

Program for psykisk helsevern i Helse Midt- Norge 2007-2010

Revision av Regionalt

Innhold

1. INNLEDNING	6
1.1. REVISJONENS FORANKRING OG GRUNNLAG	6
2. BRUKERMEDVIRKNING	9
2.1. BAKGRUNN	9
2.2. BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ	9
2.2.1. Deltakelse i råd og utvalg	9
2.2.2. Systematisk innhenting av brukererfaringer	10
2.2.3. Brukerstyrte sentra	10
2.2.4. Brukerinvolvering i forskning og evaluering	10
2.3. BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ	11
2.3.1. Individuell plan, IP	11
2.3.2. Barn og unges brukermedvirkning	12
2.3.3. Læring og mestring	12
2.4. TILTAK	12
3. PSYKISK HELSEVERN UTEN EGET SAMTYKKE	13
3.1. BAKGRUNN	13
3.1.1. Konsekvenser av revidert lovverk	13
3.1.2. Virkemidler for redusert bruk av tvang	13
3.2. TILTAK	14
4. FUNKSJONS- OG OPPGAVEFORDELING	14
4.1. BAKGRUNN	14
4.1.1. Psykisk helseverns begrensninger	15
4.1.2. Struktur, organisering og samhandling innad i spesialisthelsetjenesten	15
4.1.3. Prinsipiell oppgavefordeling i psykisk helsevern for voksne	16
4.1.4. Nye arbeidsformer	16
4.1.5. Samhandling med kommunene	16
4.1.6. Barnevern og psykisk helsevern	17
4.1.7. Ressursfordeling i psykisk helsevern	17
4.2. TILTAK	17
5. PASIENTFORLØP OG SAMVIRKE MELLOM TJENESTER	18
5.1. BAKGRUNN	18
5.2. TILTAK	19
6. UTVIKLING AV DPS -FUNKSJONER	19
6.1. BAKGRUNN	19
6.1.1. DPS – struktur, organisering og personelldekning	20
6.2. TILTAK	21
7. SENTRALISERTE SYKEHUSFUNKSJONER*	21
7.1. BAKGRUNN	21
7.1.1. Oppgaver for sentraliserte sykehusavdelinger	21
7.2. TILTAK	22
8. TJENESTER TIL BARN OG UNGE	23
8.1. PROBLEMSTILLING	23
8.1.1. Særlige utfordringer	23
8.1.2. Arbeidsformer i psykisk helsevern for barn og unge	23
8.1.3. Ansvars- og oppgavefordeling mellom Bup og kommunale tjenester	24
8.1.4. Tilbud til barn 0-6 år	24
8.1.5. Rekruttering av spesialister	25

8.1.6.	<i>Fag- og organisasjonsutvikling i BUP</i>	25
8.2.	TILTAK	26
9.	PASIENTER MED RUSLIDELSER	27
9.1.	BAKGRUNN.....	27
9.1.1.	<i>Om ansvarsdelingen mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk</i>	27
9.1.2.	<i>Sentrale utfordringer innenfor psykisk helsevern</i>	28
9.1.3.	<i>Sentrale utfordringer innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk</i>	29
9.2.	TILTAK	30
10.	AVTALESPELIALISTER	30
10.1.	BAKGRUNN.....	30
10.1.1.	<i>Behov for endring</i>	31
10.2.	TILTAK	31
11.	REGIONALE FUNKSJONER	32
11.1.	BAKGRUNN.....	32
11.1.1.	<i>Regionalt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser</i>	32
11.1.2.	<i>Regionalt poliklinisk tilbud til døve</i>	32
11.1.3.	<i>Psykososialt team for flyktninger</i>	32
11.1.4.	<i>Regionalt kompetansesenter for psykosomatikk</i>	32
11.1.5.	<i>Regionale funksjoner i BUP</i>	33
11.1.6.	<i>Regionale kompetansenettverk</i>	33
12.	SPEIELT OM SIKKERHETSPSYKIATRI	33
12.1.	BAKGRUNN.....	33
12.1.1.	<i>Foretaksdekkende sikkerhetsplasser</i>	34
12.1.2.	<i>Dom til behandling</i>	35
12.1.3.	<i>Sentral fagenhet</i>	35
12.1.4.	<i>Pasientforløp for sikkerhetspasienter</i>	35
12.1.5.	<i>Vurdering av kapasitet</i>	35
12.1.6.	<i>Framtidig dimensjonering og struktur</i>	36
12.1.7.	<i>Brøset Kompetansesenter for sikkerhets - fengsels og rettspsykiatri</i>	36
12.2.	TILTAK	37
13.	TILBUD TIL PASIENTER MED STERKE TRAUMEOPPLEVELSER*	37
13.1.	BAKGRUNN.....	37
13.2.	TILTAK	38
14.	FORSKNING	38
14.1.	BAKGRUNN.....	38
14.1.1.	<i>Forskningsaktivitet pr. 2007</i>	39
14.1.2.	<i>Utviklingsområder</i>	39
14.2.	TILTAK	40
15.	PRODUKTIVITET OG EFFEKTIVITET	40
15.1.	BAKGRUNN.....	40
15.2.	TILTAK	41
16.	FINANSIERING OG PRIORITERING	42
16.1.	BAKGRUNN.....	42
16.1.1.	<i>Inntektsramme</i>	42
16.1.2.	<i>Innsatsstyrt finansiering før 2010</i>	42
16.1.3.	<i>Regional fordeling</i>	42
16.1.4.	<i>Fordeling innad i helseforetakene</i>	43
16.1.5.	<i>Prioritering</i>	43
16.2.	TILTAK	44

Forord

Med dette framlegges revidert Program for psykisk helsevern i Helse midt-Norge 2007 -2010.

Programmet er en revisjon av handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge fra 2003. Det reviderte programmet omfatter to dokumenter:

1. Statusrapport.

I statusrapporten (vedlegg 1) vurderes om Helse Midt-Norge har oppfylt mål og tiltak fra Handlingsprogram for psykisk Helsevern (2003). Der målsettingen er oppnådd eller planens mål og virkemidler fortsatt er gyldig, omtales ikke disse i revidert versjon. Status framgår av statusrapporten

2. Program for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2007 -2010

Områder / tema som Helse Midt-Norge særlig vil vektlegge i perioden 2007 – 2010, er behandlet i foreliggende program, som er en revisjon. Dette gjelder spesielt brukermedvirkning / brukerinvolvering, tiltak som øker tilgjengeligheten for pasienter i krisesituasjoner, funksjons- og oppgavefordeling i psykisk helsevern, forutsigbare og effektive tjenester til mennesker med langvarige lidelser, tjenester til barn og unge sikkerhetspsykiatri, styrking av kvalitet og kunnskap ved økt satsing på evaluering og klinisk forskning, økt ressursutnyttelse ved bedre systemforståelse og samhandlingsstrukturer.

Programarbeidet er utført av en prosjektgruppe, bestående av representanter for helseforetakene, inkludert Rusbehandling Midt-Norge:

- Victor Grønstad, avdelingssjef voksenpsykiatrisk avdeling, Helse Sunnmøre
- Reidar Hole, psykologspesialist Rusbehandling Midt-Norge
- Åse Riaunet, seniorrådgiver Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital
- Henrik Sollie, psykologspesialist BUP, Helse Nord-Møre og Romsdal
- Jan Egil Wold, overlege BUP, Helse Nord-Trøndelag

Leder for prosjektgruppa har vært:

- Daniel Haga, seniorrådgiver Helse Midt-Norge (fra februar 2007)
- Åse Riaunet, fra februar 2007.

Sekretær:

- Odd Sverre Westbye, rådgiver Helse Midt-Norge RHF (til 15.september 2006)
- Arild Vassenden, rådgiver Helse Midt-Norge RHF(fra 15.september 06)

Styringsgruppa for prosjektet har hatt 3 møter og har bestått av:

- Jan Eirik Thoresen, fagdirektør (frem til februar 2007), leder
- Daniel Haga, konst.fagdir, Helse Midt-Norge (fra februar 2007), leder
- Dagfinn Bjørgen, leder Mental Helse Sør-Trøndelag
- Helge Ristesund, ass.direktør, Helse Sunnmøre HF
- Karl Henrik Melle, avd.sjef, St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern, avdeling Brøset
- Tore Brudeseth, Fagforbundet, Helse Nordmøre og Romsdal

Referansegruppen har hatt 4 møter. Følgende har vært oppnevnt:

- Anne Lise Vollan Grande, poliklinikkleder VOP, Helse Nord-Trøndelag
- Arve Bang Kittilsen, overlege Psykisk Helsevern, avd Haukåsen, St. Olavs Hospital,
- Iver Lillegjerde, psykologspesialist BUP, St. Olavs Hospital,
- Manuela Strauss, psykolog, BUP, Helse Sunnmøre HF
- Marianne Weltzien, psykologspesialist, BUP Helse Nordmøre og Romsdal
- Thomas Jozefiak, overlege BUP, Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital
- Torbjørn Eliassen, administrasjonsrådgiver, Helse Nord-Trøndelag
- Øyvind Erik Duguid, overlege, DPA, Helse Nordmøre og Romsdal

1. Innledning

1.1. Revisjonens forankring og grunnlag

Forankring

Revisjonen av Handlingsprogrammet for psykisk helsevern har følgende forankring:

- Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003) Helse Midt-Norges ”Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010,”
- ”Handlingsplan 2006 -2010 i Helse Midt-Norge”
- Sentrale helsemyndigheters krav og forventninger til utvikling av psykiske helsevern.

Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003)

Handlingsprogram for psykisk helsevern ble vedtatt av Styret i HMN i 2003 og gjort gjeldende for 5 år. Programmet omhandlet noen konkrete områder hvor Helse Midt-Norge, gjennom krav til aktivitets- eller resultatforbedringer og økonomiske prioriteringer, ville bidra til å sikre opptrapping og kvalitetsforbedring.

Statusrapport for Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003)

Det er utarbeidet et eget dokument med statusvurdering av mål og tiltak i Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003). Statusrapporten følger kapittelinnstillingen i handlingsprogrammet fra 2003.

”Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010”

Strategidokumentets mål var å utforme og forankre en strategi som sikrer befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige helsetjenester. 6 satsingsområder ble anbefalt:

1. Psykisk helsevern og rusbehandling
2. Sammenheng i behandlingstilbudet
3. Kronisk syke og eldre
4. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
6. Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Strategidokumentet sier følgende om psykisk helsevern og rusbehandling:

Øke kapasiteten innen psykisk helsevern og rusbehandling ved å:

1. Realisere opptrappingsplanen
2. Omfordele ressurser fra somatikk til psykisk helsevern og rusbehandling
3. Forbedre produktiviteten ved at ressursene blir utnyttet bedre
4. Iverksette regionalt rusprogram
5. Forbedre kunnskapsgrunnlaget i tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling

”Handlingsplan 2006 -2010 i Helse Midt-Norge”

Dette er HMNs program for realisering av de anbefalte strategiene og omfatter hele

spesialisthelsetjenesten. Revisjonen av Handlingsprogram for psykisk helsevern er hjemlet i denne planen. Revisjonen skal gi et mest mulig objektivt bilde av status i forhold til Handlingsprogrammet i 2003. I oppdraget er det særlig bedt om gjennomgang av sikkerhetspsykiatri. Det pekes videre på tre konkrete utfordringer i handlingsprogrammet skal vurderes særskilt:

- Investeringer
- Vurdere tilgang på personell med nødvendig kompetanse
- Styrking av behandlingsforløpene, bedre effekt og økt aktivitet

Oppdaterte helsepolitiske styringssignaler

Flere viktige dokumenter gir føringer og anbefalinger om den videre utviklingen av psykisk helsevern og er lagt til grunn for tiltak i foreliggende dokument

- ”Distriktpsykiatriske sentre- med blikket vent mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen” (IS-1388, 2006) er en veileder for den videre utvikling av DPS.
- ”Du har kommet til rett sted” (IS-1358, 2006) er en veileder fra Sosial- og Helsedirektoratet for etablering av ambulante team i psykisk helsevern
- ”Nasjonal strategi for psykisk helsevern” (2006) er resultat av et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og er vedtatt av styret i HMN.
- ”Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern” (IS-1370, 2006)
- ”Brukermidvirkning - psykisk helsevernfeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse (IS-1315, 2006)
- Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser (IS - 1349, 2006)
- ”Muusmannrapporten” (2005) som omhandler Divisjon psykisk helsevern ved Ullevål sykehus, men har relevans for det øvrige Norge
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse
- Veileder "Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene" 2007 IS
- Agledalutvalget. Rapport om tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer
- Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007 (IS-1443)
- Sosial- og helsedirektoratets årlige analyser av sosial- og helseområdet
- 100 nøkkeltall for helse- og sosialsektoren 2007 (IS-1444)
- Individuell plan for psykisk helse barn og unge (IS-0149)

HMNs psykiatrisatsing etter 2008

HMNs 2010-strategi fastslår at det er nødvendig med en omfordeling av ressurser fra den somatiske delen av virksomheten til psykisk helsevern og rusbehandling. Dette er også krav fra Helse- og omsorgsdepartementet. Relativ nedtrapping av somatikk ligger utenfor psykisk helseverns ansvarsområde. Foreliggende program inneholder en vurdering av hvorvidt midler til psykisk helsevern benyttes på en kostnadseffektiv måte, ved hjelp av tilgjengelige styringsdata. Viktige oppgaver og tiltak etter 2008 vil være:

- Tiltak som øker tilgjengeligheten for pasienter i krisesituasjoner
- Forutsigbare og effektive tjenester til mennesker med langvarige lidelser.
- Klargjøring av oppgave- og ansvarsfordeling internt i helseforetakene
- Styrking av kvalitet og kunnskap ved økt satsing på evaluering og klinisk forskning.
- Økt ressursutnyttelse ved styrket systemforståelse og samhandlingsstrukturer

Etablering av Rusbehandling Midt-Norge HF

Rusbehandling Midt-Norge ble etablert i 2004 og er underlagt nasjonal og regional evaluering. Rusreformen har bidratt til å synliggjøre rusfeltet og behovene for integrerte tiltak og behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelser. Det er flere uløste oppgaver i Helse Midt-Norge når det gjelder helhetlig behandling for disse pasientgruppene.

Rusrelatert psykisk helsevern vurderes gjennom revisjonsarbeidet der dette er relevant for psykisk helsevern. For øvrig er Rusbehandling Midt-Norge HF underlagt egen revisjon. Evalueringen er ferdigstilt i mai 2007. Den viser at Rusbehandling Midt-Norge har bidratt positivt til å styrke tilbudet til brukergruppen.

Spørsmål om organisering avgjøres i uke 26.

2. Brukermedvirkning

2.1. Bakgrunn

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Evaluering av Opptrappingsplanen (1999 -2008) viser at brukermedvirkning ikke er godt nok ivaretatt, og at involvering av brukere er en forutsetning for at målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse nås.

Sosial- og Helsedirektoratet har satt følgende overordnede mål:

- Brukere og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå.
- Brukernes erfaringer med, og forståelse av psykiske lidelser er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og skal gjenspeiles i anbefalinger av tiltak og behandlingsveiledere.

Juridisk rammeverk

I spesialisthelsetjenesten reguleres brukermedvirkning av følgende lover: Pasientrettighetsloven, Psykisk helsevernloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Lov om statlige helseforetak.

”Den helsepolitiske målsettingen om brukernes og pårørendes reelle medvirkning og innflytelse er grunnleggende for organiseringen av spesialisthelsetjenesten.”

(Lov om statlige helseforetak)

2.2. Brukermedvirkning på systemnivå

2.2.1. Deltakelse i råd og utvalg

Brukermedvirkning på systemnivå er i et demokratisk perspektiv et mål i seg selv. Samtidig er brukermedvirkning et virkemiddel/ en arbeidsmetode for å utvikle kvalitet på tjenestene.

Helse Midt-Norge RHF har god erfaring med brukermedvirkning på systemnivå. Det er imidlertid viktig å opprettholde et utviklingsaspekt for denne type brukermedvirkning. Det bør jevnlig evalueres om utvalgene forelegges relevante saker, og om brukere og pårørende har reell innflytelse i de sakene som framlegges.

Helseforetakene har ansvar for å tilby opplæring i rollen som brukermedvirkere på HF -nivå eller lavere. Opplæring av brukermedvirkere må skje i et samarbeid med brukerorganisasjoner og brukerutvalg. Når det gjelder deltakelse i utviklings- og endringsarbeid, og som høringsinstanser, skal brukere trekkes inn i prosessene så tidlig at de kan ha reell innflytelse over resultatene.

2.2.2. Systematisk innhenting av brukererfaringer

Dette dreier seg om innhenting av brukererfaringer som grunnlag for forbedring, og omfatter pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Det er stilt krav til systematisk erfaringstilbakeføring i forskrifte om Internkontroll.

Erfaring i Helse Midt-Norge viser at slike data ikke har vært tilstrekkelig omsatt til forbedring av tjenester. Det er flere utfordringer. Det kan være vanskelig og ressurskrevende å innhente gode data. Klassiske spørreundersøkelser (surveys) i psykisk helsevern har lavere svarprosent enn somatiske fag, og det er derfor nødvendig til å gjøre særskilte tilpasninger. Å omsette datagrunnlaget til systemforbedringer, krever dessuten forpliktende involvering fra ledere, systematikk, kunnskap og bevissthet.

I foretaksgruppen skal brukere alltid involveres i slike undersøkelser. Dette kan dreie seg om utformingen av spørsmål eller i selve gjennomføringen. Innhenting av brukererfaringer kan gjøres ved at brukere får godtgjøring for å innhente data.

Helseforetakene kan benytte ulike metoder i innhenting av brukererfaringer, som spørreundersøkelser, fokusgrupper, brukerpanel, "Bruker spør Bruker" mm. "Bruker spør Bruker" har høstet anerkjennelse langt ut over regionen. Denne metoden benyttes i økende grad i Midt-Norge og det øvrige Norge, og anbefales. (Les om metoden på www.brukererfaringer.no)

2.2.3. Brukerstyrte sentra

Organisasjonen Mental Helse har ved hjelp av prosjektmidler fra Rådet for Psykisk Helse opprettet et Brukerstyrt senter som skal dekke hele helseregionen. Senteret har til hensikt å videreutvikle og drive opplæring i bruk metoden "Bruker spør Bruker", og bistå med gjennomføring i distriktene. Senterets styre har brukerrepresentanter fra samtlige fylker i regionen. Brukerstyrte sentra kan også være gode alternativ når det gjelder rehabilitering og forberedelse til arbeidslivet. Ett eksempel er KIM - senteret i Trondheim. Brukerstyrte sentra skal kunne kvalifisere for økonomisk støtte innenfor de rammer Helse Midt-Norge RHF og eller HF ene disponerer.

2.2.4. Brukerinvolvering i forskning og evaluering.

Mennesker med personlig erfaring som brukere av psykiatriske helsetjenester representerer et meget stort, til dels ennå ubrukt, potensial for helseforetak og utdanningsinstitusjoner når det gjelder systematisering av erfaringer som grunnlag for ny kunnskap om behandling og tjenesteutvikling.

Et viktig spørsmål fra brukernes ståsted er hvem som setter dagsorden for klinisk forskning. I England finnes det mange gode eksempler på at brukerorganisasjoner er involvert i forskning og evaluering på ulike måter; som intervjuere, som del av forskergrupper og som skolerte forskere¹. Det er bla utarbeidet en lærebok/ håndbok for brukere som vil gjennomføre prosjekt. Brukere som ønsker det kan også delta i elementær forskeropplæring.

Det skal være et utviklingsmål at HMN og Helseforetakene utvikler nye arenaer for brukerinvolvering i samarbeid med brukerorganisasjonene

Helse Midt-Norge oppfordrer spesielt helseforetakene til å involvere brukere i evaluering og forskning..

Helseforetakene Helse Midt-Norge skal bidra til:

- økt brukerinvolvering
- at brukere kan delta som intervjuere i forskningsprosjekt
- at brukere kan delta i utarbeidelse av spørsmål og problemstillinger til forskning
- at det utarbeides retningslinjer for brukervedvirkning og brukerinvolvering

2.3. Brukervedvirkning på individnivå

Individuell brukervedvirkning bygges rundt god faglighet, brukerorienterte kulturer og systemer for å ivareta brukerrettigheter (Internkontroll). Løsningene for vedvirkning må etableres der forbedringspotensialet er størst i de enkelte helseforetak.

Tilbakemeldinger fra brukere og ulike undersøkelser viser at brukere ofte ikke opplever å bli godt ivaretatt i møtet med tjenesteutøvere. Betydningen av god og tillitvekkende informasjon og kommunikasjon i ansikt - til ansikt – relasjoner understrekes.

I tillegg til å kunne velge mellom tjenestedsted (fritt sykehusvalg), er retten til vedvirkning i egen behandling et grunnleggende og lovbestemt prinsipp som er gjeldende for alle pasientgrupper. Dette forutsetter tilpasset informasjon om tilbud, og valgalternativer mellom typer tjenester (for eksempel innleggelse eller hjelp i eget lokalmiljø, legemidler eller annen terapi). For brukere underlagt tvangsbestemmelser gjelder medbestemmelse på områder som ikke omfattes av tvangsvedtaket.

Pårørendes rett til vedvirkning er regulert i spesialist -helsetjenesteloven og psykisk helsevernloven og skal ivaretas.

Brukervedvirkning bygger på teorier om empowerment. Det er den prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere individets egenkraft. Terapeutisk brukervedvirkning er å bidra til å gi brukeren ett aktivt forhold til sin egen behandling.

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial og helsesektoren (2006) fastlegger 6 hovedstrategier for god kvalitet. Ett av disse er involvering av bruker. Dette skal gjennomføres i Helse Midt-Norge.

2.3.1. Individuell plan, IP

Individuell Plan er en forskriftsfestet rettighet. (Forskrift om individuell plan av 23.12.2004). IP er brukernes plan og må ikke forveksles med behandlingsplaner. Den delen av hjelpeapparatet som brukeren er i kontakt med har en selvstendig plikt til å sørge for at IP blir påbegynt. Tilsynsrapporter og nasjonale kvalitetsindikatorer viser at antall brukere med IP i Helse Midt-Norge, er lavere enn forventet i forhold til forskriftskravet.

Brukerundersøkelser etter metoden Bruker spør Bruker, flere steder i Norge, har vist at det er betydelige mangler når det gjelder å bistå brukerne med Individuell plan, og at brukere som har en IP opplever en større grad av trygghet og tilfredshet med sine tilbud.

Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003) vektla utvikling av en elektronisk basert IP (e-IP), SAMPRO, for å understøtte individtilpassning, brukervedvirkning, koordinering og samhandling. Selv om etterspørselen etter dette produktet var lavt i 2006, vurderes SAMPRO som funksjonell og anbefales tatt i bruk i alle

helseforetak. E-IP kan gi en betydelig forbedres samhandling mellom aktørene uten økt ressursforbruk. I tillegg vil e-IP bidra til å effektivisere registrering av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som gjelder IP. HMN vil anbefale modellen overfor samarbeidende etater, som BUF - etat, UDI, Kriminalomsorgen, kommuner mfl.

2.3.2. Barn og unges brukermedvirkning

For barn under 16 år har de foresatte samtykkekompetanse i henhold til lovverket. Det er allikevel viktig å inkludere barn som brukere. Barn og unge er også en stor pårørendegruppe, hhv. som barn av foreldre eller søsken med psykiske lidelser. Det skal i helseforetakene tilrettelegges for at barn skal tilmedvirke og barn som pårørende skal ivaretas.

2.3.3. Læring og mestring

Helseforetakene skal i følge spesialisthelsetjenesteloven ivareta opplæring av pasienter og pårørende. Det er opprettet Lærings- og Mestringssentre ved alle helseforetak. Det er ønskelig at flere av tjenestestedene etablerer lokale tilbud om opplæring, mestring og nettverksbygging til enkeltindivider, som gruppetilbud for brukere og pårørende.

2.4. Tiltak

Helse Midt-Norge RHF og de enkelte HF skal foreta evaluering av brukernes tilfredshet med deltagelse i styrer og råd, når det gjelder innflytelse

3. Psykisk Helsevern uten eget samtykke

3.1. Bakgrunn

Frivillighet i behandlingen vektlegges sterkt i lovgivningen i Norge. Det er også et uttalt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Organisasjoner for bruker- og pårørende er pådrivere for redusert bruk av tvang.

De fleste innleggelse i psykisk helsevern, om lag 90 % skjer som øyeblikkelig hjelp. Et overveiende flertall blir frivillig innlagt. I 2006 hadde helseforetakene i HMN 0,5 – 1 innleggelse uten eget samtykke pr. 10.000 innbyggere.

Sammenlignet med landet for øvrig er dette lavt, og blant de laveste i landet. Selv om bruk av tvang er relativt lavt i Helse Midt-Norge, er det viktig å styrke tiltak som kan redusere bruken av tvang der dette er mulig og riktig. Det er store forskjeller i bruk av tvang regionen som ikke kan forklares med ulikheter i pasientsammensetning. Ulikhetene må kunne ligge på nivå med de beste.

I forhold til andre land det er naturlig å sammenligne seg med ser det ut til at Norge har en høy andel tvangsinnleggelse. Ulikheter i lovverk, offentlig statistikk, organisering og utbyggingsgrad gjør sammenligning vanskelig, men det kan være læringspotensial i andre lands metoder.

3.1.1. Konsekvenser av revidert lovverk

Stortinget har ønsket å styrke pasientrollen blant annet gjennom Pasientrettighetsloven. Endringer i helselovgivning (2007) understreker frivillighet ytterligere. Sosial- og Helsedirektoratet har for øvrig utgitt en egen tiltaksplan for redusert og kvalitetetsikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Tiltaksplanen skal bidra til økt frivillighet.

3.1.2. Virkemidler for redusert bruk av tvang

Det er ikke mulig eller ønskelig å fastsette en standard for ønsket omfang når det gjelder bruk av tvang. Frivillighet skal tilstrebes, men i en del tilfeller vil bruk av tvang være nødvendig og riktig. Bruk av tvang henger imidlertid sammen med hvordan det psykiske helsevernet er organisert. Økt tilgjengelighet for hjelp i akutte krisesituasjoner vil være et godt virkemiddel for økt frivillighet. Ambulante funksjoner / akutt-team ved DPS er eksempel på slike tiltak. Erfaringer fra bruk av akutt-/ kriseteam i England viser at lokalbasert akuttberedskap hele døgnet, kan forhindre innleggelse i akuttavdeling i opp til 2/3 av tilfellene. Der innleggelse er nødvendig, bør andel planlagte frivillige innleggelse (elektive) økes. Slike innleggelse skaper forutsigbarhet for pasientene. Det er grunn til å anta at antall tvangsinnleggelse vil avta ved økt bruk av frivillige innleggelse.

3.2. Tiltak

Bruk av tvang i psykisk helsevern skal fortsatt være lav. I Helse Midt-Norge skal bruk av tvang ligge i nederste tredjedel av landsgjennomsnittet.

4. Funksjons- og oppgavefordeling

4.1. Bakgrunn

Opptrappingsplanen har gitt mulighet for utbygging av bedre og flere tjenester. Sentrale målsettinger om kvantitetsøkning og økt pasientbehandling er i all hovedsak oppnådd i regionen. Bygging og utvidelse av tjenester i DPS og BUP har vært prioritert. Hvorvidt oppgavefordelingen mellom gamle og ”nye” tjenester er optimal er usikkert. Det mangler sikker kunnskap om kapasitet og ressursutnyttelse, behandlingseffekt, og faktisk og opplevd kvalitet.

Etterspørselen etter tjenester har dessuten økt proporsjonalt med økt kapasiteten. Selv om det er vanskelig å måle reelle behov i befolkningen, er dette en indikasjon på at flere må få tilgang til tjenester i det psykiske helsevernet.

Opptrappingsplanen er gjennomført med klare statlige føringer om at tjenestene skal gjøres mer tilgjengelige, samarbeidsorienterte og brukervennlige. Ekspansjonsområdene har vært poliklinisk behandling og programmer som kunne erstatte opphold i sentralsykehus. Opptrappingsplanen ga ikke tilsvarende klare føringer for utviklingen av de sentraliserte sykehusavdelingene, og opptrappingsmidler var i hovedsak forbeholdt nye tjenester. Til tross for en meget stor aktivitetsøkning i DPS, har antall innleggelser i sykehus ikke gått ned. Tvert i mot har tallet på innleggelser i sykehus økt. Det er ingen entydige forklaringer på dette. Økt etterspørsel er sannsynligvis ikke dekkende som forklaring. Andre mulige forklaringer kan være ulik forståelse av situasjons- og oppgaveforståelse, og som følge av det ulike arbeidsmetoder. Lavere terskel, alminneliggjøring av psykiske lidelser og økt kompetanse om psykiske lidelser hos primærhelsetjenesten kan også ha bidratt til økt antall henvisninger. Den generelle samfunnsutviklingen med svakere nettverk er et annet aspekt. Flere har fått rett til helsehjelp.

Disse forholdene innebærer usikkerhet når det gjelder å vurdere framtidige behov for tjenester fra psykisk helsevern både for voksne og barn.

4.1.1. Psykisk helseverns begrensninger

Det psykiske helsevernet møter store forventninger. Disse kan grovt deles inn i tre kategorier.

1. Behandling som omfatter intervensjoner i forhold til psykopatologi, definert i henhold til WHO's diagnostiske kriterier slik disse framgår av ICD 10 F.
2. Psykiske plager eller atferd hos mennesker der kunnskaper om psykiske prosesser og atferdsforandringer kan være til stor nytte, (f.eks. smerte, gyn./ barsel, kreft, fedme, avhengighet m.m.) alt innenfor spesialisthelsetjenesten.
3. Følelser og atferd hos mennesker som må forstås som variasjoner av uttrykk innenfor et normalområde, selv om det i utgangspunktet dreier seg om alvorlige akutte kriser. Det er ikke krisen i seg selv som definerer et eventuelt hjelpebehov, men menneskets reaksjon på krisen.

Det første område er psykisk helseverns kjerneområde. Dersom ressursituasjonen tilsier det, er det ofte faglig riktig å tilby tjenester innenfor kategori 2. Den tredje gruppen er ikke spesialisthelsetjenestens oppgave. Behandlingstilbudene må forvaltes innenfor tilgjengelige rammer. Disse vil nesten alltid være begrenset til å omfatte den første gruppen. Befolkningens forventninger oftest være høyere en psykisk helseverns muligheter.

4.1.2. Struktur, organisering og samhandling innad i spesialisthelsetjenesten

Muusmannrapporten er vurderingen av Psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus HF etter "trikkedrapet" i Oslo i 2005, og er derfor ikke dekkende for psykisk helsevern i øvrige helseforetak. Allikevel gir funnene et godt grunnlag for analyse og valg av fokus for forbedring lokalt.

Det er et stort uutnyttet potensial innad i det psykiske helsevernet på grunn av fragmentert organisering, begrenset samarbeid, og manglende gjensidig forpliktelse mellom avdelinger og enheter

(Muusmannrapporten 2005 og Nasjonal strategi for psykisk helsevern 2006)

Foretaksgruppen må ha klare mål for utviklingen av psykisk helsevern i perioden etter at opptrappingsperioden avsluttes i 2008. De enkelte tjenesteområdene i helseforetakene må gjennomgå kritisk med tanke på klargjøring av struktur innad i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt organisering og fordeling av oppgaver og ansvar mellom sentralsykehus og DPS. I voksenpsykiatrien må tjenester til ulike pasientgrupper på hhv sykehus- og DPS- nivå revideres for å eliminere overlappende tilbud. Det er det nødvendig å harmonisere så vel systemforståelsen som innsatsen mellom behandlingsnivåene i spesialisthelsetjenesten, og mellom psykisk helsevern og førstelinjen. Helseforetakene skal tilstrebe likeverdighet i tjenestestruktur og tilfeldige forskjeller i tjenestetilbud skal reduseres. Innsats må rettes mot å skape faglige gode, sammenhengende og sømløse forløp. Det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge skal utvikles til en mer enhetlig tjeneste. Dette er strategiske oppgaver for de enkelte foretak. Det er ikke den enkelte behandlers oppgave å sørge for at systemene samarbeider optimalt.

4.1.3. Prinsipiell oppgavefordeling i psykisk helsevern for voksne

I voksenpsykiatrien skal DPS behandle de fleste pasienter og gi tilbud til alle typer lidelser på et allmennpsykiatrisk nivå. DPS skal også utvikle krise- og akutt-tjenester (ikke øyeblikkelig hjelp). Sentraliserte sykehusavdelinger skal ha akuttavdelinger med ansvar for øyeblikkelig hjelp og spesialfunksjoner for pasienter som forutsetter spisskompetanse og/eller ikke kan nyttiggjøre seg behandling i DPS på grunn av personellmessige eller bygningsmessige begrensninger. Etter hvert som DPS-ene tilføres tilstrekkelig kompetanse, skal sykehusavdelingene tilby spisskompetanse for særlig kompetansekrevede oppgaver innen spesielle diagnosegrupper (ved lav forekomst). Dette innebærer økt innsats mht utredning og forskning. Det vil bli behov for å sentralisere behandlingstilbud til enkelte, særlig sjeldne tilstander, men prinsippet om mest mulig desentralisert behandling skal fortsatt gjelde. De enkelte tilbud ved hhv. sentraliserte sykehusavdelinger og DPS behandles i påfølgende kapitler.

4.1.4. Nye arbeidsformer

Antall døgnplasser i Norge høyt i forhold til andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Disse landene har til gjengjeld ambulante tjenester i større omfang enn Norge. Det er viktig for brukerne å kunne gi bostedsnære tilbud, og særlig tilbud som kan motvirke innleggelse. Det er gode holdepunkter for å hevde at nærmiljøbaserte tjenester kan gi gode resultater. (opplevd behandlingsskvalitet, økt mestring a hverdagen mm). Dette kommer delvis av den direkte pasientbehandling og den indirekte styrking av tilbudet gjennom samhandling med lokalt hjelpeapparat. Ambulante tjenester skal styrkes i Helse Midt-Norge.

I henhold til styrende dokumenter skal det opprettes ambulante team ved DPS-ene (Styringsdokument 2005). Disse bør etableres i samarbeid med sentraliserte sykehusavdelinger og kommunene. Ambulante team skal bidra til å hindre akutte innleggelser der dette er ønskelig og mulig, redusere bruk av tvang og redusere antall ikke planlagte reinnleggelser. Kunnskap fra andre land skal kunne legges til grunn i utforming av tilbudet

DPS- områdene må etablere tjenester og systemer som sikrer primærhelsetjenesten nødvendig bistand i form av rådgivning, vurdering og kriseintervensjon. I tillegg til ambulante tjenester, bør utvidet åpningstid i poliklinikkene, differensierte døgntilbud for akutte tilstander vurderes. (Anbefalt i Nasjonal strategi for psykisk helsevern 2006)

4.1.5. Samhandling med kommunene

Førstelinjetjenestene skal utgjøre grunnfjellet i tjenestetilbudet. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunene i direkte pasientarbeid, i kommunale forsterkede boliger, og med planlegging av psykisk-helseverntjenester. Samarbeid med NAV er også av stor betydning. Andre tiltak som bør settes i system er gjennomføring av vurderinger sammen med fastleger. Samtlige helseforetak har utarbeidet avtaler og retningslinjer for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Avtalenes detaljeringsgrad er ulik, og det er fortsatt et betydelig potensial for forbedringer når det gjelder oppgave- og ansvarsfordeling. Dette gjelder særlig rutiner for rask hjelp når det oppstår nye hjelpebehov for hjemmeboende personer med alvorlig psykisk lidelse og effektivt samarbeid om innlagte pasienter.

Siden eksisterende avtaler i liten grad klargjør spilleregler for samarbeid mellom helseforetakene og fastlegene, er dette et viktig utviklingsområde. Det bør utarbeides standardiserte avtaler. Det bør også stimuleres til prosjekter som kan bringe ny kunnskap om effektiv samhandlingsutvikling innen disse områdene. Helseforetakene må fortsatt samarbeide

systematisk med kommunene om planer for kommunale tjenester til utskrivningsklare pasienter. Frigjøring av ressurser vil frigjøre kapasitet i psykisk helsevern.

4.1.6. Barnevern og psykisk helsevern

En stor del av brukerne både i barnevern og psykisk helsevern er dobbeltbrukere. Det vil si at de mottar tjenester fra begge instanser. Mange har også utviklet problemer knyttet til rus. En tverrsnittundersøkelse fra Oslo (Nygren 2000) viste at det var 28 % dobbeltklienter i BUP og 51 % i Barneverntjenesten. (tall fra Midt- Norge?)

Et godt samarbeid mellom instansene er av stor betydning for å kunne utvikle kordinerte og helhetlige tjenester for disse barna. På regionalt nivå ble det i juni 2006 underskrevet en rammeavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Bufetat region Midt-Norge.

Rammeavtalen omfatter:

- samordning og samhandling mellom partene
- samarbeid for å utvikle de beste og mest hensiktsmessige tiltak for barn/ungdom med sammensatt problematikk.
- styrking av fagutvikling gjennom felles forskningsprosjekt/utviklingsprosjekt
- samarbeid om opplærings- og utdanningstiltak.
-

Rammeavtalen mellom Helse Midt-Norge RHF og *Bufetat region Midt-Norge* skal legges til grunn i helseforetakenes videre arbeid med å utvikle samarbeidsrutiner og samarbeidsprosjekter.

4.1.7. Ressursfordeling i psykisk helsevern

I voksenpsykiatrien brukes om lag 60 % av ressursene til sentraliserte sykehusavdelinger, mens 40 % brukes i DPS. Helse Midt-Norge har fortsatt større resursforbruk i sykehus enn i DPS. Fordelingen mellom døgnbaserte tjenester og poliklinikk, dagbehandling og ambulante tjenester er i Helse Midt-Norge.

4.2. Tiltak

Helseforetakene skal utarbeide avtaler som regulerer funksjons- og oppgavefordeling mellom alle enheter og avdelinger i de enkelte helseforetakene. Overlappende tjenester i spesialisthelsetjenesten bør unngås.

Helseforetakene skal videreutvikle akutt -tjenester med tanke på reduksjon av antall øyeblikkelig hjelp – og tvangsinnleggelser i institusjon.

Helseforetakene skal styrke sykehusavdelingenes funksjon mht utredning og behandling av særlig utfordrende tilstander til fordel for bruk av sykehusressursene til allmennpsykiatri.

For å etablere sømløse tilbud kommuner, skal DPS og sentraliserte sentralsykehusavdelinger, i helseforetaksgruppen utarbeide standardiserte avtaler på foretaksnivå. Slike avtaler må også omfatte fastlegene.

Alle helseforetak skal etablere ambulante tjenester. Formen på tilbudet tilpasses lokale forhold

Det bør også stimuleres til gjennomføring av prosjekter som kan bringe ny kunnskap om effektiv samhandlingsutvikling innen disse områdene.

Helse Midt-Norge anbefaler at hospitering av personell internt i helseforetakene, mellom helseforetak og kommuner benyttes i større grad enn i dag. Dette kan utvikles til lærings- og utjevningsarenaer.

Rammeavtalen mellom Helse Midt-Norge RHF og Bufetat region Midt-Norge skal legges til grunn i helseforetakenes videre arbeid med å utvikle samarbeidsrutiner og samarbeidsprosjekter

Foretakene skal bruke ressursfordeling som et strategisk virkemiddel for å oppnå en riktigere struktur i tjenestene. For tjenester til voksne skal ressursandelen til DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner tilstrebtes å være 50/50. Fordelingen mellom BUP og psykisk helsevern for voksne skal gjenspeile andel i befolkningen under 18 år (20- 25 %).

5. Pasientforløp og samvirke mellom tjenester

5.1. *Bakgrunn*

Pasientforløp er settet av det kliniske tilbudet og med den service pasienten får mens han eller hun mottar tjenesten. Et pasientforløp består av kliniske- og ikke-kliniske prosedyrer, tid (inkl. ventetid) og forflytning i en tidsserie fra pasienten søker helsehjelp til avsluttet behandling. Pasientforløp krysser ofte organisatoriske ansvarsområder, mellom primærhelsetjeneste / andre etater og psykisk helsevern,

Mange pasientforløp er lite sammenhengende, og er faglig og logistikkmessig ineffektive. Dette påfører pasienter unødig belastning i form av ventetid og reisetid. Andre pasientforløp er organisert slik at serien med tiltak og bruk av tid gir god progresjon mot helsegevinst uten unødig ressursbruk.

Helsetjenesten har to sentrale utfordringer. På den ene siden skal pasientforløpene inneholde god klinisk praksis for den enkelte. Derrest skal organiseringen være slik at pasientforløpet blir ressurseffektivt for den enkelte og for samtidige pasienter.

Mange pasienter har behov for tjenester som gir logistikkmessig enklere forløp. En stor del av pasientene i psykisk helsevern har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Det kan kreves en rekke samtidige og sekvensielle tjenester, for eksempel helsetjenester på ulike nivå, sosialtjenester, barnevernstjenester, tjenester fra NAV mm. En rekke av tjenestene, som ikke er helsetjenester, er ofte helt nødvendig for å lykkes med helsetjenesten (for eksempel hjelp til bolig). Logistikkutfordringene er åpenbare, og utfordringene for klinikerne er å bygge faglighet inn i det sammensatte settet av tjenester.

Oppgaven er å etablere pasientforløp som henger sammen over tid, trekker i samme retning og holder høy faglig kvalitet. Dette krever harmonisering av mål for tjenesten, klar ansvars plassering og gode vekslinger mellom enheter og nivåer.

I *Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003)* ble det ikke definert direkte mål for utvikling av forløp. I *Handlingsprogram 2010* er det spesifikt satt mål for å identifisere de vanligste pasientforløpene i de store pasientgruppene som grunnlag for forbedring. Psykisk helsevern er nevnt spesielt. Også i Nasjonal helseplan (2006-2010) er det definert mål for å identifisere og forbedre pasientforløp

En forutsetning for å kunne planlegge og evaluere hensiktsmessige pasientforløp er gode styringsdata. *NPR -melding* (tidligere *Minste basis datasett* (MBDS) inneholder data for henvisningsperioder med detaljerte opplysninger fra henvisning til utskriving og er grunnlaget for beskrivelse av forløp. Helse Midt-Norge har ikke rapportert fullstendig på datasettet og mangler derfor godt datagrunnlag for forløpsplanlegging og -evaluering.

I planperioden vil de tekniske problemene bli forsøkt løst i prosjekt som ikke omhandles av denne planen. Helse Midt-Norges psykiatrienheter skal sikre høy kvalitet på innregistrering av data. Registreringsveilederen som er utviklet av Sosial- og Helsedirektoratet skal implementeres umiddelbart etter ferdigstilling (høst 2007)

5.2. Tiltak

Psykisk helsevern skal etablere standardforløp for de vanligste pasientgruppene basert på "Beste praksis". Standardene skal beskrives, og alternative forløp skal være identifisert for å kunne tilby alternative tjenester til pasienter som ikke er tjent med standardforløpene.

Arbeidet med *Minste basis datasett* (MBDS, nå *NPR-melding*) skal forbedres som styringsdata for forløp. De kliniske enhetene skal forbedre innregistrering i henhold til definisjonene i veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (ferdig 2007)

6. Utvikling av DPS -funksjoner

6.1. Bakgrunn

DPS er kjerneelementet i opptrappingen av det av psykiske helsevernet. Hensikten er å yte tjenesten så nær pasientenes bosted som mulig. Modellen fremmer samarbeid med lokalt hjelpeapparat og styrker differensieringen mellom allmennpsykiatri og de mer spesialiserte tjenestene. DPS -strukturen er grundig regulert i Opptappingsplan for psykisk helse og detaljert beskrevet i DPS -veilederen *Distriktpsykiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*" IS-1388 (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Bygging og drift av DPS er helseforetakenes ansvar. Følgende forhold gjør imidlertid DPS til et anliggende for Helse Midt-Norge RHF:

- Oppfølging av *Handlingsprogram for Psykisk Helsevern i Helse Midt-Norge 2003*
- Oppdaterte styringssignaler om DPS fra statlige helsemyndigheter og HMN
- Behovet for harmonisering av DPS - tilbudene i regionen.
- Fordeling av opptrappingsmidler
- Helse Midt-Norge er godkjenningssinnstans for bygg og finansiering av nye prosjekt.

Nye styringssignaler om DPS

Sosial- og Helsedirektoratet fant det nødvendig å tydeliggjøre forventningene til tjenestene gjennom den revidert veileder bla. fordi:

”Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten, særlig i akutte krisesituasjoner er ikke tilfredsstillende ivaretatt. Brukerperspektivet er ikke tilstrekkelig integrert og tjenestene framstår ofte som fragmenterte med mangelfull samhandling og uklar oppgavefordeling mellom DPS og sykehus.”

6.1.1.DPS – struktur, organisering og personelldekning

DPS skal være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten ofr de aller fleste pasientene. DPS-ene skal, i følge intensjonen, være autonome enheter, med ansvar for avgrensede opptaksområder. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger skal være tydelig. DPS-ene i HMN varierer både med hensyn til struktur og organisering.

Etablering av DPS skal fullføres i tråd med opptrappingsplanen. Befolkningen i Midt-Norge skal kunne tilbys fullverdige DPS -tjenester innen 2010. Organisering og lokalisering av tjenestene er et anliggende for HF -ene. I Helse Sunnmøre og Helse Nord-Møre og Romsdal har DPS-ene definerte opptaksområder, relativt tydelig ansvarsfordeling med sentraliserte sykehusavdelinger, men er ikke egne avdelinger. Helse Nord-Trøndelag er på linje med statlige anbefalinger når det gjelder Kolvereid og Stjørdal DPS, men har ikke egne DPS -tjenester for Levanger og Namsos. St. Olavs Hospital har etablert DPS-ene i tråd med anbefalingene, mht struktur og organisering. Grad av samlokalisering av DPS- funksjoner varierer i regionen.

Det er viktig at DPS - funksjoner defineres og synliggjøres. Helse Nord-Trøndelag bør tydeliggjøre grensesnittet mellom DPS- og sentraliserte sykehusfunksjoner. Dette er også nødvendig av hensyn til ressursfordeling og rapportering av styringsdata.

Når det gjelder personelldekning ved DPS-ene, innebærer Departementets styringskrav fortsatt faglig styrking av DPS-ene. Særlig viktig er det å rekruttere lege- og psykologspesialister. DPS -veilederen gir eksempel på en hensiktsmessig bemannet enhet som kan brukes som referansestandard.

Fordelingen av økonomiske ressurser mellom tjenester i DPS og sykehus er fortsatt skjev, til fordel for sykehusavdelinger, som har betydelig flere fagstillinger. Helseforetakene må fortsatt tilføre DPS -ene ressurser også etter at Opptrappingsplanen avsluttes i 2008 dersom behovene for kvalitet og kapasitet skal dekkes.

6.2. Tiltak

Helse Midt-Norge skal fullføre DPS -utbyggingen i henhold til tidligere plan, med de endringer som følger av prosjekteringsarbeidet for de gjenstående DPS-ene (DPS Molde og DPS Nidaros)

Helseforetakene i Helse Midt-Norges tilpasse DPS -ene til anbefalinger i *DPS veilederen*. Lokale tilpasninger kan være nødvendig for å sikre god kvalitet og kostnadseffektivitet.

Helseforetakene skal være i stand til å synliggjøre DPS -aktivitet i aktivitetsrapportering. Fordeling av ressurser, kompetanse og antall årsverk i sentraliserte sykehusavdelinger og DPS (døgn, dag - og poliklinikk) skal synliggjøres i helseforetakene og i Helse Midt-Norge.

Myndighetskravet om faglig styrking og modernisering av de kliniske tjenestetilbudene ved DPS skal oppfylles. Dette er helseforetakenes ansvar. Bemanningseksempelet i DPS – veilederen kan benyttes som referanse. Tilstrekkelig antall psykiatere og psykologspesialister er viktig for den faglige kvaliteten.

Arbeidet med å implementere dokumenterte behandlingsformer må styrkes

Styrkingen av DPS skal fortsette utover opptrappingsperioden, innenfor den til enhver tid tilgjengelige ramme.

7. Sentraliserte sykehusfunksjoner*

7.1. Bakgrunn

Handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, 2003 gjennomgikk de funksjonene som fortrinnsvis skulle finnes på sentralisert sykehusnivå. Det ble samtidig understreket at sykehusene skulle gjennomgå en ytterligere spesialisering etter hvert som DPS-ene ble operative. En stor del av de allmennpsykiatriske oppgaver, med unntak av øyeblikkelig hjelp, ivaretas nå av DPS-ene.

Sentraliserte sykehusavdelinger skal ha akuttavdelinger med ansvar for øyeblikkelig hjelp og spesialfunksjoner for pasienter som forutsetter spisskompetanse og/eller ikke kan nyttiggjøre seg behandling i DPS på grunn av personellmessige eller bygningsmessige begrensninger.

7.1.1. Oppgaver for sentraliserte sykehusavdelinger

Nasjonal Strategi for psykisk helsevern gir anbefaling om oppgavefordelingen mellom sentraliserte sykehusfunksjoner og DPS. HMN støtter anbefalingen. Sentraliserte sykehusavdelinger bør gi behandlingstilbud til følgende grupper:

- *Pasienter som trenger lukket akuttpsykiatrisk tilbud*

- *Pasienter som trenger oppfølgende behandling i døgnavdeling ved alvorlig utagerende atferd og psykose som må møtes i en skjermet eller lukket avdeling*
- *Pasienter med behov for behandling på sikkerhetsavdeling.*
- *Observasjon og initierende behandling av pasienter som er dømt til behandling i psykisk helsevern*
- *Pasienter med lidelser og kombinasjoner av sykdommer som krever spesiell og sjelden kompetanse. Kompliserte spiseforstyrrelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og omfattende selvskading er eksempler på dette.*
- *Pasienter med behov for utredning og diagnostikk som opptrer for sjelden til å ivaretas på DPS.*
- *Dette gjelder for eksempel unge med nydiagnostisert alvorlig sinnslidelse.*
- *Eldre pasienter med omfattende og kompliserte utrednings – og behandlingsbehov.*
- *De vanskeligste pasientene med dobbeltdiagnose (alvorlig sinnslidelse og alvorlig rusmisbruk)*
- *Utredning av pasienter med uklare nevrologiske tilstander*

Nye arbeidsformer som ambulante tjenester, raskt tilgjengelige timer i poliklinikk, kriseopphold i DPS døgnavdelinger etc. skal sikre brukernes valgmuligheter og redusere antall innleggelses i sykehus der dette er mulig og ønskelig for brukerne. Slike tiltak forventes å kunne øke kvaliteten på akutt-tilbudene i sykehus. Det er det enkelte HF som må finne praktiske løsninger for utvikling av akuttfunksjonen.

Psykisk utviklingshemmede med alvorlig psykisk lidelse vil tidvis trenge innleggelse i sykehus. Utviklingshemmede med psykiske lidelser representerer en pasientgruppe i grensen psykiatri og habilitering, i grensen kommunehelsetjeneste/ spesialisthelsetjeneste. Tilbudet til denne gruppen vurderes nærmere i egen utredning om rehabilitering og habilitering (utredning planlegges ferdigstilt v.2007). Det er foreslått i utredningen å etablere et sentralt døgntilbud for psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser (Autisme). Dette er foreløpig ikke konkludert

Personer med alvorlig psykisk lidelse Forekomsten av og bevissthet om peog ruslidelse har vært sterkt økende i alle psykisk helseverns behandlingssenheter. Dette gir særlige utfordringer mht oppbygging av kompetanse og samarbeid mellom psykisk helsevern og Rusbehandling Midt – Norge. Ved DPS-ene vil det ofte være begrensninger med hensyn til bygninger, organisering og kompetanse når det gjelder behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Det må derfor i tillegg være tilbud ved sentraliserte sykehusfunksjoner.

((*kapittelet tilpasses styrebehandling av Rusbehandling Midt-Norge juni 2007*)). Uansett organisering er det betydelige utfordringer når det gjelder for å skape gode tilbud til personer med rus- og psykiske lidelser i Helse Midt-Norge. Behandling må tilbys som integrerte tilbud, selv om organiseringen er atskilt. Gjensidig forpliktelse er nødvendig når det gjelder utredning, behandling og kompetanseutvikling. (Dette behandles nærmere i kapittel 9 om pasienter med ruslidelser).

7.2. Tiltak

De sentraliserte sykehusfunksjonene skal ha ansvar for øyeblikkelig hjelp og spesialfunksjoner/ funksjoner som ikke kan ivaretas på DPS.

Sentraliserte sykehusfunksjoner skal ivareta helseforetakenes utredningsfunksjoner til særlige diagnosegrupper /spissfunksjoner. Det er viktig å beholde/ utvikle sykehusene som kompetanseenheter. Forskning skal sikre kvalitet, spissfunksjoner.

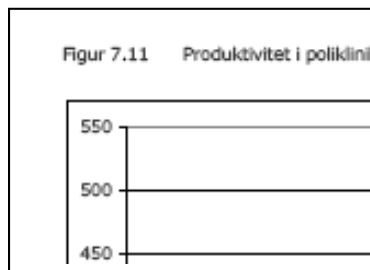
Arbeidet med å implementere dokumenterte behandlingsformer må styrkes

Det skal være tydelig skille mellom sykehus og DPS - funksjoner

8. Tjenester til barn og unge

8.1. Problemstilling

I spesialisthelsetjenesten er det barne- og ungdomspsykiatrien som har hatt den mest omfattende driftsøkningen i de siste årene. Opptrappingsplanens målsetting er at 5 % av barnebefolkningen skal få vurdering og eller tilbud i spesialisthelsetjenesten. De fleste områder i Helse Midt-Norge ser ut til å nå dette i 2008-2009. Måltallet om 50 % økning av tiltak pr. behandler er også nådd. Det er imidlertid betydelige forskjeller i poliklinikkene målt ved antall pasienter pr. fagårsverk.



Økte antall tiltak pr. fagårsverk skyldes for en stor del flere tiltak til den enkelte pasient.

Antall henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien har dessuten økt parallelt med kapasitetsøkningen. På samme tid har forventningene om kvalitet i utredning og behandling økt betydelig. Dagens situasjon preges av økende ventelister og økt ventetid for enkelte tilstander.

I henhold til HMNs oppdragsdokument 2007 skal ventetid til vurdering i psykisk helsevern for barn og unge være mindre enn 10 dager. Dette er en betydelig utfordring for tjenesteapparatet. Det er viktig at vurderingen organiseres slik at det ikke går ut over ressurser til behandling. Gode henvisninger er en vesentlig suksessfaktor

8.1.1. Særlige utfordringer

Den store økningen i antall ansatte som følge av opptrappingen stiller krav til intern organisering. Sentrale myndigheter har påpekt behovet for endring og utvikling når det gjelder organisering, oppgave- og ansvarsfordeling og arbeidsmetoder i arbeidet med barn og unges psykiske lidelser. Riksrevisjonen har beskrevet nødvendigheten av økt effektivitet og mangel på spesialisering. Den store etterspørselen etter tjenester fra barne- og ungdomspsykiatrien har reist spørsmål om grenseoppgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er tydelig nok. Det synes nødvendig å avklare dette. Det er også nødvendig å styrke tilgjengeligheten til barne- og ungdomspsykiatriens tjenester i krisesituasjoner.

8.1.2. Arbeidsformer i psykisk helsevern for barn og unge

Agledalutvalgets innstilling anbefaler at antall poliklinisk samtaler bør økes betydelig fra dagens nivå. Utvalget mener også at dette er gjennomførbart. Gjennomsnittet i Helse Midt-

Norge er 1 pasient pr. dag. Endret organisering av de polikliniske enhetene, med klare produksjonsmål for den enkelte ansatte, kan være en mulighet for å oppnå høyere effektivitet.

I Helse Midt-Norge kan det være en fordel å organisere et felles utviklingsprogram for å nå dette målet. Et slikt program må kombineres med kvalitetsutvikling slik at økt produksjon ikke fører til redusert samarbeid med og redusert oppfølging i pasientenes hjemkommuner.

Arbeidet med å implementere behandlingsformer med dokumentert effekt må styrkes.

8.1.3. Ansvars- og oppgavefordeling mellom Bup og kommunale tjenester

Det bør arbeides systematisk med tydeliggjøring av grensesnittet mellom BUP - tjenester og førstelinjetjenesten. Dette er systemutfordringer for den enkelte BUP – avdeling, men kan også gjennomføres som samarbeidsprosjekt mellom helseforetakene. Klarere fordeling av oppgaver og økt bistand til kommunene vil kunne redusere presset på spesialisthelsetjenesten betydelig.

Når det gjelder forholdet til BUF- etat, må også dette løses på systemnivå. Det vil ikke være tilstrekkelig å lage møteplasser. Felles prosjekter om hvordan barn i barnevernet skal behandles både i psykiatrien og i barnevernets instanser må igangsettes. I slike prosjekter må faglig innhold og operasjonelle mål vektlegges. Dette er særlig viktig for ungdommer i aldersgruppen 16 -17 år med utagerende atferd.

Det er behov for økt kompetanse og tiltaksutvikling knyttet til barn og ungdom med rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, jfr. pkt. 8.1.2.

I samarbeid med kommunale tjenester, psykiske helsevern for voksne og Rusbehandling Midt-Norge, må det utvikles behandlingstiltak rettet inn mot barn av rusmisbrukere og psykisk syke.

8.1.4. Tilbud til barn 0-6 år

Samdata -tall for 2004 og 2005 viser at bare 0,7 % av barn mellom 0-5 år mottar et behandlingstilbud i psykisk helsevern, og at pasientveksten er størst i de aller eldste aldersgruppene (13-17 år). Når det gjelder små barn er henvisningsgrunnene langt hyppigere knyttet til risikofaktorer i barnets miljø. I særlig grad har man vært opptatt av mulige utviklingsforstyrrelser/ fare for skeivutvikling hos premature barn, barn utsatt for ruseksponering i svangerskapet, foreldre med psykiske lidelser, belastede familier med mangelfulle omsorgskvaliteter. Grunnleggende samspillsmønstre blir etablert i tidlige barneår, og longitudinelle undersøkelser viser at en i tidlig alder kan se avvikende utviklingsmønstre. Samtidig vil det være store individuelle variasjoner i utviklingsforløp, noe som innebærer både faglige og etiske problemstillinger knyttet til ulike metoder for å fange opp hjelpebehov.

Både nasjonalt og regionalt har det vært økende fokus på de minste barna. Strategiplan for barn og unges psykiske helse har tiltak rettet mot denne gruppa (Tiltak 41 og 42). Det er etablert et nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarn psykiske helse adm. av R- BUP Sør og Øst. Det er under oppbygging en Forebyggingsenhet ved R- BUP Nord. I HMN er det etablert et kompetansenettverk administrert. av psykisk helsevern poliklinikk i Molde. Sammen med R- BUP Midt-Norge har det vært igangsatt kompetansestyrkende tiltak knyttet til utredningsmetodikk og behandlingstilnærminger overfor aldersgruppa 0-3 år. Dette gjelder

bl.a. 0-3 års -diagnostikk som alternativ til ICD 10, samspillsvurderinger og behandlingstilnæringer.

Ut fra et forebyggende perspektiv må det være en høyt prioritert oppgave å utvikle utrednings- og behandlingskompetanse samt gode veilednings- og konsultasjonsordninger knyttet til arbeid med de yngste barna og deres familier. Behovet for kompetanse om traumatiserte barn understrekes.

8.1.5. Rekruttering av spesialister

Mangelen på lege og psykologspesialister er betydelig. Det er nødvendig å styrke rekrutteringen, ikke minst på grunn av utredningsbehovet. Helse Midt må som Helse Nord og Helse Sør- Øst lage et eget prosjekt for å sikre at det blir utdannet mange nok spesialister. Det må settes opp en egen prosjektledelse for dette. Særlig viktig er dette for BUP - klinikkene utenfor Trondheim. I tillegg bør det utarbeides en plan for produksjon av nevropsykologer. I dag er det ikke god nok dekning av nevropsykologiske tjenester.

8.1.6.Fag- og organisasjonsutvikling i BUP

Optrappingsplanen har gitt kapasitetsutvidelse. I kommende periode er det nødvendig med økt fokus på det kvalitative innhold i tjenestene. I ”Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010,” framheves forbedring av produktivitet og kunnskapsgrunnlag som to av flere ”strategiske suksessfaktorer.”

Nasjonale måle- og kvalitetsindikatorer er nødvendige som grunnlag for sammenligning/harmonisering og styring/evaluering. Slike indikatorer er imidlertid ikke tilstrekkelig for å fange opp kompleksiteten i prioriteringer i det kliniske feltet. I tillegg kan de bli opplevd som ytre krav uten tilstrekkelig forankring og ”eieropplevelse” hos fagpersonell som utøver tjenestene.

I Helse Midt-Norge er det mange gode eksempler på utvikling av kvalitativt gode tjenester i psykisk helsevern. Det er viktig å bygge opp et system for erfaringsutveksling slik at kliniske enheter og fagpersoner kan lære av hverandre. I tillegg vil det være viktig å stimulere til videre utvikling av kvalitet i tjenestetilbudet. I særlig grad vil dette gjelde områder som har betydning i forhold til utredning/behandling, produktivitet og nye styringssignaler. Eksempler på slike områder vil være:

- Kvalitetssikring av utredning/diagnostikk og behandling av enkelte typer psykiske vansker
- Brukermedvirkning og pasient-/ pårørende -opplæring (Jfr. IS-1315 og IS-1349)
- Utvikling av rutiner/arbeidsdeling og organisering i egen enhet (Jfr. Agledal-utvalget)
- Utvikling av koordinerte og helhetlige pasientforløp mellom tjenestenivåene. Forpliktende utrednings- og behandlingslinjer.
- Forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og kompetanseoppbygging, og spesialisthelse- tjenestens rolle i dette.

Oppgaver knyttet til disse tematiske områdene kan løses på ulike måter. Det er viktig å stimulere BUP -enheter i Helse Midt-Norge til et systematisk fagutviklingsarbeid ut fra lokale forhold og egne forutsetninger. HMNs rolle kan være å bidra med rammebetingelser for et slikt fagutviklingsarbeid i et regionalt perspektiv.

8.2. Tiltak

Helseforetakene i Helse Midt-Norge skal sørge for rask hjelp og behandling for alvorlige akutte kriser ved alle BUP-enheter. Nye arbeidsmetoder bør utprøves.

Det skal etableres ambulante team i alle helseforetak.

Tilbudet til barn 0 – 6 år må styrkes i Helse Midt-Norge. Alle kliniske enheter må ha en basiskompetanse knyttet til utredningsverktøy, samspillsvurderinger og behandlingstilnæringer.

Det må utvikles gode samarbeids- og konsultasjonsordninger med aktuelle førstelinjetjenester.

Innsatsen til barn under barnevernets omsorg, barn av foreldre med rus- / alvorlig psykisk lidelse og ungdom med utagerende atferd må økes i Helse Midt-Norge.

Alle enheter i psykisk helsevern for voksne og Rusbehandling Midt-Norge skal ha en basiskunnskap om barns reaksjonsmønstre knyttet til psykisk sykdom eller rusmisbruk hos foreldre.

BUP - tjenestene i HMN bør etablere en formell faglig dialog for felles utvikling av strategier og prosjekter for endringsarbeid. Dette må omfatte både faglig utviklingsarbeid og organisasjonsmessige utfordringer knyttet til intern effektivitet og samhandlingsstrategier med kommunale instanser og andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Det må utvikles en omforent praksis med hensyn til diagnostikk, behandling / medisinerer i forhold til enkelte vansker. (Eksempler på dette kan være kronisk tretthetssyndrom og ADHD.) Ikke-medikamentelle behandlingsformer må styrkes.

Arbeidet med å implementere dokumenterte behandlingsformer må styrkes

Helse Midt-Norge skal vurdere særskilte tiltak for rekruttering av spesialister til barne- og ungdomspsykiatrien.

Det skal iverksettes toårig regionale fag- og utviklingsprosjekter i psykisk helsevern for barn og unge i regionen, der det er naturlig, i samarbeid med R-BUP. Kliniske enheter skal inviteres til å gjennomføre prosjekt knyttet til utfordringer i den kliniske hverdag – med ønske om å forbedre kvalitet, rutiner, organisasjon. Det vil bli gitt støtte til veiledning, prosjektsamlinger og evaluering. Prosjektet kan administreres regionalt, med faglig bistand fra relevante fagmiljøer, og prosjektet finansieres av Helse Midt-Norge og de enkelte enheter som deltar.

Foretaksgruppen skal opprette en web-basert kompetansebase for kliniske enheter i Helse Midt-Norge. En slik kompetansebase vil kunne gi oversikt over fagpersoner med spesielle faglige fordypningsområder, og enheter som har erfaring med bestemte utredningsprosedyrer, behandlingstiltak og organisatoriske tiltak.

9. Pasienter med ruslidelser

9.1. Bakgrunn

Ved Rusreformen fra 2004 ble rusfeltet overført fra et fylkeskommunalt ansvar hjemlet i sosialtjenesteloven, til et statlig ansvar hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og øvrig helselovgivning. Tjenesteområdet omtales som *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk*.

Helse Midt-Norge valgte som eneste region å opprette et eget helseforetak for den delen av rusbehandlingstilbudene som ble overført ved rusreformen. Det ble videre besluttet at de polikliniske rusteamene som er organisert innenfor psykisk helsevern (i Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal, St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag) skulle få vurderingsmyndighet for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og gi slik behandling på poliklinisk nivå². Rusbehandling Midt-Norge driver enhetene Vestmo behandlingssenter (Ålesund), Veksthuset Molde, Nidarosklinikken (Trondheim), Senter for legemiddelassistert rehabilitering i Midt-Norge (Trondheim) og Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget (Ålesund, Trondheim, Levanger), og har driftsavtaler med Blå Kors Lade Behandlingssenter (Trondheim), NKS Kvamsgrindkollektivet (Trondheim) og Tyrilistiftelsen (div. enheter).

Fra 2004 er det etablert flere samarbeidsrelasjoner mellom Rusbehandling Midt-Norge og psykisk helsevern. Sentralt er Rus/psykiatri lederforum og Rus/psykiatri fagforum. Etter et omfattende utredningsarbeid vedtok Helse Midt-Norge i november 2005 ”[Regionalt Rusprogram – handlingsplan fram til 2010](#)”, som angir tiltak for hele foretaksgruppen knyttet til rusrelatert problematikk.

Mange pasienter lider av samsykelighet knyttet til psykiske lidelser og ruslidelser. Tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk er derfor viktig. Det er også nødvendig å utvikle fleksible samarbeidsrelasjoner til beste for pasientene. Helt sentralt er det å unngå uverdige kasteballsproblematikk.

9.1.1. Om ansvarsdelingen mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk

Mange pasienter innenfor psykisk helsevern har ruslidelser og mange pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk har psykiske lidelser. Begrepet ROP (Rus og psykiatri) er lansert de senere årene. Dette innebærer at pasienten kan ha en eller flere ruslidelser og en eller flere psykiske lidelser samtidig. Minst en lidelse av hver type eksisterer uavhengig av den andre og er ikke bare en gruppe symptomer som er utløst av den ene typen lidelse.

Både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skal kunne gi behandling til ROP -pasienter i alle ledd av tjenestene. Den kunnskapsbaserte

² Jf brev av 06.02.2007 fra Sosial- og helsedirektoratet er det fastslått at følgende enheter skal rapportere sin virksomhet knyttet til fagkode 360 (Rus): Døgninstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, poliklinikker innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, ruspoliklinikker, rusteam ved psykiatriske poliklinikker, psykiatriske poliklinikker. Også behandling av spillavhengighet skal kodes 360.

tilnærmingen som i dag anbefales omtales som integrert behandling og innebærer utredning og behandling av psykiske lidelser, ruslidelser, somatiske lidelser og sosial situasjon gjennom en individuelt tilpasset behandlingsplan og individuell plan ved behov, basert på pasientens ressurser og medvirkning.

I tråd med St. m. 25 ”[Åpenhet og helhet](#)” (1996-1997) og rundskriv [I/36-2001](#) fra daværende Sosial- og Helsedepartementet følger ansvarsdelingen følgende prinsipper:

- Der ROP er mest dominert av psykiske lidelser bør behandlingen skje innenfor psykisk helsevern (gruppe 1).
- Der ROP er mest dominert av ruslidelsene bør behandlingen skje innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (gruppe 2).
- Der ROP er likeverdig og av høy alvorlighet (såkalt ”dobbeltdiagnoseproblematikk”), er det psykisk helsevern som har et hovedansvar for tjenestetilbudet (gruppe 3).

Dersom det er formålstjenelig at behandlere innenfor psykisk helsevern og rusforetaket arbeider direkte eller konsultativt omkring en pasient bør, forholdene legges til rette for det. For at begge tjenesteområder skal utvikle gode integrerte tjenester er det viktig med god gjensidig kompetanseutveksling og ulike arenaer for samhandling.

9.1.2. Sentrale utfordringer innenfor psykisk helsevern

Innenfor **psykisk helsevern for barn og ungdom** er det behov for en satsning i tråd med føringene i rundskriv I/36-2001:

Poliklinikker for barn og unge må utvikle utredningskompetanse, og kunne gi behandlingstilbud til barn og ungdom med rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser. Ulike typer rusmidler og kombinasjoner av disse anvendes blant stadig lavere aldersgrupper. Misbruk og psykiske problemer utvikles ofte sammenfiltret. Det ligger en stor utfordring for det psykiske helsevern for barn og ungdom i å utvikle kunnskap og kompetanse om rusmiddelrelaterte problemer, og derav følgende utrednings- og behandlingstiltak. Ambulante og oppsøkende behandlingsformer vil være særlig aktuelle å utvikle og prioritere overfor de yngre aldersgruppene med slik blandingsproblematikk.

Det er etablert et overordnet samarbeidsråd – RSBU – mellom Helse Midt-Norge RHF og Bufetat region Midt-Norge. Rådet består av representanter fra psykisk helsevern for barn og unge, rusfeltet, barnevernet, familievernnet i tillegg til representanter fra RHF og RBUP. Hovedmålet er å sikre at barn og ungdom med behov for tjenester både fra barnevernet og spesialisthelsetjenesten til enhver tid gis et helhetlig og kvalitativt godt tilbud. Under RSBU er det etablert lokale samarbeidsråd knyttet til de fire fagteam/helseforetaksområdene i regionen bestående av 6 representanter hvorav 2 fra rusområdet, 2 fra psykisk helsevern, 2 fra Bufetat. Hensikten er å sikre gode løsninger for barn og ungdom, med hensiktsmessige samarbeidsrutiner på systemnivå. Barneverninstitusjoner, BUP og aktuelle rusinstitusjoner skal i løpet av 2007 inngå skriftlig forpliktende samarbeidsavtaler tilpasset institusjonenes målgrupper og behov.

Utfordringer i psykisk helsevern for voksne

DPS- poliklinikkene mottar en stor gruppe av ROP -pasienter tilhørende gruppe 1, dvs pasienter som henvises for sine psykiske lidelser, men som også har skadelig bruk/avhengighet av alkohol, narkotika eller vanedannende legemidler. Det er viktig å fange opp og gi god behandling på dette nivået. Behovet for innsats på mer spesialisert nivå kan dermed forebygges.

Øvrige tilbud ved DPS skal også kunne ha behandling av personer med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet som en av sine kjerneområder:

Alle DPS bør ha kompetanse i utredning og behandling av mennesker med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet (dobbeltdiagnose). Henviste pasienter med rusmiddelavhengighet skal få behandling for sin psykiske lidelse på linje med andre henviste pasienter. (DPS -veilederen 2006, s. 33).

Spesialiserte sykehusavdelinger vil sammen med DPS - ene ha et hovedansvar for behandlingen av pasientene tilhørende gruppe 3, dvs pasienter med skadelig bruk/avhengighet av rusmidler i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Her er en sentral utfordring å etablere gode samhandlingsrutiner mellom involverte aktører og integrerte døgnbehandlingsmiljøer som kombinerer de beste metoder fra psykisk helsevern og rusfeltet.

Når det gjelder akuttpsykiatrisk behandling antas at opp mot 70 % av alle pasienter som innlegges på psykiatriske akuttavdelinger har rusproblemer, og misbruk kan også utløse denne type tilstander. Mange innleggelse i somatiske sykehus er også tett forbundet med langvarig overforbruk eller akutt rus. Dette illustrerer at akutte rustjenester i stor grad overlapper andre akuttjenester, innen både psykisk helse og somatikk ([jf sluttrapport til HOD av 19.03.2007 fra arbeidsgruppe om Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingkjede](#)).

9.1.3. Sentrale utfordringer innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk

De første årene etter rusreformen har innsatsen vært rettet mot kapasitetsøkning, kvalitetsarbeid og samhandling. Midt-Norge har sammenlignet med øvrige helseregioner hatt den mest aktive utviklingen på området (jf [evaluingsrapport fra IRIS, 2007](#)).

Tjenesteområdet er imidlertid fremdeles i en aktiv utviklingsfase og dette illustreres bl.a. av at:

- Regjeringen har varslet en forpliktende opptrappingsplan for rusfeltet knyttet til forebygging, kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten. Planen har vært bebudet siden høsten 2006 og forventes lansert sommer/høst 2007. Bakgrunnen er en erkjennelse om at tilbudene må trappes opp, og videreutvikles innenfor en langsiktig og forutsigbar ramme.
- Regjeringen fremmet 27.04.2007 [Ot.prp. nr. 53 \(2006-2007\)](#) om ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og - justeringer etter rusreformen. Gjennom disse lovforslagene befestes tjenesteområdets plass ytterligere innenfor rammen av spesialisthelsetjenesteloven.
- For å harmonisere tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ytterligere til øvrige helsetjenester, vedtok RHF, fagdirektørmøte, i januar 2007 at tilbudene innen 2008 skal ha samme nivå/spesialiseringsgrad. Det innebærer at DPS-ene, med poliklinikk, dag- og døgnbehandling skal brukes systematisk. Nivåene på de ulike tilbudene i rus og psykisk helsevern skal samsvare (DPS/lokalsykehus, HF/sentralsykehus og Regionale tilbud)

9.2. Tiltak

Psykisk helsevern skal videreutvikle sitt tilbud til pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser (gruppe 1 og 3) og gi behandling i tråd med moderne kunnskapsbasert praksis.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skal videreutvikle sitt tilbud til pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser (gruppe 2) og gi behandling i tråd med moderne kunnskapsbasert praksis.

Psykisk helsevern og rusforetaket skal samhandle seg i mellom, og med primærhelse- og sosialtjeneste om videreutvikling av tilbud til den enkelte bruker / pasient.

10. Avtalespesialister

10.1. Bakgrunn

Private helsetjenester skal understøtte det regionale helseforetakets ”sørge for ansvar” ved å:

- gi befolkningen ett reelt valgalternativ til de offentlige poliklinikkene
- bidra til reduksjon av ventetid ved økt produksjon
- stimulere til rekruttering av spesialister

Siden 2003 har målet vært å bidra til å øke befolkningens valgmulighet, gjennom geografisk fordeling av avtalehjemler. Tiltaket ble antatt å bidra til nyrekruttering i områder der dette har vært vanskelig. Videre har det vært et mål å få til en nærmere integrering mellom avtalespesialistene og offentlige poliklinikker, slik at aktivitetsdata fra begge virksomheter til sammen skal gi ett komplett bilde av aktiviteten i det psykiske helsevernet. DPS -veilederen (2006) forsterket dette målet.

Det er viktig å sørge for at private spesialister kan være et reelt valg for personer med rett til helsehjelp. Dagens praksis viser imidlertid at ordningen har betydelige svakheter. I 2005 gjorde SINTEF Helse, på oppdrag fra Helse Midt-Norge, en kartlegging om bruken av private avtalespesialister i psykisk helsevern. Kartleggingen viser at mange pasienter og henvisere opplever at avtalespesialister ikke er reelle alternativ. Lav tilgjengelighet, manglende venteliste, ikke tilgjengelige telefonlister er noen årsaker til dette. (kilde xx).

Avtalespesialister er ikke underlagt prioriteringsforskriften og kan dermed ta inn pasienter som det offentlige ikke prioriterer. Selv om dette kan gi betydelige helsegevinster, er det ikke i tråd med helsepolitiske målsettinger. Det finnes ikke data som viser pasientenes prioriteringsstatus. Pasientgruppene er delvis overlappende med hensyn til diagnosegruppe.

Avtalespesialistene leverer en betydelig andel av den polikliniske produksjonen, i alt 23 % av det samlede antall konsultasjoner

Bruk av avtalespesialister som virkemiddel for rekruttering av spesialister er ikke evaluert. Utlysning av ledige hjemler viser at søkere i liten utstrekning kommer fra tjenester utenfor foretakene. Virkemidlet synes derfor ikke å være nyrekrutterende. Det er ikke undersøkt om bruk av avtalehjemler bidrar til å forhindre uønsket fraflytting fra regionen. Helseforetakene antar imidlertid at det kan bidra til økt rekruttering og ønsker økt tilgang på hjemler.

Målsettingen om utjevning av geografisk skjevfordeling er et langsiktig mål. Nytildelte hjemler er utlyst i områder med lav dekning.

På grunn av historiske avtaler er det et skjevt forhold mellom hel - og deltidshjemler og mellom leger og psykologer. Dette kan ikke endres før avtaleperioden går ut.

10.1.1. Behov for endring

Det nasjonale målet om tilknytning til de offentlige poliklinikkene er ikke oppnådd. Flertallet av avtalespesialistene ønsker ikke en slik integrasjon. Spesialistene har valgt å inngå avtale bla for å være fristilt systemkravene i helseforetakene. Fram til 2006 inneholdt avtalene en plikt til tjeneste i det offentlige (8-timersregelen). Eksisterende rammeavtale pålegger avtalespesialistene kun en generell samarbeidsplikt.

Det kan være uheldig at pasienter får behandling etter helt andre prioriteringskriterier enn de offentlige. Alvorlige psykiske lidelser, som forutsetter samordning og tiltak utenom konsultasjonen, kan velges bort. Avtalespesialister har heller ikke de samme systemoppgaver, som f.eks. samarbeidsmøter og undervisning, som i det offentlige. Det må derfor forventes en høyere andel konsultasjoner pr årsverk.

Avtalespesialister er ikke pålagt å føre ventelister, og kan derfor etablere inntaksstopp når kapasiteten er nådd. Noen avtalespesialister kan ha svært lang behandlingstid for enkeltpasienter når dette vurderes i forhold til den totale etterspørsel etter polikliniske tjenester. Enkelte avtalespesialister tar få nye pasienter i løpet av året. Dette innebærer at prioriteringsnivået må høynes innenfor det offentlige.

Avtalespesialister som finansieres gjennom offentlige tilskudd er en del av spesialisthelsetjenesten og bør derfor bidra til å nå helsepolitiske målsettinger. Avtalespesialistene bør, i større grad enn i dag integreres i det øvrige psykiske helsevern. Samarbeid og oppgave- og ansvarsfordeling bør reguleres gjennom avtaler. Det er en målsetting at de enkelte helseforetakene overtar administreringen av avtalespesialistene.

10.2. Tiltak

Avtalespesialistene i Helse Midt-Norge skal underlegges en tydeligere kontraktsstyring

Det skal etableres systemer for føring av ventelister, ventetidsrapportering, ressursbruk og produktivitet.

Ved inngåelse av nye avtaler skal det knyttes krav om forpliktende samarbeid mellom avtalespesialister og DPS poliklinikker. Samarbeidet skal også omfatte BUP.

Ved tildeling av nye hjemler skal områder med lavest dekning prioriteres, der dette er hensiktsmessig.

Samarbeidet med avtalespesialistene reguleres gjennom årlige styringsbrev hvor Helse Midt-Norge RHF klargjør forventninger og aktuelle helsepolitiske styringssignaler.

11. Regionale funksjoner

11.1. *Bakgrunn*

Regionale kliniske tjenester er tjenester som kun tilbys ett sted i regionen.

Lokalbasert psykisk helsevern er basis i moderne psykiatri. Regionalisering er allikevel en løsning når antall pasienter så lavt at det ikke er riktig å tilby tjenesten alle steder, eller at det er behov for en spesialisert tjeneste på et spesialiseringsnivå over de desentrale tjenestene. En lavvolumtjeneste er for eksempel tilbud til døve. Et eksempel på høyere spesialisering er regionale tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser.

Det er kompetanseelementet som er hovedbegrunnelsen for sentralisering, men ressursøkonomiske hensyn er også medvirkende.

I *Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003)* er det skilt mellom regionalisering av kompetansefunksjoner og kliniske tjenester (tjenester med direkte pasientkontakt).

Det er få regionale tjenester i psykisk helsevern.

11.1.1. **Regionalt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser**

Tilbudet er etablert og fungerer i henhold til intensjonene. Det er etterspurt ut over regionens grenser. Helse Midt-Norge anbefaler at tilbudet videreutvikles som regional tjeneste med kliniske tilbud, veiledning, kompetanseoverføring og forskning. Tilbudene til regionale pasienter skal fortsatt ha en andel rammefinansieres.

11.1.2. **Regionalt poliklinisk tilbud til døve**

Det blir i 2007 etablert er regionalt poliklinisk tilbud til døve voksne og unge. Tjenesten er lokalisert til St. Olavs hospital, Psykisk helsevern, DPS Tiller. Tilbudet vil gi poliklinisk inntekt. Tilbudene til regionale pasienter skal ha en andel rammefinansiering. Andelen vurderes nærmere når tilbudet har kommet i drift.

11.1.3. **Psykososialt team for flyktninger**

Dette inngår i det nyetablerte Regionalt ressurscenter mot traumer, vold og traumatisk stress. Dette finansieres særskilt over sentrale midler fra Helse- og omsorgsdepartementet / Sosial- og helsedirektoratet og omtales ikke videre her.

11.1.4. **Regionalt kompetansesenter for psykosomatikk**

St.Olavs Hospital HF ble i 2003 gitt i oppdrag å etablere *regionalt kompetansesenter for psykosomatiske lidelser*. Virksomheten var tenkt bygd opp rundt ressurser i psykisk helsevern og Senter for sammensatte lidelser i St.Olavs Hospital (Smerteklinikken). Sistnevnte har status som nasjonalt kompetansesenter for smerte- og sammensatte lidelser.

Det har ikke vært tilstrekkelig psykiatrikompetanse i tjenesten til å fylle målsettingen til nå. Kapasiteten for psykiatrisk service er planlagt betydelig styrket fra 2008, og grunnlaget for etablering av kompetansesenteret for psykosomatikk skal da vurderes på nytt.

11.1.5. Regionale funksjoner i BUP

St.Olavs Hospital HF gies i oppdrag å tilby et regionalt, spesialisert klinisk tilbud til *barn med alvorlig anoreksi*, for vurdering av enkelte *alvorlige adferdsvansker og selvbeskadigelse*, avansert *nevrodiagnostikk* og for behandling av vanskelige *nevrofarmakologiske problemstillinger*. Det er fortsatt behov for at funksjonene opprettes som regionale tilbud og bør gies en andel rammefinansiering

11.1.6. Regionale kompetansenettverk

De regionale nettverkene som er etablert eller som fagmiljøene finner hensiktsmessig å etablere for å styrke tilbudene i hele regionen gies et regionalt tilskudd til administrasjonskostnader og en årlig nettverkssamling. Øvrige kostnader til nettverksdeltakelse dekkes fullt ut av helseforetakene.

12. Spesielt om sikkerhetspsykiatri

12.1. Bakgrunn

Styret i Helse Midt-Norge har bedt om ny vurdering av sikkerhetspsykiatri i regionen. Følgende aspekter er vurdert: Hvordan bør sikkerhetspsykiatrien i Helse Midt-Norge organiseres og finansieres for å sikre:

- optimal kvalitet
- tilstrekkelig kapasitet
- god håndtering av pasientforløp.
- kostnadseffektiv drift

Sikkerhetsfunksjoner skal ivareta behandlingsansvar for pasienter som er særlig krevende og vanskelige /farlige. Pasientgruppen er i hovedsak underlagt tvangsbestemmelser i psykisk helsevernloven. Slike plasser er personellkrevende mht kompetanse og bemanningsfaktor og forutsetter særlige bygningstekniske løsninger For å ivareta diagnostikk og behandling er god spesialistdekning nødvendig. Antall pasienter er relativt lavt.

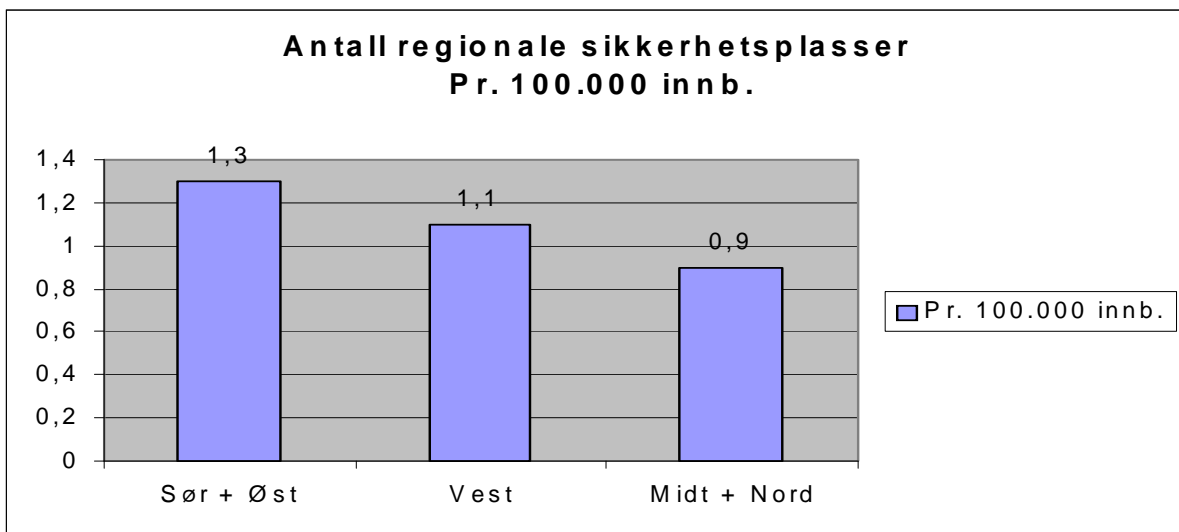
I ”Opptappingsplan for psykisk helse” beskrives sikkerhetsplasser på to nivåer; regionale og fylkesdekkende plasser. Etter helsereformen omtales disse som foretaksdekkende plasser.

Regionale sikkerhetsplasser

I følge avtale med Sosial- og Helsedepartementet er det 10 regionale - og flerregionale sikkerhetsplasser ved St. Olavs Hospital, avdeling Brøset. Det primære ansvarsområdet har vært alle HF i Helse Midt-Norge og Helse Nord. På grunn av Brøsets høye kompetanse innen sikkerhetspsykiatri, har avdelingen mottatt gjestepasienter fra det øvrige Norge.

Helse Nord skal etablere egne plasser fra 2008. Utbygging av sikkerhetsplasser i øvrige regioner (utenom HMN og HN), har ført til gradvis nedgang i antall søknader til Brøset. Avdelingen har en lav rammefinansiering og er for en stor del basert på gjestepasientinntekter. Periodevis bortfall av slike inntekter har skapt en ustabil økonomisk situasjon. Behandling av pasienter fra Midt-Norge gir ikke gjestepasientinntekter. Helse Midt-Norge benytter ikke plasser i andre regioners sikkerhetsavdelinger.

Tabellen nedenfor viser antall plasser pr 100.000 innbyggere på regionalt nivå. Regionene Midt og Nord har i dag 0,9 plasser pr 100.000 innbyggere (totalt 10 plasser). Dette er det laveste antallet i Norge.



12.1.1. Foretaksdekkende sikkerhetsplasser

I tillegg til regional- og flerregional funksjon (10 plasser), har Brøset 8 plasser på foretaksdekkende sikkerhetsnivå (for St. Olavs Hospital). For å skape hensiktsmessige pasientforløp, har de totalt 18 plassene vært drevet som en integrert enhet, bestående av tre poster med ulikt sikkerhets- og aktivitetsnivå. Personellressursen benyttes fleksibelt. Denne organiseringen har vært et viktig virkemiddel for sikkerhetsmessig kontroll, behandling og rehabilitering. Differensiering mellom sikkerhetsnivåene skjer i henhold til behandlingsbehov. Avdelingen rehabiliterer pasienter i samarbeid med det øvrige psykiske helsevernet, i noen tilfeller også i direkte samarbeid med enkeltkommuner.

Nord-Trøndelag har ikke egne foretaksdekkende sikkerhetsplasser og har benyttet avdeling Brøset ved behov. Helse Nord-Møre og Romsdal har hatt ansvar for drift av foretaksdekkende sikkerhetsplasser og har i tillegg dekket Helse Sunnmøres behov. Bemanningsfaktoren i Helse Nordmøre har ligget mellom høyeste og laveste nivå på avdeling Brøset. I tråd med planlagt strategi har etterspørselen fra Helse Sunnmøre vært avtagende. Helse Sunnmøre planlegger å etablere en eget foretaksdekkende tilbud. .

Det enkelte helseforetakene har ansvar for å ivareta sikkerheten på foretaksdekkende nivå. Det vil normalt innebære drift av lukkede langtidsposter. Det kan også inngås avtale om kjøp av plasser i annet helseforetak. For Helse Sunnmøre kreves en særskilt finansiell overgangsordning for å unngå at helseforetaket ikke har midler til å bygge opp tjenester før

plassene i Helse Nordmøre og Romsdal er avviklet.

12.1.2. Dom til behandling

Etter at Lov om særreaksjoner trådte i kraft i 2001, har antall pasienter dømt til behandling i psykisk helsevern i Midt-Norge hittil vært betydelig lavere enn sammenlignbare steder i Norge. Det mangler sikker kunnskap om årsaken til dette. Oversiktlige lokalsamfunn og velfungerende psykisk helsevern kan tenkes å forebygge særreaksjoner. Ulik praksis fra påtalemyndigheter og domstoler kan også påvirke volumet. Det er sannsynlig at volumet vil komme til å øke.

12.1.3. Sentral fagenhet

Sentral fagenhet er en forsøksordning fram til 2007. Enheten gir tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming som dømmes til omsorg etter Straffeloven. Tjenesten er landsdekkende og er lokalisert til Brøset. Fagenheten er underlagt statlig styring og evaluering. Helse- og Omsorgsdepartementet har varslet at Fagenheten skal etableres permanent med 5 døgnplasser (dagens antall). Fagenheten bidrar med faglig kompetanse i regionen som helhet.

12.1.4. Pasientforløp for sikkerhetspasienter

Sikkerhetspsykiatri skal i utgangspunktet følge de samme prinsipper som det øvrige psykiske helsevernet, med så høy grad av nærmiljøbaserte tjenester som mulig. Pasienter skal behandles på lavest mulig nivå. Det er imidlertid viktig at Regionavdelingen blir koblet inn tidlig når dette er nødvendig. Observasjonsplassene vil derfor være viktige verktøy. Opphold i Regionavdelingen har vist seg å være gode forutsetninger for vellykkede rehabiliteringsprosesser. En viktig forutsetning for å lykkes, er at de aktuelle helseforetakene har et faglig godt mottaksapparat som del av sine tilbud. Den generelle styrking av psykiske helsevern de siste 10 år har gjort tjenestene rustet til slike oppgaver.

12.1.5. Vurdering av kapasitet

Kapasiteten på sikkerhetsplasser (regional- og flerregional funksjon) har vært tilstrekkelig i perioden 2001 til 2006. Det er vanskelig å anslå det eksakte behovet for de nærmeste årene. Det er imidlertid sannsynlig at behovet kan øke noe. Økt bruk av rusmidler i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse, flere sterkt traumatiserte personer og eventuelle endrede kriterier for særreaksjonsordninger kan gi økte behov. Det er også sannsynlig at flere vil bli dømt til behandling. På den annen side blir stadig flere pasienter fra tidligere sikkerhetspsykiatriske rehabilitert til lokale tilbud.

Nye oppgaver ved Regional sikkerhetsavdeling

Brøset har i dag ingen formell rolle i forhold til pasienter som er dømt til behandling. Det regionale helseforetaket har ansvar for at tvungent psykisk helsevern iverksettes og avgjør hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Ofte er behandlingstilbud etablert ved domsavsigelse. Helse Midt-Norge ønsker at avdeling Brøset skal ta ansvar for sikkerhetsfaglige vurderinger før plassering og utpeke den behandlende enheten i regionen. Avdelingen forventes også å yte faglig veiledning til helseforetakene i slike saker. Dette vil være nye oppgaver for avdeling Brøset. Ansvar og oppgaver vil bli formalisert.

12.1.6. Framtidig dimensjonering og struktur

Administrering av særreaksjonsordningen tilsier noe økt kapasitet for observasjonsopphold ved Brøset. Tallet på personer som dømmes til behandling må dessuten forventes å stige noe. Bortfall av ansvar for pasienter fra Helse Nord vil kunne frigjøre kapasitet. Helse Nord-Møre og Romsdal skal fra 2007 kun drive foretaksdekkende sikkerhetsplasser. Helse Nord-Trøndelag planlegger ikke drift av slike plasser og ønsker ved behov å benytte/ kjøpe plasser på Brøset. Helse Sunnmøre planlegger en post for å dekke behovet før og etter eventuell behandling ved Brøset, og vil ellers kjøpe tjenester vedr. råd og veiledning fra Helse Nord-Møre og Romsdal.

Det skal ikke være økonomiske hindringer for å ivareta sikkerhetsfunksjonen. Dersom behovene for tjenester ved regionavdelingen endres, skal organisering og kapasitet vurderes på nytt.

Regionavdeling Brøset skal fortsatt drives som en integrert enhet med avtrappende sikkerhetsnivå. En skjønsmessig vurdering av behov for den nærmeste framtid tilsier at dimensjoneringen bør være 18 døgnplasser (10 + 8). Avdelingen rammefinansieres tilsvarende 75 % av den totale driften. De resterende 25 % vurderes som St. Olavs Hospitals ansvar og finansieres over den befolkningsrelaterte inntektsmodellen. Tilsvarende andre helseforetak

12.1.7. Brøset Kompetansesenter for sikkerhets - fengsels og rettspsykiatri.

Statlige myndigheter har etablert 3 regionale / flerregionale kompetansesenter. Brøset kompetansesenter, som har ansvar for HMN og HNN, har følgende oppgaver:

- Behandlings- og utredningskompetanse for særlig vanskelige og farlig sinnslidende.
- Medvirkning i, og delansvar for, psykiatrisk service til rettsvesen og fengselsvesen.
- Kompetansebygning innen disse områder gjennom forskning, utredning, evaluering og undervisning med tilknyttet professorat i rettspsykiatri. Avdelingen er en universitetsklinikk.

Kompetansesenterfunksjonen ved den regionale sikkerhetsavdelingen er nært knyttet til døgnenheten både geografisk, organisatorisk og med delte stillingshjemler. Dette har vært en svært heldig løsning mht kompetansebygging og forskning på Brøset.

Kompetansesenteret har hittil vært finansiert ved øremerket tilskudd til Helse-Midt-Norge-RHF. Det foreligger ikke ingen planer om å etablere flere kompetansesentre i Norge Helse Midt-Norge forutsetter at Brøset Kompetansesenter fortsatt skal dekke Helse Nord.

Revidert oppdrag til Kompetansesenteret

Sosial- og helsedirektoratet har på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet utformet oppdragsbrev til kompetansesentrene. Siden tjenesten skal bidra til å styrke sikkerhetspsykiatrien i regionen, har Sosial – og Helsedirektoratet bedt Helse Midt-Norge om å overta oppdragsgiverfunksjon for Kompetansesenteret. Utforming av nytt oppdrag til Kompetansesenteret vil skje i samarbeid med St. Olavs Hospital og Helse Nord. Oppfølging av programmer for farlighetsvurdering, undervisning og kompetansespredning vil bli særlig vektlagt.

12.2. Tiltak

I Helse Midt-Norge skal St. Olavs Hospital, avdeling Brøset (senere Østmarka) ivareta drift av døgnplasser på regionalt sikkerhetsnivå.

Helseforetakene i HMN skal ha ansvar for sikkerhetspsykiatriske tjenester på foretaksdekkende nivå og skal overta og følge opp pasienter fra Regional Sikkerhetsavdeling når dette er faglig forsvarlig. Det kan inngås avtale om kjøp av plasser i annet helseforetak.

Brøset skal ha ansvar for administrering, vurdering og veiledning av pasienter som dømmes til behandling.

St. Olavs Hospital, avdeling Brøset dimensjoneres med 18 døgnplasser.

Avdelingen rammefinansieres tilsvarende et vertikalt snitt på 75 % av 18 døgnplasser.

På grunn av avdeling Brøsets særskilte kompetanse, skal avdelingen fortsatt kunne motta pasienter fra andre deler av landet i henhold til en sikkerhetsfaglig og klinisk prioritering. Etterspørsel fra HMN skal ha første prioritet.

Det skal utformes nytt oppdrag til Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri i samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og St. Olavs Hospital.

For å sikre samarbeid, kommunikasjon og kompetansespredning i Helse Midt-Norge, skal det etableres en ressursgruppe med representanter fra samtlige helseforetak i regionen.

HMN skal i samarbeid med St. Olavs Hospital revidere Kompetansesenterets mandat.

13. Tilbud til pasienter med sterke traumeopplevelser*

**Pasienter med sterke traumeopplevelser er en svært uensartet gruppe. Det omfatter tilbud til mennesker som har opplevd vold, tortur, katastrofer, overgrep, seksuelt misbruk etc*

13.1. Bakgrunn

En rekke pasienter har psykiske problemer etter traumeopplevelser. Antall pasienter med traumbakgrunn forventes å øke. Dette er ikke en ensartet gruppe, og det er heller ikke en type behandling som er tilpasset traumatiserte pasienter.

I Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003) er ikke tilbud til pasienter med traumeopplevelser omtalt spesifikt.

Helse- og omsorgsdepartementet besluttet i 2005 å etablere ”regionale ressursentre for vold, selvmord og traumatisk stress” i hver region. Tilbudet er ikke et klinisk tilbud, og skal yte tjenester til andre sektorer enn helsetjenesten. StOlavs Hospital har planlagt tilbudet på oppdrag fra Helse Midt-Norge og dette ferdigstilles i 2007.

Med forankring i Soria Moria-erklæringen skal det i tillegg etableres kliniske tjenester til traumatiserte i hver region. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at smerteklinikkene får en rolle i arbeidet med noen av disse pasientene.

Symptombilde vil være avgjørende for type behandling. Pasienter kan ha behov for alle typer tjenester fra forsterket sikkerhetspsykiatri til oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Dette betyr at traumebehandling må være en del av innholdet i alle tjenester. I Helse Midt-Norge skal derfor alle enheter utvikle kompetanse på området. Det nasjonale og regionale ressurscenteret for vold og traumatisk stress vil være en kilde til kunnskap etter hvert som dette senteret utvikles.

Helse Midt-Norge er utfordret særlig på å etablere spesialisert tilbud til pasienter som har opplevd gjentatte seksuelt misbruk fra nærpå personer (incest). Pasienter som har opplevd incest har hatt tilleggsbelastninger med skam, hemmelighold etc, og noen har også hatt stor belastningen med familiebrudd, politietterforskning, rettsbehandling og opplevelse av ikke å bli trodd under avdekking av incestforholdet. Denne pasientgruppen har høyt forbruk av ulike helsetjenester over lang tid.

Helse Midt-Norge vet ikke med sikkerhet hvilke tilbud som er best egnet for pasientgruppen, men det er rimelig enighet om at tilbudet i regionen ikke er tilstrekkelig til at pasientene gjenviner tilfredsstillende psykisk helse. Det særlige tilbudet ved Betania Malvik er utviklet i nært samarbeid med brukere, og tilbakemeldingene fra pasientene er positive. Helse Midt-Norge RHF har valgt å inngå et FOU-samarbeid med St. Olavs hospital og Betania Malvik for å gjøre en grundig evaluering av tilbudet. Evalueringen skal utføres av ekstern part.

13.2. Tiltak

Alle kliniske enheter i psykisk helsevern i Helse Midt-Norge skal opparbeide kompetanse slik at de kan gi gode tilbud til traumepasienter.

Kompetanse skal utvikles i samarbeid med det nasjonale og regionale ressurscenteret for vold og traumatisk stress

Traumetilbudet for seksuelt misbrukte ved Betania Malvik evalueres over en periode på 3 år og endelig konklusjon om videre tilbud målgruppen vurderes etter evalueringen.

14. Forskning

14.1. Bakgrunn

Forskning og utvikling er definert som en av helseforetakenes 4 kjerneoppgaver (jfr. Specialisthelsetjenesteloven § 3-8). Å styrke den kliniske forskningen er et sentralt mål i Opptrappingsplan for psykisk helse. Forskning i psykisk helsevern er et særskilt viktig strategisk område for Helse Midt-Norge.

Hensikten med klinisk forskning/ systematisk evaluering og utviklingsarbeid er å øke medarbeidernes evne til kritisk å kunne vurdere egne og andres anbefalinger og forskningsresultater for å sikre at tjenestene som tilbys i størst mulig grad er basert på solid kunnskap. Forskning/ systematisk evaluering er også viktige ledd ved innføring av nye eller endrede tilbud og i utviklingen av ny kunnskap. Det regionale forskningsutvalg er ryggraden i et formelt nettverk for forskning med representant for Helse Midt-Norge, Høgskolene, NTNU og brukere. Dette er ikke spesifikt rettet mot psykisk helsevern og rus.

Forskningsaktiviteten innen psykisk helsevern har samlet hatt en relativt liten økning i perioden fra 2003 i henhold til målsettingen. Forskjellen mellom foretakene er utjevnet i beskjeden grad.

14.1.1. Forskningsaktivitet pr. 2007

Utviklingen i regionen går i retning av økt forskningsaktivitet. Det pågår for tiden forskningsprosjekter på doktorgradsnivå i samtlige helseforetak, innen så vel BUP som voksenpsykiatri. R-BUP har en egen strategiplan for forskning og har initiert til, og veileder flere prosjekter. Det foregår også forskningssamarbeid mellom flere R – BUP.

Det er allikevel mye ugjørt innen klinisk forskning. Den geografiske spredningen er ujevn. For å motvirke dette, bør metodeundervisning arrangeres også utenfor Trondheim.

Mye av forskningen som gjøres er lite kjent, og det siste viktige leddet i forskningsvirksomheten, å bringe konklusjonene ut til dem som trenger dem, er for svakt. Manglende gjensidig kjennskap til aktiviteten i regionen er også et hinder for utvikling av regionalt samarbeid på feltet.

14.1.2. Utviklingsområder

Den tradisjonelle forskningen har i stor grad vært fokusert rundt doktorgradsarbeider knyttet til universiteter. Det er viktig at klinisk forskning i helseforetakene supplerer dette med et tydelig fokus på tema som har lokal klinisk relevans, slik at enhetene utvikler et aktivt eierforhold til, og selv kan dra nytte av den forskningsvirksomhet de bidrar til. På grunn av svake forskningstradisjoner og lav andel medarbeidere med forskerkompetanse, bør det legges til rette for forskning med lavere kvantitativt ambisjonsnivå enn doktorgrad uten at det bør være reduserte kvalitetskrav til prosjektene. Dette vil erfaringsmessig medføre at flere velger å satse på formell forskerutdanning, noe som over tid vil bedre situasjonen i regionen. Sekundært vil dette også komme universitet og høyskoler til gode.

Det er behov for økt rekruttering bla. for å styrke veilederkapasitet i regionen. En vesentlig hindring er at forskningsstipend ikke oppleves som økonomisk konkurransedyktige for sentrale medarbeidere i psykisk helsevern som leger og psykologer. Et tiltak kan være at disse blir ansatt i HF - ene.

Gruppebasert opplæring og veiledning er effektivt og bør styrkes. Her er det nødvendig med et økonomisk insitament. Det er også nødvendig å styrke langsiktig finansieringen av kompetanseutvikling og klinisk forskning for at forskningsaktiviteten kan utvides til nye områder. Dette vil kunne bidra til økt rekruttering av kapasiteter utenfra.

Det bør legges til rette for en effektiv spredning og klinisk utnyttelse av informasjon som kommer ut av forskningen i et samarbeid mellom forskere og klinikere/ brukere. Klinisk forskning i psykisk helsevern skal gis prioritet i HMN

Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri (R–BUP) har spilt en viktig rolle med hensyn til utvikling av forskningsaktivitet innen barne- og ungdomspsykiatri. Det eksisterer ingen slik organisatorisk overbygning i voksenpsykiatrien, og det bør derfor gjennomføres et tidsavgrenset regionalt prosjekt for å legge til rette for og stimulere til samarbeid mellom helseforetakene, høyskolene og universitet i regionen. R–VOP foreslås ikke opprettet.

14.2. Tiltak

Helse Midt-Norge vil stimulere til kompetanseheving og økt regionalt samarbeid om klinisk forskning innen voksenpsykiatri. For å kunne endre kulturen på feltet merkbart og varig, bør satsingen på en slik i psykisk helsevern i regionen vare i minimum 5 år.

Det opprettes en referansegruppe med representanter for samtlige helseforetak, de helsefaglige høyskoler i regionen og NTNU.

Organet bør ha følgende oppgaver:

- Organisere gruppebasert forskningsopplæring i regionen.
- Organiseres kunnskapsoppsummeringskonferanser for fagmiljøene og brukerne i regionen (der forskere, klinikere og brukere møtes og kommer fram til en anbefaling om feltet det fokuseres på)
- Helse Midt-Norge skal bidra til finansiering av forskning i psykisk helsevern ved å kunne gi kortvarige arbeids/ stimuleringsstipend til prosjekter som finnes støtteverdige. Disse skal være supplement til, ikke erstatte de ordinære stipendene som fordeles av HMN.
- Bidra til kvalitet på prosjekter som foreslås, ved å formidle kontakt med (eventuelt leie inn på konsulentbasis) personer med forskningskompetanse på det aktuelle feltet.
- Legge til rette for og stimulere til samarbeid mellom helseforetakene, høyskolene og universitet i regionen, og eventuelt nasjonalt og internasjonalt.
- Formidle informasjon om utfordringer og gode løsninger som har sammenheng med klinisk forskning i helseforetakene.

NTNU og St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern skal med sine tradisjoner og forskningskompetanse få et særlig ansvar for å bidra til gjennomføringen av satsningen

15. Produktivitet og effektivitet

15.1. Bakgrunn

I 2010-programmet ble det særlig pekt behov for å *forbedre produktiviteten ved at ressursene blir utnyttet bedre*. Dette er også forankret i *Opptrappingsplan for psykisk helse*, og et kjerneelement i *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring (IS-1162)* ” kapittel 6.5

Det er mange forhold som påvirker produktivitet. I et overordnet perspektiv kan tiltakene deles i to grupper

1. Tiltak for å ”gjøre de riktige tingene”. Dette er tiltak som sikrer at pasienten får riktig behandling i forhold til forutsetning og den helsemessige målsetting for den enkelte og nasjonale helsepolitiske mål. Faglig tilnærming er ikke avgrenset til ett fag, men den samlede tverrfaglige ressursinnsats.
2. Tiltak for å ”gjøre tingene riktig”. Dette er tiltak som sikrer at ressursbruken er optimal i forhold til behandling, både for den enkelte og for samtidige pasienter.

Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge skal løpende vurdere behandlingsmetoder ut fra det til enhver tids gjeldende kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsgrunnlaget skal være premissleverandør for organisering av aktivitet. Dersom for eksempel ambulante tjenester kan påvises å ha bedre effekt for noen pasientgrupper skal organisering av ressursene i helseforetaket tilpasses dette.

Ressursutnyttelsen skal optimaliseres gjennom en streng vurdering av produktivitet og logistikk i og mellom enhetene. Det skal legges til grunn en bred vurdering av ressursbruken, både innad i spesialisthelsetjenesten og i samarbeidet med andre tjenester. Planlegging og gjennomføring av faglig gode tilbud og samtidig arbeid for å øke produktivitet er ikke gjensidig utelukkende. Måling av produktivitet (ressursinnsats / aktivitet) skal gjennomføres for all pasientrettet aktivitet, og tiltak skal iverksettes for å sikre at ressursene strekker til flest mulig pasienter. Det skal legges særlig vekt på å redusere ressursbruk i ikke pasientrettet aktivitet til fordel for pasientrettet aktivitet. Psykisk helsevern skal løpende vurdere rutiner som kan frigjøre tid til pasientbehandling.

De kliniske enhetene skal særlig ta ut effektiviseringsgevinster i grensesnittet mellom samarbeidsparter. Gode vekslinger mellom ansvarsområder vil sikre etterlevelse av faglige tiltak (compliance) og forhindre at utført arbeid må gjøres om. Utvikling av gode henvisningsrutiner, gjennomgående behandlingsplaner og rutiner for oversendelse av epikriser sikrer både god faglighet og effektiv ressursbruk

15.2. Tiltak

Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge skal løpende omstille virksomheten i tråd med det til enhver tids gjeldende kunnskapsgrunnlag.

Ressursutnyttelsen skal optimaliseres gjennom en streng vurdering av logistikk i enhetene.

Måling av produktivitet (ressursinnsats / aktivitet) skal gjennomføres og tiltak skal iverksettes for å sikre at ressursene strekker til flest mulig pasienter.

Det skal legges særlig vekt på å redusere ressursbruk i ikke pasientrettet aktivitet til fordel for pasientrettet aktivitet.

De kliniske enhetene skal bidra til å optimalisere ressursbruken i grensesnittet mellom samarbeidsparter. Dette gjelder ressursene til pasient samarbeidspart og spesialisthelsetjenestens ressurser

16. Finansiering og prioritering

16.1. Bakgrunn

16.1.1. Inntektsramme

Psykisk helsevern finansieres gjennom basisrammer til Helse Midt-Norge RHF. I tillegg tildeles regionen øremerkede midler i henhold til *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Fra 2009 videreføres det oppnådde nivået på opptrappingsmidler i basisrammen. Opptrappingsplanens investeringsmidler til Helse Midt-Norge er øremerket til prosjekter i henhold til godkjente fylkeskommunale opptrappingsplaner. Investeringsmidler ble disponert allerede før 2002.

I tillegg til basisrammen gir poliklinikk inntekt i form av refusjon for ”åpningstid”, konsultasjonstakst og egenandel. Det kan beregnes gjestepasientinntekter på pasienter utenfor Helse Midt-Norge.

16.1.2. Innsatsstyrt finansiering før 2010

Myndighetene har over lengre tid utredet modeller for innsatsstyrt finansiering tilsvarende somatikk. Psykisk helsevern oppfyller ikke kravene til DRG – finansiering. Det skal derfor legges til grunn andre kriterier for innsats. Innsatsstyrt finansiering vil på lik linje med somatikk kunne kombineres med rammefinansiering

Departementets handlingsplan for overgang til innsatsstyrt finansiering tilsier gradvis innføring fra 2009-2010. Uansett vil en kunne forvente at den totale rammen til psykisk helsevern ikke vil bli vesentlig endret ved endret inntektssystem.

Helse Midt-Norge kan i liten grad forberede ny finansieringsmodell ut over forbedring av datagrunnlaget i de pasientadministrative systemene som vil være grunnlag for styring og finansiering (se kapittel xx).

16.1.3. Regional fordeling

Driftsmidler fra Opptrappingsplan for psykisk helse kan fordeles fleksibelt, men det ligger sterke føringer for at skal være samsvar mellom prioritert investering og midler til drift. I Helse Midt-Norge er investeringsprosjektene i DPS og BUP gitt prioritet. Dette legger føringer for regionens fordeling av opptrappingsplanmidler.

Helse Midt-Norge vedtok i 2005 ny inntekstfordelingsmodell innad i regionen. Dette innebærer en overgang fra ”*historisk nøkkel*” fra 2002 til en *befolkningsrelatert fordelingsnøkkel*. Overgangen fra den historiske fordelingsnøkkelen til befolkningsrelatert nøkkel ble fordelt over 5 år. Tiltaket følger tidsplanen

Det er et grunnleggende prinsipp i Helse Midt-Norge å fordele en størst mulig andel av basisrammen til helseforetakene. For noen regionale tjenester skal det allikevel kunne settes av øremerkede rammer som sikrer behov for særskilt finansiering. I Helse Midt-Norge vil dette være regionale kliniske tjenester som mottar pasienter fra hele regionen og noen prioriterte nettverk (se hver enkelt kapittel)

16.1.4. Fordeling innad i helseforetakene

De regionale helseforetakene er i perioden 2003-2006 pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å styrke fagfeltet gjennom en økonomisk prioritering av psykisk helsevern og rus, ut over veksten i opptrappingsmidlene. Hvis disse styringssignalene videreføres, kan en forvente at andelen til psykisk helsevern og rus fortsatt kan øke noe. Den generelle økonomiske situasjonen i Helse Midt-Norge innebærer at det ikke kan forventes vesentlig vekst i disponible midler.

For psykisk helsevern er det utarbeidet en nasjonal veiledende ressursfordelingsnøkkel, jfr ST. PRP.NR.1 (2006-2007). Fordelingen mellom psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne er anbefalt å tilsvare befolkningsandelen (ca. 20/80). I psykisk helsevern for voksne er det estimert et behov for lik fordeling mellom de allmennpsykiatriske tilbudene og sykehusstilbudene (50/50). Denne nøkkelen er også beskrevet nærmere i *DPS -veilederen*.

Helseforetakene er bundet av de samme krav som Helse Midt – Norge, om at prioriterte investeringstiltak også skal prioriteres for driftsmidler slik at en ikke risikerer bygg uten innhold.

16.1.5. Prioritering

I *Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003)* er tiltakene gitt prioritet i tre grupper. Planens prioritering er fulgt innenfor Helse Midt-Norges disponible rammer.

I Prioritetsgruppe II: *Investeringstiltak til nye sykehusbygg, inklusive nybygg /rehabilitering av eksisterende bygg* er ingen tiltak realisert. Psykiatrisenteret ved St. Olavs Hospital pr 2007 helt uten finansiering. Det er heller ikke gitt signaler som muliggjør bygging av psykiatrisenteret før etter planperioden. De prinsippene som er lagt til grunn i planene for psykiatrisenter på Øya, skal legges til grunn i det videre arbeid og i eventuelle endringsprosesser fram mot byggestart. Det er vesentlig at utvikling av innholdet i de aktuelle tjenestene ikke hindres av at nytt bygg ikke er realisert.

Det gjenstår store investeringsutfordringer ved nye sykehuset i Helse Nordmøre og Romsdal, Molde og i planer for psykiatri/rusutredning. Planprosessen er i gang, og vil omfatte psykisk helsevern.

Det er i tillegg løpende behov for investeringer i tråd med utbygging og omstilling av tjenestene. De enkelte helseforetak må i planperioden påregne å foreta investeringer innefor de rammer som er tildelt.

Det er fortsatt utfordringer knyttet til finansiering av regionale tilbud, både regionale kliniske tjenester, kompetansesentre og merutgifter med å drive kompetansenettverk. Pr 2007 ligger det blandingsmodeller til grunn for finansiering av disse tilbudene. Dette skyldes bla at det er vanskelig å skille mellom kostnader til regional drift og tilbud for egne HF-pasienter. Finansieringen er en blanding av opptrappingsplanmidler, øremerkede tilskudd over statsbudsjettet og basisramme til helseforetaket.

I Helse Midt-Norge er til nå det ikke etablert modeller for finansiering av kompetansenettverk. Det ble ikke skissert modell for finansiering. Helse Midt-Norge vil

utvikle en finansieringsløsning for nettverk innenfor områder som har behov for styrking. Størrelsen på tilskuddet skal dekke administrasjonsomkostninger og en årlig nettverkssamling

16.2. Tiltak

Slik behovet for tjenester i psykisk helsevern er pr 2006 og den forventede utvikling (WHO) vil det være behov for styrking av fagfeltet ut over opptrappingsplanperioden. I dette ligger det også behov for omstilling innenfor rammene.

De nasjonale fordelingsnøkkelen mellom hhv. BUP og psykisk helsevern for voksne, DPS- og sykehustjenester skal legges til grunn i videre utvikling av tilbudene. HF - ene er ansvarlig for at denne fordelingen følges opp.

Hovedprinsippet om mest mulig av rammene fordeles etter befolkningsmodellen opprettholdes. Dette gir den største fleksibilitet for det enkelte HF.

Helse Midt-Norge skal etablere systemer for finansiering av de regionale kliniske tilbudene med forutsigbar rammefinansiering. Det skal innarbeides en andel HF - finansiering til de regionale tjenester for å opprettholde incitamentet for aktive forløp.

I Helse Midt-Norge skal etablere en modell med tidsavgrenset finansiering av prioriterte kompetansenettverk.

Anbefalt litteratur- Plasseres bakerst

Litteratur:

Westerlund Heidi og
Dagfinn Bjørgen(2006)

”Brukerinvolvering i forskning og utvikling.
Rapport fra studietur til London/Birmingham 2006.”

Mental Helse Sør Trøndelag, 2006

www.brukererfaring.no

Bjørgen, Dagfinn
og Heidi Westerlund.

”Lettere tilgang til en samordnet psykiatritjeneste”
Delrapport IV Brukermedvirkning.

Mental Helse Sør-Trøndelag, 2005.

www.brukererfaring.no