



FREMTIDENS DPS

Sluttrapport

Til tross for store endringer i samfunnet og DPS-ene de siste 20 årene, har det vært lite endring i DPS-enes organisering. Nasjonal sykehusplan legger klare føringer som krever nytenkning, og det er stor politisk vilje til å videreutvikle dagens løsninger.

Tilsynsrapporter har vist at psykisk helsevern er flinke til å forbedre mindre utfordringer, men at de større, systematiske utfordringene ikke blir løst tilfredsstillende. Dette gjelder blant annet høy avslagsprosent, lav tilgjengelighet på akutt-tjenester, og at mangelfull kapasitet i noen behandlingstilbud fører til uønsket forflytning av pasienter. Ettersom KK-bygget på Haukeland universitetssjukehus nå blir tilgjengelig for psykisk helsevern, gir dette en anledning til å gjøre en større vurdering av oppgave- og funksjonsfordeling, og av løsninger for fremtidens tjenester.

Fremtidens DPS er ett av fem delprosjekter fra Helse Bergen sitt utviklingsprosjekt [Psykisk helsevern for framtida](#). I løpet av 2021 har delprosjektet jobbet med å finne løsninger på hvordan vi best mulig kan organisere psykisk helsevern for voksne, slik at det blir tilgjengelig, tilbyr riktig hjelp på riktig sted, har hensiktsmessig spesialisering, og at behandling for psykisk helse, rus og somatikk er integrert.

Oppdraget

[Prosjektet](#) har fått i [oppdrag](#) å planlegge hvordan DPS-enes behandlingstilbud skal se ut i 2035 til 2050. Fokus skal være på hva som skaper verdi for sluttbrukeren. Prosjektgruppen skal være tydelig i sine konklusjoner og formuleringer, og skal vise til faktiske prioriteringer. Prosjektet må ta hensyn til det regionale prosjektet «Ein veg inn», at det skal opprettes en sentralisert ROP-post og befolkningsframskrivninger.

Den overordnede målsettingen er å legge det **faglige grunnlaget** for et framtidsrettet psykisk helsevern som gir gode tjenester til innbyggerne i området. Fremtidens DPS skal sikre

- **God tilgang** til behandling i psykisk helsevern for de som trenger det
- Et **helhetlig pasienttilbud**, uten det sterke skillet mellom psykisk helse, rus og somatikk
- Mer **differensierte** og pasienttilpassa behandlingsforløp
- Målrettet tilbud til pasienter som trenger mer **langvarig rehabilitering** og oppfølging

Prosjektet har fått i oppgave å besvare følgende problemstillinger:

1. Beskriv de største **akutte og elektive pasientgruppene** og deres vei inn til DPS (f.eks. fra legevakt/fastlege, andre avdelinger, poliklinikker, eller ev. direkte uten henvisning).
2. Drøft prinsipper for hvordan **inntaket av elektive pasienter** skal organiseres og standardiseres, der man samtidig tar hensyn til føringene fra det regionale prosjektet «Ein veg inn».
3. Hvis tilbudene skal organiseres etter et **sektoriseringssprinsipp**, hvordan skal de ulike befolkningsområdene fordeles.
4. Hvilke, om noen, **spesialiserte funksjoner/kompetansemiljøer** bør etableres og hvordan skal de fordeles.
5. Beskriv en anbefalt løsning for **samhandling om pasienter med blandingstilstander (ROP)**, og grenseflater til sykehus og legevakt/kommune.
6. Beskriv hvordan man best mulig kan sikre god **somatisk oppfølging** av pasientene.
7. Skisser forventet framtidig **sengekapasitet** for de ulike DPS-ene.
8. Beskriv behovet for **poliklinisk/ambulant aktivitet** og hvordan den bør **differensieres**. Beskriv også anbefalt fordeling av funksjoner mellom lokalisering på **sykehus eller DPS**

Prosess

Prosjektgruppen i «Fremtidens DPS» består av fagfolk/ ledere fra de seks DPS-ene i Bergensområdet, rusmedisin og alderspsykiatri, samt representanter for fastleger, ansatte og brukere.

Rolle	Enhet/funksjon	Navn, stilling
Prosjektleder	Solli DPS	Anders Hovland, psykologspesialist, PhD, direktør
Sekretariat	Solli DPS	Leif Arvid Øvernes, psykolog, leder for fagutvikling
	Solli DPS	Victoria Sandal Spångberg, administrasjonssekretær
Medlemmer i arbeidsgruppen	Kronstad DPS	Lars Onsrud, psykiater og klinikkoverlege
	Bjørgvin DPS	Marthe Brurok Myklebost, psykologspesialist, tillitsvalgt NPF
	Øyane DPS	Pål Halle, psykolog og teamleder
	Betanien DPS	Maria Hauser, psykologspesialist og avdelingsleder
	Voss DPS	Cathrine Stue Børhaug, spesialsykepleier og avdelingsleder Sissel Sæverås Nedkvitne, rådgiver
	AFR	Erlend Djup, psykologspesialist og seksjonsleder
	DPH, HBE	Anne Sissel Faugstad, spesialrådgiver
	NKS Olaviken	Minna Hynninen, psykologspesialist, PhD, klinikkleder
	DNFLF	Kristina Skogseth, psykiater og tillitsvalgt
	NSF	Hilde Steinli, spesialsykepleier og tillitsvalgt
	Fastlege	Toofan Barhag, fastlege/praksiskonsulent, Solli DPS
	Erfaringspanelet	Solveig Bartun Rob, erfaringskonsulent og nestleder

Kommunene er involvert gjennom fastlegerepresentant, foredrag på oppstartssamling, to innspillskonferanser og gjennom høringsprosess på hovedrapporten.

Prosjektgruppen hatt følgende møter:

Dato	Tema	Varighet
29.4	Oppstartssamling Fremtidens DPS og SWOT	4 timer
27.5	Fremtidens pasientforløp	2 timer
16.6	Fremtidens polikliniske og ambulante tjenester	2 timer
26.8	Midtveisrapport, datagrunnlag og fremtidens døgnbehandling	8 timer
8.9	Helhetlig og integrert behandling av psykisk helse, rus og somatikk	2 timer
6.10	Fordeling mellom sykehus, DPS og kommune	2 timer
20.10	Fordeling mellom DPS , presentasjon fra arbeidsgruppe 1 , 2 , 3 og 4	8 timer
11.11	Fremtidens DPS	4 timer
25.11	Godkjenning av sluttrapport	8 timer

Alle tema har fulgt samme format. Deltakerne har forhørt seg i egen organisasjonen i forkant av møtet. Den første timen har alle kort presentert innspillene sine på rundgang, slik at alle fikk lik mulighet til å få frem egne synspunkt og innspill før diskusjonen starter. Deretter har gruppen diskutert temaet ut fra innspillene som er kommet, med mål om å komme frem til felles prinsipper og konkrete tiltak som gruppen står samlet bak. Det har vært gjennomgående høyt engasjement, høyt kompetansenivå og godt oppmøte. Ved fravær har deltakerne som oftest sendt innspill i forkant, som så ble lest opp i innspillsrunden. Prosjektgruppen ble også delt inn i fire arbeidsgrupper som laget konkrete forslag for ni ulike problemstillinger, som så ble tatt inn igjen i prosjektgruppen.

I prosjektets første fase har vi hatt fokus på å tenke nytt, stort, og uavhengig av dagens organisering. Vi har derfor invitert eksterne foredragsholdere som har kunne presentere nye perspektiver på organisering. Heidi Tessand fra Stillasbyggerne, Didrik Heggdal fra Basal Eksponeringsterapi i Vestre Viken og Irene Dahl Andersen fra Sykehuset Østfold har hatt lunsjforedrag. På oppstartssamlingen fikk vi innspill fra Psykiatrisk klinikk, Bergen kommune, fastleger, spesialiserte behandlingstilbud og brukere om hva som var viktig for dem i fremtidens DPS. FoU og divisjonsstaben har bidratt med statistikk fra Helse Bergen ([Heggstad, 2021](#)). Prosjektrapporten er utarbeidet av Leif Arvid Øvernes og representerer prosjektgruppens samlede faglige innstilling til Fremtidens DPS.

Prinsipp: Alle henviste pasienter skal tilbys en vurderingssamtale, og skal sikres gode overganger til relevant tilbud i spesialisthelsetjenesten eller kommunen.

De fleste pasienter henvises til DPS fra fastlege. Både fastleger og brukere har kommunisert at hjelp i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er for lite tilgjengelig. Avslagsprosenten i psykisk helsevern (22,7 %) skiller seg tydelig fra både somatikk (5,5 %) og rus (3,6 % i 2020). Én av tre (27 %) som blir avvist innenfor psykisk helsevern for voksne, får likevel rett til helsehjelp senere samme år, og avvisningen medfører da at ventetiden deres økte fra 43 til 151 dager. Alle tall er fra [Heggestad](#) (2021).

«Ein veg inn»-prosjektet har som målsetning å sikre pasientene fysiske vurderingssamtaler på spesialistnivå innenfor psykisk helsevern, og gi én vei inn både til DPS og avtalespesialister. Selv om alle får vurderingssamtale, vil fremdeles en større andel avsluttes etter første time basert på prioriteringsveilederen. Det er viktig å sikre at brukerne opplever at de får hjelp, selv om riktig oppfølgingstilbud ligger i førstelinjen. De som gjennomfører vurderingssamtalene må ha god oversikt over behandlings- og støttetilbud i både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Tiltak

- Ingen som oppsøker hjelp skal gå tomhendt fra vurderingssamtalen. De kan tilbys støtte, råd, veiledning, mestringsferdigheter, selvhjelpsverktøy, eller informasjon om andre tilbud.
- Brukere som skal videre i spesialisthelsetjenesten eller førstelinjen får «time i hånden» med konkret tid og sted for neste avtale. Brukere som ikke får rett til videre helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, går videre til:
 - Fastlege: Fastlegetimen bookes direkte fra vurderingssamtalen. Fastlegen får tilsendt en skriftlig spesialistvurdering og konkrete råd og verktøy for videre oppfølging. Oppfølgingsspørsmål fra fastlegen avklares gjennom elektroniske meldinger.
 - Kommunalt tilbud: Brukeren meldes direkte på relevant kurs-/gruppetilbud, rask psykisk helsehjelp ol. (vurderingen erstatter behandlingstilbudets vurderingssamtale). Kan også henvises til kommunale informasjonsmøter.
 - Ingen videre avtale: For noen vil det være tilstrekkelig med en avklaring, informasjon eller selvhjelpsmateriale. Fastlegen får da tilbakemelding om dette.
- Det må utvikles gode digitale løsninger på tvers av første- og andrelinjen, som gir oversikt over tilgjengelig behandlings-, aktivitets- og oppfølgingstilbud til personer med psykiske lidelser og rus. Disse bør inkludere kapasitetsoversikt og standardiserte påmeldings- og henvisningsrutiner.
- Kjente pasienter med langvarige forløp kan få «åpen retur», hvor de kan ta direkte kontakt med DPS-et uten henvisning. Dette avtales individuelt for en periode etter avslutning.

Øyeblikkelig hjelp utenfor ordinær arbeidstid

Prinsipp: Pasienter skal også etter ordinær åpningstid tilbys akuttvurdering av spesialist, og innleggelse med færrest mulig overganger og på lavest mulig omsorgsnivå.

De aller fleste som legges inn på PAM, legges inn mellom kl. 15:00 og 22:00. Rundt 18 % av innleggelse på PAM blir overført til DPS (ca. 413 av 2311 i 2019). I tillegg blir i rundt 1000 akuttinnlagt direkte på DPS (ca. 588 for tre av seks DPS i 2020; [Heggstad, 2021](#)).

DPS-ene har, og skal fortsatt ha, ansvar for akuttvurderinger og innleggelse på dagtid, inkludert ansvar for å bistå kommunale tjenester med klinisk vurdering og veiledning i akutte psykiske kriser.

Både pasienter og Bergen legevakt uttrykker imidlertid et sterkt ønske om at DPS-ene skal tilby akutthjelp utenfor ordinær åpningstid. DPS-ene har imidlertid verken pasientgrunnlaget, spesialistdekningen eller den somatiske beredskapen til at hvert DPS kan ha spesialister i turnus på kveld, natt og helg. Et akutttilbud utenom åpningstidene må derfor sentraliseres.

Prosjektgruppen anbefaler at det opprettes en sentralisert akutthjelpenhet med mottaksfunksjon for psykisk helse og rus på HUS. «Akutthjelpen» skal tilby hjelp i akutsituasjoner utenfor DPS-enes åpningstid, og skal forebygge akuttinnleggelse gjennom støtte, veiledning og rask oppfølging på lokalt DPS neste dag. Det er spesialist fysisk tilstede frem til kl. 23:00, og vakttelefon med mulighet for utrykning på natt.

Tiltak som samtale, avklaringer, støtte, tiltak i hjemmet, medisiner, bruk av nettverk, veiledning av bemannede boliger, og døgnåpen telefonlinje for pasienter og helsepersonell gjør det mulig å utsette eller unngå innleggelse til pasienten har kommet i kontakt med lokalt DPS. I tillegg gjør spesialisten mottaksvurderinger og kan legge direkte inn på ulike sengeposter på sykehuset, blant annet lukket og åpent psykiatrisk akuttpost, rus-akutt og somatisk avdeling.

PAM har et høyt sikkerhetsnivå, og har pasientsammensetninger som gjør at oppholdet kan oppleves som belastende og avskrekkende. For at det skal oppleves trygt å oppsøke akutthjelp, skal det opprettes en åpen akuttpost på sykehusområdet som tar imot pasienter med akutte behov utenom DPS-enes åpningstid. Målgruppen er pasienter som ikke er ruset, utagerende eller farlige. Samlokalisering med lukket avdeling og felles beredskap gjør at pasienter raskt kan overføres til et høyere sikkerhetsnivå ved forverring.

Akutthjelpen bemannes delvis med spesialister fra DPS-ene, for å sikre kompetanseutveksling mellom nivåene og samordnede tjenester. Disse kjenner behandlingstilbudet på DPS og kommune godt, og vil redusere behovet for akuttsenger gjennom smidige overganger til DPS.

Tiltak:

- Sykehuset oppretter en felles akutthjelpsenhet med mottaksfunksjon for psykisk helse og rus på HUS. Denne tar imot pasienter fra lokal legevakt utenom DPS-enes åpningstid, og spesialister fra DPS-ene inngår i bemanningen.
- Selvhenvising eller triagering for direkte tilgang til den akutthjelp bør piloteres.
- Det opprette en åpen akuttpost for pasienter med behov for et lavere sikkerhetsnivå.
- Psykiatrisk legevakt i Bergen legges ned og ressursene overføres til akutthjelpen.
- Rus-akutten samlokaliseres med de andre akuttpostene på HUS.

Sentraliserte tilbud

Prinsipp: Pasienter skal, så langt det lar seg gjøre, få behandling i sitt nærmiljø på DPS. I de fleste tilfeller er det viktigere å behandle hele personen i sitt nærmiljø, enn å samle fagkompetansen i sentraliserte tilbud.

DPS-strukturen vurderes totalt sett som hensiktsmessig og godt fungerende. De seks DPS-ene i Helse Bergens opptaksområde tilbyr i dag behandling av høy kvalitet i pasientens nærområde, og er tett på både kommunale tilbud og fastleger. Sektorinndelingen er også generelt hensiktsmessig.

Nærhetsprinsippet brytes imidlertid for Ytrebygda bydel, der «sørge for»-ansvaret burde ligge til Solli DPS, men er i dag plassert på Kronstad DPS.

DPS-ene har ikke forutsetning for å opprette tilstrekkelig gode behandlingstilbud for spesielt sjeldne eller komplekse tilstander, ved behov for høyere sikkerhetsnivå eller for pasientgrupper som har større somatiske behov. Tilbudet må da sentraliseres for å få tilstrekkelig kompetanse, fagmiljø og rammer til behandlingen. I disse tilfellene skal tilbudene ligge på sykehusnivå, fremfor å organiseres som tyngdepunkt ved et DPS.

Sikkerhet, alvorlig spiseforstyrrelse, psykosomatiske lidelser og kompleks alderspsykiatri er eksempler på tilbud som må ligge på sykehus. Det mangler et tilstrekkelig godt tilbud for fremmedspråklige og etniske minoriteter som har store behov for blant annet kompetent traumebehandling gjennom tolk. Disse har også som oftest omfattende tilleggsbehov.

De sentraliserte behandlingstilbudene skal tilby både døgn- og poliklinisk behandling for de mest komplekse pasientene, slik at overgangen til DPS blir forsvarlig. Pasienter skal som hovedregel motta hele behandlingen fra samme sted. Hvis de søker seg til et tilbud ved et annet DPS, eller overføres til et høyere omsorgsnivå, overtar mottakeren behandlingsansvaret for både elektiv- og akutthjelp.

OCD-behandling er i dag sentralisert og DPS-ene henviser til B4DT, samtidig som behandlere fra DPS-et inngår i behandlingen. Det har vært en betydelig kompetanseheving i behandling av tvangslidelser og angst det siste tiåret. Ettersom angstlidelser utgjør den nest største pasientgruppen på DPS, må behandlingstilbud og kompetanse på angstbehandling være etablert lokalt. Dette vil også sikre at pasienter får all oppfølging samme sted. Det anbefales derfor å desentralisere OCD-behandlingen til hvert DPS. Kompetansen, metodikken og fagutviklingen kan ivaretas på tvers gjennom et fagnettverk.

Tiltak

- Pasientgrupper med spesielt sjeldne eller komplekse tilstander, og hvor behov for høyere sikkerhetsnivå eller tilgang til somatiske tjenester er sentralt, skal legges til sykehusnivå. Dette inkluderer blant annet sikkerhetspsykiatri, alvorlig spiseforstyrrelse, psykosomatiske lidelser og kompleks alderspsykiatri.
- Et behandlingstilbud for psykiatriske pasienter med store behov for språklig og kulturelt tilpasset behandling skal opprettes på sykehus.
- Behandling av angstlidelser skal foregå på DPS.

Poliklinisk behandling

Prinsipp: DPS-ene skal tilby spesialisert behandling for alle psykiske lidelser, men tilbudet må differensieres basert på kompleksitet. For de store pasientgruppene innebærer dette redusert tverrfaglighet og forenklet behandling, mens pasienter med de mest sammensatte utfordringene trenger større tverrfaglighet, fleksibilitet og ressursbruk.

Det polikliniske behandlingstilbudet differensieres langs to hovedlinjer. Pasienter med avgrensede psykiske lidelser tilbys målrettet og ressurseffektiv behandling, mens pasienter med sammensatte behov tilbys et tverrfaglig, nettverksorientert og fleksibelt behandlingstilbud.

De fleste pasienter skal tilbys målrettet poliklinisk behandling. Dette inkluderer både moderate og alvorlige psykiske lidelser der både utfordringene og behandlingstilnærmingen er avklart, og behovet for tverrfaglig og sammensatt behandling er mindre. Pasientene tilbys intervensjoner på ulike ressursnivå etter individuell vurdering, fra veiledet selvhjelp til gruppe- og individualterapi. Kvaliteten på behandlingen kan heves ved at behandlere spesialisere seg på utvalgte pasientgrupper og problemstillinger. Samtidig må det opprettholdes en viss breddekompetanse for pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg avgrensede tilbud.

De 10 % største forbrukerne av psykisk helsevern, bruker 57 % av døgnoppholdene og 44 % av polikliniske samtalerne (Heggstad, 2021). Dette er pasienter med komplekse og sammensatte behov, som trenger et helhetlig og koordinert tilbud på tvers av både første- og andrelinjen. De har ofte en kombinasjon av en eller flere alvorlige psykiske lidelser, rus, somatisk sykdom, utviklingsforstyrrelse og/eller kaotiske omgivelser, og mange er i tillegg lite motivert for behandling.

FACT er en god modell for pasienter med sammensatte behov, men selv om tilbudet skal ligge mellom første- og andrelinjen, må det rettes enda mer mot kommunene, med like deler første- og andrelinjetjeneste. FACT skal ha et eksplisitt utadrettet og nettverksorientert fokus. FACT må også tilbys uavhengig av diagnosegruppe, slik at tilbudet inkluderer pasienter med komplekse og sammensatte behov fra allmennaksen.

Tiltak:

- Alle DPS tilbyr standardisert, avgrenset og målrettet behandling for konkrete psykiske utfordringer.
- Fagnettverk på tvers av DPS kan etableres for utvalgte tilstander der det er behov for felles fagutvikling, forskning, kompetansebygging, kvalitetssikring og mer robuste fagmiljøer.
- Alle DPS skal tilby FACT for pasienter med sammensatte behov, uavhengig av diagnose. Disse drives i samarbeid med førstelinjen.
- FACT-teamene skal jobbe utadrettet, og skal samarbeide med kommunale tjenester med klinisk vurdering og veiledning for pasienter med langvarige og sammensatte psykiske lidelser. Dette gjelder også for brukere som ikke er på teamets pasientliste.

Døgnbehandling

Prinsipp: Pasienter som kan ivaretas med åpen dør behandles på DPS, mens lukket dør forbeholdes sykehusnivå.

Prinsipp: Når pasienter overføres til nytt døgnnivå, har mottakeren plikt til å ta imot innen avtalt tid. Utskrivende enhet har ansvar for at å sikre en god og faglig forsvarlig overgang.

DPS-ene har i dag plikt til å ta imot pasienter fra sykehuset innen 48 timer, men mangler tilsvarende mulighet for utskrivningsklare pasienter som trenger bolig i kommunen. DPS-ene i regionen melder at en vesentlig andel av sengene på hver døgnseksjon til enhver tid bindes opp av pasienter som venter på et egnet kommunalt botilbud. Dersom kommunene kan forplikte seg til å ta imot utskrivningsklare pasienter til en bemannet intermedieerbolig, vil dette øke sengekapasiteten betydelig.

Forutsetninger for forpliktende utskrivelse til kommune er at

- a) DPS-ene involverer kommunen så raskt det er avklart at pasienten trenger bolig.
- b) FACT følger pasienten etter utskrivning og veileder botilbudene så lenge kommunen har behov
- c) Kommunene vurderer selv videre botilbud og omsorgsnivå

Det er i dag svært begrensede rammer for elektiv døgnbehandling utover 2-3 uker. Noen pasienter trenger tid for å bli trygg nok til å ta imot behandling, noen trenger tett oppfølging under medisintprøving/ -nedtrapping og noen greier ikke nyttiggjøre seg av det ordinære døgn- og polikliniske tilbudet, men trenger et mer målrettet og intensivt behandlingstilbud på døgn.

Tiltak:

- Døgntilbudet på DPS opprettholdes med dagens kapasitet og inndeling i allmenn og psykose.
- Utskrivningsklare pasienter meldes tidligst mulig, og overføres direkte til intermediære boliger på kort varsel. FACT bistår kommunen før, under og etter overføringen.
- Alle DPS tilbyr brukerstyrte senger for pasienter som trenger en ekstra trygghet. Brukerstyrte senger er ikke øremerket, men er en individuell avtale om korte innleggelser ved behov.
- Et elektivt, målrettet og intensivt behandlingstilbud med rammer på 2-4 mnd. bør vurderes for pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg av det ordinære døgn- og polikliniske tilbudet.

Meningsfull aktivitet

Prinsipp: Behandlingen i psykisk helsevern skal hjelpe pasientene skape meningsfulle liv, og må derfor ha et gjennomgående fokus på meningsfull aktivitet, tilhørighet og personlig recovery.

Noen av de viktigste risikofaktorer for utvikling og opprettholdelse av psykiske plager er utenforskap, mangel på sosial støtte og mestringsopplevelser ([Myklestad, 2008](#)). Fremtidens behandling må ha et eksplisitt fokus på å hjelpe pasientene få dekket behov for tilhørighet, mening og mestring. Se forslag fra [arbeidsgruppen](#).

Tiltak:

- Alle DPS skal tilby «aktivitetsspesialister» som hjelper pasienter inn i ordinær, meningsfull aktivitet gjennom IPS-metodikk. Disse bør være ansatt i kommunen men ha kontor på DPS, på samme måte som jobbspesialistene.
- Ideelle og kommunale aktivitetstilbud og møteplasser skal integreres i behandlingstilbudet på DPS gjennom faste aktiviteter og møtepunkter.
- Alle DPS skal sikre pasienter følge fra DPS-et til aktivitetstilbud gjennom samarbeid med kommunale og ideelle lavterskeltilbud.
- Fastlege kan henvise, og pasientene selvhenvise seg, direkte til «aktivitetsspesialister» i kommunen som kan informere om, og følge nye brukere til aktuelle aktivitetstilbud.

Helhetlig behandling

Prinsipp: Pasienter skal sikres helhetlig behandling av psykisk helse, rus og somatikk på alle behandlingsnivå.

Pasienter med sammensatte behov blir lett kasteballer mellom tjenestene, fordi ingen av tjenestene har tilstrekkelig kompetanse eller rammer til å gi den helhetlige behandlingen de trenger.

I tillegg til spesialisert kompetanse på behandling av psykiske lidelser, må DPS-ene ha ansatte med kompetanse på blant annet rus, alderspsykiatri, habilitering og somatikk. Disse bør ha tilknytning til egne særfaglige miljøer og/eller fagnettverk. Disse integreres i FACT, men bør også ha veiledningsoppgaver for tilpasning av ordinær poliklinisk behandling.

Tiltak:

- Spesialisert kompetanse i rus, alderspsykiatri, habilitering og somatikk er integrert på DPS-ene.
- Den særfaglige kompetansen opprettholdes gjennom tilknytning til spesialiserte fagmiljø.
- Pasientens helhetlige behandlings- og koordineringsbehov kartlegges og vurderes systematisk ved oppstart og underveis i behandlingen.
- De fleste polikliniske pasienter ivaretas somatisk av fastlegen, men DPS-et må sikre at pasienter i behandling faktisk blir ivaretatt somatisk.
- Pasienter med størst behov for somatisk behandling og pleie skal ivaretas på sykehus, eller på sykehjem med veiledning fra spesialisthelsetjenesten.