelsetjenestene også kan evaluere og dokumentere behandlingseffekt og effekt sett i forhold til ressurser.

## 8 Kompetanse

### 8.1 Allmenpsykiatrisk kompetanse som skal være ved DPS

Det følger av de oppgaver som et DPS skal ivareta at det må finnes en bred *allmenpsykiatrisk kompetanse* innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser. Dette bør inkludere spesialistkompetanse i følgende: Relasjonsbygging og forståelse av dynamikken i relasjoner, samarbeid og respekt for pasienten og dennes familie og deres synspunkter og ønsker, tverrfaglig samarbeid om å utforme og gjennomføre individuelle planer, diagnostisk utredning, kriseintervensjon, medikamentell behandling, psykodynamisk forståelse og psykoterapi, kognitiv terapi og eksponeringsterapi, gruppepsykoterapi, familieterapi, familiarbeid, nettverksarbeid, psykososial rehabilitering, og bruk av sentrale skåringsskalaer som ledd i utredning og evaluering. Kjennskap til lokale forhold og samarbeidspartnere er også en form for kompetanse som skal finnes ved et DPS. Det må finnes nødvendig kompetanse i veiledning og kommunikasjon med samarbeidene instanser.

Ledelsen ved det distriktspsykiatriske senteret har ansvar for at den nødvendige reelle bredde i kompetansen blant medarbeiderne er til stede for å kunne ivareta de tilbud som skal gis. Det betyr at senteret har ansvaret for at de enkelte medarbeidere har tilstrekkelig grunnkompetanse for sitt arbeid, samtidig som at det ved senteret totalt må finnes tilleggskompetanse på forskjellige områder til å dekke det totale behandlingsansvaret. Inkludert i dette bør alle DPS ha kompetanse i behandling av personer med både psykiske lidelser og rusmisbruk (jfr. IK-2727).

Kompetansen ved de ulike enhetene må være adekvat i forhold til de pasientgrupper og oppgaver de har. Ledelsen må sikre at kompetansen oppdateres i tråd med utviklingen i de ulike deler av fagfeltet, og at kompetansen ikke er begrenset ut ifra lokale interesser.

Ledelsen ved DPS-et bør sørge for at kompetansen ved senteret utnyttes best mulig, for eksempel ved at fagfolk med høy kompetanse bruker tid på veiledning av medarbeidere og dermed bidrar til at fagpersonalet samlet sett gir et tilbud med både tilfredsstillende kvalitet og maksimal kapasitet. En kan også søke samarbeid med andre institusjoner om å få dekket kompetanse som en ikke har selv.

Se for øvrig omtale av tverrfaglig kompetanse i Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker (IK-2739) og i Kompetansebehov innen psykisk helsevern (IK-2740).

### 8.2 Utvikling og vedlikehold av kompetanse

For å oppfylle krav til faglig forsvarlig virksomhet må institusjonseier sikre rett kompetanse ved f. eks. å sikre gode rammebetingelser for utvikling og vedlikehold av kunnskaper og ferdigheter.

Eksempelvis kan intern undervisning være et viktig virkemiddel da dette vil nå mange og gi felles kunnskap. Alle bør få tilbud om regelmessig veiledning individuelt og/eller i smågrupper. Det kan ofte være ønskelig å bruke eksterne veiledere. Det er også viktig å gi god anledning til å reise på kurs og seminarer for å oppdatere sine kunnskaper, treffe fagfolk som arbeider andre steder og få perspektiver på sitt eget arbeid og sin egen institusjon. Hospitering ved andre institusjoner er også en nyttig måte å lære på. Dette kan eventuelt gjøres som gjen-

sidige avtaler der en også får innspill fra andre fagmiljø ved at noen fra en annen institusjon kommer som hospitant ved senteret. Et samarbeid med andre distriktpsikiatriske sentre vil også gi muligheter innen flere av de formene for kompetansebygging som er nevnt.

Det bør legges vekt på å legge forholdene til rette for at fagfolk i spesialistutdanning, for eksempel assistentleger og psykologer, kan gjennomføre deler av sin utdanning ved et distriktpsikiatrisk senter, og at studenter under ulike former for helse- og sosialfaglig utdanning kan få relevant praksis. Individuelle utdanningsplaner kan samles i en felles utdanningsplan som revideres årlig og knyttes til senterets driftsplan.

Det er viktig å ha en strategi for å arbeide målrettet med rekruttering og stabilisering av fagpersonell. Noen faggrupper, spesielt psykiatere og psykologer, kan være vanskelig å rekruttere. Forholdene må legges til rette for at personell kan gjennomføre deler av grunn-, og videreutdanning ved DPS. Det er viktig å rette rekrutteringsinnsats mot personer som kan forventes å være stabile over tid, særlig mot personer som har tilknytning til området. I samarbeid med aktuelle faggrupper bør en finne fram til de virkemidler som antas å ha mest effekt for rekruttering av de faggruppene en mangler.

Informasjonsteknologi kan med fordel tas i bruk som et hjelpemiddel i kompetansebygging. Bruk av Internett, videokonferanser eller forelesninger ved hjelp av telematikk har vist seg nyttig for mange.

Et prioritert område ved DPS må være systematisk kontinuerlig forbedring.

## 9 Samarbeid

Det distriktpspsykiatriske senteret har ut fra sin organisasjonsmessige posisjon mellom kommunene og de psykiatriske sykehusavdelingene en sentral oppgave innen koordinering av de samlede tilbudene, både når det gjelder det konkrete tilbudet til den enkelte pasient og det samlede tilbudet til befolkningen i opp-taksområdet. Samarbeidet med andre blir derfor en vesentlig dimensjon innen senterets arbeid. Dette samarbeidet gjelder tre nivå:

- Samarbeid om behandling og hjelp til den enkelte pasient.
- Samarbeid om planlegging og evaluering av tjenester
- Samarbeid om utvikling og kompetanse

Informasjonsteknologi i form av for eksempel telemedisin bør tas i bruk i mange distriktpspsykiatriske sentre som et hjelpemiddel for å forbedre kommunikasjon med aktuelle samarbeidspartnere.

### 9.1 Samarbeid med kommunale tjenester

Flertallet av mennesker med psykiske lidelser får den hjelpen de trenger, eller det meste av den, innen kommunen. Noen trenger til tider hjelp fra spesialisthelsetjenesten, men det er primærlegen og andre i primærhelsetjenesten som kjenner best til de samlede behov for hjelp.

Primærhelsetjenesten er den viktigste samarbeidspartner for DPS-et, og dette samarbeidet er nå pålagt i den nye loven om spesialisthelsetjenesten (jfr veiledningsplikten § 7-4). Samarbeid med primærhelsetjenesten har til hensikt å skape kontinuitet og felles mål i behandlingen av pasienter, og å gi støtte til kommunene i deres ansvar for å yte helse- og sosialtjenester og allmenne tjenester (f.eks. tilbud om aktivitetssenter, støttekontakt, tilrettelagt boligtilbud og arbeid og sysselsetting).

En av de viktigste samarbeidspartnerne innen kommunene er fastlegen. De fleste pasienter ved et DPS vil være henvist fra fastlege, og de fleste pasienter skal følges opp av denne etter utskrivning eller avslutning av spesialisthelsetjenestens tilbud. Mange pasienter har også kontakt med sin fastlege mens de går i behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig med kontakt med legen både ved behandlingsstart, under behandlingen og etter behandlingen ved et DPS. Kommunen har det overordnede ansvar for det samlede behandlingstilbudet innen primærhelsetjenesten (jfr. kommunehelsetjeneste loven).

Andre viktige samarbeidspartnere i kommunene er sosialkontor, hjemmesykepleie og andre deler av pleie- og omsorgstjenesten, PPT, eventuell psykolog ansatt i kommunen, og andre som er yter tjenester til personer med psykiske lidelser. I mange kommuner har en innen pleie- og omsorg gjort positive erfaringer med å opprette egne arbeidsgrupper som særlig gir tilbud til personer med psykiske lidelser. Personalet blir dermed tryggere i sine oppgaver, og pasientene blir tryggere på personalet fordi de opplever kontinuitet i kontakten med noen få og slipper å forholde seg til mange hjelpere.

Det distriktpspsykiatriske senteret skal samarbeide med de kommunale tjenestene ved å ta i mot pasienter som henvises for utredning, behandling og rehabilitering. Som et ledd i dette skal senteret også samarbeide med kommunene om å utarbeide individuelle planer og gi et helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte pasient ut ifra dennes individuelle plan. Dette innebærer et likeverdig samarbeid med en klar fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering. En må

unngå at pasienter med langvarige psykiske lidelser havner i en situasjon der ingen fagfolk eller instans tar ansvar. Mange pasienter vil ha behov for langvarig poliklinisk og/eller ambulant kontakt med DPS selv om kommunen har hovedansvaret for oppfølging og koordinering av tjenestene.

DPS må gi kommunene tilbud om veiledning og rådgiving i kliniske problemstillinger som gjelder konkrete pasienter, både pasienter som en samarbeider om og pasienter der primærhelsetjenesten eller andre kommunale tjenester har ansvaret. Senteret bør tilby både faste veiledningsdager og veiledning ved behov. Veiledning om pasienter som er ukjente ved senteret, bør primært gis av spesialister i psykiatri eller erfarne psykologer. Andre fagfolk ved senteret kan ta del i veiledningsoppgaver når det gjelder pasienter som er kjent ved senteret. Generelt bør den som gir veiledning ha mer kompetanse og erfaring innen sitt fagområde enn den eller dem som mottar veiledningen.

Ledelsen ved senteret må legge forholdene til rette for samarbeid om kliniske oppgaver ved at det skjer et strukturert samarbeid og en felles tenkning også på administrativt nivå. Det bør være regelmessige møter mellom lederne ved senteret og lederne for de kommunale tjenestene i opptaksområdet. En bør samarbeide om kartlegging av behov og ressurser i området, og en bør løpende drøfte samarbeid, arbeidsdeling og prioritering innen de samlede tjenestene i området.

Det distriktpspsykiatriske senteret bør bidra til å øke kompetansen i de kommunale tjenestene. Dette kan skje ved å arrangere kurs, ved å gi veiledning, ved å tilby hospitering ved senteret eller la fagfolk fra senteret hospitere i kommunene, og ved direkte samarbeid om pasienter. Økt kompetanse i kommunene vil bidra til bedre kommunale tilbud, mer samarbeid og helhet i de samlede tilbudene, og at brukere får dekket en større del av sine behov innen de tjenestene som er nærmest. Med økt kompetanse i kommunene skapes det også forventninger om enda høyere spesialistkompetanse ved de distriktpspsykiatriske sentre.

DPS bør i en del tilfeller foreta hjemmebesøk til personer med alvorlig psykisk lidelse. Dette kan ofte med fordel gjøres sammen med personer fra den kommunale helse- og sosialtjenesten. Det bør også kunne gis behandlingstilbud lokalt sammen med leger eller andre fagpersoner i kommunen. Senteret bør ha utstrakt reisevirksomhet innen opptaksområdet, og tilbud på pasientens hjemsted kan tilrettelegges ved at det stilles lokaler til rådighet i kommunene, i brukernes hjem eller der brukeren selv ønsker møtet.

## **9.2 Samarbeid med andre voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenester**

De distriktpspsykiatriske sentrene skal samarbeide med psykiatriske sykehusavdelinger om en arbeidsdeling som er i samsvar med felles helseplaner og med den reelle fordelingen av ressurser og kompetanse i ulike tidsrom. Samarbeid om overflytting av pasienter bør gjennomføres slik at kontinuitet i relasjoner og behandlingsformer blir best mulig ivarettatt. For pasienter som har behov for tjenester på begge nivå, bør en arbeide for å komme fram til felles forståelse av behov og nødvendige tilbud, slik at pasienten kan bli møtt på en helhetlig måte. Gjennom regelmessig kontakt bør DPS-et holdes løpende orientert om sykehusinnleggelser fra sitt opptaksområde der overføring til senteret er aktuelt, for å planlegge mottak av pasienten når sykehusoppholdet er over.

Det distriktpspsykiatriske senteret bør også samarbeide med andre sentre i nærliggende opptaksområder. Slikt samarbeid kan gjelde drøfting av erfaringer,

samarbeid om kompetansebygging, og eventuelt samarbeid om behandlingstilbud på områder sentrene har ulik kompetanse og kan hjelpe hverandre eller utfylle hverandre.

### **9.3 Samarbeid med privatpraktiserende spesialister**

Privatpraktiserende spesialister i psykiatri og klinisk psykologi gir polikliniske tilbud til mange mennesker med psykiske lidelser. Ledelsen ved det distriktspsykiatriske senteret bør holde kontakt med de privatpraktiserende spesialistene i opptaksområdet og invitere dem til felles møter med kommunene om samarbeid, arbeidsdeling, prioritering, ventetid og andre forhold av felles interesse. Endelig prioritering av oppgaver må ligge hos leder for DPS.

Privatpraksis som finansieres ved offentlige tilskudd er en del av spesialisthelsetjenesten og skal inngå i en samlet plan for psykisk helsevern. Ved tildeling av avtalehjemler for privat praksis må det fastsettes i driftsavtalen hvilke tjenester den privatpraktiserende skal yte, slik at arbeidsdeling i forhold til de offentlige poliklinikker er regulert. Nye avtalehjemler må knyttes nærmere til de offentlige polikliniske tilbudene og da fortrinnsvis ved at de knyttes opp mot distriktspsykiatriske sentre.

Deltids privatpraksis kombinert med stilling i DPS vil kunne gjøre stillinger der mer attraktive og kan bidra til rekruttering av psykiatere og psykologer som ønsker en slik kombinasjon. Antallet delte stillinger bør likevel vurderes ut fra hensynet til stabilitet i personalgruppen.

Privatpraktiserende spesialister i opptaksområdet er en ressurs som kan engasjeres som eksterne veiledere ved det distriktspsykiatriske senteret.

### **9.4 Samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien**

Mange steder er barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og voksenpsykiatrisk poliklinikk/DPS samlokalisert. Men samlokalisering er ikke tilstrekkelig. Det viktige er å utvikle et tettere samarbeid for å kunne samordne og utnytte ressursene i behandlingstilbudet til foreldre og/eller barn som har behov for psykiatrisk behandling.

Barne- og ungdomspsykiatrien behandler per definisjon barn og ungdom opp til 18 år, mens voksenpsykiatrien behandler personer som er 18 år eller eldre. Det er imidlertid ofte behov for samarbeid og fleksible løsninger spesielt i forhold til personer som er rundt 18 år. Et eksempel hvor det kan være aktuelt at DPS trekkes inn tidlig er ungdom som har fått eller står i fare for å utvikle en psykose eller annen alvorlig psykisk lidelse før 18 år og hvor voksenpsykiatrisk poliklinikk på sikt vil kunne få et langsiktig behandlingsansvar. For ungdom som behandles for mer typisk ungdomsproblematikk og hvor langtidsoppfølging ikke synes aktuelt, kan det være hensiktsmessig at barne- og ungdomspsykiatrien strekker seg lenger enn fylte 18 år. Det er en stor utfordring for DPS å medvirke til en samordning av et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud til personer som er i denne aldersgruppen.

Barn av personer med psykiske lidelser har vært et forsømt område og bør vies langt større oppmerksomhet. Samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien blir her meget viktig. Det gjelder ikke minst i forhold til holdningsendring og kunnskapsoverføring fra barne- og ungdomspsykiatrien til DPS. Vurdering av behov for behandlingstiltak overfor barn av personer med psykiske lidelser er et annet

område der samarbeid kan være en vesentlig del av arbeidet med å sikre at barnas behov blir ivaretatt.

Det familierapeutiske perspektivet med tilsvarende behandlingsformer er et område som er felles, selv om det ofte får litt ulik vekt og utforming. I tillegg til direkte klinisk samarbeid mellom psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne, er det helsefremmende og forebyggende arbeid et viktig område for samarbeid.

Kompetanseheving er et annet viktig område for samhandling. Et eksempel på dette er å samarbeide om intern undervisning om temaer av felles interesse. Mange kurs og utdanninger av kortere eller lengre varighet kan med fordel søkes av ansatte fra både barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

### **9.5 Samarbeid med tjenester for personer med rusmiddelproblem**

Det distriktpspsykiatriske senteret bør etablere samarbeid med institusjoner som arbeider med rusmiddelproblem i opptaksområdet. På bakgrunn av en kartlegging av omfanget av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og en utredning om de psykiatriske ungdomsteamene ga Helsetilsynet anbefalinger til Sosial- og helsedepartementet om utformingen av tjenestene til disse pasientene (jfr IK- 2727 og IK-2728). Det anbefales her at man evt. kan knytte et rusteam (jfr. dagens PUT) til et DPS. I tillegg til poliklinisk arbeid, kan teamet drive utadrettet og oppsøkende virksomhet i samarbeid med andre aktuelle instanser.

Særlig er det viktig å sikre samarbeid om behandlingstilbud til pasienter som både har alvorlige psykiske problemer og alvorlige rusproblemer. Rundskriv utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet våren 2001 beskriver hvordan et slikt samarbeid kan/bør organiseres.

### **9.6 Samarbeid med habiliteringstjenestene**

Det distriktpspsykiatriske senteret bør samarbeide med habiliteringsteam innen spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming. Personer med psykisk utviklingshemming er en av målgruppene innen for habilitering, og psykiske lidelser forekommer oftere hos personer med psykisk utviklingshemming enn i den øvrige befolkningen. Hvilken rolle det distriktpspsykiatriske senteret skal ha innen dette arbeidet, er avhengig av hvordan disse tjenestene er organisert i området.

### **9.7 Samarbeid med andre spesialisthelsetjenester**

Distriktpspsykiatriske sentre bør samarbeide med de somatiske sykehusavdelingene i sitt område om utredning og behandling av pasienter med tilstander og behandlingsbehov som inkluderer både somatiske og psykiske komponenter. Sammen med ledelsen ved disse avdelingene bør en utvikle gode rutiner for hvordan dette konsultasjons- og liaisonpsykiatriske arbeidet skal drives.

Der det er behov for og ellers ligger til rette for et nærmere samarbeid med somatisk sykehusavdelinger om f.eks. vaksamarbeid, bør dette vurderes.

## **9.8 Samarbeid med andre**

Det finnes også mange andre instanser som er aktuelle samarbeidspartnere for DPS-ene. Skoler, aetat, trygdekontor, og andre har viktige roller for mange pasienter. Tiltak overfor barn av personer med psykiske lidelser kan være et område der barnevernet ofte vil ha en viktig rolle, og samarbeid med barnevernet kan derfor være en vesentlig del av arbeidet med å sikre at barnas behov blir ivaretatt.

Den mest aktuelle samarbeidsformen i forhold til disse instanser er å ha kontakt om konkrete saker. Det kan også være aktuelt å ha samarbeidsmøter for å utveksle informasjon og erfaringer eller når antallet saker er så mange at dette er naturlig. Tett samarbeid med de nevnte instansene kan være en av de viktigste oppgavene for å bidra til at pasienten får et bedre og mer meningsfylt liv. Et godt eksempel på dette er arbeid med bistand (Bond et al 2001).

## **I0 Litteratur**

### **10.1 Offentlige publikasjoner**

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, Sosial- og helsedepartementet.

NOU 1997:18 (1997) *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger, Oslo

St prp nr 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Ot prp nr 10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m m*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo

Ot prp nr 11 (1998-99) *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Ot prp nr 12 (1998-99) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo

Ot prp nr 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

Revidert avdelingskodeverk, (1989) IK-44/89, Statens helsetilsyn.

Rundskriv I-24/99 (1999) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. Fylkeskommunale planer for opptrapping av psykisk helsevern*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

Rundskriv I-10/2001 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Rundskriv I-59/2000 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Rundskriv I-60/2000 Lov om pasientrettigheter

Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell

### **10.2 Utredninger ved Helsetilsynet**

Helsedirektoratet (1985) *Nye alternativer i psykiatrien*, Oslo

Statens helsetilsyn (2000): Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2000. IK-2692.

Statens helsetilsyn (1999): Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-99. IK-2694.

Statens helsetilsyn (2000): Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2000. IK-2695.

Statens helsetilsyn (2000): Psykiatriske poliklinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2000. IK-2706.

Statens helsetilsyn (2000): Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. Statens helsetilsyns utredningsserie 5-2000. IK-2707.

Statens helsetilsyn (2000): Alvorlige spiseforstyrrelser – retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2000. IK-2714.

Statens helsetilsyn (2000): Schizofreni – kliniske retningslidelser for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 9-2000. IK-2726.

Statens helsetilsyn (2000): Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Statens helsetilsyns utredningsserie. 10-2000. IK-2727.

Statens helsetilsyn (2000): De psykiatriske ungdomsteamene. Utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering. Statens helsetilsyns utredningsserie 11-2000. IK-2728.

Statens helsetilsyn (2001): Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2000. IK-2739.

Statens helsetilsyn (2001): Kompetanseselskap i psykisk helsevern. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2001. IK- 2740.

Statens helsetilsyn (2001): Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2001. IK-2743.

Statens helsetilsyn (1999): Utredning om distriktpspsykiatriske sentre – høring.

### **10.3 Andre referanser**

Administrativ definisjonskatalog for de psykiatriske spesialisthelsetjenestene. KITH 2000.

Bergsland K (1993) *Planlegging og evaluering av fysisk miljø i psykiatriske institusjoner*. Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Delutredning 3-1993. Helsedirektoratet, Oslo.

Bond Gr, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, Bell MD, Blyler CR (2001): Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*, vil.52 (3): 313-322.

Drake RE, Goldman HH, Leff HS, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, Torrey WC (2001): Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. *Psychiatric Services* 2001 52: 179-182.

Geller JL (2000): The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. *Psychiatr Serv* 2000 Jan; 51(1):41-67

Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H (2001): Assessing the Impact of Community-Based Mobile Crisis Services on Preventing Hospitalization. *Psychiatric Services* 52 (2): 223-228.

Huble MA, Duncan BL, Miller SD (1999): *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy.* American Psychological Association, Washington DC.

Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.

Karterud S (1999): *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi.* Pax forlag, Oslo

Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G (red.) (2001): *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling.* Pax Forlag, Oslo.

Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P (2001): Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103: 323-334.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.

McCrone P, Becker T (2000): Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England. [Limits of deinstitutionalization: experience in England] *Psychiatr Prax* 2000 Sep;27 Suppl 2: 68-71.

McGorry PD, Jackson HJ (1999): *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach.* Cambridge University Press, Cambridge (UK).

McGorry (2001): Secondary prevention of mental disorders. Chapter 42 in: Thornicroft G, Szukler G (eds.): *Textbook of Community Psychiatry.* Oxford University Press, Oxford (UK).

Mellman TA, Miller AL, Weissman EM, Lynn Crismon M, Essock SM, Marder SR (2001): Evidence-Based Pharmacologic Treatment for People With Severe Mental Illness: A Focus on Guidelines and Algorithms. *Psychiatric Services*. 52: 619-625

Mulrow CD (1996): Critical look at clinical guidelines. Chapter 6 in: Peckham M & Smith R (eds.): *Scientific Basis for Health Services.* BMJ Publishing Group, London.

Norsk institutt for sykehusforskning (1997) *Beregning av behov for, dimensjonering av og kostnader for kommunale og fylkeskommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser (inkludert barn og unge).* Rapport STF78 A97520, Trondheim

Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, Drake RE, McDonel Herr EC (2001): Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services*. 52 (6): 771-119.

Reichborn-Kjennerud T, Falkum E (2000): Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, Vol. 120, nr. 10:1148-52.

Rosen A, Barfoot K (2001): Day care and occupation. Chapter 26 in : Thornicroft G, Szmukler G (eds): *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford (UK).

Roth A, Fonagy P, Kazdin AE, Shapiro DA (1996): *What Works for Whom*. Guilford Press.

Shepherd G, Murray A (2001): Residential care. Chapter 27 in: Thornicroft G, Szmukler G (eds.): *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford (UK).

Thornicroft G, Tansella M (2001): The principles underlying community care. Chapter 13 in: Thornicroft G, Szmukler G (eds): *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford (UK).

Thornicroft G, Szmukler G (eds.) (2001): *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford (UK).

Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.

Weisæth L og Dalgard OS (red.) (2000): *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Gyldendal, Oslo.

<b>STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE</b>		<b>PRIS</b>
3-1994	Pasientjournalen . . . . .	.IK-2451 (100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen . . . . .	.IK-2456 (100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge . . . . .	.IK-2463 (100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi . . . . .	.IK-2467 (100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren . . . . .	.IK-2468 (100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU . . . . .	.IK-2496 (100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne . . . . .	.IK-2506 (100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi . . . . .	.IK-2511 (100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2 . . . . .	.IK-2519 (100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling . . . . .	.IK-2541 (100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer . . . . .	.IK-2544 (100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner . . . . .	.IK-2565 (100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge . . . . .	.IK-2571 (100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten . . . . .	.IK-2582 (100)
2-2000	Tannskader hos barn og ungdom . . . . .	.IK-2600 (100)
6-1997	Karsykdommer og røyking . . . . .	.IK-2602 (100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år . . . . .	.IK-2611 (100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder . . . . .	.IK-2615 (100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider . . . . .	.IK-2616 (100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten . . . . .	.IK-2618 (100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år . . . . .	.IK-2621 (100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem . . . . .	.IK-2626 (100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale redsoperasjoner . . . . .	.IK-2631 (100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge . . . . .	.IK-2652 (100)
2-2000	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn . . . . .	.IK-2680 (100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen . . . . .	.IK-2682 (100)
2-2000	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker . . . . .	.IK-2685 (100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling . . . . .	.IK-2694 (100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra . . . . .	.IK-2701 (100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 . . . . .	.IK-2696 (100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998 . . . . .	.IK-2697 (100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999 . . . . .	.IK-2698 (100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter . . . . .	.IK-2705 (100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser . . . . .	.IK-2692 (100)
3-2000	Stemmingslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling . . . . .	.IK-2695 (100)
2-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien . . . . .	.IK-2706 (100)
2-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov . . . . .	.IK-2707 (100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet? . . . . .	.IK-2712 (100)
2-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten . . . . .	.IK-2714 (100)
8-2000	Implementering av veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten . . . . .	.IK-2719 (100)
9-2000	Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling . . . . .	.IK-2726 (100)
10-2000	Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk . . . . .	.IK-2727 (100)
11-2000	De psykiatriske ungdomsteamene . . . . .	.IK-2728 (100)

1- 2001	Kommunenes tilsyn med miljø og helse: Tilsyn med små virksomheter . . .	IK-2736	(100)
2- 2001	Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker . . . . .	IK-2739	(100)
3- 2001	Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter i norske sykehus etter parasuicid . . . . .	IK-2743	(100)
4- 2001	Kompetansebehov i psykisk helsevern . . . . .	IK-2740	(100)


**STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE**

1-1994	Godkjenning som lege i Norge . . . . .	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre . . . . .	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring . . . . .	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpslam . . . . .	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten . . . . .	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane . . . . .	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi? . . . . .	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus . . . . .	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker . . . . .	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater . . . . .	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede . . . . .	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10 . . . . .	IK-2549	(100)
2-2000	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet . . . . .	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v . . . . .	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge . . . . .	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år. . . . .	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v . . . . .	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge . . . . .	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid . . . . .	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. . . . .	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere . . . . .	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer . . . . .	IK-2710	(100)
3-2000	Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap . . . . .	IK-2715	(100)
4-2000	Rehabilitering av mennesker med progrierende nevrologiske sykdommer . . . . .	IK-2716	(100)
5-2000	Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring . . . . .	IK-2723	(100)
1-2001	Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsformer . . . . .	IK-2738	(100)

**STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE**

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene . . . . .	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene . . . . .	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etterHVPU-reformen . . . . .	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg . . . . .	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994 . . . . .	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten . . . . .	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994 . . . . .	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning . . . . .	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatriisatsning 1994-99. . . . .	IK-2699	(100)
3-2000	Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport . . . . .	IK-2720	(100)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.



På bakgrunn av anbefalingene i St.meld. nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, gjennomført et omfattende utredningsarbeid. Stortingsmeldingen påpekte befolkningens behov for en styrket, mer helhetlig utformet og brukernær psykiatrisk helsetjeneste. For voksenpsykiatriens del ble det påpekt et behov for større omstruktureringer av tjenesten mens det for barne- og ungdomspsykiatriens del særlig ble understreket behovet for kapasitetsøkning. Tre utredninger har resultert i at det nå utgis tre parallelle publikasjoner som skal sees i sammenheng og som alle utgis i løpet av 2001.

- Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder
- Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker
- Kompetansebehov innen psykisk helsevern

Denne veilederen bygger på norske lover, forskrifter og offentlige dokumenter fra statlige helsemyndigheter, vitenskapelige undersøkelser samt utredning om DPS. Anbefalingene i dette heftet bygger på disse kildene og er Helsetilsynets råd om hvordan tjenestene bør ytes.

Veilederen henvender seg primært til ledere og fagpersoner innen spesialisthelsetjenesten men også til samarbeidspartnere, brukere og administratorer.



## Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:  
Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90  
E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.no  
Internett: www.helsetilsynet.no

