

Søknadsskjemaⁱ for nasjonale kompetansetjenester

Viktig bakgrunnsinformasjon: Se dokumentet *Innledning og veiledning for søknader om nye nasjonale kompetansetjenester*

Helseforetak	Oslo universitetssykehus	RHF	HSØ
Ansvarlig avdeling	Kvinne- og barneklirikken, Barneavdeling for nevrofag, Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri	Ansvarlig person	Avdelingsoverlege Trond H. Diseth
Navn på tjenesten ⁱⁱ	Komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge		

Beskrivelse av tjenesten – innhold og avgrensning

1. Gi en beskrivelse av innholdet i tjenesten. Hvilken eller hvilke pasientgrupper eller diagnoser er målgrupper for kompetansetjenesten? Hvilke helsemessige tilleggsgvinster i form av bedre prognose eller livskvalitet forventes etableringen av tilbudet å føre til?	Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri (tidligere BUP-seksjonen, Barneklirikken, Rikshospitalet) har over 30 års erfaring og oppbygd spisskompetanse for bred tverrfaglig (biopsykososial) forståelse og tilnærming. Seksjonens arbeid omfatter utredning, diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring av barn og unge med komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander; dvs tilstander med svært alvorlige somatiske symptomer og utfall (smerter, lammelser, krampes, blindhet etc.) uten tilstrekkelig somatiske funn som kan forklare tilstandsbildet organisk. Tjenesten inkluderer også pårørende; foreldre/søsken, samt lokalt/regionalt fagpersonell, og innbefatter både klinisk-, fag- og metodeutviklings-, forsknings-, undervisnings- og veiledningserfaring. De siste 10 år har seksjonen i økende grad hatt en etterspurt spisskompetanse spesifikt for komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge, og har derfor som hovedmål å videreutvikle dette til en formell nasjonal kompetansetjeneste, med klare ambisjoner om å spre kompetansen til alle deler av landet. Den nasjonale kompetansetjenesten for komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge vil derfor være koblet til dagens behandlingsfunksjon ved seksjonen. Seksjonens diagnostikk, behandling og oppfølging er allerede i dag åpen for henvisninger fra hele landet. Den aktuelle fagkompetanse består først og fremst av teknikker, metoder og modeller for spisskompetent bredt anlagt barne- og ungdomspsykiatrisk utredning, diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring av både pasient/pårørende og lokalt/regionalt fagpersonell. Dette skjer i tett tverrfaglig samarbeid innenfor dagens infrastruktur, med tilgjengelig barnemedisinsk, oftest barnenevrologisk, kompetanse på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Målgruppe for kompetansetjenesten er de mest komplekse og svært alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge under 18 år. Tilstandene er stress- og traumerelaterte og kan klassifiseres i to hovedgrupper: 1. Dissosiative konversjonslidelser (F44.4-7) som er forstyrrelse/utfall av motoriske og/eller sensoriske funksjoner (lammelser, krampes, parestesier, blindhet, døvhhet) 2. Somatoforme lidelser (F45) som er karakterisert ved opplevde somatiske symptomer fra et eller flere organsystemer (hjerne, lunge, mage/tarm) og kan også inkludere objektive tegn på autonom aktivering (inkl. smertelidelse i hode-, mage-, ryggsmertes). Samlet sett kan disse tilstandene av svært komplekse og alvorlige somatiske symptomer uten organiske funn forstås som kroppens "språk", og uttrykke enten en manglende bevisst integrering av traumer/livsbelastninger; dvs dissosiasjon, et manglende språk for emosjoner og livsbelastninger; dvs somatisering, et familie-/sosialt-system som ikke tillater at emosjoner/belastning uttrykkes, eller sosial læring ved at barnet formidler systemets språk. Tilstandsbildene dreier seg dermed om svært kompleks, alvorlig somatisk symptomatologi og funksjonsforstyrrelse med en gjennomgripende innvirkning på barnets fysiske, psykologiske, kognitive og sosiale utvikling og funksjon, samt dagligliv, og som vekker stor bekymring og invalidisering; både for barnet og familien. Tilstandene plasserer dermed barn og unge med slik betydelig funksjonsforstyrrelse utenfor det normale utviklingsløpet, ofte gjennom flere år.
---	---

Fagkunnskap om forståelse og tilnærming; diagnostikk og behandling, som denne pasientgruppen er helt avhengig av for best mulig prognose og livskvalitet, finnes i dag dessverre ikke i tilstrekkelig grad i våre lokale eller regionale hjelpeapparat. De ulike nasjonale fagmiljøene innen allmennmedisin, pediatri og barne- og ungdomspsykiatri, erkjenner derfor at helsevesenet nasjonalt sliter med å gi denne gruppen av svært alvorlige tilstander et tilfredsstillende tilbud. Kompetansetjenestens klare ambisjon er derfor å spre slik nødvendig kompetanse til alle deler av landet. En slik kompetanse er fundert på at:

- Tilstandene er klart relatert til stress (f.eks. lojalitetskonflikt, prestasjonskrav) og/eller traume (psykogene) som utfordrer barns utviklingsmessig naturlige behov for oversikt, forutsigbarhet og kontroll, og som dermed overskrider barnets psykologiske og kognitive evne til integrering. Dette gjelder både predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer som er viktige for utvikling og forløp av tilstanden.

> Det er derfor avgjørende at alle aspekter av tilstandsbildet gjennomgås grundig og parallelt med somatisk og barnepsykiatrisk diagnostikk/differensialdiagnostikk, så vel som forståelse av mekanismer som kan medvirke til sykdomsutvikling og vedlikeholdelse. En slik helhetlig biopsykososial kunnskap som fundamentet i klinisk praksis besitter i dag ikke det lokale eller regionale hjelpeapparat i tilstrekkelig grad.

- Nyere kunnskap om nervesystemets funksjon og epigenetiske mekanismers innvirkning på barns utvikling understreker betydningen av en helhetlig, bio-psyko-sosial forståelse av helse og sykdom generelt og i disse psykosomatiske tilstandene spesielt. Dette bidrar til økt bevissthet for nødvendigheten av sammensatte helhetlige behandlingstiltak.

> En slik forståelse/tilnærming og kompetanse har lenge vært etablert ved vår seksjon, hvor vi har utviklet ulike utredningsmetoder/-teknikker og tverrfaglige behandlingsmodeller for de psykosomatiske tilstandene spesielt.

- Familiene som befinner seg i en kronisk og fastlåst situasjon med et langvarig psykosomatisk sykt barn mangler som regel et slikt biopsykososialt helhetsperspektiv, og dette gjelder oftest også det lokale og regionale hjelpeapparat.

> Det konkrete arbeidet ved seksjonen og kompetansetjenesten har derfor som hovedmålsetting og ambisjon å bidra til et helhetsperspektiv og innenfor denne rammen å videreutvikle ulike utredningsmetoder og behandlingsintervensjoner for delproblemstillinger, samt å bidra til at slik kompetanse implementeres i den lokale oppfølgingen av pasientene.

- Tidlig diagnostikk og intervensjon av de alvorlige psykosomatiske tilstandene bedrer prognosen og forebygger et kronifiserende, invalidiserende, somatiserende forløp og barnepsykiatrisk tilleggsproblematikk (depresjon, kronisk tretthet etc). Dette fører til bedret skolefungering og økt/raskere sosial deltagelse, og dermed økt livskvalitet og mestring, både for pasient og familie.

> Kompetansetjenesten vil derfor ha ambisjon om kompetansespredning av teknikker, metoder og modeller for tidlig diagnostikk/intervensjon, da dette gir økte muligheter for bedre prognose og økt livskvalitet for denne pasientgruppen.

Tilstandene som omfattes av kompetansetjenesten omhandler svært alvorlige tilstander som helsevesenet nasjonalt sliter med å gi et tilfredsstillende og helhetlig tilbud til. Pasientgruppen blir ofte en kasseball mellom ulike fagprofesjoner; mellom allmennmedisin, pediatri og barne- og ungdomspsykiatri. Pasientene oppfattes ofte, både i 1. og 2. linjetjenesten, som "enten- eller" tilstander. Enten som ren somatikk med en eller annen "sjelden eller ennå ikke-erkjent" somatisk tilstand og dermed stadig krav om flere undersøkelser hos ulike subspecialister, eller som ren psykiatri med en "av pasient/foreldre ennå ikke-erkjent" individual- eller familieproblematikk. Faren for feildiagnostisering og feilbehandling, non-compliance og "doktorshopping" er derfor stor. Dette kan igjen medføre betydelige omkostninger; både helsemessig og økonomisk, gjennom lengre tid.

> En viktig målsetting for Kompetansetjenesten blir derfor å spre denne kunnskapen vedrørende forståelse og tilnærming, dvs. utredning, behandling, oppfølging og opplæring, til alle deler av landet

Etter vår mening er det derfor hensiktsmessig formelt å sentralisere denne fagkompetansen innen diagnostikk, behandling og oppfølging. Eksisterende spisskompetanse og nødvendig infrastruktur finnes ved OUS Rikshospitalet, men er dessverre ikke i tilstrekkelig grad erkjent og integrert i alle deler av helsetjenesten. I tillegg stiller diagnostikken spesifikke krav til en parallell spisskompetent somatisk; oftest barnenevrologisk, utredning for å utelukke alvorlig, men sjelden somatisk patologi. Et slikt tverrfaglig, parallelt samarbeid er integrert ved vår klinikk på OUS-RH i felles prosedyrer/protokoller på tvers av fagprofesjonene. Dette er svært

	viktig for nettopp å unngå den fallgruben en vanligst ser ved håndtering av disse pasientene, nemlig en prognostisk lite heldig dikotomi: "Dette må da være somatisk; vi gir oss ikke før alt er utelukket", versus "dette er da ren psykiatri; sitter da kun mellom ørene". > En formalisert oppbygging av en nasjonal kompetansetjeneste vil derfor ha som ambisjon å spre slik nødvendig kompetanse. Målsettingen vil være lokal/regional forankring over hele landet av den spisskompetanse nettopp denne pasientgruppen trenger tidlig i sykdomsforløpet for "hjelp til å oversette sitt kroppslige språk" for så "å bryte ut av onde sirkler". Vi mener dette kan skape et tilbud til en pasientgruppe med et utilstrekkelig tilbud i dag. Etter vår vurdering er dette viktig for barn og familier i en krevende og belastende livssituasjon og kostnadseffektivt for helsevesenet og samfunnet. En helhetlig forståelse av hva som ligger bak symptomene gjør det mulig å gi målrettet behandling. Vår egen og internasjonal erfaring er at dette ofte har dramatisk effekt på de alvorlige symptomene. Dette har betydelige konsekvenser for barnets funksjon, utvikling og senere helse. Bedret nasjonal kompetanse innen dette fagområdet er derfor viktig.
2. Hvilken type kompetansetjeneste er det snakk om? Jf veiledningen punkt 3.	☒ Små pasientgrupper ☐ Store pasientgrupper ☐ Sjeldne funksjonshemninger Kommentarer: Det er ikke gjennomført gode nasjonale eller internasjonale epidemiologiske undersøkelser som kan si noe om nasjonal forekomst av disse mest alvorligste psykosomatiske tilstandene. En regner dog med at ca 10 % av norske barn og unge har en eller annen form for stress-/traumerelatert psykosomatisk tilstand. Men dette tallet omfatter også de mer hyppige, moderate psykosomatiske tilstandene som hodepine, magesmerter og ryggsmelter. Pasientgruppene med de mest komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander er i utgangspunktet små, men antall henvisninger til vår seksjon har gjennom de siste årene vist en betydelig økning (400 % økning over siste 5 år) og utgjør i dag en stor del av seksjonens virksomhet. Økningen i antall henvisninger kan reflektere et økt, men også et tidligere udekket behov. Dette kan derfor synes å være relatert delvis til et rapportert økt stressnivå barn og unge i dag erfarer. Primære behov for oversikt, forutsigbarhet, kontroll og krav tilpasset kognitive ressurser synes nå i større grad å bli utfordret. Dette gjelder både i familie, barnehage og skole. Økning i henvisninger kan også ha bakgrunn i økt kjennskap til seksjonens kompetanse og virksomhet. Første halvår 2011 har seksjonen pr. 30.06.11 mottatt 33 pasienter i alderen 9 til 18 år hvorav 13 gutter og 21 jenter. Av disse var 27 (82 %) nyhenviste og inne til første gangs opphold, resten til reinntak eller poliklinisk oppfølging over en avgrenset periode. Pasientene var innlagt samarbeidende OUS-RH seksjoner og avdelinger; 25 stk på Barnepost I (23 barnenevrologisk, 2 barnerevmatologisk), 3 stk på generell Barnepost II, 3 stk på kirurgisk Barnepost I (nevrokirurgisk), 1 på ortopedisk og 1 på voksennevrologisk. Hver enkelt av pasientene utløser rundt fem ganger flere konsultasjoner/tiltak (ca 30) enn våre vanlige "BUP"-pasienter, og utgjør dermed nå 25 % av seksjonens totale aktivitet. I tillegg kommer behov for tverrfaglig utredning ved pediater/barnenevrolog, spesialpedagog, fysioterapeut etc. Dette dreier seg om pasienter som henvises fra hele landet, både fra lokalsykehus og fra øvrige regionalsykehus for second og third opinion. Vi forutsetter at det er etablert en lokal/regional behandlingsforankring for pasient og familie før inntak.

3. Hva er de viktigste aktivitetene for kompetanse-tjenesten? Jf veiledningen punkt 3.	☒ Tjenester rettet mot helsepersonell og annet fagpersonell i helsetjenesten. ☒ Tjenester rettet mot pasienter/brukere som enkeltperson, og deres pårørende. ☐ Tjenester rettet mot pasienter/brukere og deres pårørende på gruppenivå. ☒ Forskning, fag- og metodeutvikling (Kan innebære register/biobank). ☐ Kvalitetskontroll/kvalitetsutvikling (Kan innebære register/biobank). Kommentarer: Kompetansetjenesten har som hovedmålsetting og klare ambisjon å spre denne nødvendige kompetanse vedrørende forståelse og tilnærming; utredning, behandling, oppfølging og opplæring, til alle deler av landet. For å kunne gjennomføre denne ambisjon for utvikling av den nasjonale kompetansetjeneste, vil kompetansetjenesten basere seg på en 3-delt aktivitet; 1) fortsatt bred tverrfaglig anlagt (biopsykososial) utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av den enkelte fortløpende pasient/foreldre/søsken, 2) veiledning/undervisning/oppfølging av det lokale/regionale fagpersonell, i tillegg til utarbeidelse av metodikk/materiell/struktur for generell kompetanseoverføring/-oppbygging i alle deler av helsetjenesten nasjonalt, samt 3) utvidet forskning, fag- og metodeutvikling (se også pkt 4).
4. Hvordan er oppgavene tenkt ivaretatt overfor hele landet? Jf. veiledningen punkt 2.	Under pkt 1 og 6 beskrives et dokumentert behov for en videre nasjonal kompetanseoppbygging for komplekse/alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge, men også et klart og økende behov for formidling og spredning av slik kompetanse. En nasjonal kompetansetjenestes viktigste formål vil være å samarbeide med aktuelle miljøer i hele landet om videre fagutvikling. Kompetansetjenesten vil derfor bidra aktivt til oppbygging, forankring og integrering av slik spesifikk kompetanse på både regionalt og lokalt nivå. Dette gjelder både samarbeid med aktuelt fagpersonell innenfor primærhelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatri og pediatri, men også informasjon og rådgivning til befolkningen. Målet blir å sikre likeverdig tilgang til utredning og behandlingstjeneste. Det planlegges gjentatte årlige nasjonale og regionale kurs og konferanser. Det må tas initiativ til nasjonale retningslinjer i samarbeid med Helsedirektoratet, samt faglige veiledere innen diagnostikk, behandling, oppfølging og forebygging. Da dette dreier seg om implementering av ny kunnskap, må det vurderes om regionale foretak i samarbeid med kompetansetjenesten vil etablere tverrfaglige regionale nettverk, og at disse er representert i et nasjonalt nettverk. Kompetansetjenesten kan her bygge på et allerede etablert nasjonalt nettverk innenfor psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, samt samarbeid med de fire regionale RBUP. En vil fortsatt ha et sterkt fokus på undervisning innenfor både grunnutdanning og videreutdanning innen de ulike fagprofesjonsstudier på Universiteter og Høyskoler (se også pkt 9). Aktiv deltagelse og samarbeid i relevante forskningsprosjekter; også gjennom allerede etablerte regionale og nasjonale forskningsnettverk, står sentralt. For befolkningen planlegges utvikling av pasientinformasjon i tillegg til fortsatt kunnskapsformidling gjennom media. Forebygging av disse klart stress- og traumerelaterte tilstander vil være viktig. For å kunne videreutvikle en slik nasjonal kompetansetjeneste vil seksjonen fortsatt ha behov for direkte pasientbehandling tilknyttet kompetansevirksomheten. Men en slik nasjonal kompetansetjeneste vil ha som hovedformål å understøtte lokal/regional pasientbehandling; og utvikle denne funksjonen som seksjonen allerede i dag har (se pkt 1 og 9).

5.

Hva er begrunnelsen for at en nasjonal kompetanse-tjeneste vil bedre tilbudet til pasientgruppen?

Under pkt 1 og 6 beskrives behov for en nasjonal kompetansetjeneste innenfor en økende, men fortsatt under(er)kjent gruppe barn og unge med høyt fysisk, psykisk og sosialt lidelsestrykk, uten at det foreligger tilstrekkelig kunnskap og kompetanse på lokalt og regionalt nivå om adekvate utrednings- og behandlingsmodeller. Tilstanden blir dermed lett kronifisert med fare for økt invalidisering.

Seksjonens kompetanse etterspørres i økende grad fra hele landet. Seksjonen har bygget sin kompetanse over mange år gjennom spesifikk og økende klinisk erfaring, fag- og metodeutvikling, aktiv forskning og kunnskapsformidling. Seksjonen har trukket veksler på infrastrukturen på Kvinne- og barneklubben OUS, Rikshospitalet, hvor Barne- og ungdomspsykiatriske seksjon alltid har vært en integrert del av pediatrien; faglig og organisatorisk. Det foreligger gjennom dette derfor et nødvendig tett, tillitsfullt, trygt og lojalt tverrfaglig samarbeid på tvers av fagprofesjonene, noe som er en forutsetning for en slik helhetlig biopsykososial tilnærming denne pasientgruppen faglig krever.

En formell nasjonal kompetansetjeneste for alvorlig/komplekse psykosomatiske tilstander hos barn og unge vil kunne gi økt kvalitet på diagnostikk, behandling, opplæring og oppfølging av pasient/pårørende gjennom øket nasjonal kompetanse.

En nasjonal kompetansetjeneste vil bidra til øket synlighet og oppmerksomhet rundt en pasientgruppe med økende volum, store funksjonelle konsekvenser for pasientene og et utilstrekkelig tilbud i dag. Dette vil også kunne bidra til bedre nasjonal kostnadseffektivitet ved å hindre unødige og gjentatte "rene somatiske eller rene psykiatriske tilnærminger" (se pkt 1 og 6).

Eksisterende spisskompetanse består av seksjonens barnepsykiatere, psykologspesialister og kliniske sosionomer, samt pediaterne/barnenevrologer, annen somatiske subspecialister, spesialpedagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, spesialsykepleiere fra klinikken og sykehuset for øvrig. Dette danner et godt og bredt erfaringsgrunnlag for å utøve kompetansetjenestefunksjonen.

6.

Hva er kunnskapsgrunnlaget i forhold til nytten av å opprette en nasjonal kompetanse-tjeneste?

Nyere tilgjengelige metoder for kartlegging av nervesystemets funksjon og ny forskningsbasert og anerkjent kunnskap om epigenetiske mekanismers innvirkning på barns utvikling (Diseth 2005a, Meaney 2010) understreker spesifikt betydningen av en helhetlig, multifaktoriell bio-psyko-sosial forståelse og tilnærming til sammensatte, komplekse psykosomatiske tilstander. Denne kunnskapen bidrar til økt bevissthet om behovet for og økt erkjennelse for betydningen av sammensatte helhetlige behandlingstiltak.

Både seksjonens egen og internasjonal klinisk og forskningserfaring viser at aktuelle tilstandsbilder er klart relatert til uoverkommelig stress og/eller traume som utfordrer barns naturlige behov for oversikt, forutsigbarhet og kontroll, og som derved overskrider barnets psykologiske og kognitive evne til integrering. Disse predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer er avgjørende for symptom bildet. Det blir derfor behandlingssmessig og prognostisk avgjørende at alle aspekter av tilstandsbildet gjennomgås mht grundig somatisk og barnepsykiatrisk differensialdiagnostikk så vel som for forståelse av mekanismer som kan medvirke til sykdomsutvikling og vedlikeholdelse (Diseth 2005b).

Både egne og internasjonale studier (Diseth 2005a, Schwingenschuh et al 2008, Pehlivan Türk & Unal 2002) viser at tidlig diagnostikk og intervensjon av alvorlige, komplekse psykosomatiske tilstander bedrer prognosen og forebygger et kronifiserende, invalidiserende somatiserende forløp og barnepsykiatrisk tilleggsproblematikk, samt fører til bedret skolefungering og økt/raskere sosial deltagelse.

	Også de fleste familiene; både pasient og foreldre, som befinner seg i en kronisk og fastlåst situasjon med et ofte langvarig, psykosomatisk sykt barn, mangler som regel et slikt biopsykososialt helhetssyn; noe som ofte også stimuleres av hjelpeapparatets tilnærming grunnet manglende helhetssyn. Det konkrete arbeidet ved seksjonen har derfor som målsetting å bidra til et helhetssyn og innenfor denne rammen å utfordrer ulike behandlingsintervensjoner for delproblemstillinger, samt å bidra til at dette implementeres i oppfølgingen av pasientene (Diseth 2005b). Klinisk erfaring tilsier at for å lykkes med dette er det en forutsetning at man arbeider i et tverrfaglig team med god kommunikasjon mellom team og pasient/familie, så vel som med samarbeidende instanser på lokalt/regionalt nivå.
7. Hva omfattes ikke av tjenesten: Gi en beskrivelse av grenseoppgang mot annen virksomhet og evt. gråsoner.	Andre psykosomatiske tilstandsbilder enn de som er beskrevet foran, omfattes ikke av denne kompetansetjenesten: - Hypersensitivitetstilstander som kronisk utmattelsessyndrom; nevrasteni, postviralt utmattelsessyndrom/myalgisk encephalomyelopati (F48, G93.3), refleksdystrofi (M89.0) og andre komplekse smertetilstander (R52.1 Kroniske, intraktable smerte), - Mindre uttalte/kroniske psykosomatiske tilstandsbilder som mistriwssessyndrom (NOFT), encoprese/enurese, magesmerter og hodepine.
8. Vil kompetansetjenesten gjøre bruk av eller samarbeide med utenlandske institusjoner?	Ja; kompetansetjenesten vil gjøre bruk av, men også utvide deltagelsen i allerede formelt etablerte kliniske og forskningsbaserte nasjonale og internasjonale nettverk/fora og institusjoner, som Nasjonalt forum for CL-psykiatri og Psykosomatikk (Norsk Psykiatrisk Forening), Nasjonalt forum for CL-barnepsykiatri og Psykosomatikk (Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk Forening), European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics, Academy of Psychosomatics, European Society for Trauma and Dissociation, European Society of Traumatic Stress Studies, samt fortsatt aktiv deltagelse i internasjonale forskningsmiljø; f.eks rundt Professor Onno van der Hart/ Ellert Nijenhuis, Utrecht University, Nederland, og deres internasjonalt sammensatte forskningsmiljø.

Beskrivelse av fagmiljø og ressurstilgang

9. Gi en beskrivelse av miljøets kompetanse i forhold til oppgavene som skal ivaretas som kompetansesent er. Gjør rede for hvordan kompetansen er tenkt vedlikehold i årene framover. Jf. veiledningen punkt 7.	Seksjonens fagmiljø innehar denne spesifikke kompetanse og består i dag av tre overleger, to leger i spesialisering, fem psykologspesialister og fire kliniske sosionomer. Alle disse innehar spisskompetanse innen: I) Diagnostikk, behandling, oppfølging og opplæring av pasient/pårørende, samt faglig samarbeid med lokale/regionale hjelpeapparat: a) Kompetansesenterfunksjon fordrer et daglig klinisk teamsamarbeid mellom ulike fagpersoner fra BUP, alltid bestående av minst to fagpersoner rundt hver enkelt pasient og familie; barne- og ungdomspsykiater (spesialist) og psykologspesialist eller klinisk sosionom. Seksjonen har; basert på klinisk erfaring og forskning, de siste fem år utarbeidet og årlig revidert en protokoll/prosedyre som foreligger i OUS' e-håndbok og i Veilederen 2010 for Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatri, Den norske legeforening. En standardisert ramme for tidsbruk per pasient fra det barnepsykiatriske team omfatter arbeid før inntak, under inntak, utredning og behandlingsoppstart gjennom en gjennomsnittlig to ukers innleggelse ved samarbeidende barnepost, oftest Barnenevrologisk seksjon, samt arbeid med overføring for videre oppfølging. Dette utgjør til sammen ca 35 timer pr pasient. I tillegg kommer påfølgende oppfølgings-/veiledningsmøter 3, 6 og 12 måneder etter utskrivelse med pasient/pårørende og det lokale/regionale hjelpeapparat. b) Tjenesten er også i særdeleshet avhengig av et tett og tillitsfullt daglig samarbeid mellom BUPs fagekspertise og somatisk/barnemedisinsk spisskompetanse: i) Pediatr; oftest barnenevrolog eller annen somatisk subspesialist, deltar i tverrfaglig inntaksmøte, tverrfaglige utredningsmøter 1-2 ggr/uke, tverrfaglig tilbakemeldingsmøte samt somatisk undersøkelse. Eventuelt også separate samtaler med barn/foreldre og henvising/oppfølging av supplerende somatiske undersøkelser. ii) Fysioterapeut deltar med undersøkelse over 1-2 sesjoner og supplerende kartlegging/behandling avhengig av problemstilling, videre i tverrfaglige utredningsmøter 1-2 ggr/uke. iii) Spesialpedagog bistår med skolekontakt, kartlegging av skoleferdigheter og kognitiv testing over minst to sesjoner, videre i tverrfaglige utredningsmøter 1-2 ggr/uke. iv) Ergoterapeut bistår over 1-2 sesjoner, avhengig av funksjonsnivå og behov for tilrettelegging, i tverrfaglige utredningsmøter 1-2 ggr/uke. v) Sykepleier følger pasient og familie i den tiden pasienten er innlagt i avdelingen; dvs 1-2 uker, med spesifikke observasjoner og fortløpende kontakt, i tverrfaglige utredningsmøter ca 1-2 ggr/uke. c) En lokal forankring, med tverrfaglig overføring, er faglig strengt nødvendig. Representanter for lokal BUP-poliklinikk, lokal barneavdeling, PP-tjeneste, helsesøster og fastlege kontaktes underveis under oppholdet og deltar under oppholdets avsluttende tilbakemeldingsmøte. En videre veiledning og oppfølging av det lokale/regionale hjelpeapparat er oftest nødvendig. Denne tilnærmingen skissert under 1a, b, c vil vedlikeholdes og videreutvikles ved kliniske kvalitetets-/forskningsprosjekter, intern faglig opplæring/veiledning og deltagelse i nasjonale/internasjonale fagmiljøer, kurs og konferanser (se pkt 8). Ulike utrednings- og behandlingsmodeller utarbeides og kunnskapsformidles/veiledes/kompetanseoverføres til lokalt/regionalt hjelpeapparat etter utarbeidet plan. II) Veiledning/undervisning av helsepersonell: Representanter for alle seksjonens tre fagprofesjoner underviser med sin kompetanse i sine regionale fagfora/nettverk, akademiske grunnutdanninger, regionale og nasjonale fagspesifikke spesialist-/videreutdanninger (profesjonsforeningenes grunnkurs, RBUP, universitetskurs) innenfor barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, pediatri, profesjons- og institusjonsforeningens nasjonale årsmøter, ulike fagspesifikke (psykosomatikk) nasjonale nettverksmøter. I tillegg kommer ad hoc undervisning/veiledning overfor ulike lokale/regionale fagteam ved formidlet behov; gjerne knyttet til tilbakeføring av den enkelte pasient. III) Forskning og fag-/metodeutvikling: Seksjonen er en av to barne- og ungdomspsykiatriske akademiske enheter (UiO) innen Helse Sør-Øst med eget professorat og undervisning/veiledning av studenter og doktorgrads-/post
--	--

	docstipendiater. Alle seksjonens overleger har dr.grad og ovennevnte faggrupper deltar i 17 ulike tverrfaglige forskningsprosjekter internt/eksternt i OUS og HSØ. Fra seksjonen har det siste fem år utgått 21 artikler i referee-baserte tidsskrifter, samt seks bokkapitler. Fag- og metodeevaluering/-utvikling pågår kontinuerlig, bl.a ulike metoder for hvordan vi presenterer en helhetlig biopsykososial tilnærming overfor pasient/pårørende og hjelpeapparat, hvordan vi presenterer gode pedagogiske modeller for dissosiasjon/blokkering/sensitivisering og hvilke modeller for oppfølging av det lokale/regionale hjelpeapparatet som er mest effektivt. Seksjonen ønsker også presentere sine arbeidsmåter i media. Vi har nylig presentert arbeidet i Dagens Medisin, Puls NRK, A-magasinet og Dagbladet. Tilnærmingen skissert under pkt I, II og III vil vedlikeholdes og videreutvikles ved kliniske kvalitetets-/forskningsprosjekter, utvikling av dokumentasjonssystemer for behandlingseffekt, intern faglig opplæring/veiledning og deltagelse i nasjonale/internasjonale fagmiljøer, kurs og konferanser (se pkt 8 og 13). Ulike utrednings- og behandlingsmodeller utarbeides og kunnskapsformidles/veiledes/kompetanseoverføres til lokalt/regionalt hjelpeapparat etter utarbeidet plan.
10. Nasjonale funksjoner skal opprette referansegruppe med representanter fra alle regionale helseforetak, se dokumentet <i>Mandat og sammensetning av referansegruppene</i>. Er det spesielle momenter som må vektlegges ved sammensetning av gruppen?ⁱⁱⁱ	Referansegruppen bør gjenspeile kompetanseområdets tverrfaglige tilnærming og bør derfor være representert ved spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, psykologspesialist barn/unge, klinisk sosionom familie, samt spesialist i pediatri, subspecialist i barnenevrologi og spesialist i allmennmedisin.
11. Hvilke ressurser øremerkes for den nasjonale kompetansetjenesten.^{iv} Gjør rede for utfordringer knyttet til ressurstilgang. Hvordan er utfordringene tenkt løst?^v	Seksjonen innehar i dag i stor grad nødvendig faglig ekspertise inkl. de ulike fag personell som kreves for den søkte kompetansetjenesten (se over). Imidlertid vil god gjennomføring av de planlagte kompetansetjenestefunksjonene kreve øremerkede ressurser i form av tid for sentralt fagpersonell, samt drift av funksjonen. Øremerkede ressurser må gjenspeile kompetanseområdets tverrfaglige tilnærming og bør derfor være representert ved overlege i barne- og ungdomspsykiatri, psykologspesialist barn/unge og klinisk sosionom familie, samt overlege i pediatri/barnenevrologi. Stilling for lege i spesialisering innenfor videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri/pediatri bør øremerkes opplæring i denne kompetanse med strukturert rotasjonsordning fra de ulike regioner. Øremerkede driftsmidler til utøvelse av kompetansesenterfunksjonen samt sekretærfunksjon må også sikres.

12. Er det andre momenter som bør trekkes fram, som det ikke er spurt om ellers i skjemaet?	Nei
13. Oppgi inntil 10 vitenskapelige publikasjoner de siste 5 år som har utgått fra personer i det fagmiljøet som søker, og som er relevante i forhold til den tjeneste som søkes. Listen skal inkludere publikasjonens PubMed-nummer.	Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 2005; 59(2):79-91. PMID:16195104 Diseth TH. Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. <i>Development & Psychopathology</i>, 2006; 18(1):233-51. PMID:16478561 Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>, 2005; 59(4):278-92. PMID:16195132 Diseth TH, Gjone IH. Tilstander med somatiske presentasjonsformer. In: <i>Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri</i>. Eds. G Haaland, S Øritsland, AM Myhre, Ø Sørbye, ME Huynh. Oslo, Den Norske Legeforening, 2010. Diseth TH, Malt UF. Dissosiative og somatoforme lidelser. In: <i>Nevrologi og nevrokirurgi; fra barn til voksen (5 utg)</i> Eds. L. Gjerstad, E. Helseth, T. Rootwelt. Høvik: Forlaget Vett & Viten, 2010; s. 253-263. Gjems S, Diseth TH. Somatic illness and psychological trauma in children: Prevention and treatment strategies. <i>Tidsskrift Norsk Psykologforening</i>, Accepted June 2011. Gjone IH, Ottesen A, Sandvig I. The syndrome of fixed dystonia with contracture development; complete remission after multidisciplinary treatment – single case report. Submitted May 2011. Huynh ME, Vandvik IH, Diseth TH. Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art. <i>Clin Child Psychol Psychiatry</i> 2008; 13:377-93. PMID:18783121 Schage S, Diseth TH. The use of metaphors in child and adolescent psychiatry. Submitted June 2011. Ramberg BK, Diseth TH. Children with chronic pain; caught in a vicious circle – ways to break out. Submitted May 2011. Reinfjell T, Diseth TH, Veenstra M, Vikan A. Measuring health-related quality of life in young adolescents: reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. <i>Health Qual Life Outcomes</i>, 2006; 4:61. PMID:16972987

Videre prosess – forankring

Søknaden skal sendes fra HFet til RHFet for videre behandling. Søknaden skal være underskrevet, og kan sendes via vanlig post og/eller sendes elektronisk som skannet dokument.

Søknaden skal samtidig sendes via e-post til *RHFenes prosjektsekretariatet for nasjonale tjenester* for forberedelse til videre saksbehandling (nedsette arbeidsgrupper, planlegge tidsramme m.v.). Videre saksbehandling iverksettes ved RHF-godkjenning av søknaden.

Prosjektsekretariatets e-postadresse: Nasjonaletjenester@ihelse.net

Bakgrunnsdokumentene gir et godt utgangspunkt for korrekt utfylling av søknadsskjemaet, noe som igjen vil sørge for at saksbehandlingen ikke forsinkes.

Grunnslagsdokumenter

- Rundskriv I-19/2003
- Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene
- Kriterier for etablering, vurdering, endring og avvikling av nasjonale tjenester
- Resultatmål – hva vil nasjonale tjenester bli målt på?
- Mandat og sammensetning av referansegruppene

ⁱ Søknadsskjemaet lagres som Worddokument med egnet navn på egen PC.

ⁱⁱ Bruk et mest mulig dekkende og beskrivende navn på kompetansesenteret.

ⁱⁱⁱ Eksempelvis i forhold til type spesialiteter som bør være representert, behov for brukerrepresentasjon o.a.

^{iv} Antall og type stilling pr avdeling/enhet som er eller vil bli involvert i tjenesten. Driftsmidler.

^v Det må komme klart fram om det ligger ressursmessige forutsetninger fra HFet for å påta seg oppgaven. Dette er ett av punktene som RHFet må ta konkret stilling til før eventuell videresending av søknaden for videre behandling.