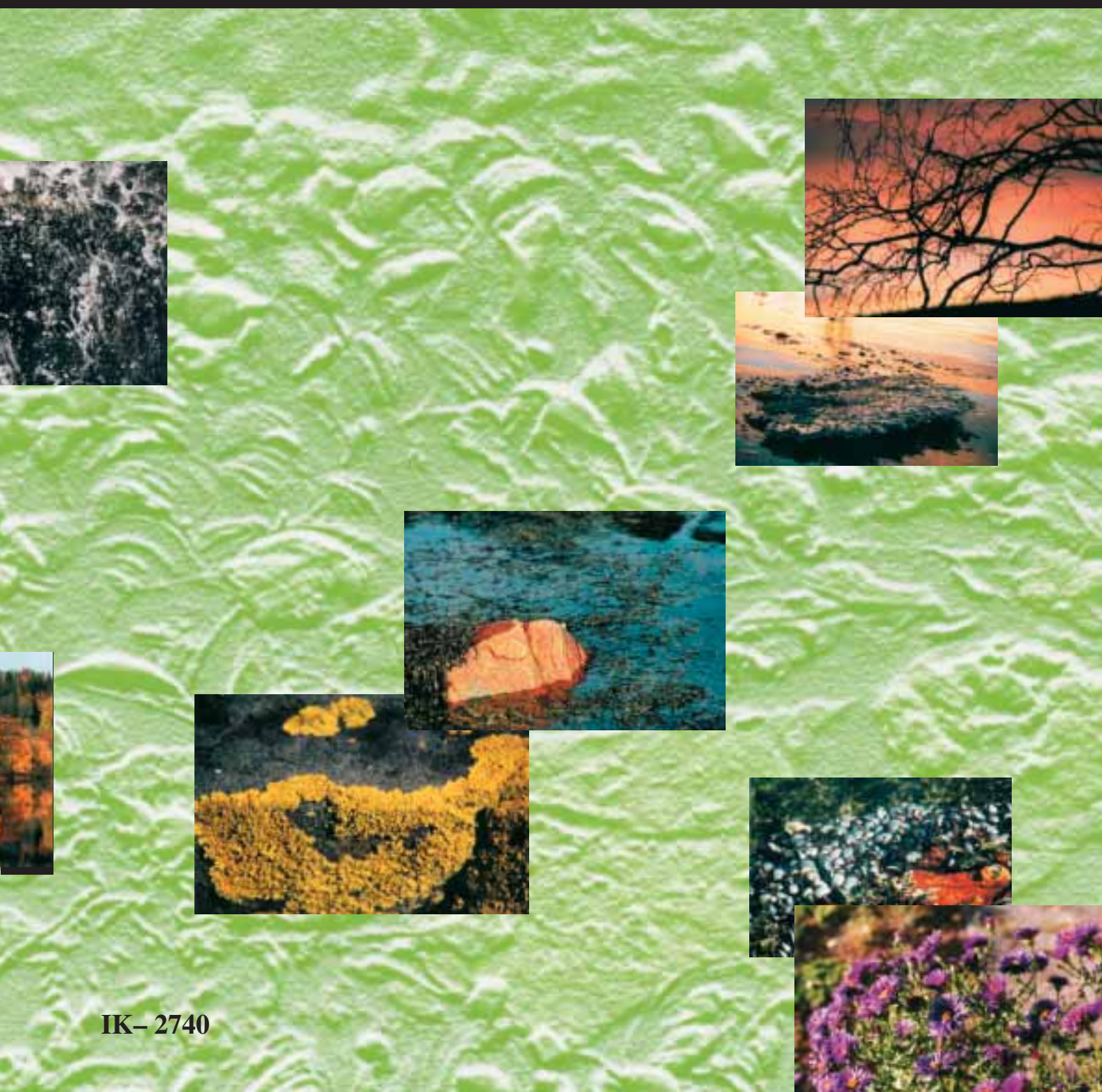


Kompetansebehov i psykisk helsevern



KOMPETANSEBEHOV I PSYKISK HELSEVERN



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

Internett: www.helsetilsynet.no

Forord

Stortingsmelding nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* ga en oversikt over status for tjenestene og utfordringene innen psykisk helse. Som en oppfølging av St meld nr 25 la regjeringen fram St prp nr 63 (1997-98) *Opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*.

På bagrunn av anbefalinger i St meld nr 25 har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gjennomført en rekke faglige utredningsoppdrag. En av utredningene fikk som målsetting å vurdere hvilken kompetanse fagfolk innen psykisk helsevern burde ha for å kunne møte utfordringene som følger av utviklingslinjene skissert i St meld nr 25.

Stortingsmeldingen la vekt på at tjenester til pasienter med psykiske lidelser må være tilgjengelige og av god kvalitet. For å oppnå dette må det både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten finnes tilstrekkelig personell med god nok kompetanse, dvs. *kunnskaper og ferdigheter*. Ferdigheter krever trening og øvelse. Kunnskap forutsetter utdanning, forskning, utviklingsarbeid og systematisk etterprøving av egen virksomhet.

I psykisk helsevern har behandlerene tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder, uten at disse alltid er blitt fulgt systematisk opp for å sikre at de virker og er til gagn for pasienten.

Det har vært ulike oppfatninger om årsakene til psykiske lidelser og hva som er riktig behandling. Behandling av psykiske lidelser krever stor grad av nærhet og fortrolighet mellom pasient og behandler. Fagfolkene er blitt mer opptatt av å finne frem til spesifikke metoder som kan hjelpe den enkelte pasient. Dette forutsetter i langt høyere grad enn før at pasienter og pårørende tar del i planleggingen.

Denne utredningen beskriver på en overordnet måte nødvendig kompetansebehov innen psykisk helsevern. Innholdet i vedleggene er de enkelte forfatterene ansvarlig for. Utredningen retter seg mot institusjonseiere, planleggere, ledere og fagpersoner innen alle yrkesgrupper som arbeider i spesialisthelsetjenesten.

Tre utredningsarbeid har munnet ut i tre parallelle publikasjoner som alle må ses i sammenheng :

- *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 det kompetansehevende arbeid slik at psykisk helsevern kan utvikles i tråd med de intensjoner som ligger i opptappingsplanen. I tillegg ønsker man å bidra til en styrking av kvaliteten på tjenestene og på den behandling som gis pasientene.

Oslo, august 2001



Lars Hanssen
Helsedirektør

Innhold

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og avgrensning	5
1.2 Fremtidige utfordringer med hensyn til kompetanse	6
2 Oppgaver i psykisk helsevern	9
2.1 Om behovet for spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern	9
2.2 De ulike oppgavene	10
2.2.1 Forebygging av psykiske lidelser	10
2.2.2 Utredning og diagnostikk	10
2.2.3 Behandling.....	11
2.2.4 Veiledning og konsultasjon	13
3 Kompetanse	15
3.1 Kompetansebegrepet	15
3.2 Tverrfaglighet og felles basiskompetanse.....	16
3.3 Individuell kompetanse	18
3.4 Behandlingskjedens kompetanse.....	20
3.4.1 Generell kompetanse	21
3.4.2 Kompetansebehov innen psykisk helsevern rettet mot barn og ungdom	22
3.4.3 Kompetansebehov innen psykisk helsevern rettet mot voksne	25
3.4.3.1 Kompetansebehov generelt for voksne	25
3.4.3.2 Kompetansebehov spesielt rettet mot eldre	28
3.4.4 Kompetanse på regionalt og nasjonalt nivå	29
4 Litteratur	31
4.1 Offentlige publikasjoner	31
4.2 Utredninger ved helsetilsynet	31
4.3 Andre referanser	32
5 Vedlegg	34
Vedlegg I. Kjerneområder for barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	34
Vedlegg II. Brukerdeltakelse- integrering i utdanningene og prinsipielle betraktninger	41

I Innledning

I.1 Bakgrunn og avgrensning

St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* danner grunnlaget for den satsingen som finner sted gjennom *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*.

Med St meld nr 25 fikk vi for første gang i Norge en bred gjennomgang av området psykiske lidelser og tjenestetilbudene knyttet til dette. Stortingsmeldingen tok sikte på å gi grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Regjeringen har siden tatt i bruk en rekke virkemidler for å nå dette målet; juridisk i form av ny lovgivning, økonomisk i form av tilskuddsordninger, utdanningspolitisk i form av tiltak for å utdanne tilstrekkelig med faglig kvalifisert personell, samt faglig med veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter. St meld 25 viser til et økende behov for kompetanse og spesialisering innen det psykiske helsevern.

Opptrappingsplanen for psykisk helse legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk hvor brukerperspektivet står i fokus. For å nå målene om bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser må det innenfor alle deler av psykisk helsevern finnes tilstrekkelig antall personell med tilfredsstillende kompetanse. Opptrappingsplanen for psykisk helse innebærer bl.a. en økning i etterspørselen etter helse- og sosialpersonell, og det kan medføre geografiske variasjoner i tilgang på kvalifisert personell.

Helsetilsynet har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utført en rekke utredningsoppdrag. Et av oppdragene var å foreta en gjennomgang av spesialist- og videreutdanninger innen psykisk helsevern, for å vurdere hvordan disse best kan bidra til å dekke ulike personellgruppers kompetansebehov. Helsetilsynet engasjerte prosjektleder Tone Danielsen til å utføre en kartlegging av ulike spesialist- og videreutdanninger innen psykisk helsearbeid for å beskrive den faktiske undervisning i utdanningssystemet. I tillegg nedsatte Helsetilsynet en arbeidsgruppe ledet av overlege Lars Hammer, som skulle beskrive kompetansebehovet innen voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien sett fra det kliniske feltet.

Denne arbeidsgruppen har hatt følgende medlemmer:

Overlege Lars Hammer; Senter for barne- og ungdomspsykiatri (SBU), Oslo (Leder)

Avdelingsoverlege Svein Staff; Holmlia DPS, Oslo (Sekretær)

Førstemanuensis Reidun Olstad; Universitetet i Tromsø

Professor Graham Clifford; Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri i Trondheim

Undervisningssjef Helen Christie; Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri i Oslo

Avdelingsoverlege Asgeir Bragason; Søndre Borgen, Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avdeling

Professor Stein Erik Ulvund; Universitetet i Oslo/Tromsø

Høgskolelektor Inger Aanderaa; Høgskolen i Oslo

Fagsjef Torleiv Odland; Norsk psykologforening

Professor Graham Clifford møtte på de første møtene.

Det har vært nedsatt en bredt sammensatt referansegruppe med representanter fra ulike organisasjoner, utdanningsinstitusjoner og brukerorganisasjoner.

Arbeidsgruppen ledet av Lars Hammer fikk følgende mandat;

Det skal utarbeides en oppdatert oversikt over utviklingen av fagkunnskap og behandlingsmetoder innen psykisk helsearbeid, både generelt og for spesielle brukere i befolkningen. Med dette som bakgrunn vurdere hvilke kompetanse fagfolk innen psykisk helsevern bør ha for å kunne møte utfordringer som følger av utviklingslinjer skissert i St meld nr 25.

Denne utredningen er en bearbeidet utgave av arbeidsgruppens rapport. Helse-tilsynet har stått for den endelige bearbeidelsen.

Utredningen vil i første rekke fokusere på kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten, med særlig vekt på distriktpsikiatriske sentre (DPS) og poliklinikker. Den vil legge vekt på utredning- og behandlingsoppgaver, og bare i liten grad ta for seg forebyggende oppgaver.

Utrednings- og behandlingsansvar innebærer et ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering/kvalitetssikring av tjenestene. Dette innebærer at veiledning og opplæring mellom behandlingsnivåene også vil bli berørt.

Denne utredningen er en av tre parallelle publikasjoner som må ses i sammenheng:

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

1.2 Fremtidige utfordringer med hensyn til kompetanse

Fremtidige utfordringer vil stille det psykiske helsevern overfor nye krav til kompetanse

St meld nr 25 fremhever bl. a. disse problemområdene:

- Det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn.
- Det brukes behandlingsmetoder hvor det ikke er tilstrekkelig dokumentert effekt.
- Behandlingstilbudene har ikke vært tilstrekkelig differensierte.
- Brukermedvirkningen har vært for dårlig.
- Samarbeid om enkeltpasienter mellom de ulike behandlingsinstansene har vært for dårlig.
- Sammenhengende behandlingsplaner blir i liten grad utarbeidet.
- Samordningen mellom nivåene med hensyn til overordnet planarbeid har vært for dårlig.
- Kvalitetssikringen av tjenestene er for dårlig.

Generelle utfordringer knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helsevern

Etterspørselen etter psykiatriske tjenester har vist en økende tendens. Dette kombinert med en begrenset tilgang på nye fagfolk har ført til en økende fokusering på fordelingen av den eksisterende kompetanse mellom ulike pasientgrupper, mellom ulike nivåer i helsetjenesten og mellom ulike geografiske områder i landet.

Opptrappingsplanen for psykisk helse innebærer et samlet personellbehov på ca. 9275 nye årsverk, hvorav 375 leger og 940 psykologer i tillegg til ca. 4360

høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell og ca. 3600 personell uten høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Parallelt foregår det flere store helsereformer (bl.a. handlingsplan for eldreomsorgen og fastlegereformen). Disse reformene vil til dels konkurrere om de samme personellgrupper som psykisk helsevern. Dersom det ikke lykkes å rekruttere tilstrekkelig personale med adekvat utdanningen, vil konkurransen om den eksisterende kompetanse øke mellom ulike nivåer i helsetjenesten, mellom ulike geografiske områder i landet og kanskje også mellom ulike pasientgrupper. Dersom tilgangen på helsepersonell til fagfeltet ikke øker som forutsatt, vil det kunne bli et betydelig problem å opprettholde et minimum av nødvendig kompetanse i alle ledd, for å ivareta faglig forsvarlig tilbud i behandlingsskjeden.

Utfordringer knyttet til ny lovgivning

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

Nye juridiske rammer for virksomheten vil stille psykisk helsevern overfor nye utfordringer som krever kunnskap om nye lover og kompetanse i utøvelse av tjenestene.

Lov om spesialisthelsetjeneste § 2-7 pålegger eier å sørge for at ansatt helsepersonell får den opplæring og videreutdanning som kreves for å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Utfordringer knyttet til behandling med dokumentert virkning

St meld nr 25 har gitt klare politiske signaler om at fagmiljøene i større grad må bygge på behandlinger som har dokumentert virkning. Disse signaler er i tråd med internasjonal utvikling av kunnskapsbasert praksis, som innebærer at en tar i bruk de behandlingsmetoder som en til enhver tid har best kunnskap om virker.

I psykisk helsevern har det de siste årene pågått en diskusjon om kunnskapsbasert praksis (Evidence based). Erfaringsbasert praksis settes ofte opp som en motsetning til en teoribasert praksis. Det er viktig å understreke den dynamiske prosess det er mellom teori og praksis, der erfaringer gir tilfang til ny teoridannelse som i sin tur påvirker praksis.

Kunnskap om behandlingseffekt fra behandlingssforskning er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne bedømme hvilken behandling som er best for den enkelte pasient. I hvilken grad kunnskap som er fremkommet ved analyser av pasienter på gruppenivå er relevant for den enkelte pasient, er i betydelig grad avhengig av klinisk skjønn. Det må tas hensyn til det generelle og individuelle ved hver enkelt pasient. I tillegg må selvsagt pasientens eventuelle ønsker om spesiell type behandling trekkes inn. Kunnskap om en behandling har dokumentert virkning må hentes fra eksisterende behandlingssforskning. Behandlingssforskning foregår både med kvantitative og kvalitative metoder.

Kunnskap om virksomme behandlingsmetoder og dokumentasjon om dette forutsetter at helsepersonell til en hver tid holder seg oppdatert ved lesing av faglige publikasjoner og litteratur innen deres aktuelle fagfelt. I tillegg kreves det kompetanse for å omsette denne kunnskapen i praktiske retningslinjer for behandling. En gjennomgang av ulike typer studier og hvordan en på bakgrunn av slike studier kan dele inn behandling i ”behandling uten dokumentert nytte/usikker dokumentasjon av nytte og sikker dokumentasjon av nytte” finnes i NOU 1998:21. *Alternativ medisin* (kap12, Generelt om effektvurderinger).

Internasjonale databaser over litteratur er det flere av, hvor den mest kjente for sammenfatning av evidensbaserte studier er Cochrane-databasen. De to største databasene for oversikt over publiserte artikler innen psykisk helsevern er MEDLINE og PsycINFO. Alle fagområder og profesjonsområder har internasjonale tidsskrift med enkeltstudier og review artikler. I en økende andel av disse er det mulig å hente ned artikler fra i fulltekst via søk i MEDLINE og PsycINFO.

Utfordringer knyttet til økt brukermedvirkning

I tillegg til kompetanse vedrørende brukermedvirkning generelt, vil det nye informasjonssamfunnet med økt tilgjengelighet og globalisering av informasjon gradvis føre til at brukerne selv og deres pårørende vil ha tilgang til samme type informasjon som behandlerne. Mens behandlerne vil måtte holde seg orientert om et bredt område, vil brukere og pårørende kunne konsentrere seg om å innhente informasjon om ”sin” sykdom. Vi vil derfor kunne stå overfor en situasjon der pasient og pårørende har like mye, eller mer informasjon enn behandlerne og hvor de vil kreve begrunnelse for valg av behandlingsmetode.

Utfordringer knyttet til organisatoriske forhold

Endringer av organisatoriske forhold vil gi utfordringer i forhold til hvordan utrednings- og behandlingsoppgavene utføres. For å sikre at de ulike ledd i behandlingsskjeden har den breidde i kompetanse som kreves for å løse pålagte oppgaver, vil det trolig bli behov for en sterkere styring av kompetanseutviklingen. Det vil medføre en revurdering av den praksis som tilsier at en medarbeider selv skal velge hvilke kurs/utdanningstilbud vedkommende skal gå på. Kompetanseutviklingen vil bli mer oppgavestyrte, noe som innebærer at virksomhetsledere må sørge for at virksomheten som helhet har tilgang på den kompetanse som virksomhetens oppgaver krever. Det kan medføre at medarbeidere i større grad enn i dag blir pålagt å skaffe seg en bestemt kompetanse, eller at ledelsen sier nei til å dekke utgifter/gi permisjoner til utdanningstilbud fordi de ikke vurderes som relevante for helheten. Ved ansettelse vil det trolig medføre et økt behov for å etterspørre spesifikk kompetanse i tillegg til å etterspørre en spesiell profesjon.

For ytterligere utdypning av oppgavefordelingen mellom DPS og sykehusnivå vises det til Statens helsetilsyns veiledningsserie,1-2001, *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder* (IK-2738).

2 Oppgaver i psykisk helsevern

2.1 Om behov for spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern

Behovet for spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern er ikke konstant. Mens noen basale behov er konstante og naturgitt kan andre behov betraktes som en sosial konstruksjon. Denne forståelsen kan bidra til å forklare endringer i behovet. Behovsbegrepet er et sentralt spørsmål i en diskusjon om skillet mellom behov og ønsker, behov og etterspørsel og kriterier som skiller legitime behov fra illegitime behov. Det er viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis er sammenfall mellom behov for helsetjenester og bruk av helsetjenester. Både individuelle-, sosiodemografiske- og samfunnsmessige rammefaktorer er med på å forme behov (Lian 2000, Øverås, Friestad og Dahl 1999, Falkum og Larsen 1999).

Et sentralt spørsmål i denne diskusjonen blir hvem som skal definere hva som er legitime behov; pasienten selv, pårørende, behandleren, helseadministratoren, politikeren eller folk flest gjennom meningsmålinger. I engelsk litteratur brukes to adskilte begreper. Begrepet "demands" brukes om de behovene pasientene selv formulerer og etterspør enten direkte eller gjennom brukerorganisasjoner, media eller av politikere på folkets vegne. Begrepet "needs" brukes om behovene slik behandlerne definerer dem, hvor det bl. a. også tas med i betraktningen hva som faglig sett defineres som helse og hva som defineres som sykdom/lidelse, og om det finnes effektive behandlingsformer for sykdommen/lidelsen.

Spesielt innen psykisk helsevern kan det være uenighet mellom pasienten, omgivelsene rundt pasienten og behandlere om definisjonen av behov. For eksempel kan de mest alvorlig psykisk syke på grunn av manglende sykdomsinnsikt selv føle seg friske, og ikke selv oppleve at de har behov for hjelp. I vurderingen av behov bør det vektlegges både hva pasienter selv og pårørende melder som behov samt hva behandlerne/helsetjenesten vurderer som behov.

Hvem og hvor mange som henvises til behandling kan være et mål for hvilke grupper av befolkningen som har behov for spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern. Ved henvisningen har primærhelsetjenesten gjort en vurdering av hvilke behov de anser at pasienten har og samtidig gitt uttrykk for at de mener det er en oppgave for det psykiske helsevern. Eventuelle udekkede behov vil kunne gi seg uttrykk i økende ventelister generelt eller for særskilte pasient/befolkningsgrupper spesielt. Ventelisteføringen i psykisk helsevern er imidlertid vanskelig og gir ikke nødvendigvis noe godt bilde av behovet for spesialistbehandling. Det er komplisert å angi klart hvilke tilstander/lidelser som skal inngå i de ulike prioriteringskategoriene og det er sjelden helt klart hva som er det optimale tilbudet til de ulike pasientgruppene. Dette skyldes delvis at fagfeltet hittil ikke har vært tilstrekkelig enige om hvilke tilbud de ulike pasientgrupper bør ha for at det skal være optimalt, godt eller faglig forsvarlig. I tillegg er det problematisk dersom det optimale eller faglige forsvarlige tilbudet ikke finnes, samtidig med at det ikke er etisk forsvarlig å ikke gi pasienten noe tilbud. Løsningen er ofte å gi pasienten det man har, for eksempel et uspesifikt støtte-psykoterapitilbud selv om en mer spesifikk behandling ville vært bedre. Pasienten får et tilbud og forsvinner fra ventelisten uten at det reelle behandlingsbehovet er fremkommet.

2.2 De ulike oppgavene

2.2.1 Forebygging av psykiske lidelser

Tradisjonelt skiller man i helsetjenesten mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Innen psykisk helsevern vil primærforebyggende tiltak ta sikte på å forhindre sykdom, lidelse eller utvikling av funksjonsavvik ved å redusere risiko eller styrke motstandskraft. Dette kan være tiltak rettet mot skole, arbeidsmiljø, bomiljø og lokalsamfunn (f.eks. selvmordsforebyggende programmer). Med sekundærforebygging er målet å oppdage sykdom eller funksjonsavvik tidlig og dermed begrense konsekvensene ved å sette inn målrettede tiltak. Eksempler på dette kan være det pågående "Tidlig intervensjonsprogram ved psykoser" (TIPS) og oppfølgingsprogram etter selvmordsforsøk. Tertiærforebygging handler om å redusere funksjonssvikten som finnes sekundært til etablert psykiatrisk sykdom og hjelpe pasienten til å fungere best mulig. Dette er en annen betegnelse på tradisjonell behandling.

2.2.2 Utredning og diagnostikk

Utredning

Utredningsprosedyrer før igangsetting av behandling har ikke den samme selvfulgelige plass i psykisk helsevern som i somatisk medisin. I klinisk praksis er det ikke en selvfølge at behandling følger som konsekvens av en grundig utført utredning. Ofte vil utredning og behandling/tiltak løpe parallelt i den første fasen, da akutte symptomer behandles samtidig med at bakenforliggende sykdom utredes. Erfaringsmessig kan det noen ganger først etter lang tids behandlingsforløp fremkomme opplysninger som fører til forståelse av sykdommens grunnleggende karakter hos behandler og innsikt hos pasienten. Slik kunnskap og erfaring setter imidlertid store krav til klinisk skjønn og muliggjør gjennomføring av tilpasset utredningsopplegg for den enkelte pasient.

Noen grunnleggende spørsmål må alltid besvares ved vurdering av psykisk lidelse:

- Er det et gjenkjennelig symptombilde som kan beskrives ved en eller flere diagnosekategorier?
- Har pasienten bakenforliggende somatiske/organiske vansker som må avhjelpes ved riktig somatisk medisinsk innsats?
- Har pasienten kognitive vansker/læringsvansker som har betydning for tilstandene?
- Foreligger det sosiale tilpasningsvansker av grunnleggende karakter?
- Hva er pasientens mentale alder? Er det samsvar mellom mental og biologisk alder?
- Hvilke individuelle mestringsstrategier har pasienten?
- Hvilke ressurser finnes hos pasienten eller i pasientens miljø?
- Er det en tilstand som bør avhjelpes med psykofarmakologisk innsats?
- Kan pasienten hjelpes ved polikliniske innsatser alene eller i samarbeid med kommunale instanser?
- Hva er riktig innsatsnivå?

Først etter at disse spørsmålene er besvart eller vurdert kan en med noenlunde sikkerhet arbeide klinisk/terapeutisk.

Det viktigste instrument i det kliniske utredningsarbeidet er den kunnskaps- og erfaringsbaserte anamnese. Denne kan understøttes av ulike spørreskjemaer, intervjuer, observasjoner, tester og tilleggsundersøkelser som er tilpasset ulike kliniske tilstander. Det vises for øvrig til Statens helsetilsyns utredningsserie; *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling (IK-2694)*, *Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*

(IK-2695), *Alvorlige spiseforstyrrelser – retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* (IK-2714), *Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (IK-2726), *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter i norske sykehus etter paracuicid* (IK-2743).

Diagnoser

To systemer for klassifikasjon av psykiske lidelser er internasjonalt anerkjent: ICD 10 (International Classification of Diseases) utarbeidet av WHO og DSM (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders) utarbeidet av Den amerikanske psykiaterforening.

Psykisk helsevern har fra 01.01.97 vært pålagt å bruke ICD 10 i klinisk diagnostisk arbeid og i årlige oversiktsrapporter til myndighetene.

Det er store forskjeller mellom voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i bruken og rapporteringen av diagnoser.

Historisk sett inneholdt DSM I (1952) og ICD 8 (1967) bare noen få diagnostiske kategorier for psykiske lidelser hos barn og unge. ICD 9 var også lite utviklet i forhold til barn og ungdom.

I barne- og ungdomspsykiatrien brukes et multiaksialt diagnosesystem med 6 akser som bygger på ICD-10, der følgende områder diagnostiseres: 1) Klinisk psykiatrisk syndrom, 2) Spesifikke utviklingsforstyrrelser, 3) Intelligensnivå, 4) Somatisk sykdom, 5) Avvikende psykososiale forhold og 6) Globalt psykososialt funksjonsnivå. Behandlerne må kunne bruke ICD-10, og ha gjennomgått opplæring i dette. Det er nødvendig at alle som diagnostiserer har tilgang til ICD-10 diagnoseverktøy på norsk.

Voksenpsykiatrien har lang tradisjon for å bruke diagnosesystemer ICD 10 på en organisert måte i klinisk praksis.

For å sikre pasienten lik behandling og for å fremme faglig utvikling og forskning samt metodeutvikling, er det helt nødvendig at fagfeltene bruker samme diagnosesystemer. På tross av den motstand som finnes, spesielt i barne- og ungdomspsykiatrien, må det gjøres en innsats for å få etablert en bevisst bruk av et felles diagnosesystem både i klinikk og rapportering.

Helsetilsynet har medvirket til å få utgitt boken *ICD- 10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (1999).

2.2.3 Behandling

Behandling skal følge prosedyrer som er tilgjengelig for innsyn slik at behandling kan iverksettes og kontrolleres både i forhold til etisk og faglig kvalitet og at den kan gjøres til gjenstand for forskning. Innen psykisk helsevern stilles det særlige etiske og personlige krav til behandlere fordi de utvikler sin terapeutiske kompetanse gjennom en integrering av teori, metodikk og egen personlighet.

Målsetting

Målsetting for behandling må tilpasses den enkelte pasient og den enkelte tilstand. Målsettingen for behandling kan være å kurere, lindre og forebygge forverring og tilbakefall av symptomer, bidra til en endring av personlighetsstrukturer, styrke svake personlige sider eller endre uhensiktsmessig reaksjonsmåter når det gjelder følelser, tanker, handlinger eller selvforståelsesfunksjoner. Vanlige begreper i denne sammenheng er habilitering og rehabilitering. Målsetting-

ene for behandling berører også områder som pleie, ivaretagelse, omsorg, og lindring. Andre begreper som grenser inn til målsetninger for behandling er livskvalitet og endring av livsstil.

Tilgjengelighet på aktuelle ressurser kan påvirke valg av behandlingen. Her kan samfunnets normering og prioriteringer virke styrende.

Behandlingsrelasjoner

Behandlingsrelasjoner kan inndeles i

- pasient-terapeut forhold
- en terapeut til en familien
- en terapeut til en gruppe av pasienter
- flere behandlere til en person (behandlingsteamet eller behandlingsnettverket)
- flere behandlere til familien (teambehandling eller behandlernettsverk i arbeid med familier)
- behandling ved at team behandler en hel gruppe pasienter slik som vi finner i behandlingsavdelinger eller nettverk rettet mot en bestemt klientgruppe

Behandlingsformer

God utredning og diagnostikk er et nødvendig utgangspunkt for alle typer behandling, men fortløpende vurdering under behandlingen er ikke mindre viktig. Innen rammene av psykisk helsevern kan en skille mellom:

- biologiske behandlingsformer
- psykologiske behandlingsformer
- psykososiale behandlingsformer

Alle tre behandlingsformer kan vise til flere teoretiske retninger og kvantitative og/eller kvalitative forskningsarbeider. Behandlingsformene krever adekvat teoretisk kompetanse og praktisk erfaring ved utførelse. Det skal imidlertid understrekes at det ved alvorlige lidelser vil være nødvendig med behandlingstiltak på alle tre nivåer.

Felles for alle de tre behandlingsformene er at det også kreves betydelig interpersonlig kompetanse fra behandlerne. Dette er nødvendig for å etablere kontakt med pasienten og for å kunne holde stabilitet i kontakt under belastende og skiftende omstendigheter. Det er også en forutsetning for kommunikasjon og samarbeid med klient/pasient/familie og for å samarbeide med kolleger og andre etater. Villighet til refleksjon over egne erfaringer er særlig nødvendig innen psykisk helsevern fordi behandlerne selv er instrumentet i sitt arbeide. Dette er nødvendig både for utredning av pasienten, bearbeidelse av erfaringer i behandlingsarbeidet og for å forebygge overbelastning og 'utbrenthet'.

Behandlingssted

Behandlingsmetoden vil avhenge av hvor behandlingen finner sted. Det vil være forskjell om behandlingen foregår i heldøgnsinstitusjon, som dagtilbud, poliklinisk eller i pasientens hjemmemiljø.

Miljøterapi har som målsetting å skape et trygt miljø hvor man gjennom dagliglivets situasjoner kan lære nye praktiske ferdigheter, bedre sin kommunikasjon og relasjon til andre mennesker. Dette kan gjøres gjennom ulike gruppeaktiviteter og individuelt tilrettelagte opplegg.

Mange dag- og døgnavdelinger arbeider målrettet med å aktualisere og tydeliggjøre uheldige mønstre som fremstår i pasientens måte å relatere seg til sine omgivelser på.

De siste årene har det særlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien vært arbeidet i barnet/ungdommens hjem direkte for å tilrettelegge for terapeutiske intervensjoner.

Frivillighet vs. tvang

Innen rammene for psykisk helsevern kan det være aktuelt med behandling uten den behandlede samtykke. Dette kan gjelde ved innleggelse i institusjon eller som et ledd i behandlingen i eller utenfor institusjon. Bruk av tvang må skje i henhold til gjeldende lover og forskrifter og under tilsyn av kontrollkomisjonen og fylkeslegen. Det må også foregå en kontinuerlig faglig drøfting om juridisk, faglig og etisk legitimitet. Det vises for øvrig til psykisk helsevernlov med forskrifter.

2.2.4 Veiledning og konsultasjon

Begrepet konsultasjon brukes på ulike måter. I medisinen brukes begrepet om møte mellom lege og pasient. Her drøftes begrepene slik de brukes innen psykisk helsevern.

Begrepene veiledning og konsultasjon brukes innen feltet på en slik måte at de overlapper hverandre. Begge begreper rommer en virksomhet der den ene part har mer kompetanse enn den andre og derved gir råd. Hvorvidt formidlingen skjer innen samme profesjon, innen samme linje, innen samme tjeneste eller på tvers av profesjon/linje og tjeneste, vil være medvirkende til å skille veiledning fra konsultasjon. Avtale om varighet vil også være en medvirkende faktor. Det vesentlige skillet handler om ansvarsforholdet mellom den som gir råd og den som mottar råd.

Innen samme linje, samme tjeneste og evt. samme profesjon, vil det defineres som veiledning når veileder har et medansvar for behandlingen og er en del av institusjonens sikring av kvaliteten på tjenesten som ytes. Overføring av kompetanse fra "seniorer" til "juniorer" gjennom veiledning anses som et vesentlig element i alle profesjoners spesialisering. Det åpnes også innen flere profesjoner for at veiledning på spesifikke oppgaver og i spesifikke metoder kan innhentes hos annen profesjon innen avtalt omfang. Innen samme tjeneste og samme linjenivå kan veiledning være tverrfaglig og foregå individuelt så vel som i gruppe.

Konsultasjonsarbeid innebærer en formidling av kunnskap og kompetanse i en form der den som gir råd og veiledning ikke er ansvarlig for utførelsen av behandlingen. Dette innebærer at den som mottar rådene selvstendig må vurdere hva rådene skal føre til av praksis. Dette gjelder for eksempel spesialisthelsetjenestens konsultasjonsarbeid overfor primærhelsetjenesten og overfor andre etater. Denne virksomheten er en viktig del av spesialisthelsetjenestens indirekte pasientarbeid, og er pålagt i ny lov om spesialisthelsetjeneste.

Veiledning og konsultasjon forutsetter naturligvis kompetanse i utredning og behandling, men det er også nødvendig med kunnskap om roller og systemer samt innsikt i pedagogiske metoder. Opplæring innen disse områdene må derfor ses som et eget kompetanseområde.

Det skilles mellom pasientsentrert eller behandler/rollesentrert veiledning og konsultasjon. I den pasientsentrerte veiledning og konsultasjon settes pasientens eller familiens problem i fokus, og drøftingen er konsentrert om å analysere og øke forståelsen av problemområdene, evt. drøfte metoder i behandlingstilnærmingen. En behandlerfokustert eller rollefokustert veiledning og konsultasjon vil

innebære et fokus på hvordan behandler skal definere sin oppgave og eventuelt avgrense denne, hvilken arbeidsfordeling som synes hensiktsmessig i et tverretatlig eller tverrfaglig samarbeid og hvilke utfordringer pasienten eller familien gir behandleren. I utviklingen av personlig og relasjonell kompetanse er veiledning/konsultasjon i tilknytning til egen rolle svært verdifull.

3 Kompetanse

3.1 Kompetansebegrepet

Kompetansebegrepet er omfattende og rommer både hvilke kunnskapsområder som anses som nødvendige og gyldige, hvilke ferdigheter behandlere må besitte, og hvilke holdninger både til kunnskap, pasienter og samarbeidspartnere utdanningen må bidra til å utvikle.

Kompetanse omfatter integrasjonen mellom kunnskaper, ferdigheter og holdninger, og dette medfører at behandlere skal kunne forholde seg til det kjente og allmene i møtet med pasienten og det særegne i hvert enkelt møte. Våre empiriske kunnskaper baserer seg på å sammenlikne og gruppere de kjente og allmene faktorene i møtet med pasienten. Det særegne i pasientens forståelse og opplevelse av sin lidelse, samt den kontekst han eller hun lever i, bringer med seg nye variabler til behandlingssituasjonen. Behandleren vil også bringe med seg sine egne forutsetninger, kunnskap, ferdigheter og særtrekk.

Kunnskap

Kompetanse forutsetter kunnskap fra ulike områder. Empiriske studier av normalutvikling, både på individuelt-, relasjonelt-, familiemessig- og samfunnsnivå, er en forutsetning. Likeledes er empiriske studier av skjevutvikling, sykdomsforekomst, årsaksstudier og beskrivelser av hvordan pasienter forstår og opplever sin tilstand av stor verdi. Gjennom empiriske studier kan vi også få kunnskap om effekten av ulike tilnærminger i forhold til ulike pasientgrupper, og større kunnskap om hvilke tilstander som nyttiggjør seg en bestemt tilnærming. Kunnskap basert på empiriske studier av så vel normalutvikling, skjev- eller sykdomsutvikling og endring, utgjør med andre ord basis i kompetansen. Kvantitative metoder er nødvendig for å avdekke hvorvidt en behandlingsmetode har effekt, mens kvalitative metoder er viktig for hypotesedannelse i forhold til å finne årsaker, og ikke minst for å studere prosessene.

Kunnskap om teorier er også en vesentlig del av fagfeltet og ingen observasjoner eller empiriske studier kan sies å være frie for bakenforliggende teoretisk tilnærming. Teoriene hjelper oss til systematisk problemløsning og er nødvendige ikke minst for å stille nye spørsmål og utvikle ny kunnskap.

Relasjonell kunnskap og det som ofte henvises til som "taus kunnskap", inklusive "klinisk skjønn", er et tredje kunnskapsområde som anerkjennes som gyldig og relevant. Relasjonell kompetanse er både et kunnskapsområde, en ferdighet og ikke minst et spørsmål om relasjonell holdning. Den relasjonelle kompetansen vil bli nærmere beskrevet under holdninger og verdier nedenfor.

Ferdigheter

Ferdighetsdelen av kompetansen omfatter behandlerens evne til å omsette kunnskapen i praksis. Kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som er virksomme, må følges opp av konkret praktisk øvelse i metoden eller teknikken.

Holdninger og verdier

Med holdning til kunnskap menes her en selvstendig og kritisk holdning som gjør at så vel empiriske studier som teoretiske sammenhenger blir vurdert og oppfattet på en faglig forsvarlig måte. Behandlerens faglige holdninger og verdier danner bakgrunn for å vurdere og evaluere hvilke valg og begrensninger som ligger som premisser for en gitt behandling, og for hvilke alternative perspektiver en kunne ha valgt. Denne selvstendige og kritiske holdning til faget må også innbefatte innsikt i hvor grensene for egen kunnskap går, og kjennskap

til hva man ikke kan. Kunnskapsoverføring må følges av kritisk refleksjon og av etiske valg.

Begrepet holdning rommer også den terapeutiske holdning. Mennesker med psykiske lidelser trenger behandlere med etiske grunnholdninger som er gjennomarbeidet og bevisste. Utdannelsen må gi innføring i etiske teorier, etisk argumentasjon og ferdigheter i å ta begrunnede etiske valg i forhold til den enkelte pasient. Dette innebærer også at behandleren må kjenne sine egne verdier, kultur og kunne anerkjenne andres holdninger og verdier.

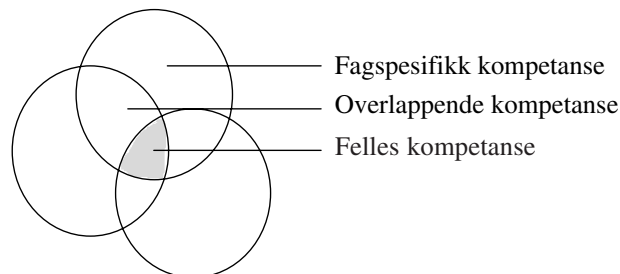
Evne til å forstå den andres perspektiv og se hvordan en selv virker på andre, er også en viktig ressurs i samarbeidet rundt pasienten, både i det tverrfaglige teamet innen psykisk helsevern og i det tverretatlige samarbeidet. Samarbeidskompetanse forutsetter også kunnskap om andres fagområder, utdanning og ferdighet i samarbeids-, konsulent- eller veilederrollen.

3.2 Tverrfaglighet og felles basiskompetanse

Tverrfaglighet er et begrep som brukes dels om samarbeid mellom ulike yrkesgrupper i praksis og dels om felles/samordnet utdanning av flere yrkesgrupper. Tverrfaglighet representerer en arbeidsform og sier først og fremst noe om forholdet mellom ulike faglige tilnærminger. For å danne seg et bilde av hva begrepet tverrfaglighet innebærer, er det nødvendig å ha en oppfatning av begrepet "fag". De enkelte fagene innebærer ulike former for kunnskap og ferdigheter. Utviklingen av fag henger sammen med behovet for å kunne forstå og utvikle metoder utfra ulike innfallsvinkler.

Fagspesifikk, tverrfaglig og fellesfaglig arbeid

De psykiske lidelser har ulik grad av kompleksitet. Pasientene trenger hjelp fra fagfolk som representerer ulike perspektiver og tilnærminger til de aktuelle lidelsene. For eksempel vil mange schizofrene ha behov for ulike tjenestetilbud og oppfølging, støtte og behandling fra forskjellige faggrupper. I en slik sammenheng vil det være behov for tverrfaglig samarbeid i team, som settes sammen ut fra behovene til den enkelte pasient. For andre pasienter som for eksempel ved visse former for depresjon, kan det være tilstrekkelig med individuell psykoterapi eller annen form for individuell behandling uten at et tverrfaglig team trekkes inn. Tverrfaglighet kan dessuten ivaretas av en person dersom vedkommende trekker inn og samarbeider med andre fagpersoner.



Figur 1. Tverrfaglighet. Sirklene illustrerer ulike fag/yrkesgrupper

Det tverrfaglige teamet inneholder ulike typer kompetanse: Fagspesifikk kompetanse, overlappende kompetanse og felles basiskompetanse (fig 1). I tillegg har teammedlemmene funksjonsspesifikk kompetanse.

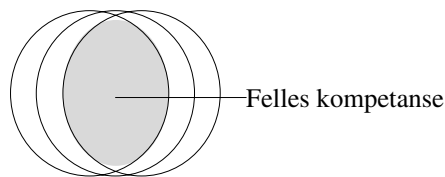
Fagspesifikke kompetanse: kompetanse som bare innehas av en faggruppe eller arbeidet med pasienten foretas av en fagperson. For eksempel er psykomotorisk behandling fagspesifikk for fysioterapeuter og medisinerings fagspesifikk for leger.

Funksjonsspesifikke kompetanse: arbeidet med pasienten utføres av en eller flere med samme funksjonsspesifikke kompetanse, og med felles eller ulik fagbakgrunn. For eksempel kompetanse i kognitiv terapi, eksponeringsterapi eller gruppeanalytisk terapi, kan innehas av en eller flere personer med ulik fagspesifikk kompetanse.

Overlappende kompetanse: arbeidet med pasienten utøves av fagpersoner med overlappende kompetanse, som innebærer områder der to eller flere faggrupper har kompetanse på samme område. Det gjelder for eksempel psykiatere og psykologers overlappende kompetanse i forhold til diagnostikk og behandling, og sykepleiere og vernepleieres overlappende kompetanse i å hjelpe pasienter til å mestre dagliglivets utfordringer.

Felles basiskompetanse: arbeidet foretas ut fra teamets overordnede målsetting, etiske grunnprinsipper og holdninger og den felles kunnskapsbase som er utviklet. Felles basiskompetanse ligger dels som elementer i alle faggrupper og dels utvikles i det tverrfaglige teamet og dreier seg blant annet om holdninger, etikk, relasjonskompetanse, språk, samarbeidskompetanse og kunnskap om overordnede lover og regelverk og om sykdomspanorama m.m.

Ut fra vurderingen av pasienters behov og fagpersonenes fagspesifikke, funksjonsspesifikke og overlappende kompetanse, vil et tverrfaglig team kunne arbeide på flere nivåer.



Figur 2. Fellesfaglighet.

Noen team vil fungere ut fra fellesfaglighet, dele kunnskap og arbeidsoppgaver slik at alle medlemmer i teamet utfører de samme oppgavene (fig.2). De faglige forskjeller og yrkesgrenser blir mer eller mindre visket ut. Tverrfaglighet kan med andre ord ha en oppløsende virkning på det de enkelte faggrupper står for. Men det kan også innebære at medlemmene opprettholder en faglig selvstendighet og spesialisering, samtidig som de utnytter den individuelle, overlappende og felles kompetansen teamet har (fig.1).

Tverrfaglighet må oppfattes som en strategi for å nå behandlings- og omsorgsmål som bl.a. inkluderer en måte å organisere fagpersonellet på. Tverrfaglighet bør ses på som et middel til å nå mål, og bør brukes i den grad det er egnet til å nå de aktuelle målene. Tverrfaglighet kan ivaretas i et teamsamarbeid eller av en person, forutsatt at denne trekker inn andre fagpersoner. Pasientenes behov for hjelp og arbeidsoppgavens art må være bestemmende for hvordan fagressursene skal utnyttes. Tverrfaglighet krever samarbeidskompetanse og forutsetter en ledelse som kan sørge for at teamet fortløpende arbeider med felles mål og for at den fagspesifikke og funksjonsspesifikke kompetansen i teamet blir respektert, utnyttet og videreutviklet. Dersom flerfagligheten ikke utnyttes, risikerer en at grensene mellom fagene viskes ut. Det kan resultere i ineffektivt arbeid fordi alle skal gjøre alt, også det de i utgangspunktet ikke er utdannet for. Det kan føre til at det blir vanskelig å opprettholde et nyansert og høyt fag-

lig nivå, dersom hovedvekten legges på utvikling av felleskompetanse på bekostning av fagspesifikk kompetanse.

3.3 Individuell kompetanse

Når det gjelder krav til individuell kompetanse vil mange forhold spille inn, for eksempel hvilken stilling vedkommende person skal inn i, hvilke oppgaver som er tillagt denne stillingen og hvilken kompetanse som finnes i virksomheten forøvrig. Her vil enkelte elementer være viktige i noen type stillinger, mens andre elementer vil måtte tillegges større vekt i andre stillinger.

Individuell kompetanse innebærer personlig egnethet, generell basiskompetanse, relasjonell kompetanse og samarbeidskompetanse.

Begrepet kompetanse brukes av utdanningsinstitusjonene i forbindelse med angivelse av det teoretiske kompetansenivå som studentene etter utdanning skal ha nådd frem til. Læringsmål og læringsmetoder tilpasses dette ønskede kompetansenivået. I en viss grad kontrollerer utdanningene at studentene faktisk har nådd det aktuelle nivået. Det er lettere å kontrollere at studentene har et visst kunnskapsnivå, enn å kontrollere at de har de praktiske ferdigheter og holdninger som utdanningen har som målsetting at de skal få. Å vurdere praktisk ferdighetsnivå og holdninger krever at evalueringen foregår i praksissituasjonen eller i en praktisk eksamenssituasjon. Teoretiske eksamener eller teoretisk oppgaveskriving kan vanskelig gi grunnlag for å vurdere praktiske ferdigheter og i liten grad holdninger.

Man kan vite noe om hvilken kompetanse fagpersoner innen psykiske helsevern teoretisk har ved å kartlegge deres grunn-, videre-, og etterutdanning. Det er mer komplisert å få innsikt i hva de faktisk gjør og om de får anledning til eller velger å praktisere det de har lært. Det er lite kartlagt om fagpersoner får utnyttet den kompetansen de mener å ha, eller om de føler at de har den kompetanse som trengs. Man vet heller ikke om de blir satt til å løse oppgaver som de faktisk mener at de ikke har kompetanse til.

Personlig egnethet

Arbeidsoppgaver innen psykisk helsevern stiller personene som skal jobbe der overfor store utfordringer og det er naturlig å diskutere personlig egnethet i forhold til disse utfordringene. Utredningen tar ikke stilling til de formelle sidene av hvordan dette med personlig egnethet skal vurderes, hvilken instans som skal vurdere dette og på hvilket stadium i utdanningen dette skal vurderes.

Arbeidet med særlig svake og utsatte grupper som delvis ikke ønsker behandling og må tvangsbehandles er særlig krevende. Personer som arbeider innen psykisk helsevern vil i særlig grad bruke seg selv som instrument i behandlingen, og dette stiller store krav til bl.a. selvinnsikt. I tillegg vil personer som arbeider i psykisk helsevern bli utsatt for irrasjonelle følelser/tanker og atferd fra pasientene, noe som ofte er en ekstra belastning. Vurderingene av personlig egnethet vil nødvendigvis måtte ses i forhold til hvilken stilling vedkommende skal inn i og hvilke oppgaver vedkommende skal løse. I tillegg vil det måtte vurderes i hvilken grad vedkommende skal arbeide alene eller i fellesskap med andre, og i hvilken grad vedkommende fortsatt skal få veiledning.

Personlig egnethet er både et spørsmål om seleksjon og om utdanning. Imidlertid vil langvarige utdanninger med fokus på personlig veiledning og egenerapi

kunne påvirke de personlighetsvariablene som er en del av en persons egnethet for faget.

Ved vurdering av personlig egnethet bør det legges vekt på følgende elementer:

- En grunnleggende evne til selvinnsett og selvrefleksjon, og å nyttiggjøre seg denne i sitt arbeide. Dette innebærer en viss forståelse av hvordan en selv er/fungerer/oppfører seg, hvordan dette innvirker på andre mennesker og en viss evne til å reflektere over slike forhold. I tillegg innebærer dette at en også er i stand til å vurdere sin egen kapasitet og kompetanse og egne begrensninger.
- En grunnleggende evne til å skille mellom egne behov og andres behov. Dette for å sikre at en ikke forsøker å dekke egne behov gjennom pasientene.
- En grunnleggende evne til etisk refleksjon. Dette innebærer at en til en viss grad kan reflektere over de verdier og holdninger som styrer ens egne valg og handlinger.
- En grunnleggende evne til innlevelse/empati, til å sette seg inn i andre menneskers tenkemåte og følelsesliv.
- Evne til å holde ut avvising over tid.
- Evne til å tåle usikkerhet og at man ikke alltid har klare svar eller kan løse pasientens problemer.
- Evne til å holde ut egen frustrasjon uten å reagere på umodne måter eller med aggresjon.
- Evne til å se på samarbeide som en prosess.
- Stabilitet i relasjonelle forhold.

Generell basiskompetanse

På hvilket nivå kompetansen på de enkelte områder skal ligge, vil være avhengig av den enkelte medarbeiders profesjon og stilling.

Følgende områder må inngå i den generelle basiskompetanse :

- Kunnskap om ulike teorier og behandlingsfilosofier som brukes i behandlingen av psykiske lidelser
- Kunnskap om psykiske lidelser/problemer, årsaker, symptomatologi og prognose
- Kunnskap om de juridiske rammer som virksomheten drives innenfor, særlig krav til forsvarlig yrkesutøvelse og regler for bruk av tvang og pasientrettigheter
- Kunnskap om etikk og etiske spørsmål knyttet til yrkesutøvelsen innen psykisk helsevern

Relasjonell kompetanse

Moderne psykoterapiforskning har vist at det i psykoterapeutisk arbeid finnes en stor komponent som virker positivt inn i forhold til pasientens bedring, og som kan tilskrives den personlige relasjonen som er mellom pasient og behandler. Denne komponenten er uspesifikk i den forstand at den ikke er knyttet til en bestemt teknikk, men finnes mer eller mindre ved alle former for psykoterapi. Selv om man har mest forskning utført i forhold til individualterapier med personer som har lettere psykiske lidelser, er det grunn til å tro at en god relasjon mellom pasient og behandler i bred forstand må ligge som en basis for alt terapeutisk arbeide for alle typer pasienter. Det legges vekt på at evnen til å initiere, utvikle og vedlikeholde en god relasjon til pasientene er en helt grunnleggende forutsetning for å kunne arbeide innen psykisk helsevern. Denne evnen kan ses på som ”relasjonell kompetanse”.

Det er vanskelig å beskrive i detalj hva denne kompetansen består i, men følgende komponenter synes viktige:

- Kunnskaper om betydningen av å ha gode relasjoner til pasienter og hvilke faktorer som er sentrale med hensyn til utviklingen av slike relasjoner
- Basale kommunikasjonsferdigheter, dvs. evne til å lytte og samtale med
- Kunnskaper om ulike måter å kommunisere på (verbal og nonverbal kommunikasjon) og evne til å registrere egen måte å kommunisere på
- Respekt og toleranse overfor andre mennesker og deres individuelle egenskaper
- Evne til å møte andre menneskers livsforståelse på en ikke krenkende måte
- Evne til å bruke behandlingsrelasjonen til å gjøre pasienten trygg, styrke vedkommendes ressurser og understøtte endringsprosesser
- Evne til å ta imot og gjøre nytte av tilbakemeldinger og veiledning

Samarbeidskompetanse

Samarbeid med andre yrkesgrupper i tverrfaglige team, andre ledd i behandlingsskjeden, brukerorganisasjoner og pårørendeorganisasjoner er sentralt i nesten alle deler av psykisk helsevern. Derfor er det viktig at det generelt finnes grunnleggende kompetanse på dette området. Siden alle samarbeidsrelasjoner også grunnleggende er mellommenneskelige relasjoner, bygger samarbeidskompetansen på den basale relasjonelle kompetanse som er beskrevet.

I tillegg inngår følgende elementer:

- Kunnskapen om betydningen av sammenhengende og helhetlige behandlingsskjeder i det psykiske helsevernet
- Kunnskaper om samarbeidende yrkesgruppers utdanning og særlige kompetanse
- Kunnskaper om de enkelte ledd i behandlingsskjeden i psykisk helsevern og om samarbeidende instanser (f.eks. rusomsorgen, barnevern), deres spesielle ansvars- og oppgavefordeling og arbeidsvilkår
- Kunnskaper om bruker- og pårørendeorganisasjoner
- En åpen og positiv holdning til samarbeid
- Med basis i egen faglig trygghet og identitet ha respekt for andre faggruppers faglige ståsted
- Grunnleggende ferdighet i å utveksle informasjon

Det er grunn til å understreke at både for samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og organisatoriske enheter, og i tverrfaglige team, må det etterstrebtes utvikling av en "lagånd". Det er en utfordring å være sammen om å løse oppgaver, der alle ledd og personer spiller en nødvendig og viktig rolle og der sammenheng og helhet står i fokus.

3.4 Behandlingskjedens kompetanse

Som tidligere påpekt, vil den samlede utrednings- og behandlingskompetanse på et gitt nivå bestå av summen av enkeltpersoners kompetanse. Det finnes en minste felles basiskompetanse som alle som arbeider innen psykisk helsevern bør ha. Alle samarbeidspartnere må til en viss grad ha et felles språk og en felles virkelighetsforståelse, for å kunne snakke og arbeide sammen. Dette gjelder for eksempel en felles oppfatning av ansvars- og oppgavefordeling og kunnskap om organisering av tjenester. Dette gjelder både der hvor enkeltpersoner inngår i tverrfaglige team og der enheter i systemet, som for eksempel de ulike leddene i behandlingsskjeden i psykisk helsevern, arbeider sammen. Det vil ikke her bli tatt stilling til hvilke profesjoner eller yrkesgrupper som må ha den angitte kompetansen.

Kunnskap om sentrale dokumenter

Rundskriv I – 24/99 *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006* inneholder

føringer når det gjelder hvordan tjenesten skal være organisert, og dels også hvilke oppgaver og funksjoner de ulike ledd i kjeden skal ha. Eier har betydelig frihet til og ansvar for å organisere sine tjenester på en hensiktsmessig måte. Behandlingskjeden innen psykisk helsevern har mange ledd. Kompetansen i hvert av leddene er avhengig av kompetansen i de øvrige ledd i behandlingskjeden. Det må imidlertid taes i betraktning at ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ulike leddene i behandlingskjeden er dynamisk og forandres over tid. Dette gjelder ikke minst forholdet i voksenpsykiatrien mellom psykisk helsevern på sykehusnivå og DPS nivå. I tillegg vil lokale forhold, både geografiske og organisatoriske forhold variere fra område til område i landet.

Det vises forøvrig til Statens helsetilsyns utredningsserie, *Personer med samtidig alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmisbruk (IK-2727)*, *De psykiatriske ungdomsteamene (IK-2728)*, *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker (IK-2739)* og Statens helsetilsyns veiledningsserie, *Distriktpsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder (IK-2738)*.

Kunnskap om norske retningslinjer for behandling

Vurderingen av behovet for kompetanse bygger på en vurdering av hvilket faglig innhold tjenestene skal ha, og det kunnskapsgrunnlaget dette faglige innholdet bygger på. Kunnskapsnivået variere sterkt innen psykiske helsevernet når det gjelder behandling. På enkelte områder finnes omfattende forskning gjennomført både med kontrollerte og naturalistiske studier, der vi med stor grad av sikkerhet kan gi konkrete anbefalinger om hvilke faglig innhold behandlingene skal ha for de enkelte pasientgrupper. Innen deler av feltet finnes lite dokumentert kunnskap. På noen områder finnes det mer eller mindre autoriserte behandlingsveiledninger som i varierende grad er basert på kunnskapsbasert praksis. Både den som er ansvarlig for driften av behandlingstilbudet og den enkelte tjenesteutøver har plikt til å utøve tjenester i samsvar med aktuelle retningslinjer for behandlingen.

Et lite utvalg av retningslinjer og behandlingsveiledere finnes i litteraturlisten.

3.4.1 Generell kompetanse

For å gi pasientene et forsvarlig behandlingstilbud kreves kompetanse på tre hovedområder:

- diagnostikk/utredning
- behandling/rehabilitering og planlegging
- gjennomføring og evaluering/kvalitetssikring av de to første

Alle de tre kompetanseområdene må gjelde overfor forskjellige pasientgrupper inndelt etter livsfase og sykdom. Innen behandling må det også finnes kompetanse på forskjellige spesialiserte behandlingstilnærminger.

Det må finnes en bred allmennpsykiatrisk 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, familierapi, familiearbeid, 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. Det må finnes

nødvendig kompetanse i veiledning og kommunikasjon med samarbeidene instanser.

Dessuten er det en forutsetning at enhver virksomhet har planleggingskompetanse både på behandlingsnivå og overordnet organisatorisk plan, og innsikt i psykiatrisk epidemiologi og helsetjenesteforskning. Alle ledd i behandlingkjeden har behov for kunnskap om organisering av tjenesten som har betydning for utredning/diagnostikk og behandlingstiltak.

Følgende områder kan spesifiseres:

- Kompetanse i kommunikasjon med pasient, pårørende og andre
- Overordnet planleggingskompetanse for planlegging av et samlet behandlingstilbud. Dette innebærer kompetanse i psykiatrisk epidemiologi, psykisk helsetjenesteforskning, kompetanse i innhenting av resultater fra behandlingstiltak og vurdering av denne
- Kompetanse i utredning og utarbeidelse av en behandlingsplan. Slik behandlingsplanlegging krever bl.a. kompetanse i vurdering av :
 - Pasientens tilstand, type, alvorlighetsgrad og prognose uten og med behandling
 - Pasientens og nettverkets ressurser, inklusive ressurser i det øvrige behandlingsapparat og andre aktuelle samarbeidspartnere
 - Pasientens evne/vilje til samarbeide og eventuelt ønske om spesiell behandling
 - Tilgjengelige behandlingsmetoders indikasjonsområde, antatte varighet og sannsynlige behandlingresultat
 - Behov for ytterligere utredning og eventuelt henvisning til andre instanser
- Kompetanse i gjennomføring av behandling. Det kreves innsikt i anbefalte behandlingsmetoder. Her er det særlig viktig med kompetanse i forhold til gjennomføring av tvangsbehandling slik denne er hjemlet i den nye psykisk helsevernloven. Dette innebærer både krav til kunnskaper om lovverket, indikasjoner for bruk av tvang og regler for dokumentkontroll. I tillegg innebærer det krav til holdninger og praktiske ferdigheter i hvordan en tvangsbehandling iverksettes.
- Kompetanse i faglig ledelse, herunder teamledelse der det er aktuelt
- Kompetanse i evaluering, kvalitetssikring og internkontroll, herunder kompetanse vedrørende dokumentasjon/journalskriving
- Kompetanse i å gjennomføre brukerundersøkelser
- Kompetanse i veiledning og undervisning, både med henblikk på intern virksomhet og utadrettet virksomhet
- Kompetanse i forebygging av psykiske lidelser, med særlig oppmerksomhet mot barn av pasienter med psykiske lidelser.

3.4.2 Kompetansebehov innen psykiisk helsevern rettet mot barn og ungdom

Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) regnes som et ungt fagfelt, og har hele tiden vært preget av vesentlige forskjeller fra voksenpsykiatrien i så vel organisering, som sammensetning av personell, samarbeidspartnere og faglig orientering. Organiseringen har vært dominert av mindre poliklinikker med en personsammensetning som består av: barnepsykiater, klinisk psykolog, klinisk sosionom og klinisk pedagog.

Det er få døgnklinikker, men mange behandlingshjem med miljøterapeuter og fagteam fra poliklinikkene.

Det er tre forhold som gir barnepsykiatrien andre vilkår enn voksenpsykiatrien:

- barnet er sterkt avhengig av sin familie/ oppvekstmiljø

- barnet er i en sterk utvikling biologisk, sosialt, emosjonelt og kognitivt
- barnet er selv sjelden den som ber om hjelp

Barnet uttrykker sine problemer/lidelse direkte eller indirekte, og det er omgivelsene som definerer hvorvidt det er behov for spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern. Organisering av tjenesten, sammensetningen av personell og faglig orientering som inkluderer arbeid med barnets omsorgspersoner, søsken og jevnaldrende, må ta sitt utgangspunkt i disse særegne faktorene. BUP feltet har tradisjonelt vært oppsøkende i sin virksomhet, og lagt stor vekt på å arbeide indirekte, dvs. via andre hjelpeinstanser.

Barne- og ungdomspsykiatriens ansvarsområde er fra 0-18 år. Hovedtyngden i pasientgruppen ligger mellom 6-13 år.

Til tross for at aldersgruppen 0-6 er den vi har mest empirisk kunnskap om og der intervensjon sannsynligvis har størst effekt, synes det som om denne gruppen bare unntaksvis prioriteres i det polikliniske arbeidet. Gruppen 13-18 synes også å være underrepresentert, og man kan spørre om BUP pr. i dag har gode nok metoder til å nå denne gruppen.

Når det gjelder tilstander kan det se ut som om følgende grupper er underrepresenterte i dagens pasientpopulasjon:

- barn med store tapsopplevelser
- engstelige og tilbaketrukne barn (særlig jenter)
- barn med betydelig omsorgssvikt og manglende tilknytning
- traumatiserte barn (f.eks. flyktningebarn og barn utsatt for mobbing, vold og overgrep).

Den voksenpsykiatriske populasjonen preges av angst, depresjon og ulike personlighetsforstyrrelser, som kan ha sin årsak i manglende tilknytning, stadige brudd, tap og neglisjering og senskader etter traumatisering. Depresjon og suicidal atferd hos ungdom er relativt nylig blitt sterkt fokusert både i forskning og i media og bør medføre utvikling av metoder som gjør at BUP når denne gruppen bedre. Risikoatferd, prostitusjon, misbruksproblematikk og spiseforstyrrelser er også områder hvor det trenges større satsing.

Mange av pasientene i BUP oppfyller kriterier for flere diagnoser. Overgrepsutsatte med risikoatferd, rus og spiseproblemer, depresjon og suicidforsøk er bare ett eksempler på dette. Det er derfor både behov for et bredt sammensatt team, og for kompetanse som både er bred og "spiss" uten å bli diffus og global.

Nedenfor følger en oversikt over kompetanse som bør finnes ved barne- og ungdomspsykiatrisk virksomheter eller være tilgjengelig gjennom organisert samarbeid med annen enhet, f.eks. voksenpsykiatrien, somatisk sykehus og barnevern. En slik liste vil aldri kunne være fullstendig eller endelig p.g.a. endringer over tid, geografiske forskjeller i organisering og populasjon osv., men følgende elementer bør finnes for å kunne gi et adekvat tilbud:

Kompetanse om normalutvikling og skjevutvikling

- Kunnskap om den normale vekst og utvikling hos barn og ungdom som indikerer med følelser, tanker og adferd avhengig av deres biologiske modenhet og funksjon og den psykologiske og sosiale sammenheng de befinner seg i
- Kunnskap om mestring, stresstoleranse og faktorer som fremmer motstandskraft og heving av funksjonsnivå (resiliensforskning)
- Kunnskap om psykopatologi hos barn og ungdom i vekst og hvordan barn-

og ungdom kroppslig, følelsesmessig, intellektuelt og sosialt påvirkes av konstitusjon, sykdomstilstand, "ytre påkjenninger", foreldres helse- og sosial tilpasning samt forhold i samfunnet forøvrig

Kompetanse i kommunikasjon

- Kunnskap om kommunikasjonsteori
- Kompetanse i ulike uttrykksmodaliteter (verbale og nonverbale) som barn og ungdom bruker
- Kompetanse i kommunikasjon med familie
- Kompetanse i kommunikasjon med grupper

Kompetanse i utredning og diagnostikk

- Kompetanse i psykiatrisk diagnostikk i henhold til gjeldende diagnosesystem for spesialisthelsetjenesten (ICD-10). Dette innebærer kunnskaper om oppbyggingen av det diagnostiske system og inklusjons/ eksklusjonskriterier for de ulike tilstander.
- Særskilt kompetanse i tidlig diagnostikk (0-3år)
- Kompetanse i vurdering av egofunksjoner, affekt/impulsregulering, objektrelasjoner, tilknytningsforhold, selvbylde, forsvarsmekanismer, mestringsstrategier
- Kompetanse i ulike utredningsmetoder som anamnese, screening, klinisk intervju, observasjonsmetoder og testinstrumenter
- Kompetanse i observasjon av individets naturlige miljø (skole og barnehage)
- Kompetanse i utredning av ressursområder og mestring hos individ, familie og nettverk
- Kompetanse i utredning av barnets og familiens egen meningstilskrivelse
- Kompetanse i utredning av kognitive funksjoner, inklusive utredning av intelligensnivå
- Kompetanse i utredning av hjerneorganiske tilstander, inklusive nevropsykologisk utredning, EEG og relevante nevrologiske og biokjemiske undersøkelsesmetoder
- Kompetanse i utredning av relevante somatiske sykdommer og psykosomatiske lidelser i samarbeide med somatisk helsetjeneste
- Kompetanse i utredning av overgrep, mishandling og omsorgssvikt
- Kompetanse i evaluering av suicidrisiko, psykosensitivitet, psykoser og behov for innleggelse
- Kompetanse i vurdering av rusmisbruk
- Kompetanse i vurdering av muskulære spenningsforhold og andre kroppslige uttrykk for emosjonelle spenningstilstander
- Kompetanse i vurdering av traumer og krisereaksjoner
- Kompetanse i å samordne og gi en helhetsvurdering utfra delutredninger

Kompetanse i behandling

- Kunnskap om og ferdigheter i å etablere en terapeutisk relasjon og å kunne bruke denne som endringsbefordrende faktor
- Kompetanse i valg av adekvat behandlingsmetode
- Kompetanse i ulike metoder innen psykoterapi som individualterapi, gruppe-terapi, familieterapi og samspillsterapi
- Kompetanse i behandling med medikamenter/psykofarmaka
- Kompetanse i miljøterapi og nettverksarbeid
- Kompetanse i kriseintervensjoner og traumebehandling
- Kompetanse i konsultasjon og veiledning
- Kompetanse i sakkyndighetsarbeid og utforming av rettslige uttalelser
- Kunnskap om endringsfremmende faktorer, behandlingsforskning og effektstudier.

Behandlingskompetansen må omfatte følgende pasientgrupper:

- Barn og ungdom med emosjonelle forstyrrelser som angst og fobi, tvangstilstander, depresjon eller mani/bipolar lidelse
- Barn og ungdom med sosiale forstyrrelser som reaktiv eller udiskriminerende tilknytningsforstyrrelser og elektiv mutisme
- Barn og ungdom med atferdforstyrrelse med uspesifikt organisk grunnlag; ADHD (hyperkinetisk forstyrrelse) og tics/Tourettes syndrom
- Barn og ungdom med utviklingsforstyrrelse, spesifikk forstyrrelse av tale og språk, spesifikk forstyrrelse av skoleferdigheter og lærevansker og spesifikke forstyrrelser av motoriske ferdigheter
- Barn og ungdom med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme/Aspergers syndrom)
- Andre tilstander som: spiseforstyrrelser, psykose/schizofreni, dissosiative tilstander, ikke organisk enurese og encoprese
- Ungdom med personlighetsforstyrrelse, samt dobbeltdiagnoser (rus/psykiatri)
- Barn og ungdom utsatt for overgrep, seksuelt misbruk, alvorlig omsorgssvikt, alvorlig traumatisering, store tapsopplevelser

3.4.3 Kompetansebehov innen psykisk helsevern rettet mot voksne

3.4.3.1 Kompetansebehov generelt for voksne

Det finnes data som gir informasjon om antall henvendelser til det psykiske helsevern og informasjon om hvor mange som blir mottatt til behandling på forskjellige nivåer. Det finnes imidlertid lite systematisk viten om hva som er den faktiske utrednings- og behandlingsevne i det psykiske helsevern på et mer detaljert nivå, dvs. hvilke pasienter som gjennomgår hvilke utredninger, hvilke ulike behandlingsintervensjoner som foregår på de ulike trinn i behandlingsskjeden, hvilke ulike behandlingsmetoder som benyttes for hvilke tilstander, osv. I prosjektet "Evaluering av psykiatriske helsetjenester" (Ruud 1996) ble det laget et spørreskjema for å kartlegge hva som foregår av utrednings- og behandlingsaktivitet i voksenpsykiatrien. Her ble de ulike behandlingsintervensjonene klassifisert og karakterisert (f. eks kriseintervensjon, kognitiv terapi osv.) og de ulike behandlerne ble bedt om å registrere hva de gjorde i løpet av en viss tid.

Resultatene viser :

- Ved poliklinikker ble 13,4% av all pasientrettet aktivitet målt i timer brukt til utredning, 7,3% av tiden ble brukt til biologisk behandling, 48,7% ble brukt til psykologisk behandling, mens veldig lite tid ble brukt til nettverksarbeid, sosiale eller pedagogiske tiltak. Tjuetre prosent av tiden ble brukt til indirekte pasientrettet arbeid (veiledning, journalarbeid m.m). Av psykologiske behandlinger ble nesten halvparten av tiden brukt til "støttepsykoterapi", 20% ble brukt til kognitiv terapi, nesten 10% ble brukt til henholdsvis fokusert korttidspsykoterapi og innsiktsorientert langtidsterapi. Prosjektet omfatter ikke hvilke behandlingsmetoder som ble brukt på hvilke pasienter eller av hvilken yrkesgruppe.
- Privatpraktiserende spesialister brukte noe mindre prosentandel av tiden til utredning, mens hele 78% av tiden ble brukt til psykologiske behandlingsmetoder, i første rekke innsiktsorientert langtidsterapi.
- Ved de psykiatriske avdelingene ble ulike behandlingsaktiviteter for innlagte pasientene registrert. Ulike tiltak ble gruppert i henhold til funksjonstrening, praktisk hjelp, samtaler, undervisning og gruppeterapi.

Hovedinntrykket er at pasientene får den behandling som er tilgjengelig ut fra personalets kompetanse. Behandlingene blir sjelden evaluert på en systematisk måte, f.eks. gjennom endring i scoringer av symptomnivå, funksjonsnivå, pasientfornøydhets, livskvalitet eller andre relevante resultatmål.

I prosjektet "Evaluering av psykiatriske helsetjenester" (Ruud 1996) ble primærhelsetjenesten bedt om å vurdere den voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten vurderte tilbudet til pasienter med psykoser/manier som best, deretter fulgte tilbudet til alvorlig deprimerte pasienter og langvarige alvorlige psykoser. Tilbudet til personer med lettere psykiske lidelser, personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse, psykisk utviklingshemmede og hjerneorganiske lidelser/psykogeriatri ble vurdert som dårligere. Aller dårligst ble tilbudet til personer med kombinert rus- og psykiske lidelser vurdert. Mønsteret for hvilke pasientgrupper som ble vurdert til å få det beste tilbudet varierte noe etter hvilket sted i landet undersøkelsen ble foretatt.

Fremtidige behov

Endringer i sykdomspanorama over tid er vanskelig å forutsi. Endringer kan i prinsippet skje på forskjellige måter.

- Den innbyrdes fordelingen mellom de ulike sykdomsgrupper kan endres, dvs. at det blir flere personer som plages av noen typer lidelser og mindre av andre. Slike endringer har vært observert hittil, men har ikke vært grundig dokumentert i Norge fordi det har vært få langsgående epidemiologiske studier som har vært gjort på samme befolkning. I tillegg endres ofte diagnostiske kriterier for de ulike lidelsene over tid, og dette vanskeliggjør sammenligninger. Den mest relevante langsgående psykiatriske epidemiologiske undersøkelsen som er gjort er "Lundby-studien" i Sverige (Hagnell et al. 1982). Denne studien påpeker en økning i depressive tilstander over år. Disse endringene vil neppe føre til behov for helt ny kompetanse, men bare til en endring i hvor mye det trengs av ulike typer kompetanse.
- Det oppstår "nye" lidelser. Slike lidelser vil kunne oppstå ved at tilstander som tidligere var kjent som normalreaksjoner nå blir definert inn under psykiatriens ansvarsområde. Noen lidelser/tilstander fremstår som "nye" fordi det blir satt ny fokus på dem slik som følgetilstander etter overgrep, vold eller tortur (f.eks. dissosiative lidelser). I tillegg kan "gamle" lidelser fremstå med "ny" symptomatologi, f.eks. ved at avhengighetsproblematikk kan få nye uttrykksformer slik som "internettavhengighet" eller "spillegalskap". Endelig vil det teoretisk kunne oppstå helt nye lidelser, lidelser med nye årsaksforhold og med nye symptomer. Et område hvor det tilsynelatende har oppstått slike "nye" lidelser/problemområder er innenfor det en kan kalle "livsstilssykdommer", slik som f.eks. spiseforstyrrelser.

Nedenfor følger en oversikt over kompetanse som bør finnes ved voksenpsykiatriske virksomheter eller være tilgjengelig gjennom organisert samarbeid med annen enhet, f.eks. barne- og ungdomspsykiatrien, de alderspsykiatriske tjenester eller somatisk sykehus. En slik liste vil aldri kunne være fullstendig eller endelig p.g.a. endringer over tid, geografiske forskjeller i organisering og populasjon osv.

Følgende elementer bør finnes for å kunne gi et adekvat tilbud:

Kompetanse i utredning og diagnostikk

- Kunnskaper om oppbyggingen av gjeldende diagnosesystem for spesialisthelsetjenesten (ICD-10) og inklusjons/ eksklusjonskriterier for de ulike tilstander.
- Ferdigheter i gjennomføring av diagnostiske intervju i form av et klinisk intervju eller strukturert diagnostiske intervju.
- Kompetanse i personlighetsdiagnostikk, inklusive vurdering av egofunksjoner (styrke/svakheter), affekt/impulsregulering, objektrelasjoner, tilknytningsforhold, selvbylde, forsvarsmekanismer, mestringsstrategier m.m

- Kompetanse i å finne frem til pasientens egne refleksjoner og formuleringer av egne problemer og strukturen i disse
- Kompetanse i utredning av kognitive funksjoner, inklusive utredning av intelligensnivå
- Kompetanse i utredning av hjerneorganiske tilstander, inklusive nevropsykologisk utredning, EEG, CT m.m
- Kompetanse i utredning av psykosomatiske lidelser i samarbeide med somatisk helsetjeneste
- Kompetanse i utredning av rus og medikamentmisbruk og følgetilstander av dette, inklusive hjerneorganisk og somatisk utredning
- Kompetanse i utredning av rehabiliteringspotensiale
- Kompetanse i utredning av nevromuskulære spenningstilstander
- Kompetanse i vurdering av pleie- og omsorgsbehov med tilhørende vurdering av nødvendig behandlingsnivå, slik som poliklinisk behandling, dagbehandling, heldøgnsinstitusjonsopphold – og eventuelle nivå av kontrolltiltak (lukket/ikke lukket avdeling) og bruk av tvang

Det er sentralt at utredning og diagnostikk betraktes i et helhetsperspektiv samtidig som den gir rom for endring og videre utvikling.

Kompetanse i behandling i forhold til definerte pasientgrupper

- Kompetanse i behandling av alle angst og tvangslidelser i tråd med anbefalingene i de til enhver tid gjeldende behandlingsveiledere
- Kompetanse i behandling av alle affektive lidelser i tråd med anbefalingene i de til enhver tid gjeldende behandlingsveiledere
- Kompetanse i behandling av schizofreni i tråd med anbefalingene i de til enhver tid gjeldende behandlingsveiledere
- Kompetanse i behandling av spiseforstyrrelser i tråd med anbefalingene i de til enhver tid gjeldende behandlingsveiledere
- Kompetanse i behandling av personlighetsforstyrrelser
- Kompetanse i behandling av begynnende psykoser, akutte /reaktive psykoser og paranoide psykoser
- Kompetanse i behandling av tilpasningsforstyrrelser
- Kompetanse i behandling av organiske psykiske lidelser (i tillegg til de som dekkes av alderspsykiatrifeltet)
- Kompetanse i behandling av psykiske lidelser/reaksjoner betinget av fysiologiske forstyrrelser (søvnforstyrrelser, forstyrrelser i barseltiden m.m)
- Kompetanse i behandling av psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede
- Kompetanse i behandling av somatoforme lidelser
- Kompetanse i behandling av psykosomatiske lidelser
- Kompetanse i behandling av tilstander med kombinert rusmisbruk og psykisk lidelse ("dobbeltdiagnose"- gruppen)
- Kompetanse i behandling av traumatiserte, seksuelt misbrukte, voldsofre
- Kompetanse i vurdering av vold og farlighetsproblematikk
- Kompetanse i behandling av utviklingsforstyrrelser
- Kompetanse i sakkyndighetsarbeid og rettslige uttalelser

Det er et viktig prinsipp at alle pasienter som blir vurdert som behandlingstrenende i psykisk helsevern skal få et kvalifisert behandlingstilbud. Det vil være en oppgave for alle virksomheter å sørge for at ingen pasienter faller utenfor tilbudet selv om de ikke faller inn i noen av de overfor nevnte gruppene. Listen ovenfor må derfor ikke tolkes på en slik måte at virksomheter ikke behøver å ha kompetanse i behandling av grupper som ikke er nevnt her. Psykiske problemer er så mangefarget at det ville føre for langt å gi en liste som er så detaljert at den dekker alle mulig typer problemer og overganger mellom disse.

3.4.3.2 *Kompetansebehov spesielt rettet mot eldre*

Alderspsykiatrien har til hensikt å utrede og behandle psykiske lidelser som debuterer i eldre år. Dette betyr at det alderspsykiatriske fagfeltet ikke har som sitt primære mål å gi et tilsvarende tilbud til de som bringer med seg sine psykiske lidelser inn i alderdommen. De med tidlig debut av psykiske lidelser skal ikke gis et langtidstilbud i alderspsykiatrien.

Særtrekk for alderspsykiatrien i forhold til det øvrige psykiske helsevern er bl.a. at somatiske sykdommer forekommer svært ofte i varierende sammenheng med de psykiske lidelsene som behandles. Årvåkenhet i forhold til forekomst av somatiske lidelser og tett samarbeid med øvrig somatisk helsetjeneste, spesielt med geriatri, er derfor en betingelse for forsvarlig drift innen alderspsykiatrien. Vurderinger av omsorgsnivå og hjelpebehov er vanlige oppgaver innen alderspsykiatrien.

De viktigste alderspsykiatriske lidelsene er depresjoner hos eldre og psykiatriske tilleggssymptomer ved demens. Disse tilleggssymptomene rammer flertallet av alle demente og må i stor utstrekning tas hånd om av primærhelsetjenesten. Alderspsykiatrien bør imidlertid kunne gi de alvorligst rammede pasientene et tilbud om utredning og behandling. Depresjoner hos eldre har en rekke særtrekk som gjør de forskjellige fra depresjoner hos yngre, bl.a. at maskerte depresjoner og somatisering er hyppigere. Somatiske sykdommer og medisiner for andre sykdommer forekommer oftere hos eldre enn hos yngre pasienter. Demens og depresjon utgjør ca. 2/3 av pasienter som søkes til alderspsykiatrien. Den gjenstående tredjedel består av en heterogen men viktig gruppe som bl.a. består av vrangforestillingslidelser med debut i høy alder, forvirring av forskjellige grunner, personlighetsforstyrrelser og angstlidelser. Svært ofte er sykdomsbildet sammensatt ved at det inkluderer så vel somatiske som andre psykiatriske sykdommer og medikamentell bivirkning.

All kunnskap og kompetanse som er nevnt innenfor voksenpsykiatri er aktuell innen alderspsykiatrien. I tillegg kommer en del kunnskap- og kompetanseområder som er spesielle for aldersgruppen. Alderspsykiatrien er en ung disiplin som har vært, og vil fortsatt være, i rask forandring. Det er av den grunn viktig å understreke at kompetansebehovet kommer til å forandres også i fremtiden.

I tillegg er det viktig å understreke at kompetansebehovet kan variere fra sted til sted, fordi alderspsykiatrien er organisert på ulike måter i de forskjellige delene av landet.

Nedenfor følger en oversikt over kompetanse som bør finnes ved alderspsykiatriske virksomheter eller være tilgjengelig gjennom organisert samarbeid med annen enhet, f. eks. voksenpsykiatrien eller somatisk sykehus. En slik liste vil aldri kunne være fullstendig eller endelig p.g.a. endringer over tid, geografiske forskjeller i organisering og populasjon osv.

Følgende elementer bør finnes for å kunne gi et adekvat tilbud:

Kompetanse om spesielle kunnskaper innen alderspsykiatrien:

- Kunnskaper om normal aldring
- Relasjons- og kommunikasjonskompetanse i forhold til psykisk syke eldre
- Samarbeidskompetanse i forhold til samarbeidende fagfolk innenfor og utenfor alderspsykiatrisk avdeling/tjeneste
- Kompetanse i forhold til psykiske lidelser hos eldre, spesielt forskjeller mellom symptomer hos eldre og yngre. Dette inkluderer kompetanse i forhold til psykoser hos eldre, inklusiv delir, om angst og depresjoner hos eldre,

om personlighetsforstyrrelser hos eldre og om psykiske og atferdsmessige symptomer ved demens (APSD)

- Kompetanse i forhold til etiske og juridiske problemstillinger som er spesielle for aldersgruppen

Kompetanse i utredning, diagnostikk og behandling:

- Diagnostisk kompetanse, spesielt i forhold til ICD-10
- Kompetanse i forhold til psykofarmakologisk behandling av eldre
- Kompetanse i forhold til ECT
- Kompetanse i forhold til indremedisin og nevrologi hos eldre (geriatrisk kompetanse), spesielt innvirkning av somatiske sykdommer og medikasjon på psykisk helse hos eldre
- Spesialkompetanse i forhold til nevropsykiatriske lidelser hos eldre, spesielt demens og delir. Dette inkluderer omfattende diagnostisk kompetanse, kompetanse i forhold til miljøbehandling og tilrettelegging, kompetanse i forhold til botilbud for demente og spesielle hensyn ved psykofarmakologisk behandling
- Nevropsykologisk kompetanse, inkludert psykometrisk kompetanse, dvs. kompetanse i forhold til vanlige tester og spørreskjemaer som brukes innen alderspsykiatrien
- Kompetanse i forhold til psykoterapiformer som har vist effekt hos eldre
- Kompetanse i forhold til rusmisbruk og dobbeltdiagnoser hos eldre
- Kompetanse i miljøbehandling og tilrettelegging i forhold til psykotiske, deprimerte og demente eldre, spesielt de med APSD (atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens), allmenne prinsipper, forskjeller mellom gruppene og spesifikke teknikker
- Kompetanse i pleie- og omsorg av somatisk syke og pleietrengende eldre
- Kompetanse innen fysisk funksjonsvurdering, fysisk behandling og terapeutisk bruk av fysisk aktivitet hos psykisk syke eldre
- Kompetanse innen funksjonsvurdering og terapeutisk bruk av sosiale og andre aktiviteter hos psykisk syke eldre
- Kompetanse i forhold til sansedefekter (syn og hørsel) hos eldre
- Kompetanse i familierapi
- Nettverkskompetanse i forhold til psykisk syke eldre
- Kompetanse i forhold til trygdeytelser og sosiale tjenester til eldre, inklusive overformynderiets rolle i forhold til psykisk syke eldre
- Kompetanse innen vurdering og hjelp i forhold til åndelige behov hos psykisk syke eldre
- Veiledningskompetanse til personale innen primærhelsetjenesten
- Undervisningskompetanse i forhold til primærhelsetjenesten, beslutnings-takere og til pasienter og pårørende

3.4.4 Kompetanse på regionalt og nasjonalt nivå

Diskusjonen om hvilke funksjoner som skal dekkes på regionalt nivå, og eventuelt nasjonalt nivå, har bare foregått de siste 5-10 år innen voksenpsykiatrien. Det vises til Statens helsetilsyns utredningsserie 4-1995, *Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne*, IK-2506. Diskusjonene er videreført i Fagråd for psykiatri, som gav innspill til Statens helsetilsyn før utsendingen av "Faglige tilrådinger til regionale helseplaner" av 14.09.99. Her fremkommer det at alle regioner bør ha egne funksjoner eller kompetansesentre på følgende områder:

- Debuterende schizofreni i alle aldre og debuterende psykoser hos barn og unge
- Psykiske lidelser hos flyktninger og asylsøkere
- Nevropsykiatriske lidelser, hyperkinetiske lidelser (ADHD), gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser hos personer med psykisk utviklingshemming

- Klinisk psykofarmakologi
- Psykosomatiske lidelser (i samarbeide med relevant enhet med landsfunksjon)
- Aldersdemens (i samarbeide med gerontologiske avdelinger)
- Sinnslidende som representerer særlig farlighet og vold

En eller flere regioner kan samarbeide om tiltak som er for omfattende for en region å gjennomføre alene (flerregionfunksjoner). Eksempler på slike områder er:

- Tegnspråkbasert behandling av psykiske lidelser hos døve i hele aldersspekteret
- Tilpasset tjenestetilbud til samisk befolkning i et livstidsperspektiv
- Telepsykiatri
- Psykosomatiske lidelser og psykiatriske aspekter ved lidelser hos pasienter som behandles ved enheter for somatiske landsfunksjoner (f. eks. transseksuelle, brannskadde, transplanterte)
- Psykiske lidelser hos spesielle yrkesgrupper (f. eks. helsepersonell)
- Psykiatrisk epidemiologisk register (må dekke alle yrkesgrupper, alle landets psykiatriske institusjoner, og bør legges i nær tilknytning til et miljø med aktiv forskning i psykiatrisk epidemiologi)

Det bør implementeres programmer for kompetansespredning på særlig prioriterte områder, eksempelvis:

- Selvmordsforebygging og intervensjon ved selvmordsadferd
- Spiseforstyrrelser
- Senfølger av vold- og trusseltilstander (ofre for seksuelt misbruk, bistandspersonell, voldsofre, flyktninger og asylsøkere)
- Kunnskapsbasert diagnostikk og behandling av de vanligste psykiske lidelser

4 Litteratur

4.1 Offentlige publikasjoner

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

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

Sosial- og helsedepartementet *Forskrift om individuelle planer*, juni 2001

4.2 Utredninger ved Helsetilsynet

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

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

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

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

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

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

Statens helsetilsyn (2001): Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsmåter, Statens helsetilsyns veiledningsserie 1-2001. IK-2738.

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

4.3 Andre referanser

Den Norske lægeforening (1996): Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening

Engedal, K. Bergem, A.L.M. Holm, M. Bragason, A. Moksnes, K-M. (1997): Alderspsykiatri – en spesialisert form for psykiatri? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 117 (25) 3684-2687.

Engedal, K. Nordberg, E. Moksnes, K-M. Bergem, A.L.M. (1997): Alderspsykiatri – et fagfelt som finner sin plass. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 117 (25) 3681-3683.

Falkum, E. Larsen, Ø (1999): Hva former befolkningens oppfatninger av helse og sykdom? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 119 (30) 4488-4491.

Hagnell, O et al. (1982): Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiologic study over 25 years: The Lundby study, Sweden. Psychological Medicine 12 279-289.

Hatling, T. Magnussen, J. (1999): Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Rapport nr STF78 A99540 SINTEF Unimed NIS Helsetjesteforskning.

Lian, O. S. (2000): Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 120 (1) 111-114.

Nome, H. Dalgard, O.S. (1999): Kan psykiske lidelser forebygges? Rådet for psykisk helse og Statens institutt for folkehelse.

Norges forskningsråd (1993): Alvorlige psykiske lidelser, Nasjonal ekspertkonferanse, Soria Moria kurs- og konferansesenter, Oslo

Norges forskningsråd (1996) : Bruk av benzodiazepiner, Konsensuskonferanse, rapport nr. 10 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering

Norges offentlige utredninger 1997:18 Prioritering på ny.

Norges offentlige utredninger 1998:21 Alternativ medisin.

Rund, B.R., Ruud, T (1994): Måling av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling, Helsetilsynets prosjekt – Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Delutredning 6, IK 2422.

Ruud, T (1996): Erfaringer og resultat fra en utprøving av noen metoder, Helsetilsynets prosjekt – Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Delutredning 7, IK 2546.

Ruud, T (1996): Oppsummering av prosjektet og forslag til videre arbeid, Helsetilsynets prosjekt – Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Delutredning 9, IK 2548.

Rønning, J.H. Ulvund S.E. Bredrup Dahl, L. Kaaresen, P.I.: Prosjekt tidlig intervensjon 2000. Kan tidlig intervensjon forebygge psykologiske utviklingsforstyrrelser/forsinkelser og forbedre helsetilstanden hos for tidlig fødte barn? Avdeling for Barne- og ungdomspsykiatri Universitetet i Tromsø, Barneavdelingen Regionsykehuset i Tromsø.

Statens helsetilsyn (1999): ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer, Universitetsforlaget, Oslo

Statistisk sentralbyrå : Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 1999-2050.

Øverås, S. Friestad, C Dahl, E. (1999): Behovskartlegging i Oslopsykiatrien. Kunnskapsstatus og utfordringer for videre forskning. Fafo-notat 20.

5 Vedlegg

Vedlegg I

KJERNEOMRÅDE FOR BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI (BUP)

Utarbeidet av overlege Lars Hammer og avdelingsoverlege Svein Staff.

Introduksjon

Med St. melding nr. 25 Åpenhet og helhet fikk vi for første gang i Norge en bred gjennomgang av området psykiske lidelser og tjenestetilbudene knyttet til dette. Stortingsmeldingen tok sikte på å gi grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Regjeringen har siden tatt i bruk en rekke virkemidler for å nå dette målet; juridisk i form av ny lovgivning, økonomisk i form av tilskuddsordninger, utdanningspolitisk i form av tiltak for å utdanne tilstrekkelig med faglig kvalifisert personell samt faglig med veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter.

På bakgrunn av St. melding nr 25 er det i statlig regi satt i gang et omfattende utredningsarbeid.

En av utredningsgruppene fikk som målsetting at utrede forholdet mellom pasientenes behov for psykiatrisk spesialistkompetanse og utdanning av fagfolk.

I den forbindelse ble man oppmerksom på at fagfeltet var såvidt dårlig definert at det var umulig å få gjort et tilfredsstillende utredningsarbeid før man hadde fått tydeliggjort "fagets kjerneområder". Bare ved en slik definering kunne man sammenholde barne- og ungdomsbefolkningens behov for spesialisthelsetjenester med fremtidens behov for kompetanseutvikling.

Sentrale premisser for dette dokumentet har vært at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, også fra spesialisthelsetjenesten. Stikkord for dette helsetilbudet er kvalitet, lik tilgjengelighet og forsvarlighet. Fra det offentliges side er det lagt føringer om en deling av helsetilbudet på kommune, fylkes-, region- og landsnivå. Det gjelder også for BUP. Fylkeskommunene har til nå vært tillagt stor organisatorisk frihet når det gjelder utformingen av tilbudene. Barne- og ungdomspsykiatrien skal fra 1.1.2002 overtas av de nye statlige helseforetakene på linje med den øvrige spesialisthelsetjeneste. Det foreligger ikke noe føringer om at enkelte institusjoner er tillagt landsfunksjoner. Regionssentrenes kliniske funksjoner er uavklarte. I tillegg er det opprettet en rekke spisskompetansesentre som har oppgaver som tradisjonelt har hørt inn under BUP. Forholdet mellom BUP og disse (og fremtidige) sentre er uavklart.

Dette dokumentet bygger på:

BUP konferanser Tromsø og Oslo høsten 1999, samt Bergen januar 2000.

"Den fremtidige tilretteleggelse af den Børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed; Sundhedsstyrelsen" 1998

"Röster om barns och ungdomars psykiske hälsa"; Delbetänkande av Barnpsykiatrikommitten; SOU 1997: 8

Utbildningsbok; Svenska föreningen för Barn- og och Ungdomspsykiatri Rammeplan for utdanning av kliniske pedagoger av 01.08.99

Rammeplan for klinisk videreutdanning av sosionomer i barne- og ungdomspsykiatri september 1990

Målbeskrivelse og gjennomførelsesplan for Barne og ungdomspsykiatri Reglement for spesialistutdanningene; Norsk Psykologforening

VIRKSOMHET OG OPPGAVER FOR BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI (BUP)

Beskrivelse av kjerneområde

1 Formål

Formålet er først og fremst å sikre barn og unge med deres familier et tilbud som kan identifisere, kurere, lindre og forebygge psykisk sykdom og lidelse. Dernest skal fagfeltet, i samarbeid med forskningsmiljøer, aktivt arbeide for å erverve og formidle kunnskap om hvilke indikatorer som utgjør en risiko for utvikling av psykisk lidelse og hvilke mekanismer som understøtter de forholdene i barns oppvekst som er fremmede for psykisk helse.

2 Målgruppe

Barn og ungdommer, med deres familier, som viser symptomer på eller løper risiko for å få psykisk sykdom eller lidelse, som utgjør hindring for personlig utvikling og modning.

Fokus må i vesentlig grad være rettet mot små barn for om mulig å hindre utvikling av alvorlig lidelse.

3 Organisering

BUP er en del av psykisk helsevern, som til nå er organisert i den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten. Virksomheten skal primært arbeide klinisk med diagnostikk, behandling og behandlingsbasert omsorg, i hovedsak med utgangspunkt i polikliniske enheter. For akutte innsatser, omfattende utredninger og behandlinger finnes ulike dag-, døgn- og familieenheter der skolevirksomhet i noen tilfeller kan være integrert. Problematikken i feltet krever i en del tilfeller muligheter for fleksibel innsats på tvers av organisasjons- og etatsgrenser. For å få målrettet og riktig innsats til differensierte pasientgrupper og tilstrekkelige gode muligheter for kunnskaps- og metodeutvikling må det utarbeides prinsipper for nivå- og arbeidsfordeling av tjenesten. De ulike tilstandene og diagnosegrupper vil fremstå med ulike grader av funksjonssvikt. Alvorlighetsgraden og hjelpebehovet vil variere fra sak til sak og målet må være å gi tilbud på laveste omsorgsnivå. For de alvorligste tilstandene må fagfeltet sørge for utredning og diagnostikk, utforme behandlingsopplegg og bistå i gjennomføringen av behandlingen.

En generalist-BUP skal i første rekke være nærmeste samarbeidspartner for de kommunale tjenester som arbeider med barn og ungdom. Det må avklares hvilke tjenester som skal ytes til fylkeskommunale virksomheter (barneavdeling, barnehabilitering, fylkeskommunalt barnevern og voksenpsykiatri) og hvilket nivå/hvilken ressurs i BUP som skal yte disse tjenestene. Regions- og universitetsklinikker skal være tillagt et særlig ansvar for å inneha spisskompetanse på forebyggende arbeid, spesialisert diagnostikk og behandling av særlig krevende tilfeller. I disse klinikkene må forskning, fagutvikling og utdanning danne basis for virksomheten.

Dette må gjøres i nært samarbeid med Regionsentrene for BUP slik at den samlede utdannings- og forskningsvirksomhet som drives der er hensiktsmessig koplet til den kliniske virksomheten.

Fagfeltet skal arbeide etter evidens- og konsensuskriterier for god utredning og behandling og tilstrebe en felles kvalitetsstandard nasjonalt. Arbeidet skal skje der pasienten best kan nyttiggjøre seg behandlingen, gjennom de instanser som

best kan hjelpe det enkelte barn og ungdom og organiseres slik at effektiv ressursutnyttelse finner sted.

4 Kunnskapsområde

BUPs kunnskapsområde er av tverrvitenskapelig natur hvor medisinske, psykologiske, sosiale og pedagogiske vitenskapsområder integreres. Arbeidsformen er utpreget TVERRFAGLIG der de ulike faggruppene kompetanseområder kompletterer og griper inn i hverandre.

Fagfeltets perspektiv er grunnleggende bio-psyko-sosialt med omfattende kunnskaper både om normalutvikling og sykdomsutvikling, dvs.:

- kunnskap om den normale vekst og utvikling hos barn og ungdom som indikerer med følelser, tanker og atferd avhengig av deres biologiske modenhet og funksjon og den psykologiske og sosiale sammenheng de befinner seg i
- kunnskap om psykopatologi hos barn og ungdom i vekst og hvordan barn- og ungdom kroppslig, følelsesmessig, intellektuelt og sosialt påvirkes av konstitusjon, sykdomstilstand, "ytre påkjenninger", foreldres helse og sosial tilpasning samt forhold i samfunnet forøvrig

Kunnskapen om utviklingspsykopatologi er sentral sammen med kunnskap om mestring og frigjøring av ressurser hos barn og familier. Grunnleggende familieforståelse og systemteoretisk kunnskap om gjensidighet og samspill i menneskelige relasjoner er nødvendig. Såvel nevropsykologiske som utviklingspsykologiske aspekter og innsikt om dynamikken i hvordan lidelser oppstår er av grunnleggende betydning for forståelsen av funksjon og symptom. Sosialpsykologi og kommunikasjonsteori er viktig for å forstå samspillet betydning for normalutvikling, ressurser og avvik. Læringspsykologi og pedagogikk er likeså vesentlige kunnskapsområder

Psykodynamisk teori vil fortsatt være et viktig bidrag.

Arbeidet innen BUP skjer ved en INTEGRASJONSPROSESS hvor bl.a følgende elementer inngår:

Teori	Tiltaks- og behandlingsmetodikk
biologi-fysiologi	informasjon
utviklingspsykologi	rådgivning
læringspsykologi	støtte
sosialpsykologi	psykoterapi (individualterapi, familierapi, gruppeterapi)
kommunikasjonsteori	nettverksarbeid
psykopatologi	miljøterapi
barnenevropsykologi/psykiatri	psykofarmakoterapi
barne og ungdomsmedisin	utforming av erklæringer
voksenpsykiatri	konsultasjon
kriseteori	veiledning
systemteori	forebygging
sosiokulturell kontekstforståelse	
forståelse av resilience og mestring	
psykodynamisk teori	

Diagnostiske ferdigheter	Holdninger/jus
anamneseopptak	etikk
observasjon	jus
vurdering av psykisk status	forvaltningsrett
vurdering av ressurser hos individet	familierett
vurdering av ressurser hos familie/nettverk	strafferett
vurdering av omsorg	pasientrett
vurdering av samspill	dokumentasjon
somatiske undersøkelsesmetoder	kritisk lesing og vurdering av
psykologisk testmetodikk	forskning og vitenskapelige artikler
pedagogisk testmetodikk	kunnskap om samfunnets organi-
transkulturell diagnostikk	sering, etater og profesjoner
bruk av ICD 10	
0-3 års diagnostikk	

5 Forebygging

BUP har et ansvar for å drive forebyggende arbeid. Det primærforebyggende arbeidet, dvs arbeid med å forhindre utvikling av psykiatrisk sykkelighet i en befolkning er primært et samfunnsansvar der regionsentrene og universitetsklinikken har ansvar for å utvikle og formidle kunnskap om forhold som fremmer barns psykiske helse og forebygger psykiatrisk sykkelighet.

BUPs primære oppgave er å drive sekundærforebyggende intervensjon; dvs strakstiltak mot tidlige symptomer på en frembrytende sykdom eller forstyrrelse og tertiærforebyggende virksomhet; dvs redusere funksjonssvikt som finnes sekundært til psykiatrisk sykdom eller forstyrrelse.

Det må være et mål for fremtidens BUP at tyngdepunktet forskyves fra tertiærforebygging til sekundærforebygging ved tidlig intervensjon overfor risikodefiniterte barne- og ungdomsgrupper.

6 Konsultativ virksomhet

BUP skal drive konsultativt arbeid og veiledning i forhold til kommunale og fylkeskommunale (og andre) instanser som arbeider med barn og ungdom.

Samtidig som BUP skal ha kunnskap om organisering og kompetanse om samarbeidspartnere, skal BUP med sin særlige kompetanse medvirke til å øke kvaliteten på det arbeidet som utføres av andre instanser og medvirke til at barn og unge får nødvendig psykiatrisk helsehjelp.

Konsultativt arbeid er på samme tid en spesialistoppgave og en dialog. Den som gir konsultasjon skal i tillegg til å være spesialist i eget fag også representere hele fagfeltet. Dette krever særskilt kompetanse både i formidling og i å arbeide gjennom andre.

7 Henvisningsgrunner

Henvisning til BUP aktualiseres i forhold til bekymring på ulike nivåer. Dette kan være alt fra uspesifikk bekymring til bekymring for symptomer, konstitusjonelle forhold/risikoforhold hos barnet og/eller i omgivelsene. Riktig henvisning og rasjonell bruk av spesialisthelsetjenesten krever en godt fungerende førstelinjetjeneste og god kontakt mellom første- og andrelinjetjenesten.

Dagens henvisningsskjema til BUP har henvisningsgrunn knyttet både til barnet og barnets miljø (siste 6 mnd). Riktig henvisning forutsetter omfattende forstå-

else av og kunnskap om bio-psyko-sosiale og psyko-sosiale risikoposisjoner samt kunnskap om de ulike tilstandsbildene i fagfeltet, dvs:

- gjenkjenning av symptomer for de ulike psykiatriske tilstandsbildene hos barn og unge der direkte innsatser fra fagfeltet vil være viktig diagnostisk eller prognostisk
- kunnskap om psyko-sosiale risikofaktorer for enkeltindivider og grupper av individer.
- kunnskap om betydningen av akutte, belastende livshendelser
- kunnskap om spesiell normbrytende adferd
- kunnskap om betydningen av utviklingsavvik
- kunnskap om somatisk sykdom/risiko

Samlet vil det være viktig med kunnskap om dobbeltrisiko og kumulerende risikobelastning der alle forhold kan trekkes inn i en total vurdering av individets situasjon og behovet for intervensjon fra BUP som spesialisttjeneste. Kunnskapen om betydningen av disse forholdene er delvis lite utforsket og lite kjent både i og utenfor fagfeltet. Ofte vil det, allerede på bekymringsnivå, være vanskelig å avgjøre om et problem/situasjon er av en slik karakter at henvisning er nødvendig, og om intervensjon kan være påkrevd og nyttig. Fordi tilstandsbildene ofte har kompleks karakter og sammenheng må innsatsen vanligvis individualiseres. Henvisning til BUP feltet er derfor komplisert og de ulike BUP-virksomheter er derfor preget av et uensartet inntak av pasientproblematikk.

Det er derfor avgjørende viktig at det er et nært samarbeid mellom BUP og henvisende instanser slik at det allerede før henvisning kan ytes hjelp til vurdering og prioritering.

Nedenfor følger noen eksempler på oppstilling av symptomer, alvorlig psyko-sosiale risikofaktor, belastende livshendelser, normbrytende adferd, utviklingsavvik og somatisk sykdom eller risiko som alene eller i kombinasjon bør medføre henvisning til BUP:

Symptomer på psykiatrisk tilstand med betydelig funksjonssvikt

forvirring og andre tegn på psykose
angst
overdreven oppstemthet
depresjon og selvmordstanker/forsøk
tilbaketrekning
tvang
spisevansker
somatisering
konsentrasjonsvansker
hyperaktivitet

Alvorlige psykososiale risikofaktorer, traumatiserte barn

barn av traumatiserte foreldre
uheldig samspill mellom foreldre og barn
svakt sosialt nettverk
dårlige sosioøkonomiske kår
alvorlig somatisk sykdom hos foreldre

barn av psykiatrisk syke foreldre
barn av rusmisbrukende foreldre (alkohol, stoff)
seksuelt misbruk/overgrep
komplekse risikogrupper
omsorgssvikt

Akutte, belastende livshendelser

plutselig dødsfall av nær pårørende
krisepsykiatrisk situasjon (ulykke)

Normbrytende adferd

rusmisbruk (alkohol,stoff)
tagging
spillegalskap
medlemskap i asosial gjengvirksomhet
kriminalitet

Utviklingsavvik

spesifikke avvik hos små barn 0 - 3 år (forsinkede ferdigheter mht. språk, motorikk, lek eller sosial kontakt)
mental retardasjon

Somatisk sykdom/risiko

alvorlig, akutt somatisk sykdom
alvorlig, kronisk sykdom (f. eks diabetes, revmatisme o.l.)
komplikasjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid

8 Kjerneområde

Fagfeltets kjerneområde er først og fremst definert av den direkte kliniske virksomheten ved utredning, diagnostisering og behandling/tiltaksetablering av sentrale tilstandsbilder. De definerte kjerneområdet er beskrevet som minste felles standard for fagfeltet nasjonalt og er oppgaver som hovedsakelig skal løses uavhengig av tidsaktuelle oppgaver. Kjerneområdet er karakterisert ved at BUP-feltet, mer enn andre virksomheter, har eller må utvikle adekvate utredningsmetoder, presis diagnostikk, virksomme behandlingsmetoder eller virksomme tiltaksmetoder for de aktuelle tilstandene. Alle pasienter med disse tilstandsbildene må, uavhengig av bosted, til enhver tid forvente å få nødvendig service i eget fylke eller egen region i en planlagt oppgave mellom innsatsnivåene.

Ut fra disse betraktningene vil vi få følgende KJERNEOMRÅDE der det forventes at fagfeltet ved siden av utredning og diagnostikk også er ansvarlig for behandling/tiltak i kortere eller lengre perioder av pasientens liv.

Emosjonelle forstyrrelser

ANGST OG FOBI (nevrotisk lidelse)
TVANGSTILSTANDER (OCD)
DEPRESJON (affektiv lidelse)
MANI/BIPOLAR LIDELSE (affektiv lidelse)

Sosiale forstyrrelser

REAKTIVE TILKNYTNINGSFORSTYRRELSER
UDISKRIMINERENDE TILKNYTNINGSFORSTYRRELSER
ELEKTIV MUTISME

Adferdsforstyrrelser med uspesifikt organisk grunnlag

ADHD (hyperkinetiske forstyrrelser)
TICS/TOURETTES SYNDROM

Utviklingsforstyrrelser

SPESIFIKK FORSTYRRELSE AV TALE OG SPRÅK
SPESIFIKK FORSTYRRELSE AV SKOLEFERDIGHETER OG
LÆREVANSKER
SPESIFIKKE FORSTYRRELSER AV MOTORISKE FERDIGHETER
GJENNOMGRIPENDE UTVIKLINGSFORSTYRRELSER
(autisme/Aspergers syndrom)

Andre tilstander/diagnoser

SPISEFORSTYRRELSER (anorexia, bulimia)
PSYKOSE/SCHIZOFRENI
DISSOSIATIVE TILSTANDER
PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER (ungdom)
DOBBELDIAGNOSE (rus og psykiatri)
IKKE ORGANISK ENURESE
IKKE ORGANISK ENCOPRESE

Sykdomspanoramaet for barn og ungdom mht. psykisk helse vil endre seg over tid og samfunnet vil ha fokus på ulike aspekter av sykdom og oppvekstproblematikk til forskjellige tider. Det er svært viktig at fagfeltet kan ta opp i seg de fokuserte samfunnsoppgaver som er sentrale til enhver tid. Dette betyr at det må være ressurser tilgjengelige som kan påta seg disse oppgavene og samtidig utvikle ny forståelse og kompetanse i forhold til disse nye tilstander/problemer.

Vedlegg 2

BRUKERDELTAKEELSE

integrering i utdanningene og prinsipielle betraktninger

Utformet av Norsk selvhjelpsforum (NSF) og Angstringen
Oslo, mars 2000

Innholdsfortegnelse	Side
1. Erfaringsplattform	42
2. Brukererfaringenes plass og nødvendighet i spesialist- og videreutdanning innen psykisk helsearbeid	43
2.1 Hvilken kunnskap representerer brukerne ?	43
2.2 utfordringer knyttet til forvaltning av erfaringsbasert kunnskap	44
2.3 En utdanningsmodul med basis i brukererfaringer	45
3. Politiske føringer - bakgrunn og konsekvenser	46
4. Definisjoner og begrepsavklaringer	47
5. Brukerstyrking - en nødvendig del av brukerdeltakelsen	48
6. Psykisk helse - psykiatri	49

1. Erfaringsplattform

Angstringen og Norsk selvhjelpsforum (NSF) har gjennom mange år vært en del av samarbeidet mellom organisasjonene som på forskjellige måter representerer brukere innen feltet psykisk helse. Sentrale samarbeidspartnere er bla. Mental helse, Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser, Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien, Voksne for barn osv. Angstringen og NSF har deltatt og deltar i følgende arbeids- og referansegrupper:

1. "Referansegruppen for oppfølging av brukertiltak i psykiatrimeldingen", Sosial- og helsedepartementet (SHD).
Andre deltakere i denne referansegruppen er Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien (LPP), Voksne for barn, Mental Helse, Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS).
2. SHDs informasjonsgruppe som er opprettet for å bistå departementet med utformingen og gjennomføringen av informasjonsstrategien for psykisk helse 1999-2002.
Andre deltakere i denne gruppen; SHDs Helseavdeling for psykiatri og Informasjonsavdeling, Helsetilsynet, IKS, FFO, LPP, Voksne for barn, Mental Helse, Rådet for psykisk helse og PsykOpp.
3. Rådet for psykisk helse: "Bruker og opplysningsutvalget"
Andre deltakere i dette utvalget; Mental helse, IKS, Norsk sykepleierforbund, LPP, Voksne for barn, Oslo kommune.
4. Statens helsetilsyns referansegruppe for spesialist- og videreutdanning innen psykisk helsearbeid.

I tillegg har vi også i nærmere 10 år vært del av arbeidet knyttet til Frivillighetsentralene og Frivillighetens samarbeidsorgan, FRISAM (styrerepresentasjon).

Dette dokumentet om brukerdeltakelse er skrevet på bakgrunn av kontakten med de andre organisasjonene og egne erfaringer. SHDs referansegruppe (1) har hatt brukerdeltakelse og utdanning til debatt.

Angstringen er en selvhjelpsorganisasjon for mennesker med angst som livsproblem. Organisasjonen har vært i virksomhet siden 1986. Utgangspunktet for alt arbeid som gjøres i Angstringen er egen angst, og behov og motivasjon for å bearbeide denne. Siden 1986 er det satt i gang ca. 260 selvhjelpsgrupper i Oslo. Det finnes ved inngangen til år 2000 tilsvarende grupper ca. 30 steder i landet. Stiftelsen Norsk selvhjelpsforum ble opprettet i 1998 med basis i Angstringens erfaringer og med formål å gjøre disse allment tilgjengelig og bidra til videre kunnskapsutvikling på selvhjelpfeltet i full bredde.

Gjennom 14 års erfaring med selvhjelp som generell metode og igangsetting av grupper har det også blitt tydeliggjort sentrale problemstillinger og viktige utfordringer knyttet til brukerdeltakelse.

2. Brukererfaringenes plass og nødvendighet i spesialist- og videreutdanning innen psykisk helsearbeid

Brukerne representerer viktig erfaring og kunnskap om det å leve med en livssmerte. Ved å bli kjent med smerten og ta kunnskapen om den i bruk vil endringsarbeid ha fundament i virkeligheten. Brukernes erfaringer og opplevelser fra møte med psykisk helsevern er viktig for kvalitetsheving av tjenestene. Å bidra til at brukerne selv benytter sine erfaringer i egen utvikling er en utfordring for helsevesenet.

Profesjonene innen psykisk helsevern er mange og representerer stor faglig bredde og ulike tilnærminger til problemområdene. For å gjøre den profesjonelle kunnskapen mer tilgjengelig og mulig å benytte for den enkelte som har behov for faglige tjenester, er brukererfart kunnskap om opplevelsen av tjenestene og profesjonene sentral.

Brukerorganisasjonene kan bidra med nytenkning og videreutvikling i undervisningen av personell innen psykisk helsearbeid, med systematiserte og reflekterte brukererfaringer. Kunnskapen som kan stilles til disposisjon kan ikke alene være en systematisk framstilling, men må inneholde tanker om hvordan erfaringene kan brukes.

De politiske føringene om brukermedvirkning og brukerdeltakelse krever at erfaringsbasert kunnskap integreres i utdanningene. Det er et uttalt mål å gi denne kunnskapen gyldighet.

2.1 Hvilken kunnskap representerer brukerne ?

- **Erfaringer om livssmerte, det å eie et psykisk problem.**
Kunnskapen om opplevelsen av smerte kan brukes av den enkelte i egen behandlingssituasjon og den kan av fagpersonell brukes i møtet med det enkelte menneske. Smerten kan endres fra problem til ressurs ved styrkingsarbeid. Kunnskapen om opplevelsen av en livssmerte er i utgangspunktet svært individuell. Men systematiske framstillinger kan bidra til å øke fagfolks kunnskap om problem som ressurs.
- **Erfaringer knyttet til bruk av tjenester**
I brukernes møte med helsevesenet gjøres det stadig nye erfaringer. Hver og en som er bruker gjør sine erfaringer, preget av sitt individuelle problem. Utfordringen blir å gjøre disse enkelterfaringene til generell kunnskap som det er mulig å benytte i videre utviklingsarbeid.
- **Erfaring fra personlig endringsarbeid - om å snu et problem til en ressurs.**
Egenkraftmobilisering (empowerment) og selvhjelpsarbeid, ideologi og metodikk. Gjenerobring av egne krefter og egen styrke.

Disse kunnskapselementene bør være representert både i spesialist- og videreutdanning. For å integrere kunnskapen i all tjenesteyting bør det legges et grunnlag også i grunnutdanningene.

2.2 utfordringer knyttet til forvaltning av erfaringsbasert kunnskap

1. Individuell erfaring - hvordan bruke denne

Ved å våge å bli kjent med sin egen smerte, tørre å bruke kreftene dette frigjør, blir det mulig å be om nødvendig hjelp, stille krav til tjenesteyterne og ikke minst gjøre det mulig for seg selv å benytte de tjenestene som finnes.

2. Kollektiv og systematisert kunnskap

Brukererfaringer har hittil oftest vært formidlet som "historiefortelling", altså rekke av individuelle opplevelser. Dette er ikke tilstrekkelig for å representere bredden i brukererfaringene. Det er heller ikke tilstrekkelig for arbeidet med utvikling og endring av tjenester. De individuelle opplevelsene bør kun brukes for å gi de kollektive erfaringene et "ansikt".

Å gi individuelle opplevelser og erfaringer et kollektivt og systemisert uttrykk krever tid, økonomiske ressurser og ansvarlige brukerorganisasjoner. Systemisert og gjennomtenkt kunnskap fører til økt tillit til brukerorganisasjonenes representativitet - og minsker dermed faren for å havne i "gisselposisjon".

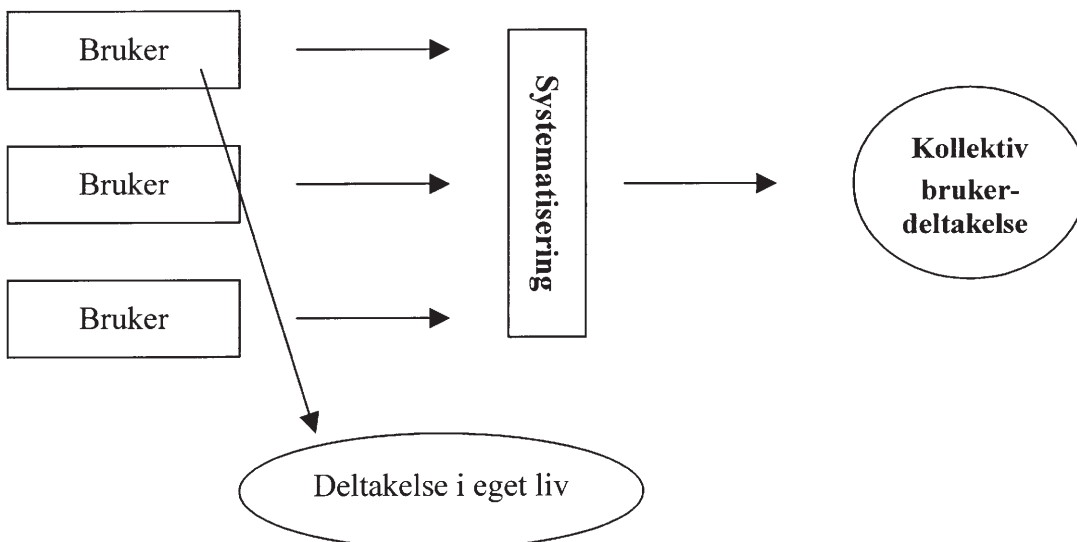
3. Ansvarsmobilisering i brukerorganisasjonene

En bred plattform for brukerdeltakelse må ha feste i brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene må ta ansvar for å løfte kunnskapen opp fra individnivå og gjøre den anvendbar. Mange individuelle erfaringer til sammen gir verdifull generell kunnskap. Summen av individuelle erfaringer, dvs. kollektiv og systemisert kunnskap, er det politiske myndigheter og faglige planleggere og utøvere kan benytte seg av.

4. Individuell og/eller representativ brukerdeltakelse

Temaet brukerdeltakelse er todelt:

- skal en bruker representere seg selv i egen behandlingssituasjon og/eller
- skal en bruker bidra til å representere brukerne av en tjeneste i sin alminnelighet



Brukerdeltakelse som prinsipp har ikke lyktes for man får til både individuell og kollektiv brukerdeltakelse.

Psykiske Helsevern har krav om brukerrepresentasjon i institusjonenes kontrollkommisjoner. Dette er et arbeid som stiller store krav til brukerne, både konkret kunnskap om for eksempel regelverk, og ikke minst styrke til å tale andre menneskers sak. Det er nødvendig med gode opplærings- og styringsmuligheter for brukere som skal gå inn i slik virksomhet.

2.3 En utdanningsmodul med basis i brukererfaringer

Verdigrunnlag

En utdanningsmodul med basis i brukererfaringer legger empowerment og selvhjelpsideologi til grunn for studiet: Et hvert menneske eier en egenkraft. Et hvert menneske eier en egen virkelighet. Et hvert menneske er verdifullt, for seg selv og for de(n) andre. Dette er en viktig erkjennelse i alt arbeid med psykisk helse.

Målsetting

En utdanningsmodul med basis i brukererfaringer har som målsetting å styrke studenten(e) slik at de som individer og gruppe i sin yrkesutøvelse kan bidra til å gjøre flere brukere i stand til å bli aktive deltakere i egen behandling og eget liv.

Organisering og struktur

En utdanningsmodul med basis i brukererfaringer bør etter vårt syn gå inn som en del av den tverrfaglige høyskolebaserte videreutdanningen innen psykisk helsearbeid. Innholdet i studiet er prosessorientert og bør derfor legges opp over ett studieår med en forelesning og ett gruppearbeid pr. uke.

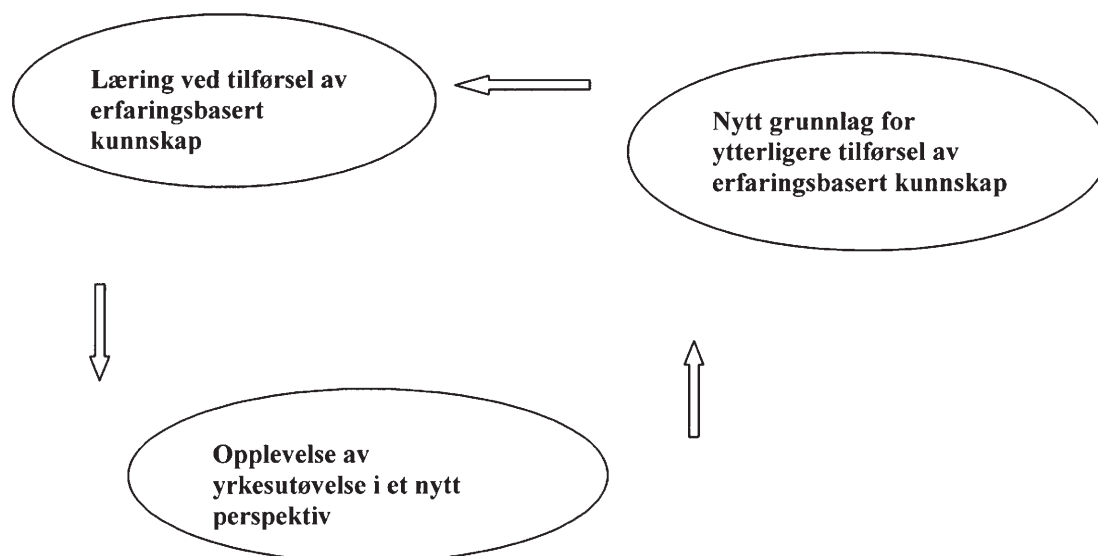
Pensum

Mye dokumentasjon finnes i brukerorganisasjonene allerede, og denne må systematiseres og gjøres tilgjengelig. Brukerorganisasjonene må oppfordres til å utvikle dokumentasjon fra sitt arbeid, slik at dette kan benyttes som pensumlitteratur. Organisasjonene må også finne fram til annen aktuell litteratur utfra egen virkelighet, og selv stå for viktig formidling.

Evaluering (elevvurderinger)

Hvordan man skal kunne evaluere om studentene har tilegnet seg kunnskap i tråd med målsettingen, kan være en utfordring. En virkelighetsnær tilnærming til dette er at evalueringen av den enkelte elev kun kan gjøres teoretisk, da praksis vil kreve vurdering over tid.

Tid og prosessarbeid er nødvendig får å kunne gjøre bruk av erfaringsbasert kunnskap:



Etterutdanning

I tillegg til utdanningsmodulen som er skissert over bør det fra brukerorganisasjonene utformes et undervisningsopplegg som kan tilbys som etterutdanning til personell uten treårig høyskoleutdanning. Da disse i sin yrkesutøvelse ofte har førstelinjekontakt med brukerne.

Tverrfaglighet - utnyttelse av ulike faglige ressurser

Det psykiske helsevernet søker tverrfaglighet, hvilket også er et behov hos brukerne av tjenestene for å kunne oppleve helhetlig tjenesteyting. Å oppleve at tverrfaglig samarbeid i behandlingsapparatet fungerer er derfor av stor betydning for brukeren. Det å sette profesjonene i stand til å benytte hverandres kunnskap er nødvendig for god brukerdeltakelse. Egen faglig trygghet er etter vårt syn det viktigste i denne sammenheng.

3. Politiske føringer - bakgrunn og konsekvenser

St.prp. nr 63 1997/96 og Inst. S. nr. 222 1997/98 gir klare politiske føringer for arbeidet med å styrke brukernes innflytelse på utviklingen av og bruk av tjenester innen det psykiske helsevernet. Stortingsproposisjonen peker på viktige skjevheter i dagens helsevesen og søker gjennom proposisjonen å fremme tiltak som retter opp dette. Regjeringens forslag ble gitt støtte i Stortinget. Det er altså bred politisk enighet om å prioritere psykisk helse.

De politiske hensiktene er gode, og bygger på et verdisyn der individet settes i sentrum. Politikken virker å være begrunnet utfra dette verdisynet, ikke utfra hensynet til økonomien knyttet til helsetjenestene.

I det politiske grunnlagt som er gitt av Storting og regjering og faglige dokumenter som følger opp dette finner vi stadig formuleringer som ligner på denne; "*Brukernes interesser og behov skal legges til grunn...*".

Det er viktig å presisere at det ikke er entydig hva som er brukernes behov og hvilke interesser de har. Det må stilles spørsmålsteget ved hvem som skal definere hva som er brukernes interesser og behov. Brukerne er ingen ensartet gruppe. Interesser og behov vil variere fra bruker til bruker, avhengig av problem, aktuelle behandlingsmuligheter, livsfase, nettverk osv. Generalisering og systematisering av denne kunnskapen er nødvendig for å omsette den i handling.

Hvis politikken på området fører frem, og tjenestene over tid får tilført nødvendige økonomiske midler, vil man ikke alene oppnå bedre tjenester, man vil også kunne bidra til endringer hos det enkelte individ, som fører til økt deltakelse i eget liv, ikke bare medvirkning og deltakelse knyttet til eget tjenestekonsum.

Reel brukerdeltakelse kan kun finne sted hvis den er basert på respekt for det enkelte menneskes iboende ressurser og muligheter for endring, og ikke har til hensikt å alene minske utgifter eller bedrive systemkritikk per se. Brukerdeltakelsen blir kun et viktig redskap hvis den for alle involverte parter, er motivert utfra det å skape bedre tjenester og sterkere enkeltindivider.

Brukerdeltakelse handler i stor grad om holdningene vi møter hverandre med. Den økonomiske situasjon innen psykisk helsevern er ikke alene avgjørende for å få til brukerdeltakelse. Men for den enkelte bruker er det avgjørende at det er økonomisk mulig å tilby tjenestene det er behov for.

4. Definisjoner og begrepsavklaringer

Avsnitt 3 inneholder en rekke politiske dokumenter på feltet. Det er også laget en rekke faglige arbeider som søker å sette politiske målsettinger ut i livet. Få dokumenter har brukt nødvendig tid på begrepsavklaringer, hvilket er avgjørende for å bringe det konkrete arbeidet framover. Vi velger derfor å presentere en gjennomgang av sentrale begreper og legge fram hva vi legger i dette. Vi ser på dette som innspill i en debatt og som presiseringer av behovet for å sette innholdet i begrepene på dagsorden.

Bruker

En som er mottaker av profesjonelle tjenester, i eller utenfor institusjon, uavhengig av behandlende profesjon. Et menneske som selv har definert at det har et behov for å motta profesjonelle tjenester.

En rekke mennesker har ikke selv definert seg som brukere, men har blitt påført tjenester fra det psykiske helsevernet ved tvang.

Det er sentralt at dette representerer to helt ulike innfallsvinkler til begrepet bruker.

Bruker kan også defineres som *den som eier sitt psykiske helseproblem, den som eier smerten*. Usikkerhet, angst, psykisk smerte, ensomhet, kontrollbehov, utrygghet, manglende selvbilde og minimalt nettverk preger ofte hverdagen.

Begrepet bruker bør ikke benyttes uten at det defineres inn i en sammenheng, for eksempel brukere av distriktpsikiatriske poliklinikker (DPS) osv.

Profesjonell

Et menneske med utdanning for å håndtere en eller flere problemområder.

Brukerperspektivet

"...Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden står i fokus" (St.prp.63 1997/98; Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006)

Dette er et begrep som går igjen, og som er svært uklart. Hva er brukerperspektivet? Fra et brukersynspunkt er det viktig å reise en debatt om dette.

Brukerdeltakelse

Brukerne av tjenester skal, kollektivt og individuelt, reelt ha innflytelse på planlegging og utforming av tjenestene. Brukerne skal også ha innflytelse i bruk av tjenestene fra det offentlige eller utøvere disse har satt ut tjenester til. Vi har bevisst valgt begrepet brukerdeltakelse, ikke brukermedvirkning, fordi det har en noe mer aktiv nyanse, og aktivering av den enkeltes iboende ressurser er det sentrale i all brukerdeltakelse.

Andre ord som brukes i tilknytning til dette er; brukermedvirkning, brukerstyring, brukerrepresentasjon.

Empowerment

Empowerment-tenkningen tar utgangspunkt i aktiv deltakelse ved å velge å ta ansvar og derigjennom ta makten over sitt eget liv. Dette kan føre til mobilisering av egenstyrke som gir individet mulighet for egenkontroll og økt selvtillit. På denne måten utløses ressurser i form av ferdigheter i å ta individuelle avgjørelser i eget liv og muligheter for deltakelse i samfunnslivet.

"Empowerment er den prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets evne til å tilfredsstillende egne behov, løse egne problemer og skaffe seg nødvendige ressurser for å kunne ta kontroll over eget liv" (S. Talseth, 1997).

Selvhjelp

"Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv" (Angstringen).

Selvhjelpsprosessen fra passiv mottaker til aktiv deltaker innebærer følgende:

1. Erkjennelse av eget problem.
Å ta eierskap til eget problem medfører ansvarsmobilisering for egen forandring.
2. Motivasjon for aktivt endringsarbeid.
3. Bearbeiding av eget problem.
For å gjøre det mulig å bearbeide et problem er det sentralt å bli kjent med smerten.
4. Forandring.
Målsettingen for selvhjelpsarbeid er forandring, ikke løsning.

Selvhjelp er den bevisste forandringen av sitt eget indre, egne handlinger og dermed livssituasjon. Dette innebærer en holdningsendring; selvhjelp er å endre seg selv, altså det motsatte av det vi er opplært til, å endre de andre.

Styrking

Arbeid rettet mot individer eller grupper som har som målsetting å bringe fram og aktivere egne ressurser som gjør varige endringer mulig.

5. Brukerstyrking - en nødvendig del av brukerdeltakelsen

Startknappen for brukerstyrkingsarbeidet er erkjennelse og gjenerobring av egne krefter, empowerment. Brukere som skal fylle ulike funksjoner i brukerdeltakelsen, må ha den nødvendige plattform. Denne plattformen bygges ved styrkingsarbeid.

Prosesen fra bruker til brukerdeltakelse beskriver vi slik:

1. **Bruker**
Den enkelte bruker må definere seg som bruker. Erkjenne og bevisstgjøre sitt problem og i denne sammenhengen definere seg inn i et behandlingssystem.
2. **Brukerstyrking**
Den enkelte må styrkes i seg selv (jeget), for siden å kunne styrkes i rollen som bruker. Ved å bli kjent med smerten er det mulig å benytte denne som en kraft.
3. **Brukererfaring**
Det må skapes politisk, faglig og organisatorisk bevissthet om brukererfaringer. For at

disse skal få troverdighet og systemverdi må de samles, systematiseres og gjøres tilgjengelig. På denne måten kan erfaringsbasert kunnskap gis gyldighet.

4. Brukermobilisering

For at brukerdeltakelse skal kunne finne sted, enten på individ eller systemplan må det foregå en ansvarsmobilisering hos brukerne. For at det skal være mulig for brukerorganisasjonene å kunne representere kollektivt, må den enkelte bruker være styrket til å søke organisasjonenes fellesskap.

I denne sammenheng skal man være ytterst oppmerksom på at de fleste brukere av helsetjenester ikke er organisert i en brukerorganisasjon.

5. Brukerrepresentasjon

Representasjon innebærer at man representerer flere enn seg selv. Man skal i denne sammenheng være målbærer av kollektive erfaringer mot planleggere og utøvere. Dette krever solide organisasjoner som har satt de individuelle erfaringene i system og "kvalifiserte brukere" som har gjenerobret egen styrke og er tilført nødvendig kompetanse.

6. Brukerstyring

Aktiviteter og tiltak styrt av de som selv bruker muligheten (for eksempel et aktivitetshus).

7. Brukerdeltakelse

Siktemålet er deltakelse både på individ og gruppeplan. Dette handler om å ha gått gjennom prosessen fra passiv mottaker av hjelp til aktiv deltaker i eget liv.

Det stilles nå krav om brukerrepresentasjon for eksempel i kontrollkommisjoner på psykiatriske sykehus. For å få til reel brukerdeltakelse i disse og andre organiserte fora er det nødvendig med tilførsel av kunnskap også til de som skal være brukerrepresentanter, jfr. underpunkt 5 over.

For å kunne representere kreves også kunnskap om lover og forskrifter, og praktisering av disse.

I feltet psykisk helse skal man være spesielt oppmerksom på at man i det øyeblikket man definerer seg som "behandlingstrengende" er svært sårbar og har liten mestring. Dette er grunnlaget for i det hele tatt å bli bruker av det psykiske helsevernet.

For å skape reelt innhold i brukerdeltakelsen må man konkret snakke om:

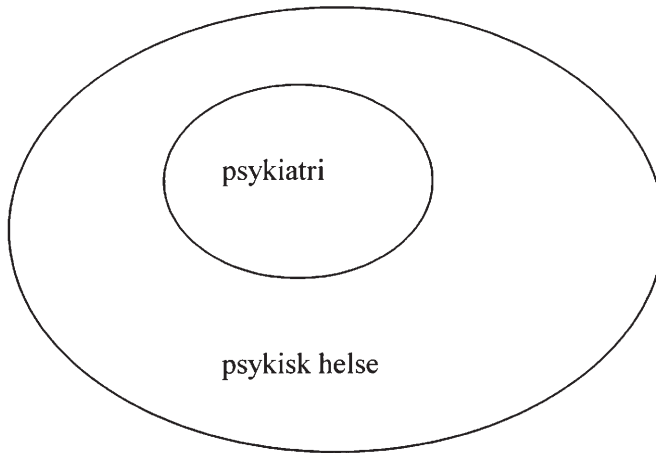
1. Har de som skal samarbeide felles forståelse av arbeidet som skal gjøres ?
2. Har man diskutert seg fram til en felles målsetting for det som skal gjøres ?
3. Hva er de faktiske rammebetingelsene man arbeider i ?
4. Har man problematisert og avklart rollene man fyller ?
5. Har man gjensidig respekt for hverandre ?

Det er viktig å ha klart for seg at man som bruker er i en type avhengighetsforhold til tjenestene man evt. skal medvirke i forhold til. Spørsmålet blir da hvordan dette påvirker et samarbeidsforhold.

6. Psykisk helse - psykiatri

Begrepene psykisk helse, psykiske lidelser og psykiatri blir ofte brukt om hverandre, noe som fører til at kommunikasjon blir utydelig. Klargjøring er viktig for kvaliteten på framtidens diskusjoner.

Vi ønsker å beskrive forholdet mellom psykisk helse og psykiatri med denne illustrasjonen:



Gjennom mange års arbeid med angst som livsproblem har vi erfart at mange opplever det vanskelig å erkjenne at man har et problem som krever handling og kanskje også behandling.

Erkjennelsen av eget livsproblem er en nødvendig startknapp for enhver endringsprosess, og en viktig faktor på veien for å sette seg selv i stand til å gjøre seg nytte av behandling som er tilgjengelig.

Mange mennesker kan ved helsefremmende arbeid innen psykisk helse bli gitt muligheten for å gripe tak i og bearbeide egne følelser slik at disse ikke utvikler seg til et livsproblem, eller gir sykdomssymptomer.

Nødvendig styrkingsarbeid kan gjøre det mulig for flere å leve tryggere med og mestre psykisk sykdom. Det er også svært viktig at behandlingsapparatet møter mennesker med psykiske lidelser på en slik måte at man unngår kroniske tilstander der det kan unngås. Det er avgjørende for den enkeltes livskvalitet at tjenester i psykiatrien tilføres nødvendige ressurser til å gi mennesker et verdig tilbud.

Erfaringsbasen brukerkunnskap vil være en viktig del av folkeopplysningsarbeidet:

- Helsefremmende arbeid
- Forebyggende arbeid
- Holdningsendrende arbeid

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE**PRIS**

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmondsforebyggende 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)
5-1997	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 fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	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	Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ...	IK-2695	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706	(100)
5-2000	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)
7-2000	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 inneklimatestre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	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 nødmeldtjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	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 etter HVPU-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)



På bakgrunn av anbefalinger 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 å nå målsettingen i St meld 25 har det siden blitt tatt i bruk en rekke virkemidler; juridisk i form av ny lovgivning, økonomisk i form av tilskuddsordninger, utdanningspolitisk i form av tiltak for å utdanne tilstrekkelig med faglig kvalifisert personell, samt faglig med veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter.

Tre utredninger har resultert i at det i løpet av 2001 utgis tre parallelle publikasjoner som må ses i sammenheng:

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

Denne utredningen bygger på lover, forskrifter og offentlige dokumenter fra statlige helsemyndigheter, vitenskapelige undersøkelser samt utredningsarbeid om kompetansebehov i psykisk helsevern.

Utredningen er relevant som grunnlagsdokument for det forsknings-, fagutviklings- og kompetansehevede arbeid som drives i tilknytning til psykiatriske poliklinikker, distriktpsikiatriske sentre og psykiatriske sykehusavdelinger.

Utredningen 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

