



Utvikling av BUP fram mot framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet

Prosjekt 2019-2020

20. oktober 2020

Innholdsfortegnelse

Forord	3
1. Bakgrunn.....	4
1.1 Mandat	4
1.2 Organisering.....	6
1.3 Prosess	7
2. Tilbudet innenfor psykisk helsevern til barn og unge i Innlandet.....	8
2.1 Polikliniske tilbud.....	8
2.2 Døgnbehandling.....	8
2.3 Samarbeid med andre instanser	9
2.4 Omfang av tilbud sammenliknet med andre	9
3. Forbruk av helsetjenester for barn og unge i Innlandet.....	10
3.1 Antall pasienter i poliklinikk og døgn.....	10
3.2 Utviklingstrekk i pasientvolum	10
4. Nasjonale og regionale føringer for BUP.....	12
4.1 «Mestre hele livet»	12
4.2 Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse:.....	13
4.3 Nasjonal helse- og sykehusplan	13
4.4 Pakkeforløp psykisk helse barn og unge:	14
4.5 BUP håndboka	14
4.6 BUP prosjektet i Helse Sør-Øst.....	15
5. Utvikling av pasienttilbudet i BUP Innlandet.....	17
5.1 Samarbeidet/felles arbeid med kommunene.....	17
5.2 Arenafleksible, mer intensive eller hjemmebaserte behandlingstilbud.....	17
5.3 Framtidig døgntilbud på Mjøssykehuset og veien dit	19
5.4 Tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser.....	21
5.5 Gode overganger mellom BUP og VOP	23
5.6 Tilbudet til sped- og småbarn og gravide med rus/psykiske lidelser.....	24
5.7 Tilbud til barn i barnevernet og enslige mindreårige asylsøkere	26
5.8 Endringer/nye pasienttilbud gjennom teknologi og e-mestring	27
6. Framtidig organisering av BUP Innlandet.....	30
6.1 Kriterier for valg av organisasjons- og ledelsesmodell i BUP.....	30
6.2 Organisering av BUP Innlandet	30
6.3 Prosjektgruppens anbefaling.....	31
7. Problemstillinger som foreslås utredet i fase 2.....	33
8. Prosjektgruppens anbefalinger	34

Forord

Hva er det barn og ungdom som har psykiske lidelser trenger å få fra BUP? Hva vil de trenge fremover? Hvordan kan vi ta ut en kurs mot framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet på en måte som gjør at vi utvikler tjenestene og organisasjonen i riktig retning?

Spørsmål som dette ble drøftet i 2018 og begynnelsen av 2019. BUP-feltet mottok med spenning og litt begeistring et stort mandat fra divisjonsdirektøren i september 2019. Gjennom arbeidsgrupper, personalsamlinger, drøftinger på enhetene, fagkonferanse og alt arbeid i prosjektgruppen har vi kommet frem til flere råd og anbefalinger som vi mener vil være bra for barn og unge fremover.

Arbeidet ble noe satt tilbake da «alt korona-stengte» i mars 2020. Men i likhet med så mange andre, fant vi snart digitale måter å fortsette mye av arbeidet på. Både arbeidsgrupper, samlinger i personalet, og prosjektgruppemøter har brukt Norsk helsenett og Skype som erstatning – og det har gått rimelig greit. Det er stor grunn til å takke alle som har bydd på fleksibilitet og villighet til endring i forhold til dette.

De aller fleste barn/ungdom og deres familier, vil få et poliklinisk tilbud også fremover. Vi ønsker å videreutvikle vårt polikliniske tilbud, slik at vi sammen med kommunene kan sørge for gode pasientforløp med utgangspunkt i barn og unges ønsker og behov. Vi vil implementere flere kunnskapsbaserte metoder for utredning og behandling. Det er viktig å se barn og unge i deres kontekst og møte dem med tjenester tilpasset både familier, individ, skoler og nettverk. Nye tilbud gjennom bruk av ny teknologi skal prøves ut. Vi skal også videreutvikle våre døgntilbud for de som trenger det.

Prosjektgruppen anbefaler en oppbygging av arenafor fleksible tjenester som skal kunne gis der barn og unge er og bor. Tjenester som er fleksible, kan jobbe med mange ulike involverte, så vel som med kun en ungdom eller en familie om det blir riktig. BUP'erne i Innlandet har vært tydelige og samlet om at vi mener slike tjenester er riktige å tilby fremover. Vi har brukt tid på å innhente erfaringer fra mange andre foretak, spurt om hva de synes funker godt hos dem, hva de ville gjort annerledes om de kunne. Vi har hatt som mål å høste av andres erfaringer, samtidig som vi må se hva som vil være det som kan passe akkurat for oss. Våre anbefalinger til hvordan BUP i Sykehuset Innlandet bør utvikles fremover er derfor ikke helt like noen andre foretak, men hva vi mener er en god blanding av andres gode erfaringer, og lokale forhold ved oss.

Ansatte vil bli ulikt berørt av forslagene til endringer. For noen vil det gi nye og utviklende arbeidsoppgaver. Andre ansatte vil bli berørt på en mer krevende måte, især der det foreslås endringer i tilbudene som berører hele enheters pasienttilbud. Vi har vært opptatt av å involvere ansatte i å foreslå veien videre for BUP, og har opplevd et stort og godt engasjement for dette arbeidet i fagfeltet.

Vi har tro på at det i dette prosjektet er tatt ut en fremtidsrettet og klok kurs for BUP i Sykehuset Innlandet, både for pasienter, for ansatte og for organisasjonen.

Brumunddal 20. oktober 2020

*Bjørge Antonsen, Hallgeir Lange og Ingvild Svenkerud Aasen
Avdelingssjefer i BUP og ansvarlige for prosjektet i 2019-2020*

1. Bakgrunn

1.1 Mandat

Divisjonsdirektør i divisjon Psykisk helsevern ga følgende mandat til avdelingssjefene i BUP Hedmark, BUP Oppland og BUP Døgn:

- **Nasjonale og regionale faglige føringer for BUP**

Utredningen skal gi en kortfattet oversikt over faglige føringer som Sykehuset Innlandet må ta hensyn til i utviklingen av det framtidige tilbudet innenfor psykisk helsevern til barn og unge.

Eksempler på relevante dokumenter/kilder/temaer:

- Pakkforløp psykisk helsevern for barn og unge
- Ny nasjonal helse- og sykehusplan
- Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse
- BUP-prosjektet i Helse Sør-Øst i 2019
- Faglige utviklingstrekk
- Brukerperspektivet
- Samfunnsperspektivet og politiske utviklingstrekk
- Rapport fra arbeidet om virksomhetsinnhold i framtidig målbilde for Innlandet

- **Pasienttilbudet**

Utredningen om framtidig utvikling av BUP skal beskrive forslag til endringer/prioriteringer/nye pasienttilbud på kort og lang sikt der lang sikt defineres som tidspunkt for innflytting i Mjøssykehuset.

Forslagene skal bygge på pasient- og driftsdata fra 2017-2019 (henvisninger, belegg, produktivitet m.m.). Forslagene skal videre bygge på framskrivninger som utarbeides til arbeidet med virksomhetsinnhold, ref prosjektet i Helse Sør-Øst RHF høsten 2019. Det forventes at framtidig bruk av ny teknologi blir beskrevet der dette er relevant.

Eksempler på problemstillinger som bør vurderes/beskrives:

- Videreutvikling av samarbeidet med kommunene for å sikre at barn og unge får tilbud på rett nivå.
- Befolkningsframskrivning for antall barn i Innlandet og estimering av pasient-volum på alle tjenestenivåer.
- Pasienttilbudet i poliklinikk, arena- og ramme fleksible tilbud samt døgntilbud, herunder fordeling av ressurser mellom de ulike tilbudene.
- Beskrive faglige og organisatoriske tiltak som vil sikre gode overganger mellom BUP og VOP.
- Særskilt vurdere/beskrive polikliniske intensive høykompetente tilbud, á la front-team, DBT-team, OCD-team, FACT-ung m.fl. med beskrivelse av målgrupper, volum og organisering.
- Behandling av ungdom med alvorlig spiseforstyrrelse – BUP poliklinikk og døgn samt barne- og ungdomsavdelinger somatikk.
- Beskrive tilbudet til særskilt sårbare grupper:
 - Sped- og småbarn 0-5 år
 - Barn i barnevern
 - EMA (enslige mindreårige asylsøkere)
 - Gravide med rus- og psykiske vansker

- **Organisering/avdelingsstruktur**

Utredningen skal gi anbefaling om framtidig organisasjons- og ledelsesmodell for BUP i Sykehuset Innlandet. Samling av dagens tre BUP-avdelinger til én avdeling skal være ett av alternativene som vurderes.

Framtidig ledelsesmodell på nivå 3 og 4 samt behovet for stabs- og støttefunksjoner skal framgå av anbefalingen.

Utredningen skal også beskrive hvordan BUP-feltets rolle skal sikres i divisjonens ledergruppe.

- **Problemstillinger til andre fase høsten 2020**

Neste fase i utredningen av utviklingen av pasienttilbudet innenfor BUP vil starte tidligst høsten 2020 og må skje i samarbeid med pediatriavdelingene og habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet. Prosjektet må i denne fasen særlig beskrive samhandlingsflater som skal videreutvikles fram mot innflytting i Mjøssykehuset.

Følgende problemstillinger kan være relevante for andre fase:

- Når skal diskusjonen om organisering av tilbudet til barn og unge starte? Skal BUP ta initiativ til et samarbeid med barneavdelingene og barnehabiliteringen nå eller vente litt?
- Hvordan skal Sykehuset Innlandet utvikle helhetlige pasientforløp til barn og unge?
- Hvordan kan de totale ressursene benyttes tverrfaglig og på tvers av enheter/driftssteder fram mot Mjøssykehuset?
- Hvordan organisere en liaisontjeneste til beste for barn og unge som er pasienter, uavhengig av medisinsk spesialitet?
- Hvordan utvikle nytenkning innenfor behandling av barn og unge, for eksempel biopsykososiale modeller?

Divisjonsdirektøren ga følgende føringer for prosjektarbeidet:

- Tilbudet skal faglig dreies fra døgntilbud til poliklinikk i tråd med utvikling av nye behandlingsmetoder
- Det framtidig døgntilbudet på Mjøssykehuset og veien dit skal skisseres
- Framtidig tilbud skal holde seg innenfor gitte rammer i Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2023 og årlige budsjetter
- Spesialistdekning og robuste fagmiljøer skal vektlegges
- Bruk av ny teknologi og e-mestring skal beskrives

1.1.1 Endring av mandatet som følge av koronapandemien

Prosjektarbeidet ble sterkt påvirket av koronaepidemien fra ultimo mars med flere avlyste møter for prosjektgruppen fram mot sommeren 2020. De tre BUP-avdelingene brukte mye lederkraft og personalressurser på å legge til rette for godt smittevern i pasientbehandlingen. En god del arbeid ble hentet opp igjen i løpet av våren, men man justerte mandatet noe. Arbeidet med å videreutvikle samarbeidet med kommunene blant annet for å sikre at barn og unge får tilbud på rett nivå, ble forskjøvet til fase 2. Endringen av tidsplanen da på dette arbeidet ble godkjent av både styringsgruppen og divisjonsdirektøren.

1.2 Organisering

Divisjonsdirektør er ansvarlig for prosesser som skal bidra til utvikling av tilbudet i BUP Innlandet fram mot nytt målbilde.

Divisjonsdirektør etablerte en styringsgruppe med følgende sammensetning:

- Assisterende divisjonsdirektør Anton Åhren (leder)
- Divisjonsdirektør Astrid Millum, divisjon Habilitering og rehabilitering
- Avdelingssjef Ingvild Svenkerud Aasen, leder av prosjektgruppen
- Avdelingssjef HR-rådgivning Øystein Høisveen
- Avdelingssjef Susan Juell, Avdeling for Alderspsykiatri
- Astrid Gerds Stensrud, Lillehammer kommune (oppnevnt av Overordnet samarbeidsutvalg)
- Divisjonstillitsvalgt Anne Bi Hoffsten, NSF
- Divisjonshovedverneombud Lars Arne Hagen

Divisjonsdirektør etablerte videre en prosjektgruppe med følgende sammensetning:

- Avdelingssjef Ingvild Svenkerud Aasen, BUP Hedmark (leder av gruppen)
- Avdelingssjef Bjørg Antonsen, BUP Oppland
- Avdelingssjef Hallgeir Lange, BUP Døgn
- Representanter fra BUP Hedmark
 - Avdelingsoverlege Pernille Tryli, BUP Hedmark
 - Enhetsleder/psykologspesialist Ole Christer Finset Lund, BUP Hamar
- Representanter fra BUP Oppland
 - Enhetsleder/klinisk sosionom Ane Bekkestad Fjose, BUP Gjøvik
 - Ass. enhetsleder/psykologspesialist Merete Schüller, BUP Lillehammer
- Representanter fra BUP Døgn
 - Psykologfaglig rådgiver Ola Homb, BUP Døgn
 - Enhetsleder Ingrid Hoff, Barn og familie, BUP Døgn til 30. desember 2019
 - Enhetsleder Per Standhaug, Kringsjåtunet, BUP Døgn fra 1. januar til 30. april 2020
 - Enhetsleder Karl Jensen, BUP Døgn Sanderud fra 1. mai 2020
- Divisjonstillitsvalgte
 - Andreas Feiring, FO
 - Sissel M.F. Bjørli, Fagforbundet
- Divisjonshovedverneombud Lars Arne Hagen
- Brukerrepresentanter
 - Kjell Viggo Eilertsen (oppnevnt av Brukerutvalget) (trakk seg i august 2020)
 - Marit Ringstad (oppnevnt av Ungdomsrådet)
 - Margit Silnes (oppnevnt av Ungdomsrådet)
 - Amund J. Myrvold (oppnevnt av Ungdomsrådet)
- Adriana Dicu, kommunepsykolog, Vestre Toten kommune (oppnevnt av OSU)
- Prosjektssjef Ingerlise Ski

Prosjektgruppen opprettet tre arbeidsgrupper med egne oppdrag innenfor følgende temaer:

- Organisasjons- og ledelsesmodell
- Intensive og arenaflexible tilbud
- Døgntilbudet

Arbeidsgruppene har bidratt i prosjektgruppens arbeid og til sluttrapporten.

Prosjektgruppens leder har sammen med de to avdelingssjefene og prosjektsjef planlagt prosjektgruppens arbeid og forberedt saker til prosjektgruppens møter.

Prosjektgruppen har bidratt til bred involvering av ansatte i dagens tre BUP-avdelinger ved bruk av personalmøter/dialogmøter og workshops. Avdelingssjefer og enhetsledere har hatt ansvar for fortløpende informasjon til ansatte. Innspill fra personalmøter, samlinger og workshops med ansatte har vært meldt tilbake til prosjektgruppen, arbeidsgrupper og i ledermøtene i de ulike avdelingene.

Prosjektgruppens mandat understreket ansvaret for å involvere og sikre dialog med relevante brukergrupper, herunder foretakets ungdomsråd. Prosjektledelsen har orientert om prosjektet i foretakets Brukerutvalg og Ungdomsråd. Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) og de geografiske samarbeidsutvalgene (GSU) skulle orienteres underveis i utredningsarbeidet. Det var planlagt deltakelse i Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) i begynnelsen av april, men dette ble ikke gjennomført på grunn av koronapandemien.

I forbindelse med oppstart av prosjektet ble det etablert en styringsgruppe, se punkt 1.2 for sammensetning av gruppen. Prosjektleder har deltatt i styringsgruppens møter. Styringsgruppen har hatt ansvar for å sikre at prosjektgruppen leverer i henhold til mandat. Styringsgruppen har fått presentert milepælsplan, forslag til etablering av arbeidsgrupper og status for arbeidet i de ulike arbeidsgruppene. Styringsgruppen har kommet med innspill underveis i prosjektet.

Divisjonsledelsen har sikret nødvendig orientering til TV20.

1.3 Prosess

Prosjektgruppen har med utgangspunkt i mandatet utarbeidet en detaljert milepælsplan for første fase med aktiviteter, tidsfrister og ansvar. Milepælsplanen har skapt forutsigbarhet for alle involverte parter.

Prosjektgruppen har drøftet risiko og mulighet knyttet til endringsforslagene i det faglige tilbudet i BUP, men har valgt å legge den omfattende risikovurderingen (jfr godkjent metodikk i Sykehuset Innlandet) til det kommende gjennomføringsprosjekt. Deltakerne i prosjektgruppen har fortløpende kommet med innspill i møter og på e-post.

2. Tilbudet innenfor psykisk helsevern til barn og unge i Innlandet

Det bor omtrent 65 000 barn i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet. Det er rundt 377 000 innbyggere i opptaksområdet som helhet. Nær 60 prosent av alle barn bor i området rundt Mjøsa. Innlandet er et geografisk stort sykehusområde, og tilbudet til barn og unge gis på ti ulike fysiske steder. Det er fem poliklinikker, som driver på åtte ulike geografiske steder. I tillegg driver BUP døgntilbud på tre steder. Det er 245 årsverk i BUP, fordelt på 90 i døgntilbud og 155 i poliklinikk.

2.1 Polikliniske tilbud

Opptaksområde / poliklinikk	Barnebefolkning	Antall kommuner
Elverum	9 508	6
Gjøvik (inkl Valdres og Gran)	21 535	13
Hamar	17 093	3
Lillehammer (inkl Otta)	13 329	12
Tynset	3 406	8

Det er ulikheter mellom de polikliniske opptaksområdene i forhold til størrelsen på barnebefolkningen poliklinikken betjener, antallet kommuner, og geografisk område. Det er dermed også en del ulikheter i hvordan en organiserer de ulike oppgavene som ligger til poliklinikkene.

Opptaksområder BUP

BUP Hamar

- 1 BUP døgnavdeling
enhet for akutt, utredning og behandling
- 2 BUP Hedmark, poliklinikk Hamar

BUP Elverum

- 3 BUP Hedmark, poliklinikk Elverum

BUP Gjøvik

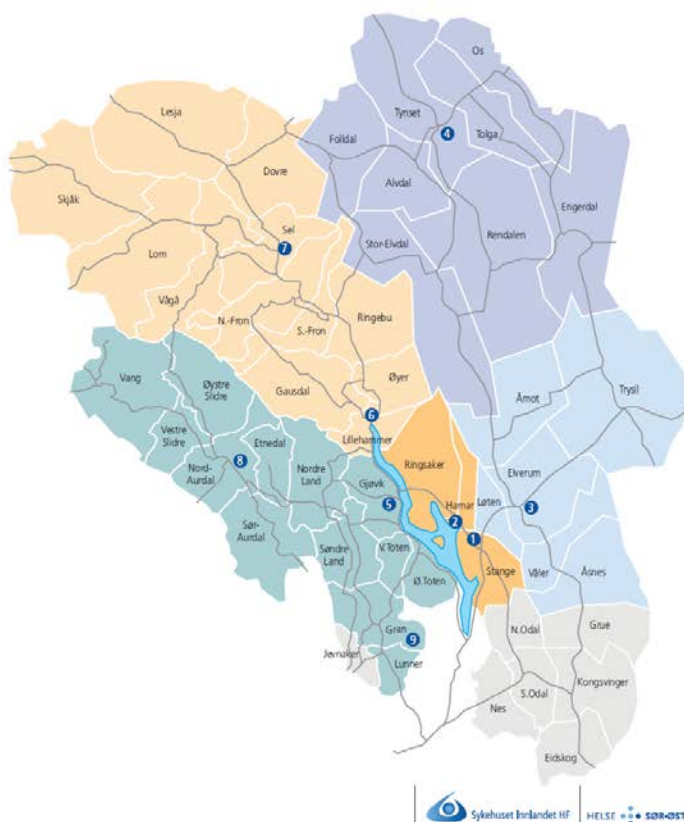
- 5 BUP Døgnavdeling
enhet for barn og familie Gjøvik
- 5 BUP Oppland, Gjøvik
- 8 BUP Oppland, Valdres
- 9 BUP Oppland, Hadeland

BUP Lillehammer

- 6 BUP Oppland, Lillehammer
- 6 BUP Døgnavdeling, Kringsjåtunet
- 7 BUP Oppland, poliklinikk Otta

BUP Tynset

- 4 BUP Hedmark, poliklinikk Tynset



August 2019

2.2 Døgntilbud

Avdelingen BUP Døgn har fire ulike behandlingssteder på tre fysiske plasser. Pasienter henvises til elektiv behandling i BUP døgn fra BUP poliklinikk. Innleggelser på akuttavdelingen kan skje både fra

BUP poliklinikker, eller fra henvisende instans. De fleste som blir akuttinnlagt i BUP Døgn blir innlagt via legevakt. Barn og unge med psykiske lidelser får i tillegg utredning og behandling ved TIPS-enheten på Sanderud sykehus når det er spørsmål om psykoselidelse. Tilbudet ved TIPS gis stort sett som et poliklinisk tilbud til ungdom, men kan også være i form av døgninnleggelse. Det er i snitt en pasient innlagt ved TIPS til enhver tid som er under 18 år.

2.3 Samarbeid med andre instanser

BUPs tilbud til barn og unge med psykiske lidelser er nært knyttet til andre hjelpetiltak og instanser, sånn som barnehager, skoler, PPT, barnevern, helsestasjon, kommunal psykisk helse og fastleger. BUP har også et oppdrag med et systematisk samarbeid med disse instansene for å utvikle helhetlige tilbud og sikre god oppfølging av sårbare barn og unge. Dette samarbeidet er mer dyptgripende rundt barn og unge, og rundt deres familier, og utgjør også en viktig del av tilbudet som gis innenfor psykisk helsevern til barn og unge i Innlandet.

2.4 Omfang av tilbud sammenliknet med andre

Det er mange faktorer som påvirker tjenestetilbudet slik det er bygd ut i ulike deler av Norge, og tjenester i BUP er ulike. En rapport fra Helsedirektoratet i 2018 påpeker nettopp nokså store forskjeller i tilbudet til barn og unge i ulike helseforetak og ulike regioner (Hdir IS-2850 «Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018»). Det er derfor vanskelig å legge stor vekt på sammenlikninger av tall, men prosjektgruppen har sett noe på hvordan tjenestene i Sykehuset Innlandet i hovedtrekk ser ut i en slik sammenlikning med andre foretak.

I snitt er det 19,6 behandlere i poliklinikk pr 10 000 barn i Norge. Om Sykehuset Innlandet var lik gjennomsnittet, skulle BUP i 2019 hatt 130 behandlere i poliklinikkene. I Sykehuset Innlandet hadde i 2019 120 polikliniske behandlerstillinger. I snitt var det 2,7 behandlere i ambulante stillinger pr 10 000 barn i Norge. Om Sykehuset Innlandet var lik snittet, skulle BUP i 2019 hatt 18 behandlere i ambulante stillinger. Sykehuset Innlandet hadde i 2019 ti ambulante behandlerstillinger i BUP. I snitt er det 2,8 døgnplasser/senger pr 10 000 barn i Norge. Om Sykehuset Innlandet var lik snittet, skulle BUP i 2019 hatt 18 døgnplasser/senger. Sykehuset Innlandet hadde i 2019 22 døgnplasser/senger i BUP, i tillegg bruker BUP i snitt en seng i TIPS.

Bildet kan tyde på at det i BUP i Innlandet har vært tilbudt mer døgnbehandling og er flere døgnplasser, og mindre ambulante og polikliniske stillinger og tilbud enn snittet i Norge. Lokale forhold som geografi, historikk og tidligere organisering, kommunenes ulike størrelser og tilbud, og variasjon i rammer tildelt til BUP kan være faktorer som er med på å gi dagens bilde av variasjon og ulikhet i tilbudene.

3. Forbruk av helsetjenester for barn og unge i Innlandet

Ved oppstart av dette prosjektet har det vært sett på noe statistikk som kan gi et bilde på forbruk av helsetjenester i psykisk helsevern for barn og unge i Sykehuset Innlandets sykehusområde, samt noen karakteristika og utviklingstrekk ved tilbudet.

3.1 Antall pasienter i poliklinikk og døgner.

Totalt 3570 barn fikk tilbud i en av BUP-poliklinikkene i Sykehuset Innlandet i 2019. Dette utgjør rundt 5,5 prosent av alle barn i opptaksområdet. Dette er et noe høyere antall barn enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst, som er på 4,7 prosent. Det er vanskelig å konkludere sikkert omkring hva som skaper behov for flere barn for å få et tilbud i BUP i Innlandet sammenliknet med snittet i Helse Sør-Øst. En mulig hypotese er at det kan henge sammen med at en del mindre kommuner har dårlig utbygde psykisk helsetjenester til barn og unge. Dermed vil flere av de med milde til moderate lidelser søke hjelp i BUP.

203 barn og ungdom ble i 2019 behandlet i BUP døgnerpost, med til sammen 5178 liggedøgn. Det var i 2019 omtrent 40 prosent ledig kapasitet på BUP døgnavdelinger. Tall fra januar til november viser også at mange pasienter har permisjoner når de får sine tjenester gitt fra BUP døgnerenhet. Det vil si at de bor/sover hjemme, men kan få oppfølging/tjenester fra behandlere tilknyttet BUP døgnavdeling hjemme eller har en plan om retur etter permisjon. Det er gjennom dette noe erfaring knyttet til arenafleksibelt (hjemme, skole, døgninstitusjon etter behov) i døgnerenhetene.

3.2 Utviklingstrekk i pasientvolum

3.2.1 Poliklinikk

Det er noe variasjon i hvor mye helsetjenester i psykisk helsevern barn får i ulike geografiske områder i Norge. I Sykehuset Innlandets opptaksområde, får barn nokså gjennomsnittlig av omfang av polikliniske tilbud/konsultasjoner (rundt 1,02 ganger snitt i Helse Sør-Øst). Det er noen forskjeller mellom de ulike opptaksområdene i forhold til pasientmengde, men et samlet bilde er at det er rimelig stabilt hvor mange barn som henvises til BUP. Dersom BUP fortsetter dagens oppgavefordeling og samarbeidsform med kommunene, antar vi at bildet fremover vil være nokså stabilt.

En ser også en utvikling av stadig mer omfattende, faglig krevende, kunnskapsbaserte behandlingstilbud i poliklinikkene. I dag er behandling med dialektisk atferdsterapi (DBT), 4-dagersmodellen for behandling av tvang og familiebasert terapi (FBT) ved spiseforstyrrelser eksempler på slike behandlingstilbud. Felles for tilbudene er en langt mer omfattende opplæring, implementering, kvalitetssikring og ikke minst langt større volum av tjenester som gis til pasientene. Det er grunn til å tro at det framover vil komme flere slike pasienttilbud som poliklinikkene vil implementere.

3.2.2 Ambulante tjenester

Det gis noe mindre ambulante tjenester i BUP i Innlandet sammenliknet med andre helseforetak. Samtidig beskrives det både i overordnede føringer (se pkt 4.3), fra samarbeidspartnere og fagfolkene i BUP i Innlandet et behov for å utvikle slike tilbud i et større og mer systematisk omfang. Dagens ambulante tilbud er ulike ved de ulike poliklinikkene, og for en stor del bundet til poliklinisk akutt-oppfølging av ungdom.

3.2.3 Døgn

Bruk av døgntilbud har gått ned de siste årene, både i tråd med faglige utviklingstrekk i behandling av barn med alvorlige/omfattende behandlingsbehov, og i tråd med oppbygging av mer effektive/målrettede polikliniske tilbud til pasientene. Det vil over tid være pasienter som trenger utredning og behandling i døgntilbud, særlig gjelder dette noen pasientgrupper. Prosjektgruppen regner imidlertid med at dagens utvikling med dreining fra døgntilbud til mer intensive og målrettede behandlingstilbud for barn og unge med store behandlingsbehov, vil fortsette. I tillegg mener prosjektgruppen at omfanget av døgnbehandling og behov for senger vil reduseres noe fra dagens nivå.

4. Nasjonale og regionale føringer for BUP

Psykisk helse barn og unge har vært et prioritert område for myndighetene i mange år. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 bidro til et betydelig løft for fagfeltet og målsettingen om å bygge ut spesialisthelsetjenesten til å kunne gi et tilbud til 5 % av barnebefolkningen er nådd i hele landet. Likevel er det enighet om at opptrappingsplanen ble avsluttet for fort.

De siste årene har det kommet flere viktige planer og strategier som gir tydelige føringer for arbeidet med barn og unge psykisk helse.

Under arbeidet med dette prosjektet er det lagt vekt på følgende dokumenter:

- «Mestre hele livet» Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Prop. 121 S (2018-2019)
- Nasjonal helse- og sykehusplan. Stortingsmelding nr 7 (2019-2020)
- Pakkeforløp psykisk helse barn og unge 2019.
- BUP håndboka
- BUP prosjektet i Helse Sør-Øst

I alle disse dokumentene er det felles føringer som er lagt til grunn:

- ❖ Vi skal skape pasientens helsetjeneste, med vekt på samvalg og brukarmedvirkning
- ❖ Samarbeid mellom tjenestenivåene skal videreutvikles– De ulike aktørene skal være partnere, ikke parter
- ❖ Tjenestene skal omfatte ambulante, fleksible tjenester og utadvendte sykehus
- ❖ Pakkeforløpene skal bidra til likeverdige tilbud
- ❖ Kunnskapsbaserte tjenester og kompetanseutvikling hos medarbeidere er viktig
- ❖ Økt bruk av teknologiske verktøy skal tas i bruk for å understøtte andre mål

4.1 «Mestre hele livet»

Dette er regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). I innledningen står det:

«Vi vil skape et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Regjeringen har som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Samtidig vil vi legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og iverksette målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon, før de kanskje utvikler lidelser. For de som utvikler psykiske lidelser, skal tjenestene være tilgjengelige, gode og koordinerte. Behandlingen må ha effekt. Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap gjennom livet. De norske sykdomsbyrderapportene (1;2) viser at angstlidelser og depressive lidelser er blant de sykdommene som gir mest helsetap i Norge»

Ut fra dette understrekes det at det forebyggende perspektivet står sterkt. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er prioritert målgruppe. Kommunene har ansvar for å legge til rette for et psykisk helsefremmende miljø for barn og unge. Alle skal ha tilgang på miljøer med vennskap og sosial støtte, alle bør få oppleve mestring, alle bør få mulighet til engasjement og være med på å påvirke egen hverdag, alle bør ha tilgang på lokalmiljøer som legger til rette for rusfrihet. Barnehager og skoler er viktige arenaer her i tillegg til gode fritidstilbud. Livsstil og psykisk helse skal sees i sammenheng. St.meld nr 19 (2018-19) Folkehelsemeldinga – gode liv i et trygt samfunn og St.meld nr 26 (2014-15) Framtidens

primærhelsetjeneste – nærhet og helhet er også viktige dokumenter her. Dette er i tråd med anbefalinger fra WHO's plan «Mental health action plan 2013-2020»

I spesialisthelsetjenesten legges det opp til at tjenestene skal være kunnskapsbaserte og virksomme. Samarbeidet med kommunene skal styrkes og det ambulante arbeidet skal videreutvikles. For å lykkes med dette må rekruttering av spesialister sikres og uønsket variasjon i tjenestetilbudet mellom ulike enheter må reduseres. I følge «Mestre hele livet» skal forskning og innovasjon bidra til bedre kunnskaps- og forskningsbasert psykisk folkehelsearbeid og utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester.

4.2 Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse:

I august 2017 vedtok et samlet storting at det skulle lages en ny opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Det var i utgangspunktet tenkt som en helhetlig strategi og økonomisk forpliktende opptappingsplan.

Prop. 121 S Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) ble godkjent i statsråd 7. juni 2019. Mange var skuffet over denne planen og kritikken handlet bl.a. om at den var lite helhetlig og økonomisk forpliktende. Kritikerne hevdet at planen ikke innebar noen reell styrking av fagfeltet. Den er fragmentert og en oppramsing av selvfølgeligheter og allerede vedtatte tiltak.

Tiltakene som beskrives handler i stor grad om tiltak i kommunene og det står lite om spesialisthelsetjenesten. I forhold til spesialisthelsetjenesten henvises det til nasjonal helse- og sykehusplan. Overskriftene i opptappingsplanen er de samme som i de andre dokumentene som er gjennomgått i prosjektet. Spesialisthelsetjenesten skal fremme pasientens helsevesen. Tjenestene skal være kunnskapsbaserte. Samarbeid mellom instanser skal forbedres. Her nevnes bl.a.:

- Samarbeid mellom instansene i kommunen
- Samarbeid mellom fastlegene og instanser i kommunen
- Samarbeid mellom kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten.

De ulike kapitlene beskriver helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig innsats når det oppstår bekymring for et barn eller en ungdom. Barn og unge skal høres og være med på å utvikle tjenestetilbudet. De som har psykiske vansker og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker.

4.3 Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 understreker at helsehjelp til barn og unge skal være et prioritert område. Planen tar for seg hva som legges i bedre psykiske helsetjenester for denne pasientgruppen. Viktige punkter her er at helsetjenestene skal være lett tilgjengelige og uønsket variasjon i tilbudene skal reduseres. Helsetjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten skal være godt koordinert slik at det utvikles bærekraftige tilbud på rett nivå og mulighet for tidlig innsats. I dette arbeidet inngår forventning om at spesialisthelsetjenesten skal bidra med veiledning og støtte til kommunale tjenester slik at kriser og innleggelser kan forebygges. Det skal opprettes 19 såkalte Helsefellesskap for kommuner og helseforetak. Her skal kommuner og helseforetak sammen utvikle og planlegge tjenester og gode pasientforløp. Barn og unge skal prioriteres i dette arbeidet.

Videre sier planen at er det viktig med høy grad av brukermedvirkning, samt større grad av arenafleksible tjenester og økt bruk av teknologiske løsninger som kan understøtte god behandling også utenfor sykehus. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og bruk av teknologi og digitalisering.

Ressursvekst skal vris fra bemanning til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere framtidig arbeidskraftbehov.

Det blir i planen sagt at spesialisthelsetjenesten i større grad ta seg av de med størst omsorgsbehov. Det skal arbeides for at færre trenger sykehusinnleggelse. Særlig for barn og unge bør tjenestene utvikles slik at de kan få sitt pasienttilbud ambulant og tilpasset deres behov. Det er dog også viktig at de pasientene som trenger det, fortsatt skal få døgntilbud.

4.4 Pakkeforløp psykisk helse barn og unge:

I januar 2019 ble det innført Pakkeforløp for utredning og behandling av barn og unges psykiske helse. 15. februar 2019 ble det også innført diagnosespesifikke pakkeforløp for Spiseforstyrrelser for barn og unge, Psykose og Tvangslidelse (OCD). Samtidig følger også et langsgående pakkeforløp for Somatisk helse og levevaner, som er integrert i alle de andre pakkeforløpene. I oktober 2019 kom enda et pakkeforløp. Det var pakkeforløp Gravide og rusmidler.

Pakkeforløpene er i hovedsak en logistikkreform for hvordan BUP organiserer tilbudene i kommunale tjenester og Spesialisthelsetjenesten, og har følgende hovedmål:

- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå unødig ventetid
- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Likeverdig tilbud til pasienter uavhengig av hvor i landet de bor
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Pakkeforløpet starter og slutter i kommunen. Det betyr at det er stort fokus på tverrfaglige henvisninger og inntaksprosessen til spesialisthelsetjenesten, samarbeid med kommunale tjenester underveis i utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og sikring av gode overføringer tilbake til kommune etter endt behandling. For å få til dette har man i pakkeforløpet satset på forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten og kommunene, understreket pasient/pårørendes rett til medvirkning i henvisningsprosessen og videre i utredning og behandling, samt understreket behovet for samarbeid mellom aktørene i hele pasientforløpet.

For å sikre likeverdige tjenester av god kvalitet har pakkeforløpet lagt opp til forløpstider for utredning, og differensiering mellom basisutredning som gis til alle og utvidet utredning som tilbys de som trenger mer tid.

Det faglige innholdet i helsetilbudet er i hovedsak ikke berørt av Pakkeforløp. Unntak her er fokus på integrering av somatisk helse og gode levevaner med mål om å redusere den store forskjellen i levetid som i dag finnes mellom pasienter med psykiske lidelser og øvrig befolkning. Pakkeforløpet understreker psykisk helseverns ansvar for å sørge for at somatiske problemstillinger følges opp. Det er avslutningsvis innført omfattende koding for å følge med på om målene i pakkeforløp blir oppnådd. SINTEF forsker samtidig på både ansattes og pasienter/ pårørendes erfaring med pakkeforløp.

4.5 BUP håndboka

Håndboka er utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Helseregion Øst og Sør) etter oppdrag fra Helsedirektoratet. Forfattergruppen består av fagpersoner fra ulike institusjoner i Norge med bakgrunn som forskere eller klinikere med kompetanse innen barn og unges psykiske helse.

BUP håndboka gir klinikere, pasienter og andre tilgang til oppsummert og kvalitetssikret forskningsbasert kunnskap. Den kan være et mulig verktøy for å jobbe bedre med samvalg. Med behandling menes tiltak og enhver handling som har til hensikt å fremme psykisk helse, slik som ulike former for samtaleterapi og pasientopplæring, eller medikamentell behandling. Behandling i denne sammenhengen omfatter også sekundærforebyggende tiltak som har til hensikt å forebygge tilbakefall.

4.6 BUP prosjektet i Helse Sør-Øst

Dette er et prosjekt som er satt i gang av ledelsen i Helse Sør-Øst. Det har hele tiden vært utfordrende å nå regjeringens målsetting omtalt som «den gylne regel» som skal sikre at psykisk helsevern vokser mer enn somatikk. BUP prosjektet er ett av flere tiltak for å nå dette målet. Prosjektperioden er fra 1. desember 2018 til 31. desember 2020. Det er etablert en prosjektgruppe med bred representasjon fra foretakene. Prosjektarbeidet omfatter fem hovedområder. Det er etablert arbeidsgrupper som arbeider med hvert sitt område.

På prosjektets nettside står det:

Kompetanse

Ett av fem hovedområder innenfor BUP-prosjektet er kartlegging av kompetanse. Dette skjer gjennom å definere hvilken kompetanse det er behov for i fremtiden. Så langt viser kartleggingen at det er behov for flere lege- og psykologspesialister. Derfor ser prosjektet nå på antallet spesialister i BUP i dag, og hvilket behov det er for lege- og psykologspesialister i fremtiden: Hvor mange utdannes per år, behovet for utdanningsstillinger, forholdet lege/psykologer og andre faggrupper, oppgavene til de ulike yrkesgruppene og hvordan kompetansen brukes.

Forbedringsarbeid

Gjennom prosjektet skal ledere få støtte i å utvikle en felles metodikk for lokalt forbedringsarbeid ute i egne foretak. Tilsammen 13 forbedringsveiledere er under opplæring. BUP-prosjektet er i gang med utdanning av 13 forbedringsveiledere, og opplæring av 15 ledere med sine team. Dette arbeidet går frem til juni neste år. Samtlige BUP-enheter i Helse Sør-Øst deltar i dette arbeidet. Flere av prosjektene er rettet mot inntaks- og førstegangssamtaler i BUP. Innføring av pakkeforløp går også igjen blant de 15 prosjektene.

Støtte til forskning tjenesteutvikling og innovasjon

Gjennom prosjektet får de 10 BUP-avdelingene metodisk og økonomisk støtte til økt innsats innen forbedring, forskning, tjenesteutvikling og innovasjon. I løpet av 2019 har BUP-prosjektet mottatt 19 søknader fra BUP om finansiering. 15 prosjekter har fått midler så langt, i tillegg har to PhD-er fått midler.

Det er for eksempel gitt 300 000 kr til Sykehuset Innlandet til hjelp til de «stille barna» via VR-briller og AV1 teknologi. Det gir disse barna en mulighet til å møtes digitalt, der de ikke selv er i stand til å møte fysisk. Dette er barn som blant annet ikke går på skole og ikke er i arbeid. Et annet eksempel er Sykehuset i Vestfold, som har fått midler til et doktorgradprosjekt for å forske på sammenheng mellom barns utvikling opp mot spedbarns relasjon til sine fedre.

Tjenstedesign for å få innsikt i arbeidsprosessene i BUP

For å oppnå pasientforløp med gode faglige, tverrfaglige og tverretatlige arbeidsprosesser er det tatt i bruk tjenstedesign for å definere de ulike utfordringene før henvisning, under og etter behandling. Gjennom dette arbeidet er det kommunikasjon og samarbeid mellom BUP og kommune eller bydel som er utpekt som det viktigste forbedringspunktet.

[Se rapporten om innsikt i arbeidsprosessene her](#)

VR-basert simulering

Simulering, ferdighetstrening og digitale verktøy er viktige verktøy for å styrke kompetansen blant de ansatte innenfor BUP-systemet. I samarbeid med SIM Innlandet og SIM Oslo har BUP-prosjektet lært opp 24 fasilitatorer i medisinsk simulering. Nå skal fasilitatorene lære å bruke VR-briller. VR-brillene skal brukes som trigger, når de ansatte skal øve med simulering på forskjellige utfordringer i møte med pasientene; innkomst, vold og trusler, selvmordsfare, den nødvendige samtalen og gjennomføring av tvangsvedtak.

Alle de 10 BUP-avdelingene i Helse Sør-Øst fikk etter nyttår utdelt en koffert med fem VR-briller. VR-brillene inneholder 360 graders videoer med de fem temaene. Disse skal brukes under simulering (øving, refleksjon og læring).

I tillegg til dette har flere HF og sykehus satt i gang tiltak for å benytte denne muligheten til å bredde bruken av medisinsk simulering og VR-teknologi i BUP.

5. Utvikling av pasienttilbudet i BUP Innlandet

5.1 Samarbeidet/felles arbeid med kommunene

Behovet for å videreutvikle/sikre et godt samarbeid og former for felles arbeid med kommunene rundt barn og unge med psykiske helseplager, pekes på fra mange hold. Det er ofte erfart både i kommunene og BUP at partene ikke alltid har fått et til tilstrekkelig samarbeid. Det pekes på i de fleste strategier og planer de siste årene, at det må gjøres mer på dette området. Rapporten fra ett av delprosjektene i Helse Sør-Østs BUP-prosjekt (Rapporten «Innsikt i arbeidsprosesser») peker på de gjenkjennelige utfordringene knyttet til samarbeid før henvisninger, i oppstartsfasen av et pasientforløp, underveis og ved avslutning og videre oppfølging etter et pasientforløp.

Prosjektgruppen er kjent med at det jobbes for å etablere Helsefellesskap som overordnet samarbeidsform mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og at helsetilbudet til barn og unge er et prioritert område her. Det er også tatt initiativ fra HOD for å se om man kan finne mer overordnede samarbeidsmodeller som kan bidra på området.

Prosjektgruppen anbefaler at man legger dette arbeidet til fase 2 av prosjektet. En bør der orientere seg om disse overordnede arbeidene, sett i forhold til når det er klokt å igangsette videre samarbeid med kommunene. Imidlertid understrekes det i prosjektgruppen at dette er et viktig arbeid å prioritere framover.

5.2 Arenafleksible, mer intensive eller hjemmebaserte behandlingstilbud

5.2.1 Nåsituasjonen

Det er fem poliklinikker i BUP i Sykehuset Innlandet per i dag fordelt på åtte ulike tjenestesteder. Ambulant behandling er i varierende grad en integrert del av den polikliniske behandlingen. BUP Hamar og BUP Elverum har egne akuttambulante team, mens BUP Gjøvik har egne stillinger til ambulante terapeuter som kan supplere øvrig behandling. Utover dette er det opp til hver behandler å reise ut til diverse møter, observasjoner og hjemmebesøk etter behov. Saksmengde og organisering ved poliklinikkene gjør det vanskelig å gi et tilbud med mer intensitet enn to ganger i uka eller gi et gjennomgående hjemmebasert behandlingstilbud.

På samme måte driver ulike døgnerheter ambulant virksomhet til en viss grad. Akuttenheten har over noen år hatt korte ettervern der hvor det er behov, mens de elektive enhetene gjerne har noe for og etterarbeid som foregår i hjemmiljøet til pasienten. Unntaksvis har ansatte i døgnposten jobbet hovedsakelig hjemme hos pasientene.

I tillegg til døgndrift finnes det en del intensive behandlingstilbud med ansvar for hele Sykehuset Innlandets opptaksområde:

- *Dialektisk atferdsterapi (DBT)* er et tilbud til ungdom mellom 12 og 18 år med følelsesreguleringsproblemer og medfølgende impulsiv atferd. Tilbudet inkluderer ukentlig individualsamtale, ferdighetstrening i gruppe, familieterapi ved behov og tilbud om telefonkonsultasjon etter ordinær åpningstid. To team er i drift. DBT BUP Hamar inkluderer ansatte fra døgnavdeling og BUP Hamar og tar inn pasienter fra hele Sykehuset Innlandet. DBT BUP Gjøvik tar inn pasienter fra egen klinikk, mens BUP Elverum er i ferd med å bygge opp et tilbud. Per i dag har BUP Hamars team en størrelse som tillater kontinuerlig inntak, mens Gjøvik og Elverum har årlig inntak.

- *OCD-teamet* er lokalisert ved BUP Gjøvik, men tar inn pasienter fra hele Sykehuset Innlandet. Teamet består av fire halve stillinger og bistår i utredning og behandling av OCD. Behandlingen deres bygger på manualene fra Bergen 4-day treatment og er en blanding av psykoedukasjon og intensivt eksponering med responsprevensjon.
- *Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser (TIPS)* er organisert under psykisk helsevern for voksne, men har også ansvar for å bistå i utredning og behandling av barn og ungdom i hele Sykehuset Innlandet. De tilbyr også døgninnleggelser for ungdom over 16 år.

Sykehuset Innlandet har godt utbygde polikliniske og døgntilbud og enkelte intensive behandlingstilbud. Per i dag mangler BUP intensive, arenafleksible behandlingstilbud. Nasjonale statistikker tyder på at BUP i Sykehuset Innlandet har omtrent like mange polikliniske stillinger som andre helseforetak i Helse Sør-Øst, flere stillinger knyttet til døgn enn andre foretak og færre ambulante stillinger.

5.2.2 Forslag til nye tilbud

Nasjonale føringer og tilbakemeldinger fra egne poliklinikker peker tydelig mot et behov for å ha arenafleksible, intensive tilbud både for barnegruppen og ungdomsgruppen. Disse tilbudene vil til en viss grad kunne erstatte døgnbehandling for enkelte pasienter, i tillegg til at man i større grad vil nå pasientgrupper som i liten grad nyttiggjør seg dagens polikliniske behandling og døgnbehandling. Erfaringsinnhenting fra lignende tilbud i Norge og studier på ulike typer arenafleksible team, framhever behovet for tjenester som er fleksible og tilgjengelige, involverer lokale systemer og familien og koordinerer et helhetlig hjelpetilbud. Eksempler på slike typer tjenester er ACT-team, FACT-team og MST i regi av Bufetat.

Prosjektgruppen anbefaler etablering av arenafleksible team, organisert sammen med døgnetenhetene for å sikre tilstrekkelig store fagmiljø og smidige overganger, samt muligheten for de arenafleksible teamene til å kunne samarbeide med sykehusskolene. Videre anbefaler vi en organisatorisk endring av DBT-teamene for å sikre et mer tilgjengelig tilbud i hele Innlandet fremover. Prosjektgruppen anbefaler en etablering av arenafleksible tilbud for å dekke ulike målgrupper/aldersgrupper av pasienter:

- Prosjektgruppen anbefaler at BUP oppretter et akuttambulant team. Teamet skal kunne gi et alternativt tilbud til innleggelse ved ø-hjelpshenvendelser, og hjelpe innlagte pasienter ved akuttposten med å gjøre overgangen ved utskrivelse mindre sårbar. I teamet bør både spesialister, miljøterapeutisk kompetanse og familieterapeutisk kompetanse inngå. Prosjektgruppen anbefaler å samorganisere og samlokalisere teamet med akutt døgnetenhet. Videre anbefales at det akuttambulante teamet og akuttposten har hyppige felles møtepunkter for å ivareta felles faglig plattform og en god, kontinuerlig dialog rundt pasientene.
- Prosjektgruppen anbefaler at Enhet for barn og familie som helhet dreier driften fra dagens døgnbaserte tilbud til et arenafleksibelt tilbud. En anbefaler videre at en i utgangspunktet jobber i barnets og foreldrenes nærmiljø og supplerer med innleggelse der det er nødvendig. Prosjektgruppen anbefaler at enheten behandler barn 3-12 år og deres familier som et utgangspunkt. En vil på overordnet nivå gå i dialog med fylkeskommunen for å høre om institusjonsskolen kan tilpasse seg et scenario med enda mer utadrettet jobbing. For at enheten skal ivareta utrednings- og behandlingsansvaret for en pasientgruppe med sammensatte og omfattende behov, anbefaler prosjektgruppen at det ansettes overlege ved enheten.

- Prosjektgruppen anbefaler at det opprettes et arenafleksibelt team for ungdom 13-18 år, organisert sammen med elektiv døgnpast for ungdom. Prosjektgruppen anbefaler at teamet organiseres tverrfaglig og at det på selvstendig vis kan ivareta utredning og behandling av vanlige pasientgrupper, herunder symptomlidelser og utviklingsforstyrrelser. Teamet skal gjøre selvstendig vurdering ifht behov for innleggelse. Videre bør teamet inneha kompetanse til å jobbe familierettet og systemorientert, og til å veilede foreldre og samarbeidspartnere. En anbefaler å inngå en dialog med fylkeskommunen for å se på muligheten for å innlemme spesialpedagogisk kompetanse fra sykehusskolen i teamet.
- Prosjektgruppen anbefaler å omfordele terapeutressursene i DBT slik at BUP kan ha to gruppetilbud med løpende inntak og sikre en mer likeverdig tilgang til DBT i hele Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde. Dette vil også kunne gi en økning i samlet kapasitet.

5.3 Framtidig døgntilbud på Mjøssykehuset og veien dit

5.3.1 Døgntilbudet pr i dag

Det er per i dag tre døgneheter i BUP i Sykehuset Innlandet. Enhet for akutt, utredning og behandling på Sanderud har både en akuttpost og en elektiv post for ungdom mellom 13 og 17 år. Kringsjøtunet i Lillehammer er en enhet for elektive ungdomsinnleggelser og har spesialkompetanse på behandling av spiseforstyrrelser. Enhet for barn og familie i Gjøvik er et døgntilbud for barn fra 6-12 år og deres familier.

Tabell 1 viser noen nøkkeltall i for døgneheterne:

Tabell 1

	2018			2019		
	Plasser	Utskrivelser	Belegg	Plasser	Utskrivelser	Belegg
Akutt	8	164	69	8	136	48
Utredning/behandling (Sanderud)	7	20	80	5	15	59
Kringsjøtunet	9	24	70	6	24	70
Enhet for barn og familie	5	30	70	4	28	73

I 2018 hadde BUP døgn 29 døgnplasser og 8276 liggedøgn. Justert for barnebefolkning var denne døgnbruken høyere enn noe annet foretak i Helse Sør-Øst. I forbindelse med at Kongsvinger-regionen ble flyttet til Akershus universitetssykehus 1. februar 2019, minket barnebefolkningen med om lag 10 prosent. Antall døgnplasser ble redusert til 23 og totalt ble det brukt 5178 liggedøgn. Det er fortsatt høyt sammenlignet med de fleste andre helseforetak, selv om Sykehuset Innlandet i liten grad bruker private behandlingsinstitusjoner. Særlig har man sett at Sykehuset Innlandets bruk av akutte døgnplasser er klart høyere enn andre foretak i Helse Sør-Øst. Tabell 2 er hentet fra Samdata for 2018 og viser geografiske forskjeller i bruk av senger for barn og ungdom i helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Tabell 2

Helseforetak	Døgnplasser 2018	Oppholdsdøgn 2018 (ikke medberegnet private plasser)	Barnebefolkning	Seng/10.000 barn	Justert for private plasser
Østfold	15	3 337	65154	2,3	3,8
Ahus	22	7 956	127995	1,7	3,7
OUS	25	12 109	107930	2,3	3
SI (2018)	29	8 276	74496	3,9	4,1
SI (2019-tall)	23	5 178	64786	3,6	3,8
Vestre Viken	17	4 287	108375	1,6	2,1
Vestfold	6	1 352	47887	1,3	1,5
Telemark	10	1 875	34169	2,9	3
Sørlandet	6	1 635	68191	0,9	0,9

5.3.2 Forslag til ny organisering BUP døgn

Det er vedtatt at alle BUP døgn sengeplasser skal ligge i det framtidige Mjøssykehuset. Basert på tall fra 2019 ser en at BUP døgn har flere sengeplasser for barn og ungdom enn andre helseforetak. Samtidig var det en relativt lav beleggsprosent, særlig ved akutt. Beleggstallene gir ikke et fullverdig bilde av kapasitet og ressursutnyttelse, og må brukes deretter. Prosjektgruppen mener likevel dette tyder på noe mer kapasitet i BUP døgn enn det er behov for. Flere endringer kan ha medvirket til mindre bruk av døgn de siste årene. BUP har satset på familiebasert behandling for spiseforstyrrelser i poliklinikkene, opprettelse av ambulante team, satsing på DBT og innføring av pakkeforløp. Prosjektgruppen mener at totalbehovet for døgnplasser vil bli ytterligere redusert ved etablering av arenafleksible, intensive tilbud som foreslått i avsnitt 5.2.

Per i dag er det et døgntilbud for aldersgruppen 13-17 år på Sanderud og Kringsjåtunet. Spredningen av døgntilbudet og fagmiljøet på to tjenestesteder gir en del utfordringer. Det er både faglige og organisatoriske utfordringer knyttet til dette. To små elektive døgneheter, med dertil små fagmiljøer, blir et mindre robust fagmiljø. Det gir dårligere muligheter for å kunne tilby ulike behandlingstilnærminger, og muligheter for fordypning i ulike behandlingstilnærminger. En kan tenke at enhetene kan utvikle ulike tilbud, men en står da i en situasjon hvor en kan få behov for økt overflytting av pasienter underveis i behandlingsforløp. Overflyttinger mellom enheter som er lokalisert på ulike geografiske steder, kan være uheldige for pasientens behandling i form av tap av kontinuitet, eller en må bruke ressurser på å sikre gode overganger. Akuttenhet for ungdom på Sanderud er hjemlet for bruk av tvungent psykisk helsevern, jmf materielle vilkår i psykisk helsevernloven, og vaktlinje i samarbeid med psykisk helsevern for voksne. Det er krav til både forvakt og bakvakt. Kringsjåtunet har ikke slik godkjenning, og vil heller ikke kunne få det på grunn av mangel på vaktlinje. Det vil ikke være mulig å etablere en selvstendig vaktlinje innenfor BUP-feltet med dagens tilgang på legeressurser.

Dersom en skal få til en oppbygging av et faglig mer robust og variert tilbud, gjennom en samling av mindre miljøer til ett større, vil dette derfor måtte inkludere også fagmiljøet på akuttenheten. Disse forholdene er vektlagt i prosjektets anbefalinger knyttet til døgntilbud for ungdom innenfor psykisk helsevern.

Av organisatoriske utfordringer gir dagens modell større driftskostnader per seng enn hva man ville hatt med ett samlet døgntilbud, og en sårbarhet for å ikke greie å drifte døgntilbudet i alle perioder

på grunn av mangel på nøkkelpersonell. Prosjektgruppen, med unntak av ett medlem, mener at fordelene med en samlokalisering av disse døgntilbudene allerede nå er betydelige, og veier opp for faglige og personalmessige ulemper. Man har ikke funnet det hensiktsmessig å diskutere samlokalisering med øvrig døgntilbud i BUP før innflytting i Mjøssykehuset.

Prosjektgruppen anbefaler å redusere fra dagens åtte senger til fem senger ved akuttenheten på Sanderud. I tillegg:

- Vurdere ulike modeller for beslutningsstøtte til dagens vaktlinje på Sanderud. Dette kan for eksempel gjennomføres med BUP-spesialister som supplerende bakvaksordning eller ved at akuttenheten deltar i vurderingssamtalene ved innkomst utover vanlig åpningstid.
- Prosjektgruppen, med unntak av ett medlem, anbefaler å samlokalisere elektive ungdomsplasser på Sanderud. En anbefaler å redusere fra dagens elleve elektive senger til åtte senger, forutsatt at man etablerer arenafleksible tilbud som nevnt i avsnitt 5.2.
- Prosjektgruppen anbefaler at akuttpost og elektiv post på Sanderud splittes opp i egne enheter og at elektiv post skal være en 7-døgnspost.

Merknad fra Andreas Feiring til kapittel 5.3.

Jeg er uenig med flertallet i arbeidsgruppa, som konkluderer med å anbefale samling av døgntilbudet for ungdom på Sanderud, i påvente av at Mjøssykehuset står klart.

Arbeidsgruppa har etter mitt syn jobbet ut i fra premisset om at Mjøssykehuset ligger ubestemmelig langt frem i tid, og på den måten gjort vurderingen om samling på Sanderud til en vurdering av om man er for eller imot samling av BUP døgn.

Å samle hele døgntilbudet på Sanderud i Stange vil i praksis bety å utradere tilbud og fagmiljø ved Kringsjøtunet i Lillehammer. Tilbudet må bygges opp på nytt på Sanderud, før det så må gjennom en ny omstillingsprosess inn til Mjøssykehuset.

Jeg mener vi har for dårlig grunnlag for å kunne si at de mulige positive effektene av å bygge opp et nytt tilbud ved Sanderud før det skal flyttes til Mjøssykehuset, veier opp for de negative konsekvensene ved å legge ned Kringsjøtunet.

Jeg er ikke imot en samling, men mener samlingen skal gjennomføres når Mjøssykehuset står klart. På den måten er vi sikret et stabilt tilbud til alle ungdommene i Innlandet i hele perioden mens sykehuset bygges. Å vente med samling til tilbudet skal inn i Mjøssykehuset vil også bedre sikre at både tilbud og fagmiljø kan etablere seg mest mulig inntakt fra begge sider av Mjøsa.

5.4 Tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser

Pasienter med spiseforstyrrelser er en liten pasientgruppe innenfor BUP, 40-50 nye pasienter behandles for spiseforstyrrelser i BUP hvert år. De kjennetegnes av ofte å ha et omfattende behandlingstilbud, og en del av pasientene innenfor gruppa har meget alvorlige symptomer. Pasienter som strever med spiseforstyrrelser er blant de med størst risiko for langvarige plager og hjelpebehov inn i voksenlivet dersom en ikke får tilstrekkelig god tidlig innsats. Det er derfor en pasientgruppe en må være særskilt oppmerksom på for å sikre at de får et tilbud av god kvalitet.

5.4.1 Dagens tilbud til pasientgruppen

I dag er hoveddelen av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser gitt i BUP poliklinikk. Omtrent 35 prosent av pasientene med spiseforstyrrelse får i løpet av ett år behandling i døgnpost, noe som er en vesentlig andel. Det har de siste årene vært en klar reduksjon av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse som må behandles i barneavdelingen (somatikk) underveis i et pasientforløp, og det er i dag få pasienter som får behandling der. BUP antar at dette henger sammen med et mer intensivt og effektivt poliklinisk tilbud.

I de fire største poliklinikkene (Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer) er det egne team eller underteam som har ansvar for behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Det polikliniske behandlingstilbudet er ofte preget av mer intensiv, omfattende og langvarig behandling for denne pasientgruppen, sammenliknet med gjennomsnittet for pasienter i BUP. Tilsvarende er denne pasientgruppen av de som kan få omfattende behov for døgnbehandling, med til dels lange innleggelser, og mange da også ved akutenheten. Noen pasienter med spiseforstyrrelser får også behandling ved regionale behandlingssenheter – som for eksempel ved Regional Seksjon for Spiseforstyrrelser, RASP.

Det har over lang tid vært jobbet med felles kompetanseutvikling og styrking av tilbudet til pasientgruppen i BUP. Tidlig på 2000-tallet etablerte man et samarbeid med et regionalt kompetansemiljø (Villa Sult-miljøet) for kursing, veiledning og utvikling av god praksis. Både BUP Døgn og BUP poliklinikk var med i dette arbeidet. Fra 2017 har man felles jobbet, i tråd med ny nasjonal retningslinje, med implementering av en familiebasert behandlingstilnærming, Familiebasert Terapi (FBT). FBT er opprinnelig en poliklinisk behandlingstilnærming. BUP-miljøet i Innlandet har imidlertid fortsatt felles arbeid mellom poliklinikk og døgn på området, og har utviklet et intensivt behandlingsopplegg i døgnrammer som understøtter videre poliklinisk behandling, basert på denne behandlingsmodellen. Det er gode erfaringer med dette tilbudet de siste par årene.

5.4.2 Forslag til videre utvikling av pasienter med spiseforstyrrelser i poliklinikk.

Det er en klar anbefaling i prosjektet at man fortsetter arbeidet basert på en felles faglig plattform, FBT. Det videre arbeidet må inkludere workshops, veiledning og vedlikeholdso pplæring, samt grunnopplæring av nye medarbeidere inn i spiseteamene og ved døgnenhetene. Når FBT er fullt ut implementert og en over tid greier holde behandling i tråd med retningslinjene for dette, må en vurdere behovet på nytt.

BUP bør også vurdere oppbygging av et alternativt behandlingstilbud for pasienter med spiseforstyrrelser. Et alternativt behandlingstilbud bør være tilgjengelige for pasienter FBT ikke passer for/har gitt ønsket effekt for.

Det bør startes opp med erfaringsgrupper, et tilbud til flere familier samtidig. Et slikt supplement til tilbudet vil være i tråd med pakkeforløp og retningslinjen for behandling av spiseforstyrrelser ifht både ivaretagelse av pårørende og behov for erfaringsutveksling i grupper. BUP har innhentet innspill fra andre steder med gode erfaringer med et slikt tilbud. Det er et forslag fra prosjektgruppen at dette etableres som et felles tilbud for hele opptaksområdet i Sykehuset Innlandet. En må her også se om videobaserte løsninger kan være et godt format.

Det anbefales at poliklinikkene etablerer en struktur i timeboka for behandlere i spiseteamene som bidrar til å sikre en god organisering av tilbudet til pasientgruppen. Organiseringene må hjelpe til med utfordringer som kan komme av at pasienter har meget kort frist når de henvises, man bør/må jobbe flere faggrupper sammen tidlig inn i pasientforløpet, samtidig som det er en liten pasientgruppe og det ikke er noen jevn flyt på henvisninger for denne pasientgruppen.

Det anbefales i prosjektet at man for denne pasientgruppen tenker en modell der enhetene skal ha ulikt oppbygd kompetanse og vil ha ulik erfaringsmengde, en tenkning BUP har omtalt som en «tyngdepunktsmodell». Pasienter ved de minste poliklinikkene, Gran/Otta/Tynset/Valdres, bør få behandlingstilbudet lokalt, men delvis gitt med bemanningsressurser fra de større enhetene Elverum/Gjøvik/Hamar/Lillehammer i behandlingen av disse pasientene. Dette er delvis etablert ved flere av de mindre enhetene i dag, men ikke ved alle. En må se på om økt bruk av videobasert behandlingsaktivitet kan bidra til å gjennomføre dette på en god og ressurseffektiv måte.

Det foreslås å få etablert en koordineringsgruppe for videre implementering og kvalitetsutvikling av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser i BUP. Gruppen bør ha en leder, og en representant fra hver poliklinikk og døgnettenhet som behandler pasientgruppen.

Det anbefales at det i BUP i Innlandet planlegges å få utdannet to egne veiledere i FBT, som kan stå for opplæring og veiledning av behandlere i Sykehuset Innlandet framover.

5.4.3 Anbefalinger av videre utvikling av pasienttilbudet i døgnettenhet

Tilbudet med kortvarige innleggelser etter FBT-modell, gjerne svært tidlig i et pasientforløp, anbefales å videreføres.

Døgnettilbudet for pasientgruppen må utover dette være fleksibelt ifht å kunne imøtekomme pasienter med ulike behov for både faglig ulike behandlingstilbud og ulik organisering.

BUP bør fremover øke fokus på å jobbe enda tettere mot skole, hjem og nettverk for denne pasientgruppen. Mer arenafleksible tilbud, og mulighet for intensive hjemmebaserte tilbud bør utvikles med utgangspunkt i døgnettilbudet.

Det anbefales av et flertall i prosjektgruppen en samling av døgnettilbudet for pasienter med spiseforstyrrelser, se pkt. 5.3.2.

Det bør utarbeides like rutiner for samarbeid med barneavdelingene innad i Sykehuset Innlandet. Noen pasienter i denne gruppen trenger også somatisk behandling i barneavdeling, samtidig med behandling i psykisk helsevern. Prosjektgruppen anbefaler at man på sikt utarbeider et helhetlig forløp for behandling der også barneavdelingene inkluderes.

5.5 Gode overganger mellom BUP og VOP

Det er kjent at overgangen fra tjenester for barn til tjenester for voksne, kan bli en sårbar overgang. Mulig brudd i behandlingsrelasjoner, manglende kontinuering av tiltak som har god nytte for pasienter både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten, og store endringer i pasientens livssituasjon kan gjøre overgangen vanskelig. BUP kan gi tilbud til pasienter frem til de er 23 år, om det skulle være pasientenes beste. Tilsvarende aldersbestemmelser finnes for noen andre tjenester for barn, som f.eks. barneverntjenesten.

Det ble i begynnelsen av 2020 drøftet nye rutiner for samarbeid mellom BUP og DPS, blant annet med formål om å sikre gode overganger for pasienter mellom BUP og VOP. Det har vært tradisjon i BUP poliklinikk for å fortsette et tilbud til pasienter over 18 år, i 2019 var omtrent 7 prosent av alle polikliniske konsultasjoner til en pasient over 18 år. Mange unge voksne som er i et behandlingstilbud idet de fyller 18 år, går på videregående skole, og bor hos sine foresatte. Det er naturlig at disse pasientene ferdigbehandles i BUP, og at en søker unødige brudd i behandlingsforløp for disse pasientene.

Noen få pasienter har omfattende behandlingsbehov i kombinasjon med behov for koordinerte tjenester i forhold til skole/arbeid, samarbeid med NAV, egen bolig eller tilsvarende idet de blir myndige. Psykisk helsevern for voksne har både større kjennskap til disse ordningene og et etablert samarbeid med disse tjenestene. For mange av disse pasientene vil det beste tilbudet, som inngår i en helhetlig behandling, ofte kunne gis av VOP, og det vil være naturlig å initiere en trygg overføring av et pasientforløp fra BUP til VOP i samarbeid med pasient og gitt samtykke.

BUP har ansvar for å legge til rette for en trygg overføring, gjennom å ta kontakt med aktuell enhet i VOP, tilby felles overføringssamtale i god tid, og skape forutsigbarhet ifht videre behandlingsforløp for unge voksne som skal ha sitt videre tilbud i VOP.

5.6 Tilbudet til sped- og småbarn og gravide med rus/psykiske lidelser

BUP poliklinikker i Innlandet har lenge hatt en satsning på tilbudet til de aller yngste, barn fra 0-5. I nasjonal sammenheng var poliklinikkene tidlig ute med å etablere egne sped- og småbarnsteam på enhetene, og dette er opprettholdt og satset videre på i årene siden. For noen år siden fikk poliklinikkene svært få barn henvist i denne aldersgruppen. BUP har satset bevisst på å øke denne andelen fordi det er viktig å komme tidlig til for å forhindre skjevutvikling og psykisk lidelse hos sårbare sped- og småbarn og deres familier. BUP ønsker derfor å kunne gi helsehjelp allerede fra graviditet og ha mulighet til å bidra til gode behandlings- og samhandlingsforløp

BUP Oppland hadde i perioden fra 2013-2015 et omfattende utviklingsarbeid for å bedre tilbudet til særlig sårbare barn i alderen 0-3 år og samarbeidet med KoRus Øst om dette prosjektet som ble kalt «Med barnet i mente». Før prosjektet startet, var det utviklet en behandlingslinje med en kompetanseplan for denne pasientgruppen. Behandlingslinjen var i første omgang en beskrivelse av tjenestene, prinsipper for samhandling og en nettressurs som samler kunnskap på området. Deretter ble det gjennomført et koordinert og samlet kompetanseløft i kommuner og spesialisthelsetjeneste for å gi alle felles referanser for det videre arbeidet.

Det ble inngått forpliktende avtaler om utvikling av gode samhandlingsmodeller mellom instansene på tvers av etater og nivåer. Ved Kvinneklinikken ved SI Lillehammer ble det etablert et forsterket barseltilbud der familier med særskilte behov kunne være lenger enn et vanlig barselopphold.

Den 2. oktober 2019 kom eget pakkeforløp for gravide og rusmidler. Pakkeforløpet beskriver hvordan ulike tjenester, som jordmor, fastlege, TSB eller VOP bør følge opp en gravid med rusmiddelproblemer, både med tanke på mors helse og funksjon, og med tanke på oppfølging av barnet.

5.6.1 Dagens tilbud

Sped- og småbarnsteamene gir tilbud om utredning og behandling for alle psykiske lidelser for barn 0-5 år. Svært ofte er det forhold rundt barnet som er bakgrunnen for henvisning, og fokus i utredning og behandling. Dette er i tråd med prioriteringsveilederen for BUP. Det er utviklet en egen internasjonal diagnosemanual på området, DC 0-5, som også brukes i alle sped- og småbarnsteamene i BUP. Ved mindre enheter er det medarbeidere som er mer skolert på disse tilbudene, om man ikke har egne selvstendige sped- og småbarnsteam.

Man har over lang tid jobbet systematisk med felles kompetansebygging i sped og småbarnsteamene i Sykehuset Innlandet. Det er etablert et eget nettverk som over tid har opprettholdt kompetanse og jobbet med implementering av nye metoder/kunnskap/praksis. Ved innføring av pakkeforløp i 2019,

etablerte sped- og småbarnsteamene en felles mal for utredning ved alle enheter. Det har vært satset ekstra på oppbygging av kompetanse i utredning og behandling ved disse teamene over mange år.

BUP Oppland har i samarbeid med Buf etat opprettet et eget konsultasjonsteam der kommuner kan melde saker til drøfting. Det er ønskelig å videreutvikle arbeidet med konsultasjon og veiledning til kommunene

5.6.2 Videre utvikling av tilbudet i BUP poliklinikk for sped- og småbarn

Det vurderes at BUP har kommet langt i å bygge et tilbud som er kunnskapsbasert og faglig sterkt til pasientgruppen. Det er opparbeidet utredningsmetodikk og behandlingsmetodikk for de mest vanlig henviste problemer hos sped- og småbarn og foresatte. Det vil være viktig å sikre at dette opprettholdes og videreutvikles fremover. BUP har drøftet behovet for å arbeide arenafleksibelt også i denne typen saker og ser et særlig behov for å kunne arbeide ambulant og intensivt i barsel og spedbarnsperioden, i samarbeid med kommunale tjenester.

BUP har drøftet om det ambulante tilbudet bør samles i et eget team som arbeider i et større geografisk område, eller om hvert team bør ha mulighet til å arbeide mere arenafleksibelt. Det er behov for en systematisk evaluering av hvilke innsatser som gir god effekt.

5.6.3 Videre utvikling av samarbeidsformer med kommunene og internt i sykehuset rundt barn 0-5 år og deres foresatte.

Behandling av barn i alderen 0-5 år, vil ofte skje i tett samarbeid med kommunale instanser, som barnehage, helsestasjon, PPT og barnevern. BUP jobber også med foreldre som kan ha lette og alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Systematisk samarbeid mellom tjenestene i kommuner og spesialisthelsetjeneste, både voksen og barnetjenestene, bør sikres i samarbeidsavtaler ifht målgruppen. Det må være en lav terskel for tjenestene for å ta kontakt for råd og veiledning av hverandre.

Selv om mye fungerer godt i forhold til dette per i dag, beskrives et potensiale for å få til en enda mer forutsigbar og rask samhandling. Særlig ved bekymring for de yngste barna, er det av betydning for effekt av tiltakene at det ikke går «tid til å vente» mellom ulike tiltak, eller at man i for stor grad ser det litt an før man iverksetter tilstrekkelig hjelp. Prosjektgruppen mener man derfor bør vurdere å etablere et samarbeid med kommunene med mål om en felles forståelse og avklart rollefordeling, «hvem gjør hva når basert på hva». Det finnes slike samarbeidsformer beskrevet allerede, der Sykehuset Innlandet har erfaring med behandlingslinjer. I noen andre foretak har et slikt arbeid endt med et «samhandlingsforløp». BUP mener det er faglig gode grunner til å prioritere sped- og småbarnsfeltet som et første slikt innsatsområde i Innlandet, og anbefaler at dette blir et prioritert arbeid fremover.

5.6.4 Behandling i samarbeid med VOP, herunder TSB og DPS, Habiliteringstjenesten og barneavdelingen for sped- og småbarn

Tidvis vil det være pasienter som har behov for et langt mer intensivt og/eller omfattende tilbud enn det sped- og småbarnsteamene i BUP poliklinikk kan gi. Særlig er dette aktualisert i forhold til voksne med store psykiske helseplager, som igjen påvirker omsorgsevnen for barn, og barn som enten har ekstra behov, eller som i denne situasjonen får en skjevutvikling som gjør at de senere vil få ekstra behov. Det er flere tjenester som i dag kan gi tilbud til barn og foresatte i en slik situasjon; VOP, forsterket barsel, primærhelsetjenesten til foresatte og til sped/småbarn, barnevern og BUP er alle mulige aktører. Behovene og kompetansen som trengs går ut over hva en tjeneste kan ha som mål å behandle selv. Det er i dag få eller ingen tilgjengelige behandlingstilbud som er tilstrekkelig intensive/omfattende til å være et fullverdig tilbud til denne pasientgruppen. Prosjektgruppen har

ikke forslag i fase 1 av dette arbeidet til hvordan en kan sikre denne sårbare pasientgruppen med et tilbud, men anbefaler at dette sees på, sammen med aktuelle andre tjenester, i fase 2 av prosjektet.

Det er også små barn der en kan få bekymring for mer omfattende utviklingsavvik, og der det er naturlig å tenke at BUP må ha et samarbeid med Habiliteringstjenesten for barn og/eller barneavdelingen for å gjøre en tilstrekkelig utredning og gi pasientene riktig behandling. En del ganger får man dette til gjennom samarbeid mellom tjenestene. Noen ganger erfarer BUP at det blir ventetid mellom ulike enheters arbeid, til dels lite koordinerte vurderinger, og ikke alltid nok samarbeid om iverksetting av adekvat behandling. Jo yngre pasientene er, desto større uheldige ringvirkninger kan et slikt litt stykkevis og delt arbeid få.

Prosjektgruppen anbefaler at man ser på muligheten for å utarbeide rutiner for å kunne få til felles utredninger, vurderinger og behandlingsplanlegging når det er indikasjon for dette hos en av tjenestene. Prosjektgruppen mener dette ligger til fase 2 i prosjektet.

5.7 Tilbud til barn i barnevernet og enslige mindreårige asylsøkere

Barn og ungdom som trenger samtidige tjenester fra både barnevern og BUP er en ekstra sårbar pasientgruppe. Kartlegginger gjort i de senere årene, viser at det er til dels betydelig «underdekning» av helsehjelp for psykiske lidelser for denne gruppen. Gjennom de siste årene har det derfor vært økt oppmerksomhet både nasjonalt og lokalt på hvordan en kan sikre at barn i barnevernet også får tilstrekkelig helsehjelp. Enslige mindreårige asylsøkere er en annen sårbar gruppe i samfunnet, og behovet for psykisk helsehjelp er beskrevet også for denne gruppen å være «underdekket».

I BUP-prosjektets mandat og oppdrag var det beskrevet at det skulle settes fokus på barnevernsbarna og EMA-barna, og samarbeidet mellom kommunene/barneverninstisusjonene og spesialisthelsetjenesten.

BUP i Sykehuset Innlandet deltok i et pilotprosjekt i 2016-2017 som ble initiert av Helse Sør-Øst sammen med Helsedirektoratet. Målet for prosjektet var å kartlegge behov for helsehjelp til barn og ungdom i barneverninstisusjoner. De ulike foretakene som var med, prøvde ut ulike modeller for å bedre sikre målet om å nå barna med nødvendig helsehjelp.

I dette prosjektet gjorde BUP i Sykehuset Innlandet et grundig forarbeid med alle barneverninstisusjoner i Innlandet. På det tidspunkt var det 13 instisusjoner med til sammen godt over 150 plasser for barn og unge. Ledere ved alle barneverninstisusjonene ble invitert til en felles samling, der prosjektet ble presentert og det ble gjort avtale med alle om deltakelse i prosjektet. Målsettingen var å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og barneverninstisusjoner, og teste ut nye tjenester for den gruppen sårbare barn og unge i barnevernet.

I dette arbeidet ble det utarbeidet forpliktende samarbeidsavtaler mellom alle lokale BUP-poliklinikker og barneverninstisusjonene i opptaksområdet. Samarbeidsavtalene hadde som overordnet målsetting:

- Psykiske lidelser hos barn i barneverninstisusjoner oppdages og avdekkes.
- Barn i barneverninstisusjoner får den helsehjelpen de har behov for.
- Man får tilgang til behandling uavhengig om omsorgssituasjonen er uavklart eller ikke.
- Hindre brudd i oppfølging av barn/unge hhv fra barnevern og/eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted.
- Kontinuitet sikres fra alle instanser.

Ved hver BUP-enhet ble det opprettet funksjoner som *barnevernansvarlige* og ved alle barneverninstitusjoner funksjoner som *helseansvarlige*. Barnevernansvarlige ved poliklinikkene fikk et særskilt ansvar som kontaktpersoner og for oppfølging av barneverninstitusjonene, med regelmessige kontakt- og dialogmøter med institusjonene, råd og veiledning per telefon, og et ansvar for løpende å evaluere, videreutvikle og systematisere samarbeidsavtalene med institusjonene.

Disse tiltakene er opprettholdt etter prosjektperioden, og er også blitt en nasjonal anbefaling gjennom rundskrivet «Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste» (sist oppdatert februar 2020.) I juni 2020 kom pakkeforløpet «Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge». Pakkeforløpet er rettet mot kommunalt barnevern, psykisk helsetjeneste for barn i kommunene og spesialisthelsetjenesten for barn og unge, PHBU.

Prosjektet anbefaler å videreutvikle det etablerte samarbeidet mellom barnevernet (både kommunalt og statlig) og BUP gjennom å opprettholde samarbeidsavtalene og bidra inn i implementering av pakkeforløp barnevern. Prosjektet anbefaler også at en i fase 2 der samarbeidsformer med kommunene vil være et sentralt fokus, sikrer en særlig oppmerksomhet på samarbeidet med barnevernet og med tjenester for enslige mindreårige asylsøkere.

5.8 Endringer/nye pasienttilbud gjennom teknologi og e-mestring

Norge er et land hvor høyteknologisk digitalt kommunikasjonsutstyr er raskt, tilgjengelig og svært utbredt i befolkningen og til dels i helsesektoren. Dette kan utnyttes til å levere noen helsetjenester mer effektivt. Digitale helsetjenester og digitale pasienttilbud er under utvikling på flere områder, og det er en del nasjonale initiativ på området. Utviklingen vil derfor ifht slike tilbud for våre pasienter være påvirket av arbeid som også skjer utenfor Sykehuset Innlandet og vårt opptaksområde.

5.8.1 Nasjonal satsning på utvikling av digitale, sikre og gode helsetjenester til barn og unge

Direktoratet for e-helse er et fagdirektorat på e-helseområdet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har nasjonal myndighet og premisssgiverrolle på e-helseområdet og skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Målet for arbeidet er å gi pasienter tilgang til enkle og sikre digitale tjenester, og understøtte at helsetjenestene gir sammenhengende og effektive helsetjenester til befolkningen.

DIGI-UNG, som er ett av prosjektene i direktoratet for e-helse, har som formål å levere lett tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon, veiledning og tjenester til ungdom, gjennom et helhetlig digitalt tilbud på tvers av sektorer som bidrar til mestring og selvhjelp (<https://ehelse.no/prosjekt/digi-ung>). Nasjonale tilbud til barn og unge med formål å forebygge og hjelpe ift helseproblemer har ved hjelp av digital kommunikasjon som chat og e-post lange tradisjoner (om SUSS-telefonen, Hundskår et al Allmenmedisinboka 2013).

Telemedisin har lange tradisjoner i Norge med eget nasjonalt kompetansesenter etablert i Nord-Norge (Ekeland et al 2018). I regi av senteret er det gjennomført og publisert en pilotstudie innen psykisk helse barn og unge med video-konsultasjoner med spesialister (Arild et al, 2018). Det er publisert studier basert på web-baserte kartleggingsverktøy (Brøndbo et al 2012, 2013), (Heiervang and Goodman, 2011).

5.8.2 Utviklingsområder for digitale helsetjenester til barn og unge i Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet HF dekker et stort geografisk område og vi har sett i løpet av 2020 og Covid-19 pandemien at ansatte i BUP raskt har tatt i bruk kommunikasjonsteknologi og utført sine arbeidsoppgaver via video og telefon (ikke-ansikt-til-ansikt). Kompetansen på ulike digitale kommunikasjonsformer og verktøy forøvrig er derfor p.t godt i bruk. Det er et satsningsområde å holde denne kompetansen ved like og utvikle den videre. Det er flere ansatte i BUP Sykehuset Innlandet som har erfaring innen forskning og metodeutvikling innen kommunikasjonsteknologi. Ved å satse ytterligere innen dette fagfeltet og organisere det tilstrekkelig i den nye organisasjonsmodellen, vil det sannsynligvis komme pasienter til gode, øke vårt omdømme og virke positivt i forhold til rekruttering.

Bruk av Video og web/Internett

Et forskningsmiljø innen e-helse er under utvikling på Sykehuset Innlandet HF innen barn og unges psykiske helse. Det er i gang å gjennomføre, utvide og publisere følgende prosjekter:

- 1) Bruk av video i BUP i covid-19 pandemien og erfaringer blant klinikere og pasienter.
- 2) En Phd som ønsker å sammenligne video og ansikt til ansikt i et manualisert psykoterapiprogram med metakognitiv terapi ved Tynset BUP.
- 3) Sammenligning av den kliniske verdien av to kliniske kartleggingsverktøy av psykisk helse problemer hos barn og unge.

Bruk av I-pad, og Virtual Reality-briller

Prosjektet «De stille barna» gjennomført om hvordan; øke involvering i egen behandling ved hjelp av digitalt verktøy. Det er behov for å implementere erfaringene fra dette prosjektet i større skala.

Bruk av simulering og Virtual Reality-briller i opplæring

SIM-lab på Sannerud høster internasjonal anerkjennelse for sin kompetanse og metodeutvikling innen SIM og VR. Det er satset på opplæring av grupper av ansatte i psykisk helse barn og unge. En Phd er i gang og vil teste effekten av bruk av VR og SIM i undervisning av leger i utdanning i BUP.

Bruke video og web-konferanser systematisk i spesialist og videreutdanning og opplæring

Utdanning av spesialister og annen kompetanseutvikling er en økende del av hverdagen. Det ligger i formålet til sykehusene og drive utdanning av fagfolk. Samtidig er dette tidkrevende. Det er knappe spesialistressurser, og en må være gjennomtenkt i forhold til tidsbruk knyttet opp mot veiledning/opplæring og andre utdanningsaktiviteter. Kommunikasjonsteknologis med mer kan effektivisere dette arbeidet, slik at flere kan delta, og ikke minst få en redusert tidsbruk på reisevei. Prosjektet anbefaler at en øker bruk av kommunikasjonsteknologi i forhold til spesialisering og opplæring.

Etablering av et chat-kommunikasjons-tilbud for barn og unge om psykiske helseplager

Ansatte har i dag en del sms-kontakt med mange pasienter, men dette er en lite sikret løsning ifht journalføring og sikker kommunikasjon. Det er mange ulike tjenesteytere som har chat-løsninger for sine pasientgrupper. Dette tilbudet kan gi et reelt lavterskeltilbud til barn og unge hvor spesialisthelsetjeneste kan bidra med sin kompetanse helt ut til brukerne. Det er derfor ønskelig at man ser på både hvordan slike løsninger kan utvikles ifht pasienter i BUP i dag. En kan også tenke at det i samarbeid med kommunale instanser, frivillige organisasjoner og heldigitale tjenester er behov for at BUP bidrar inn også i slike tjenester. Prosjektet anbefaler at man gjør en utredning/vurdering av et slikt behov på sikt.

Etablering av kommunikasjon og veiledning mellom BUP og fastleger og eventuelt andre i primærhelsetjenesten/kommunen via videomøter og web-konferanser

Dette tilbudet kan lette samhandlingen og pasientflyt, gi flere «gode» henvisninger til BUP, lette dobbeltarbeid, effektivisere og øke kompetanse og gi riktigere fokus på utredning og behandling,

5.8.3 Forslag til videre satsninger og utviklingsområder

- satse på å opprettholde og videreutvikle kompetanse og bruk av videokonsultasjoner i klinikk
- organisere satsninger på forskning og metodeutvikling innenfor digitale helsetjenester til barn og unge med en koordineringsgruppe i avdelingen, og en forankring i avdelingssjefens stab. Det er naturlig å her søke samarbeid også med andre kompetansemiljøer innenfor samme område i SI, sånn som f.eks. SIM Innlandet.
- Økt bruk av video- og web-konferanser i utdanningsaktivitet i avdelingen
- Utrede mulighetene for enklere pasientkommunikasjon gjennom digitale meldingsplattformer.
- Utrede om BUP kan/bør bidra inn i mer forebyggende/lavterskel digitale tjenester.

6. Framtidig organisering av BUP Innlandet

Rapporten fra arbeidsgruppe organisasjons- og ledelsesmodell vedlegges i sin helhet prosjektgruppens rapport.

6.1 Kriterier for valg av organisasjons- og ledelsesmodell i BUP

Arbeidsgruppen har jobbet fram kriterier som ny organisasjon skal støtte opp under. De forskjellige organisasjonsmodellene er målt opp mot disse kriteriene:

- Sikre akseptabelt kontrollspenn og arbeidsbelastning på alle ledernivå i ny organisasjon over tid
- Effektiv og tydelig lederstruktur med avklarte roller og fullmakter
- Den ansatte skal bli sett, hørt og fulgt opp av nærmeste leder
- Se alle ledernivåer under et og tilstrebe en helhetlig ressursutnyttelse når det gjelder stabsressurser.
- Sikre felles og lik implementering av rutiner
- Sikre forskning, fagutvikling, rekruttering og videreutdanning i hele organisasjonen
- Sikre kontinuitet og fremdrift i kvalitetsarbeid
- Sikre optimal utnyttelse av pasientadministrative systemer, inkludert styringsdata, opplæring og oppfølging
- Organiseringen må være robust for å sikre kontinuitet og stedfortrederfunksjoner
- Sikre at Barne- og ungdomspsykiatrien blir hørt og ivaretatt i divisjonens ledergruppe

Prosjektgruppen støtter arbeidsgruppens valg av kriterier for vurdering av ny organisasjons- og ledelsesmodell.

6.2 Organisering av BUP Innlandet

Arbeidsgruppen har i tråd med oppdraget fra prosjektgruppen vurdert flere alternative modeller. En utfordring for BUP Innlandet er at helseforetaket spenner over et stort geografisk område. De ulike enhetene har forskjellig størrelse. Det er derfor krevende å finne en modell som passer like godt for alle enhetene. Uansett modell, har erfaring og kartleggingen vist at det må sikres en stedfortrederfunksjon for ledere på alle enheter og på avdelingsnivå.

På nivå 3 har arbeidsgruppen arbeidet med ett alternativ til dagens modell. Det er modellen med én avdelingssjef for BUP-feltet i Innlandet. Dette er en modell mandatet påla prosjektgruppen å utrede. En klar fordel med denne modellen er at døgn, arenafleksible tjenester og poliklinikk samles under én avdelingssjef. Det gir større muligheter for en fleksibel og god utnyttelse av de samlede ressursene. En utfordring ved modellen er at mange ulike enheter i et stort geografisk område skal ledes av én avdelingssjef. Her må BUP være oppmerksom på sårbarheten dette medfører. For å redusere denne sårbarheten må avdelingssjefen ha en solid stab som kan bistå med å løse problemstillinger knyttet til driften. Det er avgjørende å sikre en stedfortrederfunksjon både på nivå 3 og på nivå 4. Prosjektgruppen ga underveis i arbeidet også signaler om det burde legges mest vekt på forslaget om én felles avdeling for BUP Innlandet. På nivå 4 har arbeidsgruppen arbeidet med mange ulike modeller. Etter grundige drøftinger har arbeidsgruppen valgt å gå videre med tre ulike modeller.

De tre modellene for nivå 4 beskrevet nedenfor, tar utgangspunkt i én avdeling for BUP Innlandet med stab og støttefunksjoner. Disse modellene kan anvendes både i poliklinikkene og døgnenhetene.

Modell 1

En enhetsleder på hver enhet slik som i dag, med betydelig styrking av stab og støttefunksjoner både på nivå 3 og nivå 4. Overføre mer ansvar til teamlederne.

Modell 2

Hver av de store BUP-enhetene deles i to slik at det blir et kontrollspenn på 20-25 ansatte per enhetsleder.

Modell 3

Det etableres et femte ledernivå og nåværende enhetsledere blir seksjonsledere (nivå 4). Teamlederne blir enhetsledere (nivå 5).

Arbeidsgruppen mener følgende ressurser må knyttes til ledernivå 3 i BUP:

- Avdelingssjef i 100 prosent stilling som får linjeansvar for staben i tillegg til nivå 4 ledere
- Assisterende avdelingssjef i 100 prosent stilling. Dette bør være psykolog eller legespesialist slik som i divisjonsledelsen. Assisterende avdelingssjef skal ha stedfortrederfunksjon for avdelingssjef.
- Ulike stabsfunksjoner skal bistå avdelingssjef med følgende oppgaver.
 - o Lede og gjennomføre endringsprosesser og implementering av ny metodikk
 - o Bistå i kvalitetsarbeid
 - o Merkantile oppgaver, rapportering, merkantil støtte til avdelingssjef
 - o Framskaffe styringsinformasjon, underlagsmateriale, driftsdata for å gi oversikt og retning i oppfølgingsarbeidet både på nivå 3 og nivå 4.
 - o Bidra med IKT kompetanse i implementerings- og utviklingsprosjekter
 - o Koordinere, stimulere og sikre oversikt over forskning med utgangspunkt i BUP Innlandet
- Funksjon som avdelingsoverlege, psykologfaglig rådgiver og kontorfaglig rådgiver bør opprettes. Stillingsstørrelser vil være avhengig av organisering på nivå 4. Et aktuelt spørsmål her er om det bør opprettes funksjon som seksjonsoverlege på de største enhetene. Det kan bidra til at det ikke er behov for avdelingsoverlege i 100 prosent stilling.
- Det må sikres kompetanse både på poliklinikkdrift og døgndrift i avdelingsledelsen

Arbeidsgruppen har valgt å ikke konkretisere omfang av ulike stabsfunksjoner. Her kan det tenkes ulike løsninger og kombinasjoner. Prosjektgruppen mener at behovet for og beslutning om roller og ressurser knyttet til stabsfunksjoner i BUP, må utredes videre i gjennomføringsprosjektet.

Arbeidsgruppen har videre utredet ulike modeller for organisering av de merkantile ressursene i BUP (se arbeidsgruppens rapport), men har ikke gitt en entydig anbefaling om framtidig modell. Prosjektgruppen mener at organiseringen av de merkantile ressursene må avklares i gjennomføringsprosjektet.

6.3 Prosjektgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen legger i sin rapport fram følgende anbefaling (utdrag):

«Arbeidsgruppen har gjennom arbeidet og tilbakemeldinger kommet med en løsning på nivå 3 med en avdelingssjef med en faglig og robust stab. Arbeidsgruppen anbefaler modellen med én felles avdeling for BUP i Innlandet.

Arbeidsgruppen mener det er flere alternativer til organisering under ledernivå 3. Når det gjelder organisering av merkantil ressurs, har arbeidsgruppen ikke tatt stilling til om modell 2 eller 3 skal være den foretrukne for hele BUP Innlandet.

Arbeidsgruppen mener at det som er avgjørende for en vellykket organisering er:

- Det prioriteres noe mer ressurser til ledelse og støtte rundt ledelse
- Det er avklart faste stedfortredere i alle roller
- Det utarbeides rollebeskrivelser for alle roller

Dersom det velges én nivå 3 leder for BUP Innlandet anbefaler arbeidsgruppen at det sikres BUP kompetanse i divisjonsdirektøren sin stab. Arbeidsgruppen mener at det er en fordel med en trinnvis implementering ved å begynne med implementering av ny modell på nivå 3.

Arbeidsgruppen stiller seg samlet bak anbefalingen rapporten.»

Prosjektgruppen støtter arbeidsgruppens vurdering av at det etableres én avdeling med én avdelingssjef i BUP Innlandet. Prosjektgruppen støtter at modell 1 og 3 er best egnet for videre utredning av organisering av ledernivå 4 (enhetsleder) og at modell for organisering av merkantile ressurser avklares i gjennomføringsprosjektet.

Merknad fra tillitsvalgte til kapittel 6

De tillitsvalgte stiller seg ikke bak anbefaling om å innføre et 5 ledernivå. Vi har vært tydelige på dette både i denne prosjektgruppa og i andre undergrupper. Vi har ingen gode erfaringer med innføring av et 5 leder nivå. Tvert imot har vi ved flere anledninger sett uheldige konsekvenser, både for ansatte og ledere. Prøveordningene har da også opphørt når de har blitt evaluert. Det fører til usikkerhet for de ansatte ift hvem som har fullmakter, og i praksis må en ansatt forholde seg til to ledere. Fullmaktstrukturen i SI er lagt opp til 4 ledernivåer, og det mener vi det er fornuftig å forholde seg til videre. Derfor mener vi modell 3 er et uaktuelt alternativ.

Vi mener modell 2 også vil kunne fungere som et alternativ for poliklinikkene. Å dele opp poliklinikkene for å få ned kontrollspennet, gjøres i DPS, og vi ser ingen grunn for at dette ikke også kan være en god løsning for BUP når poliklinikkene blir for store.

Vi mener i modell 1 at det ikke skal åpnes for avsatt tid til klinisk virksomhet. Problemstillingen er at det er svært travelt å være nivå 4 leder, og det er vanskelig å få tid nok til å drive god ledelse. Da kan ikke svaret være at leder skal drive klinisk virksomhet i tillegg.

7. Problemstillinger som foreslås utredet i fase 2

Prosjektgruppen anbefaler at man i neste fase av prosjektet ser på de omfattende samarbeidsflatene BUP har/bør ha med kommunale tjenester, andre spesialisthelsetjenester for barn og familier. Dette er i tråd med BUP-prosjektets mandat, med den vesentlige endringen at arbeidet med kommunene er forskjøvet fra fase 1 til fase 2 som følge av koronapandemien. Det foreslås at følgende to hovedområder i prioritert rekkefølge, med forslag til viktige underområder, utredes i fase 2:

- Samarbeidet med kommunene
 - o Rådgivning/veiledning
 - o Inntak ute/felles arbeid om inntak
 - o Samtidige eller felles behandlingstilbud
 - o Samarbeidsforløp / behandlingslinjer
- Samarbeid med andre spesialisthelsetjenester for barn og familier
 - o Habiliteringstjenesten for barn
 - o Barneavdeling
 - o TIPS
 - o VOP og TSB
 - o Regionale pasienttilbud, som f.eks. RASP
 - o Pasient- og pårørendeopplæring

8. Prosjektgruppens anbefalinger

Prosjektgruppen kommer med anbefalinger som vil utvikle pasienttilbudet som gis i BUP på en god måte framover. Gruppens vurdering er at anbefalingene er i tråd både med faglige og fagpolitiske føringer, i tråd med føringer gitt i mandatet fra divisjonsdirektøren, og i tråd med fagfeltets egne innspill.

Forslaget om å samlokalisere døgndrift ungdom og redusere antall senger kan tenkes å utgjøre en risiko for at samlet døgnkapasitet for ungdom blir for liten. Prosjektgruppen vurderer denne risikoen for liten, tatt i betraktning beleggstall fra 2018-19 og gitt opprettelse av arenafleksible tilbud som foreslått i rapporten, gjennomføres. Arenafleksible tilbud for ungdom vil kunne dekke behovene for en vesentlig andel av dem som i dag er døgnpasienter, og vil etter prosjektgruppens syn utgjøre et enda bedre tilbud enn det som finnes i dag. En vurderer at åtte senger vil være tilstrekkelig for de mest alvorlige tilstandene.

På grunn av stor avstand mellom Kringsjåtunet og Lillehammer, er det ikke til å se bort fra at en samlokalisering vil kunne bety at ansatte ved Kringsjåtunet vil slutte eller bli omplassert til andre steder og at BUP slik sett vil kunne risikere å tape verdifull kompetanse. Definert som vital kompetanse er særlig spesialistkompetanse og kompetanse innenfor spesialisert døgnbehandling av spiseforstyrrelser. Prosjektgruppen anbefaler tiltak for å beholde kompetansen innad i BUP og å sørge for at tilsvarende kompetanse blir bygget opp på Sanderud.

Prosjektet har hatt fokus på faglig utvikling av pasienttilbudet. De konkrete forslagene som presenteres vil ha konsekvenser for ansatte, særlig er dette for ansatte innenfor døgntilbudene for ungdom. Vedtas det en samlokalisering av døgntilbudet for ungdom ved Sanderud kan det være en risiko for at den faglig kompetansen ved Kringsjåtunet avskalles. Prosjektgruppen anbefaler at det i forbindelse med gjennomføringsprosjekt gjennomføres risikovurderinger sett i et ansattperspektiv.

Oppsummert gir prosjektgruppen følgende anbefalinger:

Føringer:

1. En utvikling for pasienttilbudet i BUP som ivaretar de faglige og fagpolitiske føringer og strategier som beskrevet i kapittel 4.

Endringer / utvikling av nye pasienttilbud:

2. Opprette et akuttambulant team tilknyttet BUP Døgn akutt.
3. Dreie virksomheten ved BUP Døgn Enhet for barn og familie til en arenafleksibel enhet for barn 3-12 år.
4. Opprette et arenafleksibelt team for ungdom 13-18 år, tilknyttet BUP Døgn
5. Omfordele ressurser i DBT, slik at BUP får to team med løpende inntak.
6. Redusere antall senger ved BUP Døgn akutt fra 8 til 5, forutsatt anbefaling pkt. 2.
7. Utrede mulighet for en BUP-faglig beslutningsstøtte til vaktlinjen ved Sanderud sykehus.
8. Samlokalisere døgntilbudet til ungdom på Sanderud sykehus. *)
9. Redusere antall elektive døgnplasser for ungdom fra 11 til 8, forutsatt anbefaling pkt. 4 og pkt. 7. *)
10. Satse på en videre implementering av felles faglig plattform for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser i både poliklinikkene og døgn, både basert på FBT og nødvendig supplerende metodikk.
11. Etablere et tilbud om erfaringsgrupper for familier/pasienter med spiseforstyrrelser

*) = se merknad fra FO v/Andreas Feiring til kapittel 5.3.

Koordinering og samarbeid:

12. Etablering av en koordineringsgruppe for spiseforstyrrelser.
13. Utarbeide like rutiner for samhandling mellom BUP og barneavdelingene i Sykehuset Innlandet ifht behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.
14. Implementere ny divisjonsrutine for overgang av pasienter mellom BUP og VOP.
15. Opprettholde et kunnskapsbasert og prioritert tilbud til sped- og småbarn i BUP poliklinikk.
16. Etablere et samarbeid med kommunale instanser med mål om tidlig, målrettet innsats for sped- og småbarn. Arbeidet bør sees opp mot eksisterende eksempler på slikt arbeid, som f.eks. behandlingslinje eller samhandlingsforløp.
17. Opprettholde samarbeidet med barnevernet gjennom etablerte samarbeidsavtaler og barnevernansvarlige i enhetene. Bidra inn i kommunenes implementering av pakkeforløp barnevern og psykisk helse.
18. Opprettholde og videreutvikle kompetanse og bruk av videokonsultasjoner i klinikk
19. Organisere satsninger på forskning og metodeutvikling innenfor digitale helsetjenester til barn og unge med en koordineringsgruppe i avdelingen

Endringer / utvikling av organisasjons- og ledelsesmodell:

20. Omorganisere BUP-avdelingene BUP Døgn, BUP Hedmark og BUP Oppland til én avdeling BUP Innlandet.
21. Opprette stilling som assisterende avdelingssjef, og stabsroller til avdelingssjef BUP, forutsatt pkt. 18.
22. Videreutvikle organisasjons- og ledelsesmodell for enhetene i BUP, i tråd med modeller i denne rapporten. Det anbefales å gjøre piloter/utprøvinger i forhold til de anbefalte modellene, og ta høyde for forskjeller og lokale forhold for de ulike enhetene.
23. Etablere en egen enhet for BUP Akutt, døgnpost og ambulant team. Dette anbefales uavhengig av arbeidet i pkt. 20.

Videre arbeid:

24. Etablere et videre prosjekt for å ivareta problemstillingene som er lagt til fase 2 i mandatet. Prosjektfase 2 anbefales samordnet med et gjennomføringsprosjekt ut i fra fase 1.