



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 22-01-2020

Sakg/amrr/nara/hpr

Sagsnr. 05-0801-95

Notat om psykiatrien i Norge og anvendelsen af specialpsykologer

Baggrund og formål

I forbindelse med satspuljeaftalen for 2019-2022 blev Sundhedsstyrelsen bedt om at beskrive, hvordan man kan udbrede kendskabet til specialpsykologernes kompetencer, udarbejde en fælles vejledning for specialpsykologers anvendelse, samt med inspiration fra Norge undersøge, hvordan specialpsykologer kan have ansvar for behandling i den regionale psykiatri. Baggrunden for dette satspuljeinitiativ var, at der de senere år i stigende grad er ansat specialpsykologer i psykiatrien, men at der synes at være tvivl om deres ansvarsområder og beføjelser.

Sundhedsstyrelsen vil i dette notat beskrive de eksisterende erfaringer med anvendelse af specialpsykologer i psykiatrien i Norge. Dette med henblik på at understøtte en fælles forståelse af, hvordan specialpsykologerne anvendes i Norge, og i hvilket omfang de norske erfaringer kan anvendes i en dansk sammenhæng.

Vidensindsamlingen til dette notat er sket dels gennem indsamling af skriftligt materiale og dels gennem et studiebesøg om psykiatrien i Norge af to dages varighed 14.-15. maj 2019.

Notatet bygger på følgende skriftlige materiale:

- Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009), Norges forskningsråd, 2009
- Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser, Helsedirektoratet, 2015
- Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), Helsedirektoratet, 2014
- Distriktpsikiatriske tjenester 2017, Helsedirektoratet. 2019
- Strategi for reduksjon og kvalitetssikring af tvang innen det psykiske helsevern, Den Norske Legeforening, 2018
- Sundhedsstyrelsens bidrag til besvarelse af SUU alm. del spørgsmål 750, 7. juli 2016.
- Relevant norsk og dansk lovgivning

Under besøget i Norge mødtes Sundhedsstyrelsen med ledere og medarbejdere med forskellig faglig baggrund fra Akershus Universitetssykehus uden for Oslo samt med ledere og medarbejdere, ligeledes med forskellig faglig baggrund, i Helsedirektoratet (den norske Sundhedsstyrelse). Fra Danmark deltog fra fire repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, to repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet samt tre repræsentanter fra Danske Regioner.

Dette notat vil beskrive de væsentligste hovedpunkter i udviklingen og organiseringen af psykiatrien i Norge siden Opptappingsplanens vedtagelse i 1999, samt hvordan specialpsykologer (i dette dokument benævnt med den norske betegnelse 'psykologspecialister') anvendes.

Notatet vil derudover beskrive de foreløbige norske erfaringer med anvendelse af psykologspecialister, og hvordan disse erfaringer kan ses ind i en dansk sammenhæng.

Hovedtræk i *Opptrappingsplanen for psykisk helsevern i Norge*

I 1997 kom den norske regering med udspillet *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetilbudene*. Udspillet kom med en kraftig kritik af organiseringen af den samlede indsats i psykiatrien og foreslog en udbygning og omorganisering af den norske psykiatri (herefter benævnt "psykisk helsevern").

Det blev konstateret af det daværende Helse- og omsorgsdepartement, at tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser var utilfredsstillende bl.a. grundet:

- For lidt kapacitet i tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser
- For dårlige tilbud i mange kommuner
- For få tilgængelige behandlingspladser på psykiatriske sygehuse
- For høje krav til, hvornår en patient kan komme ind på en afdeling
- For lang tid fra første sygdomstegn til behandling
- For dårlig opfølgning efter udskrivelse fra sygehus
- For mange patienter som bliver udskrevet for tidligt
- For dårlig kvalitetssikring af tilbuddene

Patientens behov blev således sat i fokus og indsatsen på kommunalt, regionalt (fylkeskommunalt) og statsligt niveau skulle have dette som udgangspunkt.

Psykiatriudspillet blev fulgt op af en stor handlingsplan for mennesker med psykiske lidelser frem mod 2006, med øremærkede midler, kaldet *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, som blev politisk vedtaget året efter. I alt blev der afsat 6,3 mia. kr. til Opptrappingsplanen.

I planen blev en omstrukturering af psykisk helsevern foreslået¹. For voksne skulle tilbuddene fremadrettet bestå af:

- Specialiserede sygehusafdelinger
- Distriktpsikiatriske centre (DPS), som skulle levere decentrale indsatser (herunder ambulante indsatser og akuttilbud) til befolkningen i optageområdet
- Praktiserende psykologer ('avtalespecialister') skulle levere tilbud i samarbejde med øvrige tilbud

I 2003 blev planen udvidet og forlænget fra 2006 til 2008. Følgende blev prioriterede områder:

- Børn og unge
- Styrket indsats i kommunerne ift. lokale tilbud
- Kultur- og holdningsændring med fokus på brugerperspektivet og mestring
- Omstilling af specialiserede tilbud med videreudvikling af distriktpsikiatriske centre og bedre akutfunktioner
- Øget indsats i kommunerne og videreudvikling af lokale tilbud og udbygning af særlige boligformer og botilbud
- Kultur- og holdningsændring med særlig vægt på brugerperspektivet og mestring
- Fokus på arbejdslivet for mennesker med psykiske lidelser

¹ Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser, Helsedirektoratet, 2015

- Bedre tilbud til særlige grupper, bl.a. mennesker med misbrug (dobbeltdiagnoser), spiseforstyrrelse, ældre med psykiske lidelser, ofte for vold og traumatisk stress, selvmordsudsatte.

Fra 1999-2008 skulle bevillingerne til det psykiske helsevern øges med 29 procent. Et tilsvarende beløb blev sat af til øremærket udbygning af tilbud i kommunerne. Antallet af pladser skulle øges betydeligt i DPS og marginalt på sygehusene, men det samlede antal pladser skulle ikke reduceres. Fra 1998 til 2004 øgedes antal døgnpladser i DPS fra 1.492 til 2.091, men blev igen reduceret til 1.833 ved planperiodens slutning i 2008. I samme periode ses en betydelig øgning i antal udskrivninger, fra 29.000 i 1998 til 49.000 i 2008, en øgning på 55 procent. Den ambulante behandlingskapacitet blev samtidig udbygget. Antal konsultationer øgedes fra 476.000 i 1998 til 1.099 000 i 2008². Endvidere er antallet af døgnpladser i voksenpsykiatrien reduceret fra 5.980 til 3.444 i perioden 2008-2017. Korrigeret for befolkningsvækst giver dette en nedgang på 53%. Der har i samme periode været en øgning på 41% i antal af konsultationer i de polikliniske og ambulante tilbud. Fra 2008-2017 har der været en vækst på ca. 23% i antal årsværk ("årsverksinndsatsen") i både den 'polikliniske' og den ambulante psykiatri – særligt i den ambulante psykiatri, hvor personaleantallet er tredoblet (se nærmere beskrivelse af 'poliklinisk' og ambulante i afsnittet om organisering af ambulante behandling)³.

Således medførte Optrappingsplanen en oprustning og i høj grad en decentralisering af psykisk helsevern gennem den såkaldte distriktpsykiatri.

En evaluering af Optrappingsplanen fra 2009⁴ peger på, at planen på flere parametre er lykkedes med at styrke den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser. Dog peges der samtidig på, at det har været vanskeligt at evaluere planens virkning.

Der peges i evalueringen særligt på disse resultater:

- Øget tilgængelighed til psykisk helsevern for børn og unge
- Den nationale dækningsgrad er øget markant, men der er fortsat store regionale forskelle
- For voksne er antallet af ambulante konsultationer øget væsentligt
- Samarbejde mellem tilbuddene er øget betydeligt, men skal styrkes yderligere
- Brugerne er generelt tilfredse med udbyttet af behandlingen – dette gælder både børn og voksne.

Samtidig peger evalueringen dog på, at der er meget lidt viden om *kvaliteten* af behandlingstilbuddene, og at dette er noget, som bør undersøges nærmere. Der er følgende opmærksomhedspunkter fremadrettet ift. at få viden om kvaliteten af indsatsen:

- Behov for udvikling af kvalitetsstandarder
- Behov for bedre dataregistrering

Evalueringen peger derudover på at der er yderligere behov for at styrke kvaliteten i forhold til:

- styrket rådgivning fra specialiserede tilbud til kommunerne og almen praksis

² Ibid.

³ Distriktpsykiatriske tjenester 2017, Helsedirektoratet, 2019

⁴ Evaluering av Optrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Slutrapport – syntese og analyse av evalueringens delprojekter. Norges forskningsråd, 2009.

- specialiserede tilbud til voksne med lettere psykiske lidelser samt ældre med psykiske lidelser.

Organisering af ambulante behandling (distriktskykiatri)

Som nævnt under Opdrætningsplanen er der i løbet af de seneste 15-20 år sket en betydelig omstrukturering af den norske psykiatri til en mere decentraliseret indsats. Der var i 2014 i alt 78 godkendte distriktskykiatriske centre (DPS) i Norge⁵. Disse DPS er forankret regionalt i regi af sygehusene. Der er dermed sket en gradvis nedtrapning af sengepladser i psykiatrien, i takt med at der er sket en udbygning af dagbehandlings-, ambulante- (kaldet 'poliklinik' i Norge), og opsøgende/udkørende (kaldet 'ambulant' i Norge) tilbud knyttet til de distriktskykiatriske centre.

DPS har hovedansvar for at tilbyde behandlingstilbud i et givent geografisk område, både i akutsituationer og på baggrund af henvisninger. Det er et overordnet mål at reducere behovet for indlæggelser og reducere brug af tvang ved at tilbyde hjælp til patienten tættere på hvor denne bor, og på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet⁶.

Mere specialiserede psykiatriske tjenester som f.eks. gerontopsykiatri eller behandling af alvorlige spiseforstyrrelser tilbydes i mere specialiserede afdelinger ved sygehusene. Det er almindeligt, at patienter efter udskrivning fra psykiatriske afdelinger bliver henvist til behandling ved DPS.

Status i distriktskykiatrien

Under besøget i Norge blev det oplyst, at antallet af uddannede psykologspecialister er øget væsentligt til 7.500 i 2018, og antallet forventes at stige til 11.000 i 2030. De fleste er ansat ved DPS, bl.a. i teamlederfunktioner. Det er planen, at der skal ansættes flere psykologspecialister i kommunerne mhp. et mere forbyggende perspektiv. Under besøget i Norge fik Sundhedsstyrelsen oplyst, at psykologer primært har erstattet sygeplejersker i DPS, samt at der i mange DPS ikke har været muligt at rekruttere psykiatere.

Det blev desuden beskrevet at psykologspecialisternes opgaver i DPS typisk er vejledning, udredning og behandling (konference med læge vedr. somatik og medicinsk behandling) og teamledelse. Ligeledes blev der under besøget givet udtryk for, at psykologer typisk ikke deltag i vagtfunktion.

I Norge er der, som i Danmark, tilsvarende udfordringer med at rekruttere og fastholde speciallæger i psykiatri, særligt i udkantsområderne. Rekrutteringen af læger blev under vores besøg beskrevet som vanskeliggjort af, at deres arbejdsfunktion i visse situationer kan få karakter af en konsulentfunktion, hvor de primært bistår psykologerne i forhold til diagnostik og medicinsk behandling. Der blev udtrykt bekymring for, at dette muligvis kan blive fagligt utilfredsstillende for psykiaterne.

Der har været rejst bekymring i forhold til at det kan være vanskeligt at opretholde den faglige kvalitet i forhold til behandling af mere komplicerede psykiatriske problematikker⁷ i de DPS der ligger i tyndt befolkede områder. Dertil at manglen på psykiatere medfører, at det er van-

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/fastlegers-vurdering-av-distriktskykiatriske-sentre>

⁶ Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktskykiatriske centre (DPS), Helsedirektoratet, 2014

⁷ Dagens Medisin, DPS – en gjøkunge?

skeligt at sikre behandling af høj kvalitet, og at man mange steder ikke opfylder de kvalitetskrav, man sætter ift. udredning. Mangel på psykiatere medfører også, at der hvor psykofarmakologisk behandling er indiceret, vil kvaliteten af denne behandling ikke være tilstrækkelig, bl.a. fordi opfølgning og løbende monitorering af medicinske bivirkninger kan blive utilstrækkelig⁸.

Tværfaglige kompetencer

I det norske psykisk helsevern arbejder følgende faggrupper:

- Speciallæger i psykiatri
- Andre læger
- Sygeplejersker
- Psykologer (herunder psykologspecialister)
- Socionom (socialrådgivere)
- Miljøterapeuter (se nedenfor for en beskrivelse af faglig baggrund)

Faggrupperne samarbejder tæt omkring patientforløbet ligesom i psykiatrien i Danmark. Det er ikke nærmere beskrevet, hvordan det tværfaglige samarbejde skal foregå, men Helsedirektoratet er i Norge ved at udarbejde patientforløbsbeskrivelser i form af pakkeforløb. Helsedirektoratet i Norge har desuden fremhævet (i et svar til Sundhedsstyrelsen fra en forespørgsel i 2016), at brugen af psykologer inden for psykisk helsevern er øget med 365 pct. i perioden 1998 til 2014 inden for distriktpsychiatrien⁹.

Miljøterapeuterne arbejder særligt inden for børne- og ungeområdet. Disse fagprofessionelle har en bachelor fra en 'høgskole' eller universitet som fx ergoterapeuter, 'barnevernspedagoger' (en form for specialpædagog) eller socionom (socialrådgiver) eller en bachelorgrad i psykologi.

Der var ingen af de fagprofessionelle, som vi talte med under besøget i Norge, der nævnte udfordringer ift. selve det lokale, tværfaglige eller tværprofessionelle samarbejde mellem faggrupperne. Tværtimod blev det italesat, at der er fokus på tværfagligt samarbejde, og at psykologspecialisterne bl.a. varetager ledelsen i mange teams i DPS.

Lovgivning i Norge

Nedenfor beskrives kort relevant norsk lovgivning for så vidt angår lægers og psykologspecialisters ansvarsområder, samt lovgivning vedr. anvendelse af tvang. Der henvises til notatet "Lovgivning og ansvar i forhold til den tværfaglige indsats i den regionale psykiatri" for en nærmere beskrivelse af lovgivningen i Danmark.

Lovgivning vedr. sundhedspersoner og ansvar for behandling

I 2001 vedtog Norge *Lov om helsepersonell*¹⁰. Med vedtagelsen af loven inkluderede man i tillæg til de grupper af sundhedspersoner, der tidligere var reguleret af egne professionslove, 11 nye grupper af sundhedsfaglige, herunder psykologer. Derudover er det beskrevet i § 4 i *Lov om helsepersonell*, at sundhedspersonalet skal udføre arbejdet i overensstemmelse med krav til faglig forsvarlighed og omsorgsfuld hjælp, der kan forventes af sundhedspersonalets

⁸ Strategi for reduksjon og kvalitetssikring af tvang innen det psykiske helsevern 2018, Den Norske Legeforening 2018

⁹ Sundhedsstyrelsens bidrag til besvarelse af SUU alm. del spørgsmål 750, 7. juli 2016.

¹⁰ LOV-1999-07-02-64 (ændret ved LOV-2019-04-10-11 fra 01.10.2019).

kvalifikationer, arbejdets karakter og situationen i øvrigt. I forarbejdet (rundskrivet) til loven præciseres ovenstående ved følgende: ”Kravet om at legen tar beslutninger i medisinske spørsmål, utelukker imidlertid ikke at annet helsepersonell kan utføre enkel diagnostikk og gi pasienter nødvendig oppfølging, pleie og omsorg... Annet autorisert helsepersonell kan yte den hjelp de er kvalifisert for i samsvar med kravet til forsvarlighet. En psykolog vil for eksempel være kvalifisert til på selvstendig grunnlag å behandle psykiske lidelser.”¹¹

*Psykisk helsevernloven*¹² inneholder i § 1-4 en bestemmelse, hvor det angives hvilke fagpersoner, der er ansvarlige for at træffe beslutninger og afgørelser om specifikke foranstaltninger efter loven. Med *Lov om helsepersonell* m.v, blev psykologer og psykiatere ligestillet i forhold til ledelse inden for psykisk helsevern. I en indstilling til loven påpegede en komité under Stortinget, at ”en psykolog er kvalificeret til at træffe afgørelser i psykologfaglige spørgsmål og til at behandle psykiske lidelser på selvstændigt grundlag”, og skrev desuden, at ”bestemmelsen om, at læger skal træffe beslutninger i medicinske spørgsmål, gælder konkrete behandlingssituationer og ikke organisatoriske spørgsmål knyttet til fx ledelse”.

Lovgivning vedr. tvang

Anvendelse af tvang i psykiatrien i Norge, er ligesom i Danmark reguleret ved lov. Der er således i den norske *Psykisk helsevernloven*¹³ opstillet forskellige kriterier, der skal være opfyldt for, at en tvangsanvendelse kan finde sted

I 2001 blev det for første gang specificeret med *Forskrift om den faglige ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet*, at ikke kun psykiatere, men også psykologer med speciale i klinisk psykologi kunne have det professionelle ledelsesansvar, som bl.a. indebærer retten til at træffe beslutning om brug af tvang. Beslutningen om anvendelse af tvang kan derfor træffes af en klinisk psykolog med relevant praksis og videreuddannelse¹⁴. Dvs. en psykologspecialist kan ifølge den norske lovgivning anvende en tvangsforanstaltning, men ansvaret for at iværksætte en tvangsforanstaltning ligger i Norge, ligesom i Danmark, hos en læge.

Af *Psykisk helseverneslovens* kapitel 3 fremgår reglerne for etablering og ophør af tvangsindlæggelse. Af lovens § 3-1, fremgår at tvangsbehandling i psykisk helsevern ikke må gennemføres, uden at en læge har foretaget en undersøgelse af patienten med henblik på at vurdere om lovens kriterier herfor er opfyldt. På baggrund af oplysninger fra lægeundersøgelsen der er foretaget efter § 3-1, fremgår betingelserne for beslutning om tvangsobservation af patienten i § 3-2. Af § 3-3 fremgår kriterierne for anvendelse af tvang, herunder at patienten skal undersøges af to læger, hvoraf den ene skal være uafhængig af den ansvarlige institution.

Af *Psykisk helsevernlovens* kapitel 4 fremgår de tvangsforanstaltninger, som er tilladte efter lovens bestemmelser. Det fremhæves indledningsvist at tvang skal begrænses til det, der er strengt nødvendigt, og der skal tages hensyn til patientens tilkendegivelser så vidt muligt. Li-

¹¹ Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell m.v. (18.04.2001) Indeholder lovteksten til helsepersonelloven med meddelelser og de forskrifter som er givet med hjemmel i denne. S. 46 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-202001/id108916/>

¹² LOV 1999-07-02 nr. 62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (ændret ved LOV-2017-12-15-107 fra 01.07.2019).

¹³ LOV-1999-07-02-62 § 3-1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

¹⁴ Tidligere kunne spørgsmålet om tvang kun afgøres af overlægen.

geledes fremhæves mindstemiddelsprincippet. Anvendelsen af foranstaltningerne skal evalueres med patienten så hurtigt som muligt efter at foranstaltningen er afsluttet.

§ 4-8 a-d angiver de tvangsforanstaltninger der kan iværksættes:

- a. bæltefiksering og brug af remme, samt specielt tøj til forebyggelse af personskader.
- b. kortvarig placering bag låst eller lukket dør uden personale til stede.
- c. engangsbrug af kortvirkende lægemidler til beroligende eller bedøvelsesmæssige formål.
- d. kortvarig fastholdelse.

Tvangsforanstaltningerne kan kun anvendes efter der er foretaget en faglig vurdering, medmindre andet er fastsat ved lov.

Konklusion

Sammenfattende kan der peges på, at der i Norge i perioden 1999-2008 har været tilført betydelige ressourcer til psykiatrien i kraft af Opptrappingsplanen for psykisk helsevern, og at særligt en decentralisering og en styrkelse af distriktspsykiatrien (DPS) i denne sammenhæng har været i fokus. Dette har medført, at en stor del af indsatsen i psykiatrien i Norge finder sted i DPS.

I DPS arbejder mange forskellige faggrupper, herunder psykologspecialister, som har været i stor stigning. Under vores besøg i Norge blev der særligt rettet opmærksomhed mod, at psykologspecialister har erstattet sygeplejersker i DPS, og at det, ligesom i Danmark, er svært at rekruttere speciallæger i psykiatri – særligt i udkantsområder. Dette har medført en mangel på lægefaglig kompetence i DPS.

I Norges *Psykisk helsevernloven* fremgår, at både psykiatere og psykologer med relevant videreuddannelse (dvs. psykologspecialister) kan være fagligt ansvarlige for at træffe beslutninger. I Danmark er ansvaret for behandling ikke forbeholdt specifikke faggrupper, men i sundhedsloven fremgår en bred forståelse af, at 'behandling' kan varetages af alle autoriserede sundhedspersoner, så længe den pågældende ikke udsætter nogens helbred for påviselig fare.

I Norge er psykologspecialister yderligere skrevet specifikt ind i tvangslovgivningen, hvor de har beføjelse til at udføre tvangsforanstaltninger. Det skal dog her nævnes, at der i den norske såvel som den danske lovgivning tydeligt står, at en tvangsforanstaltning ikke må iværksættes, uden at en læge har undersøgt patienten. Under besøget i Norge blev en af udfordringerne med anvendelse af psykologspecialister beskrevet som, at flere psykiatere oplever, at de blot udsteder recepter og udøver tvang.

Som nævnt har der i Norge været en bevægelse hen imod decentralisering i psykiatrien. I Danmark har der derimod været en bevægelse hen imod større centralisering i hele sundhedsvæsenet og herunder psykiatrien ift. at samle specialistkompetencer på færre steder i landet for at sikre en behandling af høj kvalitet. Det er bl.a. derfor ikke givet, at anvendelsen af psykologspecialister i Norge direkte kan overføres til danske forhold, idet vi her har en større del af behandlingen på døgnafsnit. Der kan dog med fordel hentes inspiration fra Norge ift. den kulturændring hvor psykologspecialister indgår som en naturlig del af et tværfagligt samarbejde med de andre faggrupper i den ambulante psykiatri.