



---

HØRINGSFORSLAG

# Psykiatriplan Helse Midt-Norge RHF

*Forslag utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt  
av Helse Midt-Norge RHF*

*Dato: FEBRUAR 2003*



## Forord

*Arbeidsgruppen legger med dette frem sitt forslag til Psykiatriplan for Helse Midt Norge RHF.*

*Arbeidsgruppen har hatt 16 dagsmøter samt to rundreiser i regionen, besøkt de fleste institusjonene og hatt korte orienteringer og drøftinger med ledelse og ansatte.*

*Som samlet plan for helseregionen har vi først og fremst vektlagt å angi retning, veivalg og rammer, og da så vidt konkret at planen kan danne grunnlag for etterfølgende tiltak i regi av foretakene. Vi har også forsøkt å fange inn signaler om utviklingen fremover, lokalt, nasjonalt og internasjonalt.*

*Vi har særlig vektlagt planen som regional oppfølging av den nasjonale opptrappingsplanen, dvs. utvikling og utbygging av DPS, barne- og ungdomspsykiatri, og brukermedvirkning og utvikling av dette innenfor de nærmeste 5-6 årene.*

*I planen pekes dessuten på en rekke utvikling og utbygging av sykehusstrukturen, kompetansenettverk, forskning og utvikling o.a.*

*Arbeidsgruppen takker for oppdraget og beklager samtidig at tidsfristen ikke har vært mulig å overholde.*

Inge Romslo  
Medisinsk fagsjef (leder)

Marit Bjartveit Krüger  
Klinikkssjef

Hans Petter Iversen  
Rådgiver

Nils Arne Bjordal  
Rådgiver

Torbjørn Garberg  
Brukerrepresentant

John Olav Roaldset  
Avdelingsjef

Åse Riaunet  
Spesialrådgiver

Irene Thoresen  
Brukerrepresentant

Arild Vassenden  
Rådgiver/ sekretær

## INNHold

1	SAMMENDRAG .....	1
2	INNLEDNING .....	9
3	MANDAT OG ARBEIDSGRUPPE.....	10
4	SENTRALE FØRINGER FOR PLANLEGGINGEN .....	11
5	PLANLAGT OPPTRAPPING* .....	12
6	REGIONAL PSYKIATRIPLAN 1998 .....	16
7	SAMFUNNSMESSIGE UTVIKLINGSTREKK.....	17
8	BRUKERMEDVIRKNING.....	19
9	SAMARBEID MED 1. LINJETJENESTEN .....	22
10	SAMARBEID MED UNIVERSITET OG HØGSKOLER.....	24
11	AVTALESPELIALISTER OG PRIVATE TJENESTELEVERANDØRER.....	25
12	BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI .....	27
13	DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRA.....	31
14	SYKEHUSTJENESTENE – BASISILBUD I FORETAKENE.....	37
15	REGIONALE TJENESTER .....	40
16	RUS OG PSYKIATRI.....	44
17	FORSKNING, FAG- OG KOMPETANSEUTVIKLING .....	45
18	METODISK KVALITETSUTVIKLING .....	48
19	REKRUTTERE OG BEHOLDE FAGFOLK .....	49
20	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEENDE ARBEID .....	50
21	KOSTNADER, PRIORITERING OG FINANSIERING.....	52
22	REFERANSER.....	58

# 1 SAMMENDRAG

## Kap.2 Innledning

I innledningen pekes på de entydige sentrale signalene om at psykiatrien skal styrkes og at opptrappingsplanen skal gjennomføres slik vedtatt av Stortinget. Med eierskapsreformen falt tidligere fylkesgrenser bort, og man fikk helseregionen som den nye helseenheten. Dette nødvendiggjør en fornyet gjennomgang av de tidligere fylkeskommunale psykiatriplanene.

Psykiatriplan Helse Midt-Norge RHF slik den her foreligger representerer en slik gjennomgang med forslag til videre oppbygging og utbygging av de psykiatriske spesialisthelsetjenestetilbudene i Helse Midt-Norge (HMN) innenfor foretaksstrukturen.

## Kap 5 Planlagt opptrapping.

Brutto driftsutgifter til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i HMN, målt pr. innbygger, er ca 12 % under landsgjennomsnittet. Lavere ressurstilførsel til psykiatrien gjenspeiler seg i færre leger, færre psykologer og mindre andel høyskoleutdannet personale enn i landet. Dette er et gjennomgående trekk både innenfor BUP og VOP. Tjenestetilbudet innenfor BUP for HMN samlet, har en kapasitet ca. 12 % under landsgjennomsnittet. Her dog med Møre og Romsdal på landsgjennomsnittet, Nord Trøndelag ca. 10% under og Sør Trøndelag ca. 25 % under.

Innenfor voksenpsykiatrien har HMN en samlet døgnplassdekning ca. 12 % under landsgjennomsnittet. Dette berører særlig sykehus og sykehjem. I tråd med dette har HMN færre utskrivninger og færre oppholdsdøgn (målt pr. 10.000 innbyggere) enn landet, henholdsvis 95% og 86%.

På den annen side er den polikliniske aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien ca. 20 % over landsgjennomsnittet. Særlig merker en seg den høye polikliniske aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien i Nord Trøndelag ( 2227/ 10.000 innbyggere, landsgjennomsnitt 1588).

HMN har ca.50 % færre behandlere med driftsavtale (leger og psykologer) enn lands-

gjennomsnittet. Internt i HMN er avviket særlig stort i Nord Trøndelag og Møre og Romsdal..

Pr. 2003 er det via opptrappingsplanens foreslått å styrke drift med ca. 170 mill kroner. For hele perioden skal driften økes med ca. 300 mill 1998-kroner, dvs. for de siste 3 årene av opptrappingsplanen må støtten til drift økes vesentlig utover tilskudd de første 5 årene. Antall årsverk skal økes med ca. 320 fram til 2006. Fram til og med 2001 er netto økningen ca. 20. Som det fremgår av tallene foran har det vært en reell økning i antall årsverk innenfor BUP. Innenfor voksenpsykiatrien har det til dels vært en reduksjon i antall årsverk i perioden 1998-2001. Skal opptrappingsplanens intensjoner om å øke antall årsverk med ca. 320 fram til 2006 nås, må det skje en kraftig opptrapping og en bevisst prioritering av psykiatrifaget annerledes enn det som hittil har funnet sted.

Den polikliniske aktiviteten i voksenpsykiatrien er økt med ca. 14.000 konsultasjoner i perioden 1998 –2001. Opptrappingsplanens mål er en økning på ca. 30.000 frem til 2006. Med samme aktivitetsøkning som hittil bør det være mulig å nå oppsatte mål.

Antall avtalespesialister skal økes med ca. 50 %. I HMN har vi i dag en betydelig skjevfordeling av avtalespesialister med stor overvekt i Sør-Trøndelag.

I 2001 er antall avtalespesialister på landsbasis 1.6 /10.000 innbyggere over 18 år. I HMN er tilsvarende tall Sør-Trøndelag 1.1, Møre og Romsdal 0.7 og Nord Trøndelag 0.2. Det er klart grunnlag for å øke antall avtalespesialister i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal.

I forhold til planens mål om å kunne gi tilbud til 5 % av barn og unge under 18 år ble dette i 2001 gitt til 2.36 % , med lavest tall for Sør Trøndelag (1.96 %) og høyest for Nord Trøndelag ( 2.49 %). Opptrappingen i siste del av perioden må være vesentlig større enn i første del om målene skal nås.

Når det gjelder øvrige mål, (feks. utbygging DPS, økning dagopphold ved DPS, kompetanseheving, flere døgnplasser til barn og unge ) er dette alle

tiltak under planlegging/ under oppbygging, men uten at resultatene herifra så langt kan tallfestes.

### **Kapitel 6 Regional psykiatriplan**

En hovedsatsning i denne var etablering av kompetansenettverk med styrkning av forskning og fagutvikling. Etablerte kompetansesentra og –nettverk beskrives, og det redegjøres for nettverk under etablering og planlegging (alderspsykiatri, spiseforstyrrelser, familiebehandling, unge schizofrene). Prinsippet med kompetanse i nettverk anbefales videreført som grunnleggende strategi for fagkompetansen i Helse Midt-Norge.

### **Kapitel 7 Samfunnsmessige hovedtrender og utviklingstrekk**

I dette kapitlet pekes på noen samfunnsmessige utviklingstrekk av betydning for videre planlegging og utvikling av psykiatritjenestene i HMN:

- Kommunene får større ansvar for grunnleggende tjenester, spesialisthelsetjenesten blir mer rendyrket spesialisttjeneste
- Foretaksstrukturen gir nye muligheter for funksjons- og oppgavefordeling.
- Pasientens rettigheter, medbestemmelse og medvirkning styrkes
- Avinstitusjonalisering med overgang fra døgnopphold til dag- og polikliniske behandlingstilbud vil fortsette.
- Økende grad teamarbeid
- Økende antall eldre, særlig fra 2010 (etterkrigsgenerasjonen)
- IKT som verktøy vil i økende grad influere på utøvelsen av virksomheten

### **Kapitel 8 Brukermedvirkning**

- God og meningsfylt brukermedvirkning skal ha høy prioritet HMN. HMN skal utvikle rutiner og arbeidsformer som sikrer brukerne reell medinnflytelse på planarbeid innen psykisk helsevern
- HMN skal sørge for at brukerorganisasjonene gis anledning til likeverdig deltakelse i alle høringer og planer som omhandler det psykiatriske tjenestetilbudet
- HMN skal sørge for kvalitetssikring av organisert brukermedvirkning. Regelmessige brukerundersøkelser skal være virkemiddelet.
- HMN skal sørge for at det avsettes økonomiske ressurser til informasjon og opplæring av pårørende innen psykiatrien

- HMN skal arbeide målbevisst for å få ned bruk av tvang og tvangsinnleggelse i helseregionen.

### **Kapitel 9 Samarbeid med 1.linjen**

Brukererfaring viser at det er betydelig forbedringspotensial i samarbeidet og samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten:

- Det enkelte foretak og tilhørende kommuner etablerer et samarbeidsorgan på rådmann/direktørnivå for å sikre en harmonisert opptrapping og utbygging av de psykiatriske helsetjenestene i området i tråd med overordnede planer
- Det enkelte foretak og tilhørende kommuner etablerer faglige utviklingsorgan for å harmonisere tjenestenes utvikling
- HMN skal være aktiv deltaker i utviklingsprosjekt av elektroniske individuell plan (IP).
- HMN vil vurdere etablering av distriktsmedisinske sentra (DMS). I dette arbeidet vil en spesielt vurdere samhandlingen mellom fagfeltene på begge forvaltningsnivåer DMS må sees i sammenheng med DPS strukturen i HMN. I fase I kan DMS etableres som pilotprosjekt 2-3 steder i. Aktuelle prosjekter er Ørland DMS på Brekstad i Sør-Trøndelag, Hareid / Ulstein/ Herøy på Sunnmøre og Surnadal på Nordmøre

### **Kapitel 10 Samarbeid med universitetet og høyskoler**

For HMN er det avgjørende å kunne videreutvikle samarbeid og samhandling med universitetet og høyskolene

- HMN vil etablere og videreutvikle hensiktsmessige strukturer for samhandling mellom foretakene, universitet og høyskoler. Nettverksbygging vil være et sentralt element i dette arbeidet. Aktiviteten skal gis realistiske budsjetter (jfr styrevedtak desember 2003)

### **Kapitel 11 Avtalespesialister**

HMN har langt færre avtalespesialister (psykologer og psykiatere) enn landsgjennomsnittet. Særlig er antall avtalespesialister lavt i Nord Trøndelag og Møre og Romsdal. Det foreslås følgende tiltak:

- Avtalespesialistene skal være en integrert del av det offentlige tjenestetilbudet og omfattes av samme regelverk, med samme

rettigheter og plikter i forhold til prioritering av pasienter, krav til kvalitet, rapportering, deltakelse i undervisning og utdanning etc. Dette skal avtalesfestes. Oppfølging skal prioriteres på lik linje med oppfølging av andre helsetjeneste-produiserende enheter.

- Hvor det vurderes hensiktsmessig skal samarbeid med avtalespesialistene knyttes til DPS- organisasjonen
- HMN vil prioritere nye avtaler i områdene med lavest dekning
- HMN vil vurdere deltidsavtaler med private spesialister som rekrutteringsmiddel.

### **Kapitel 12 Barne- og ungdomspsykiatri**

- Barne- og ungdomspsykiatri skal styrkes i tråd med retningslinjer gitt i opptrappingsplanen. Både Helse Nord-Trøndelag og Helse Nordmøre og Romsdal HF har for få innleggelsesmuligheter for ungdom. Døgn-tilbudene må styrkes i disse foretakene.
- Aktiviteten skal gi tilbud til 5% av befolkningen fra 0-18 år pr 2006 og må styrkes i tråd med dette.
- "Nye" St. Olav Hospital HF viderefører de eksisterende institusjonsplasser. Helse Nord-Trøndelag bygger ut etter planen ved sykehuset Levanger. Tilbudene i Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF bygges ut i tråd med opptrappingsplanen.
- Utbygging av døgnplasser ut over eksisterende planer vurderes og må evt finne sted i et samarbeid mellom BUP, VOP, rusfagfeltet og barnevern.
- Psykososialt team for flyktninger og asylsøkere videreføres og videreutvikles, jfr kapittel 15
- HMN vil plassere nettverkskoordinatorsansvar for tjenester med forebyggende fokus på følgende foretak:
  - Tidlig intervensjon i forhold til sped- og småbarn i BUP Molde.
  - Behandling av psykoser og ungdom med selvskade/suicidproblematikk til BUP i Trondheim
  - Kompetansenettverk i familieterapi sammen med voksenpsykiatri i Molde
- HMN vil plassere nettverkskoordinatorsansvar for tjenester med særlige kliniske problemstillinger til følgende foretak:

-Nevropsykiatri/psykologi til St.Olav HF, BUP Trondheim

-Pediatriisk barnepsykiatri til Helse Nord-Trøndelag, BUP Sykehuset Levanger

-Behandling av alvorlige adferdsvansker og rus til HNT, BUP Sykehuset Levanger

-Kompetansenettverk i familieterapi sammen med voksenpsykiatri i HNR , Molde Sjukehus

- Regionfunksjon med tilbud til barn med alvorlig anoreksi, vurdering av enkelte alvorlige adferdsvansker og selvbeskadigelse og tilbud om avansert nevrodiagnostikk og behandling av vanskelige nevrofarmakologiske problemstillinger legges til "nye" St.Olav Hospital.(fusjonert BUP- og somatikkorganisasjon)
- HMN forutsetter at R-BUPs aktiviteter knyttes tettere opp mot de kliniske BUP-miljøene i regionen og at det kanalisere ressurser til forskning og fagutvikling ut i helseforetakene og at kontakten med høyskolene videreutvikles i tråd med sentrale føringer.

### **Kapitel 13 Distriktpsikiatriske sentre**

DPS-strukturen i HMN foreslås utbygd slik:

- Helse Sunnmøre HF etablerer DPS Volda på sykehusområde i Volda. Dette innebærer utfasing av DPS-enheten Sande psykiatriske senter når døgnenheten i Volda er etablert
- Helse Sunnmøre HF bygger ny poliklinikk i Ålesund. Døgnplassene i Vegsund og Sjøholt beholdes.
- Helse Nordmøre og Romsdal HF etablerer nytt døgntilbud i Molde sammen med poliklinikk til et fullverdig DPS. Tingvoll avvikles som en del av spesialisthelsetjenesten. Eide beholdes som del av Molde DPS.
- Helse Nordmøre og Romsdal HF bygger ut Nordmøre DPS til et fullverdig DPS med poliklinikk, dag og døgntilbud. Nye lokaler for en samlet poliklinikk etableres. Nærhet til døgntilbud vektlegges. Bygningsmassen ved Nordlandet opprustes til et tidsmessig døgntilbud innen DPS
- Orkdal DPS med Haltdalen bygges etter plan (liten tilpasning av bygningsmassen i Haltdalen). Satelittenhet BUP opprettholdes på Røros

- DPS Tiller bygges ut til et fullverdig DPS med poliklinikk, døgn og dag. BUP etableres i samme bygningskompleks.
- DPS Leistad bygges ut til et DPS med redusert poliklinikk. Resterende poliklinikk-kapasitet flyttes til sentrumsnære lokaler. Fosenteamet inngår i poliklinikk. Betania fases ut.
- DPS Stjørdal bygges ut til fullverdig DPS. Opptaksområde utvides til å omfatte deler av Malvik, samt Tydal og Selbu. DPS't dimensjoneres etter dette.
- Sykehuset Levanger differensierer tilbudet mellom sykehus tjenester og DPS. Bygningsmassen justeres noe.
- Det etableres Namsos DPS i Sykehuset Namsos ved å differensierer tilbudet mellom sykehus tjenester og DPS. Kolvereid fullføres som satellitt under Namsos DPS etter planen.
- Helse Midt-Norge vil ta initiativet til et regionalt DPS-nettverk mellom DPS-aktører. HMN.

#### **Kapitel 14 Sykehus tjenester – basistilbud i foretakene**

Opptrappingsplanen og foretaksreformen legger vekt på at etableringen av DPS skal gi rom for ytterligere spesialisering av tilbudene i sykehusene. Følgende tilbud foreslås å inngå i basistilbud som må finnes i alle foretakene:

- akutfunksjon (bemannet og utstyrt for sikkerhet / lukket/ skjermingsmulighet)
- subakutfunksjon (korttidsrehabilitering)
- alderspsykiatri.
- rehabiliteringsfunksjon unge med psykose
- rehabiliteringsfunksjon varig funksjonssvikt
- sikkerhetsenhet (lukket, høy sikkerhetsbemanning, langtidsopphold)
- rus/psykiatri utredningsenhet
- BUP døgn, dag, poliklinikk og familieenhet

Fylkesfunksjoner i Møre og Romsdal justeres etter foretaksstrukturen på følgende måte:

- Familienhet BUA og UPA videreføres som foretaksovergrepene funksjon.
- Sikkerhetspost i Molde videreføres som foretaksovergrepene funksjon i Møre og Romsdal. Behovet for plasser i HSM vurderes løpende.
- Prosessen med å overføre en post til Ålesund sjukehus slutføres, en post omgjøres til 2-3 observasjonsplasser på

sikkerhetsavdeling i Hjelset og en post forblir i Molde/Hjelset.

- Schizofrenibehandling (i dag post 2 på Hjelset) har 10 plasser. En slik funksjon skal også etableres på Sunnmøre i tillegg til post 2. Inntil videre må tilbudet fremdeles ha en fylkesdekkende funksjon.
- Det er i fylkeskommunale planer vedtatt en ny alderspsykiatrisk post (8 plasser) pluss poliklinisk team i Ålesund. HMN gir sin tilslutning til denne opptrappingen og ser behov for å videreføre disse planene.
- Manglende sykehus tjenester i Nord-Trøndelag foreslås utbygd med 4 sikkerhetsplasser i foretaket.
- For å sikre oversikt over faglig innhold i de ulike tjenestene vil HMN utvikle en Web-basert oversikt over tilbudene i de enkelte foretak. Denne "katalogen" vil kunne utvides med nøkkeldata når disse er gode nok for sammenligning.

#### **Kapitel 15 Regionale tjenester**

Stortingsmelding 25 (1996-97) peker på betydningen av at de vanskeligste oppgavene bør kunne løses i enheter med større opptaksområde enn dagens foretaksområde.

I regional psykiatriplan er regionale tjenester foreslått løst gjennom utvikling av ulike former for kompetansesentre med aktive nettverksforbindelser i regionen og hvordan ansvar og oppgavefordeling skulle være. Regionale tjenester er vurdert etter samme prinsipp

- Regionale funksjoner som ikke krever fysisk nærhet til universitetssykehuset skal kunne plasseres andre steder i regionen. Regionale funksjoner organiseres i kompetansenettverk med forankring u universitet og høyskoler.
- De enheter som etablerer regionale funksjoner må få kompensasjon for merkostnad med regionalt ansvar. HMN etablerer systemer innenfor de nye finansieringsmodellene for spesialisthelse-tjenesten (jfr Hagenutvalgets innstilling)
- Psykososialt team for flyktninger i Trondheim videreføres som regional kompetanseressurs som skal tilby veiledning og kompetanse til enheter som behandler innvandrere og flyktninger (se også BUP).
- Regionalt poliklinikktilbud for døve voksne, barn og ungdommer tillegges Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag

- Regionalt Kompetansesenter i sikkerhet-, fengsel- og rettspsykiatri ved Nye St.Olav Hospital Brøset videreføres. Forvaltning av det nasjonale tilbudet til pasienter som dømmes til omsorg legges til Nye St.Olav Hospital
- Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser utvikles til et kompetansesenter for behandling av voksne med spiseforstyrrelser ved Helse Nord-Trøndelag HF.
- Planlagt flerregionalt rehabiliteringstilbud for pasienter med alvorlige og kronifiserte spiseforstyrrelser utredes i Helse Nord-Trøndelag. Byggeplaner for Stjørdal DPS inkluderer lokaler til dette tilbudet
- Det etableres regionalt nettverk i alderspsykiatri med nettverks-koordinatorsansvar i Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde.
- Regionalt kompetansesenter for psykosomatiske lidelser videreutvikles ved St. Olav Hospital.
- Forprosjektet til Kompetansenettverk i familiebehandling sendes til høring i regionen før beslutning om videre oppfølging
- Det etableres et regionalt kompetansenettverk innefor området tvang
- Kompetansenettverk for behandling / rehabilitering av unge med psykose videreutvikles med utgangspunkt i det allerede etablerte nettverk for kompetanseutveksling.
- HMN har ambisjoner om å utvikle gode regionale kompetansenettverk til flerregionale / nasjonale kompetansesentra.

### **Kapitel 16 Rus og psykiatri**

Arbeidsgruppen finner det riktig å være tilbakeholden med planlegging av deltjenester i rusbehandling siden hele rusfeltet står foran en omfattende gjennomgang. Det foreslås likevel at det etableres en døgnenhet i hvert foretak.

- HMN vil etablere en spesialenhet for pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser og rusproblem (dobbeldiagnose) i hvert helseforetak.
- HMN vil gi foretakene ansvar for å prioritere oppbygging av kompetanse om rusproblematikk i alle deltjenestene.

### **Kapitel 17 Forskning og kompetanseutvikling**

Forskning, fagutvikling og opplæring er /og skal være/ en integrert del av virksomhetene innenfor fagområdet. Et hovedproblem med å få forskning,

fagutvikling og opplæring opp på et rimelig nivå, har vært knyttet til prioritering og budsjettering. Det foreslås:

- Bevilgningene til forskning, fagutvikling og opplæring styrkes, dels gjennom samarbeidsorganets satsing (et formelt samarbeidsorgan etablert på administrativt nivå mellom NTNU / HMN), og dels foretakenes budsjetter. Når det gjelder det siste forventes at det for 2003 avsettes min 2 % av brutto driftsutgiftene i psykiatri til slik virksomhet. Avsetningene økes deretter årlig med 0.75 % fram til 2007, dvs 5% i 2007
- Etablert forskning, fagutvikling og undervisning i psykiatrifaget i regi av det enkelte foretak, RBUP og HMN videreføres og utvikles i tråd med overordnede føringer og vedtak.
- Fram mot 2006 forutsettes etablert 3 nye kompetansenettverk ( jfr. kap.7 og 15).
- HMN vil styre forskningsmidler gjennom å øremerke stipender til prioriterte fagområder. Fram mot 2005-06 er psykiatri ett av disse

### **Kapitel 18 Metodisk kvalitetsutvikling**

Helse Midt-Norge legger stor vekt på utvikling av kvalitet i tjenestetilbudene. Dette gjelder også psykiatrien. Det foreslås følgende tiltak:

- HMN skal ta i bruk nasjonale kvalitetsindikatorer i psykiatri, og indikatorene skal brukes aktivt i styring og utvikling av de psykiatriske spesialisthelsetjenestetilbudene
- HMN vil kartlegge omfanget av kvalitetsindikatorer som er under utvikling eller i bruk i foretakene i regionen
- HMN videreutvikler kvalitetsregister i psykiatri (VOP og BUP) som pilot. HMN etablerer programmer for videreutvikling av nye registre i samarbeid med nasjonale myndigheter og fagmiljøene

### **Kapitel 19 Rekruttere og beholde fagfolk**

Rekrutteringssituasjonen i HMN varierer. Noen enheter har mangel på nøkkelpersonell som kreves for å opprettholde drift. For noen av faggruppene er tilgangen marginal, og små endringer i "arbeidsmarkedet" kan gi betydelig utslag. Det er det enkelte foretak som må innrette sin rekrutteringsinnsats etter lokale forhold. I et regionalt perspektiv er det viktig å se konsernet HMN under ett. HMN har færre universitets-

utdannede fagfolk enn landet forøvrig. HMN har også underdekning av spesialsykepleiere.

- Forskning og fagutvikling skal være en integrert del av tjenestene i HMN
- Foretakene skal kunne ta i bruk deltid avtalehjemler som rekrutteringsmiddel der dette er hensiktsmessig
- Foretakene skal ta i bruk tilrettelegging for videre- og etterutdanning som rekrutteringsvirkemiddel der dette er formålstjenlig

## Kapitel 20 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Forebygging og helsefremmende tiltak er et sentralt helsepolitisk mål. Målene er langsiktig.

Målet er ikke like framtreddende i den daglige aktivitet som preges av behov for raskt innsettende tiltak. Finansieringsordningen drar også oppmerksomhet bort fra temaet.

En naturlig første fase i HMNs satsning innen helsefremmende og forebyggende arbeid vil være å utarbeide en overordnet strategi for arbeidet. Strategien legges i samsvar med nasjonale føringer og den kunnskap og systemer som allerede ligger i foretakene.

- HMN vil utarbeide en langsiktig strategi for forebyggende og helsefremmende arbeid. Strategien utvikles etter nasjonale føringer og kunnskap i regionen.

## Kapitel 21 Kostnader, prioritering og finansiering

### Prioritet 1 A: Utvikling og utbygging av tiltakene innenfor den statlige opptrappingsplanen

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV
			opptr. planen	annen finans			
<b>Tiltak på opptr. planen</b>							
Nord-Trøndelag	DPS Kolvereid	nybygg	34,2		1 368	1,0	1,0
Sunnmøre	Ålesund sjukehus	BUP og VP pol., nybygg	37,8	61,1	3 956	5,4	2,8
St. Olavs Hospital	DPS Orkdal	nybygg	54,5	9,9	2 576	2,2	1,8
Nordmøre og Romsdal	Molde sjukehus	BUP polikl. og akutt, nyb.	25,0	22,0	1 000	2,3	0,7
St. Olavs Hospital	Lian (Haukåsen)	Barne og fam.sent, nyb.	25,5	2,6	1 124	0,9	0,8
Nord-Trøndelag	Sykehuset Levanger	BUP sengepost (tr. 1)	35,5	13,0	1 940	1,9	1,4
Nordmøre og Romsdal	DPS Nordmøre	BUP og VP polikl., nyb.	29,0		1 160	0,8	0,8
Nord-Trøndelag	DPS Stjørdal m/ pisef.	nybygg	50,0	18,0	2 720	2,7	1,9
Sunnmøre	Volda sjukehus	BUP og VP, kjøp/omb.	32,3		1 292	0,9	0,9
St. Olavs Hospital	DPS Tiller	tilbygg/omb.	45,0	61,6	4 264	5,6	3,0
<b>Vedtatte</b>			<b>368,8</b>	<b>188,2</b>	<b>21 400</b>	<b>23,7</b>	<b>15,0</b>
Nordmøre og Romsdal	DPS Molde	omb./nybygg	55,0	5,5	2 420	0,4	1,7
PHST	DPS Leistad/Betania	tilbygg/omb.	60,0	15,3	3 012	1,1	2,1
PHST	DPS Orkdal, avd. Haldalen	tilbygg/ombygging		10,5	420	0,7	0,3
<i>På venteliste</i>			115,0	31,3	5 852	2,2	4,1
<b>Tiltak på opptr. planen</b>			<b>483,8</b>	<b>219,5</b>	<b>27 252</b>	<b>25,9</b>	<b>19,1</b>

Andre vedtatte tiltak							
Sunnmøre	Ålesund sjukehus	alderspsyk. avd + polikl.		33,0	1 320	2,3	0,9

Vedtatte + på venteliste			<b>483,8</b>	<b>252,5</b>	<b>28 572</b>	<b>28,2</b>	<b>20,0</b>
--------------------------	--	--	--------------	--------------	---------------	-------------	-------------

**Prioritet 1B:** tiltak knyttet til drift, samhandling, og utviklingsarbeid av sentral betydning for å bedre pasienttilbudene.

Tiltaksområde	Gjennomføringsansvar
samhandling med 1.linjen	HF
utvikling av regionale tjenester / kompetansenettverk	HMN
forskning og kompetanseutvikling	HMN + HF
utvikling av IKT som verktøy	HMN
kvalitetsutvikling	HMN +HF
rekruttering	HF
forebyggende og helsefremmende arbeid	HMN +HF
korrigering, evaluering, sanksjoner	HMN

**Prioritet 1C:** Etablere basistilbud hvor slike mangler

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV
			opptr. planen	annen finans			
							(Forvaltning, drift, vedlikehold)
Sunnmøre	Ålesund	schizofrenipost for yngre		36,0	1 440	2,5	1,0
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	sikkerhetspost		36,0	1 440	2,5	1,0
Nord-Trøndelag	Levanger	sikkerhetspost, polikl.		11,7	468	0,8	0,3
Nord-Trøndelag	Namsos	alderspsyk. avd. omb.		1,5		0,1	-
St. Olavs Hospital	Østmarka	rus/psykiatri utredn/beh.		40,0	1 600	2,8	1,2
Sunnmøre	Ålesund	rus/psykiatri utredn/beh.		20,0	800	1,4	0,6
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	rus/psykiatri utredn/beh.		20,0	800	1,4	0,6
Nord-Trøndelag	Levanger	rus/psykiatri utredn/beh.		20,0	800	1,4	0,6
<b>Sum</b>				<b>185,2</b>	<b>7 348</b>	<b>13,0</b>	<b>5,3</b>

\* nytt sykehus

**Prioritet 2 A:** Nye sykehusbygg – særskilt finansiering

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV	
			opptr. planen	annen finans				
							(Forvaltning, drift, vedlikehold)	
1	St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	psykiatrisenteret		647,1	25 884	45,7	18,1
2	Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	rehabilitering		30,0	1 200	2,1	0,8
		Lokalisering ikke bestemt	avd. for yngre		62,0	2 480	4,4	1,7
		Lokalisering ikke bestemt	akutt-voksne		135,0	5 400	9,5	3,8
<b>Sum</b>					<b>874,1</b>	<b>34 964</b>	<b>61,8</b>	<b>24,5</b>

\* nytt sykehus

**Prioritet 2 B: Omlokalisering av psykiatritilbud i Sør-Trøndelag**

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV (Forvaltning, drift, vedlikehold)
			opptr. planen	annen finans			
St. Olavs Hospital	Østmarka	bygg 24, rehab.		31,0		2,2	-
		øvrige funksjoner		46,3		3,3	-
		interimsløsninger		33,1		2,3	-
		universitetsareal, nyb.		6,6	264	0,5	0,2
		dagpost omb./rehab		5,5		0,4	-
		flerbruksrom ergoterapi		7,0		0,5	-
		skjermet enhet, omb.		7,0		0,5	-
	Haukåsen	oppdel. av pas.rom/bad		1,5		0,1	-
	Østmarka	Sikkerh.avd. m.m, nyb.		195,2	7 808	13,8	5,5
		varig funksj.svikt mm		129,6	5 184	9,2	3,6
<b>Sum</b>				<b>462,8</b>	<b>13 256</b>	<b>32,7</b>	<b>9,3</b>

**Prioritet 3: Andre tiltak**

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV (Forvaltning, drift, vedlikehold)
			opptr. planen	annen finans			
Sunnmøre	Larsnes	rehabilitering		6,9	276	0,5	
Nord-Trøndelag	Namsos	dagenh. Psyk., omb.		3,5		0,2	-
Nord-Trøndelag		rehab.post, omb.		30,0		2,1	-
Nord-Trøndelag		bup polikl. omb.		18,5		1,3	-
<b>Sum</b>				<b>58,9</b>	<b>276</b>	<b>4,2</b>	

## 2 INNLEDNING

Om opptrappingsplan for psykisk helse skrev helseminister Høybråten i en kronikk i Dagbladet 6. mars 2002 (1):

*”Jeg deler den store utålmodigheten etter resultater som kommer til uttrykk i debatten, men vet at det tar tid å planlegge og bygge kompetanse. Det er viktig å være klar over at selv om opptrappingsplanen inneholder et omfattende sett med konkrete tiltak, så dreier det seg om et fagfelt hvor tenkning, holdninger, forståelse og ikke minst arbeidsmåter er i endring og utvikling. Løsningene skal være helhetlige og må derfor i tillegg til helse- og sosialtjenestene berøre en lang rekke tjenester i lokalsamfunnet som arbeidsliv, skole, barnehage, arbeidsliv og kultursektor. Dette er ikke plankekjøring, men en satsning som krever gjennomtenkning. Det er viktig å løpe fort, men enda viktigere, løpe i riktig retning*

*Vi har tre år bak oss av den åtteårige opptrappingsperioden og vi må akseptere at det enda tar noe tid før vi er opp på et akseptabelt nivå. Vi ser fortsatt eksempler på at mennesker med psykisk sykdom ikke får den hjelpen de trenger. Men Opptrappingsplanen skal gjennomføres i tråd med Stortingets forutsetninger. Dette har Regjeringen med all tydelighet understreket i Sem-erklæringen. Psykisk helse har topp prioritet og styringssignalene til ansvarlige på alle nivå er utvetydige”*

Signalene er entydige. Psykiatri er og skal være et satsningsområde, og tjenestetilbudene skal oppgraderes. Og ansvaret for denne oppgraderingen er f.o.m. 1.1.02 gitt de regionale helseforetakene som i sitt arbeid bygger videre på godkjente fylkeskommunale planer.

Gjennom foretaksetableringen er fylkesgrensene opphevet i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det synes derfor nærliggende for det regionale foretaket å gå igjennom de fylkeskommunale planene for å vurdere hvorvidt de tre fylkeskommunale planene i sum representerer også en regional plan, hvor likhet i tilgang på tjenester, i innhold, i omfang, i kvalitet osv. er ivaretatt på en tilfredsstillende måte for befolkningen i alle deler av regionen. Behov for en slik gjennomgang styrkes også av det forhold at tidligere regionale helse og sosialutvalg hele tiden opererte innenfor tre suverene fylkeskommuner og var dermed uten mulighet å endre vedtak gjort i ansvarlig fylkeskommunalt organ. Her må også nevnes at Riksrevisjonen i en undersøkelse nylig konkluderer med at de fylkeskommunale planene ikke er tilstrekkelig informative, ensartete og sammenlignbare til å kunne fungere som gode styringsverktøy (2).

Og det er nettopp dette denne planen omhandler. Spesialisthelsetjeneste-tilbudene i psykiatri skal utvikles i en samlet region. Befolkningen i regionen skal få gode og likeverdige spesialisthelsetjeneste, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Samtidig skal det legges til rette for forskning og fagutvikling.

Planen følger sentrale føringer gitt i en lang rekke utredninger, planer og styringsdokumenter, og så langt mulig også i de godkjente fylkeskommunale planene.

### 3 MANDAT OG ARBEIDSGRUPPE

Adm.dir Helse Midt-Norge RHF oppnevnte i brev av 13. februar 2002 en arbeidsgruppe med følgende mandat og arbeidsgruppe.

#### Mandat

1. Med utgangspunkt i sentrale føringer ( jfr. Styringsdokument Helse Midt-Norge RHF des.2001) , Regional psykiatriplan 1997, Regional helseplan v.2001, godkjente fylkeskommunale opptrappingsplaner psykiatri og andre relevante dokumenter utarbeides Psykiatriplan Helse Midt-Norge RHF.
2. Planen skal inneholde en samlet oversikt over eksisterende kapasitet og aktivitet i helseregionen innenfor voksenpsykiatri , barne- og ungdomspsykiatri, rusbehandling og habilitering/rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
3. Tilgrensende virksomheter (somatikk, barnevern, familievern, kommunale tjenester o.a.) omtales hvor dette vurderes relevant
4. Planen skal inneholde oversikt over tiltak som er iverksatt i forhold til fylkeskommunale planer og Regional helseplan, likeledes hvilke tiltak som er planlagt/ står i planene/ men ikke satt i verk
5. Planen skal inneholde en vurdering av de tre fylkeskommunale planene i forhold til helseregionen som en-1 enhet. Områder og virksomheter hvor det vurderes behov for samordning av de fylkeskommunale opptrappingsplanene ( jfr. DPS o.a.) beskrives og konkretiseres så langt mulig.
6. I forhold til pkt.1-4 beskrives forslag til Psykiatriplan Helse Midt-Norge RHF. Planen forutsettes å dekke de krav som stilles til disse tjenestene i lov og forskrift tilpasset foretaksstrukturen og omfatte nye tiltak, omlegging av tiltak og samarbeid om tiltak innenfor:
  - pasientbehandling
  - utdanning av helsepersonell
  - forskning
  - opplæring av pasienter og pårørende
  - kompetanseoverføring
7. Planen forutsettes å være et styrende dokument for Helse Midt Norge RHF og underliggende foretak og må utformes i henhold til dette. Planen må så langt mulig både ha et handlingsperspektiv og et strategisk perspektiv ( jfr. Regional psykiatriplan 1997)
8. Planen må ikke overstige 40 A4 sider. Om nødvendig brukes referanser og vedlegg ( jfr. pkt. 2 og 3)
9. Tidsfrist for ferdigstilling av Psykiatriplan Helse Midt –Norge RHF er 5.4.2002.

#### Arbeidsgruppens sammensetting

Medisinsk fagsjef	Inge Romslo	Helse Midt-Norge RHF	<i>Leder</i>
Overlege	Gunnar Morken	Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag	<i>Til juli 2002</i>
Spesialrådgiver	Åse Riaunet	Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag	<i>Fra juli 2002</i>
Klinikkssjef	Marit Bjartveit Krüger	Helse Nord-Trøndelag HF	
Rådgiver	Hans Petter Iversen	Helse Nordmøre og Romsdal HF	
Avdelingssjef	John Olav Roaldset	Helse Sunnmøre HF	
Brukerrepresentant	Torbjørn Garberg	Mental Helse Nord-Trøndelag	
Brukerrepresentant	Irene Thoresen	Mental Helse Sør-Trøndelag	<i>Fra nov.2002</i>
Rådgiver	Nils Arne Bjordal	Helse Midt-Norge	
Rådgiver	Arild Vassenden	Helse Midt-Norge RHF	<i>Fra mai.02</i>

## 4 SENTRALE FØRINGER FOR PLANLEGGINGEN

### **St.meld.nr.25 "Åpenhet og helhet". (1996-97),**

Planen representerer grunnlaget for opptrapping og departementets overordnede føringer. I tillegg beskrives flere konkrete forslag til løsninger (3).

### **Opptrappingsplan for psykisk helse (1999 –2006)**

I behandling og oppfølging av meldingen fastla Stortinget hovedlinjene for styrking og utviklingen av disse tjenestene og vedtok opptrappingsplan for psykisk helse ( St.prp. nr.63 (1997-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 –2006*) (4).

### **Regional helseplan – regional psykiatriplan**

Den regionale planen inneholder oversikt over og forslag til regionale tjenestetilbud og forslag til nettverk for en del fagområder og funksjoner (5).

Forslag til nye tiltak i planen er bare i liten grad gjennomført.

### **Fylkeskommunale planer i psykiatri**

I tråd med føringene gitt i opptrappingsplanen ble det utarbeidet planer (revisjon av eksisterende planer) for de fylkeskommunale psykiatritjenestene. Ved årsskiftet 2001/2002 forelå sentralt godkjente fylkeskommunale opptrappingsplaner fra de 3 fylkeskommuner i Helse Midt-Norge (HMN).

I plansammenheng er foretaksstrukturen sammenfallende med de fylkeskommunale ansvarsområdene i Nord og Sør Trøndelag, men ikke i Møre og Romsdal hvor det fylkeskommunale ansvarsområde er delt på to foretak.

### **Psykisk helsevernloven**

Psykisk helsevernloven er en modernisering av Lov om psykisk helsevern (1961). Loven styrker pasientenes rettsikkerhet i forhold til bruk av tvang og styrker brukerrettigheter (6).

### **Endringer i straffeloven**

Straffelovens bestemmelser om *Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere* trådte i kraft 1. januar 2002 , jfr Ot.prp. nr. 46 (2000-2001) Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover.

Stortinget har vedtatt at det skal etableres en nasjonal fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere, organisatorisk knyttet til Brøset regional sikkerhetsavdeling. HMN har ansvaret for oppfølging av midlertidig fagenhet, og er videre tillagt ansvar i utredningsarbeidet av et permanent tilbud (jfr brev til fylkeskommunen av 05.12.01).

### **Styringsdokument Helse Midt-Norge RHF (januar 2002)**

Når det gjelder psykiatri er oppdraget til Helse Midt-Norge RHF:

*Helse Midt-Norge gis ansvaret for å videreføre arbeidet fylkeskommunene har påbegynt.*

*Arbeid med å realisere opptrappingsplanen skal bygge på fylkeskommunenes godkjente planer, med de merknader som er gitt av departementet.*

*I arbeidet med å videreføre de fylkeskommunale planene peker departementet særlig på følgende:*

- *En bør se på opptaksområdene for distriktpsikiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker på ny, noe mer uavhengig av fylkesgrensene enn det som fremgår av de fylkeskommunale planene.*
- *Helse Midt-Norge må vurdere tiltak for å styrke ressursutnyttelsen bedre. Tall fra SINTEF/Unimed viser en spesiell lav produktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge i Sør-Trøndelag.*

- *Tvangsbruken innen psykisk helse skal reduseres. Helse Midt-Norge må etablere systemer for å dokumentere omfanget av tvangsinnleggelses, og etablere strategier for økt frivillighet.*
- *Det er behov for å styrke behandlingstilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser. Departementet forutsetter at Helse Midt-Norge tar ansvar for dette og følger opp tiltak i Strategiplan mot spiseforstyrrelser (I-0984). Helse Midt-Norge bes spesifikt om å vurdere behov og behandlingsskapasitet for denne gruppen.*

### **Eierskapsreformen**

Regjeringen fremmet forslag om statlig eierskap til offentlige sykehus gjennom Ot.prp. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m., som Stortinget sluttet seg til, ref. Innst. Ot. nr. 118 (2000-2001).

Reformens hovedintensjon er å kombinere en klar overordnet statlig ansvars- og eierposisjon overfor sykehusene med økt lokal myndighet gjennom foretaksorganisering.

Det er ikke noe mål for departementet at staten skal benytte eierposisjonen til detaljstyring av helseforetakene. Foretakene må ha frihet i å organisere tjenestetilbudene på en måte som er tilpasset lokale forhold og lokale behov, men i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og slik at befolkningen får likeverdige behandlingstilbud uavhengig av hvor de bor.

Statlig eierskap skal bidra til å fjerne uønskede ulikheter i tjenestetilbudene, først og fremst gjennom:

- Mer hensiktsmessig organisering og lokalisering av tjenestetilbudene, også på tvers av fylkesgrensene
- Desentralisert utdanning/kompetanseheving og kunnskapsspredning
- Mer bevisst prioritering. Grupper med størst bistandsbehov må prioriteres høyest, og tilbudene må bli bedre tilpasset behovene.

## **5 PLANLAGT OPPTRAPPING\***

\* Strukturplan pr januar 2003 (med noen justering av de opprinnelige fylkeskommunale planene)

Fra foretak til foretak er det noe ulike vektning av psykiatriens ulike forståelsesmodeller. Dette gjenspeiler seg i noen grad i fagpersonalets utdanning og kompetanse og i utforming av tilbudene.

På samme måte er det noe ulik fordeling og utbygging av døgnplasser i sykehus i forhold til poliklinikk og dagbehandling innenfor de enkelte fylkene fram til 2001.

En viktig endring fra årsskiftet 2002/2003 er at psykiatri og somatikk samorganiseres i ett foretak i Sør-Trøndelag, dvs. organiseringen av psykiatri og somatikk er ens i hele HMN.

En gjennomgang av tilgjengelig statistikk (7) viser følgende:

Brutto driftsutgifter til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i HMN, målt pr. innbygger, er ca. 12 % under landsgjennomsnittet. Lavere ressurstilførsel til psykiatrien gjenspeiler seg i færre leger, færre psykologer og mindre andel høgskoleutdannet personale enn i landet forøvrig. Dette er et gjennomgående trekk både innenfor BUP og VOP.

Tjenestetilbudet innenfor BUP for HMN har samlet en kapasitet ca. 12 % under landsgjennomsnittet. Møre og Romsdal ligger på landsgjennomsnittet, Nord Trøndelag ca. 10% under og Sør Trøndelag ca. 25 % under.

Innenfor voksenpsykiatrien har HMN en samlet døgnplassdekning ca. 12 % under landsgjennomsnittet, og færre utskrivninger og færre oppholdsdøgn (målt pr. 10.000 innbyggere) enn landet, henholdsvis 5 % og 14 %.

På den annen side er den polikliniske aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien ca. 20 % over landsgjennomsnittet. Særlig merker en seg den høye polikliniske aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien i Nord-Trøndelag (2227/10.000 innbyggere, landsgjennomsnitt 1588).

HMN har ca. 50 % færre behandlere med driftsavtale (leger og psykologer) enn landsgjennomsnittet. Internt i HMN er avviket særlig stort med få avtalespesialister i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal.

### Voksenpsykiatriske tjenester

	Nord-Trøndelag			Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag			Nordmøre og Romsdal			Sunnmøre		
Innbyggere totalt	127.000			265.000			121.000			123.000		
Innbyggere over 18 år	95.920			201.500			89.000			95.700		
	eksist.	planl.	sum	eksist.	planl.	sum	eksist.	planl.	Sum	eksist.	planl.	sum
<b>Sykehus</b>												
Døgnplasser	78	+6	84	162	+18	180	64	+2	72	61	+6	73
- akutt/kort/intermed.	46	-8	38	95	-11	84	37		37	34	+4	38
- alderspsyk.		+12	12	16	+12	28	4*	+4	8	4*	+4	8
- rehab., nysyke, unge*	10		10	16	+4	20	8,5*		8,5*	8,5*		8,5*
- rehab. var. funk.svikt	22	-8	14	27	+1	28	11*	-3	8	11*	-3	8
- sikkerhetspost	0	+4	4	8	+2	10	3,5*	+1	4,5*	3,5*	+1	4,5*
- rus/psyk utredn./beh.		+6	6		+10	10		+6	6		+6	6
Dagplasser	6	+4	10	8	+6	14						
Polikl.fagstillinger	55	+24	79	16	+15	31	4	+4***	8	0	+8***	8
Reg. sikkerh.post**				10		10						
Reg. spiseforst.enhet		+8	8	10		10						
<b>DPS</b>												
Døgnplasser	45	+21	66	127	+3	130	69	-9	60	68	-10	58
Dagplasser		+12	12	28	+24	52				20	+10	30
Polikl.fag stillinger	24	+13	37	72	30	102	51	+8	59	39	+17	56

\* plasser i felles poster på Hjelset

\*\* ikke medregnet i sum døgnplasser

\*\*\* styrking av alderspsykiatri med poliklinikkstillinger i alderspsykiatri (jfr kapittel x)

### Barne- og ungdomspsykiatriske tjenester

	Nord-Trøndelag			Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag			Nordmøre og Romsdal			Sunnmøre		
Innbyggere under 18 år	31.500			64.500			32.000			27.300		
	eksist.	planl.	sum	eksist.	planl.	sum	eksist.	planl.	Sum	eksist.	planl.	Sum
<b>BUP- behandling</b>												
Døgnplasser	5	5	10	19	+6	25	3	+4	7	8		8
Dagplasser		+4	4	2	+13	15		2				
Polikl.fagstillinger	30	15,5	45,5	55	+20	75	45	+12	57	32		56
Familieenheter, plasser	2		2	2	1	3	2		2			

#### Av tabellen fremgår:

Foretakene i Møre og Romsdal har færre døgnplasser innen voksenpsykiatri enn foretakene i Trøndelagsfylkene. Særlig er forskjellen stor i Helse Sunnmøre HF.

Opptapping av døgnplasser i Helse Sunnmøre HF slik det fremgår av tabellen synes derfor rimelig. Det må her for øvrig påpekes at det i de fylkeskommunale planene for Møre og Romsdal ikke er planlagt døgnplasser for gruppen dobbeltdiagnoser (psykiatri/rus). I dette plandokumentet er det beskrevet rus / psykiatrienhet i samtlige 4 foretak.

Antall døgnplasser øker i henhold til planen med ca. 44. Økningen omfatter spesielt styrkning av alderspsykiatri, tilbud til unge schizofrene og utredningsenheter i rus/psykiatri.

I forhold til intensjonene i opptrappingsplanen (4) om marginal økning i institusjonsplasser kan en økning på ca. 44 senger synes høyt. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at antall institusjonssenger på landsplan i 2006 er stipulert til ca. 3100. I forhold til befolkningsunderlaget tilsier dette ca. 435 senger i HMN. Den planlagte opptapping gir HMN ca. 410 senger (inkludert 6 døgn-utredningsplasser i rus / psykiatri i hvert av foretakene i Møre og Romsdal) som er en dekningsgrad på døgnplasser noe under landsgjennomsnittet.

DPS-utbyggingen viser en sengefaktor ( døgnplasser/1000 innb over 18 år ) for Nord-Trøndelag 0.69, Sør-Trøndelag 0.65, Nordmøre og Romsdal 0.67, og Sunnmøre 0.61. Totalt har HMN ca. 25 senger mer enn svarende til befolkningsgrunnlaget og gjeldende normtall. Ses derimot døgnplasser i sykehus og DPS samlet har HMN planlagt svært nøye etter gjeldende normtall.

Det er relativt flere dagplasser i Sør Trøndelag enn i de øvrige delene av regionen, mens polikliniske fagstillinger viser et mønster i tråd med befolkningsunderlaget.

Hva gjelder BUP merker en det relativt høye antall polikliniske fagstillinger i foretakene i Møre og Romsdal, og samtidig det relativt lave antall døgn- og dagplasser, dvs. et BUP tilbud sterkt vinklet mot poliklinikk og kommunehelsetjeneste. Foretakene i de to Trøndelagsfylkene planlegger sin BUP-tjeneste med et relativt høyere antall dag- og døgnplasser. Over tid kan det være av interesse å se nærmere på disse ulikhetene, om de betyr noe, i tilfelle hva og om det bør vurderes tiltak for regional harmonisering (jfr. behov for døgnplasser akuttinnleggelse, psykoser o.a. )

For øvrig må det også her tilføyes at det på landsbasis planlegges 500 døgnplasser innenfor BUP i 2006. For HMN tilsvarer dette ca. 70 plasser. Dvs. med opptapping som skissert i tabellen ovenfor vil det også innenfor BUP bli langt færre døgnplasser i HMN enn landsgjennomsnittet ( 50 vs.70).

### Tilbud etablert pr desember 2001

Fra 1998 til 2001 har vi hatt følgende opptapping innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i HMN (Samdata 1998-2001)

### Antall behandlede pasienter

#### Barne- og ungdomspsykiatri

	Poliklinikk		Dag/døgntilbud	
	1998	2001	1998	2001
<i>Nord-Trøndelag</i>	547	720	21	66
<i>Sør-Trøndelag</i>	570	1151	80	91
<i>Møre og Romsdal</i>	1058	1511	84	102

#### Voksenpsykiatri

	Poliklinikk		Dag/døgntilbud	
	1998	2001	1998	2001
<i>Nord-Trøndelag</i>	16.992	21.365	870	1058
<i>Sør-Trøndelag</i>	24.698	29.719	1121	1780
<i>Møre og Romsdal</i>	24.576	29.201	1245	2126

#### Av tallene fremgår

At det i perioden har vært en reell og betydelig styrkning av BUP.

Innenfor voksenpsykiatrien er endringene noe annerledes. Her har det vært en opptapping innenfor poliklinikk samtidig som det innenfor voksenpsykiatrien totalt har vært 0-vekst (evt. en svak reduksjon). Åpenbart har ressurstilførselen gjennom opptrappingsmidlene ikke kommet som reelle tillegg, men vært koblet mot samtidige innsparinger.

**I. Årsverk innen BUP totalt**

	1998	2001	% endring
Nord Trøndelag	54	72	+ 33
Sør Trøndelag	117	129	+ 10
Møre og Romsdal	79	106	+ 34

Når det gjelder pasientbehandling og tilbud, er utviklingen denne:

I samtlige fylker har det vært en markert aktivitetsøkning fra 1998 til 2001, så vel innenfor BUP som VOP, poliklinikk, dag/døgnbehandling.

**II. Årsverk innen voksenpsykiatri totalt**

	1998	2001	% endring
Nord Trøndelag	329	339	+3,0
Sør Trøndelag	777	733	-5,7
Møre og Romsdal	761	748	-1,7

Innenfor BUP er det samsvar mellom tilførsel av personell og aktivitetsøkning. Innenfor VOP merker en seg at det har vært en økning i antall utskrevne pasienter, samtidig som antall årsverk ikke har økt tilsvarende. Innenfor VOP poliklinikk ser en derimot en kraftig økning i antall årsverk, og denne økningen er vesentlig større enn produksjonsøkningen. Innenfor VOP poliklinikk er det grunn for å anta at hele potensialet for produksjonsøkning ikke er tatt ut.

**III. Årsverk innen voksenpsykiatrisk poliklinikk**

	1998	2001	% endring
Nord Trøndelag	51	70	+ 37
Sør Trøndelag	90	141	+ 57
Møre og Romsdal	64	106	+ 66

**Helseregionens utfordringer:**

Sintef Unimed Helsetjenesteforskning har nylig publisert rapporten Helseregionenes utfordringer (8). Her rapporteres bl.a. utviklingen innen psykiatrien og resultatene fra opptrappingsplanen 1998-2001. Når det gjelder HMN viser tilgjengelig statistikk (7, 8) :

Pr. 2003 er det via opptrappingsplanens foreslått å styrke drift med 168.3 mill kroner. For hele perioden skal driften økes med ca. 300 mill 1998-kroner, dvs. for de siste 3 årene av opptrappingsplanen må støtten til drift økes vesentlig utover tilskudd de første 5 årene.

Antall årsverk skal økes med ca. 320 fram til 2006. Fram til og med 2001 er netto økningen ca. 20. Som det fremgår av tallene foran har det vært en reell økning i antall årsverk innenfor BUP. Innenfor voksenpsykiatrien har det derimot vært en reduksjon i antall årsverk i perioden 1998-2001. Skal opptrappingsplanens intensjoner om å øke antall årsverk med ca. 320 fram til 2006 nås, må det skje en kraftig opptrapping og en bevisst prioritering av psykiatrifaget, ikke minst i VOP.

Den polikliniske aktiviteten i voksenpsykiatrien er økt med ca. 14.000 konsultasjoner i perioden 1998 – 2001. Opptrappingsplanens mål er en økning på ca. 30.000 frem til 2006. Med samme aktivitetsøkning som hittil bør det være mulig å nå oppsatte mål.

Antall avtalespesialister skal økes med ca. 50 % i forhold til utgangspunktet 1998. I HMN har vi i dag en betydelig skjevfordeling av avtalespesialister med stor overvekt i Sør Trøndelag.

I 2001 er antall avtalespesialister på landsbasis 1.6 /10.000 innbyggere over 18 år. I HMN er tilsvarende tall Sør Trøndelag 1.1, Møre og Romsdal 0.7 og Nord Trøndelag 0.2.

Det er klart grunnlag for å øke antall avtalespesialister i Nord Trøndelag og Møre og Romsdal.

I forhold til planens mål om å kunne gi tilbud til 5 % av barn og unge under 18 år ble dette i 2001 gitt til 2.36 % , med lavest tall for Sør Trøndelag (1.96 %) og høyest for Nord Trøndelag ( 2.49 %).

Opptrappingen i siste del av perioden må være vesentlig større enn i første del om målene skal nås.

Når det gjelder opptrappingsplanens øvrige mål, (utbygging DPS, økning dagopphold ved DPS, kompetanseheving, flere døgnplasser til barn og unge) er dette tiltak under planlegging/ under oppbygging, men uten at resultatene herifra så langt kan tallfestes og evalueres.

## 6 REGIONAL PSYKIATRIPLAN 1998

Det regionale helse- og sosialutvalg for Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag vedtok 1997 at det skulle utarbeides en regional psykiatriplan for helseregion IV (5). Målsetningen for arbeidet var å etablere et helhetlig regionalt perspektiv på de ulike deltjenestene innen psykiatrien i de tre fylkene ved å drøfte samarbeidsmodeller og funksjonsfordeling internt i regionen.

Forslag til regional psykiatriplan ble levert i 1998, og gitt sin tilslutning av Det regionale helse og sosialutvalg i juni 1999. Parallelt med dette kom den nasjonale opptrappingsplanen for psykiatri. I fortsettelsen ble arbeidet med de nasjonale planene gitt prioritet, dog slik at en del av hovedideene i den regionale opptrappingsplanen ble påbegynt. Dette gjelder bl.a. etablering av kompetansenettverk

### Status pr 2002

*(Tallene i følgende oppstilling henviser til nummerering i Regional psykiatriplan (1998))*

#### 4.2.1 Kompetansesenter

- 5.01: Regionalt kompetansesenter i barne- og ungdomspsykiatri ble opprettet som Regionsenter BUP (R-BUP). I dag er R-BUP en del av Institutt for Psykiatri og Adferdsfag (IPA) ved NTNU.
- 5.02: Regionalt kompetansesenter for sammensatte psykosomatiske problemstillinger kan i dag sees videreført i Nevrosenteret ved St. Olav Hospital, selv om psykiatri i dag ikke er integrert profesjonelt i Nevrosenteret som opprinnelig planlagt.
- 5.03: Regionalt kompetansesenter i rettspsykiatri, adferds- og aggresjonsproblematikk er etablert som regional avdeling Brøset innenfor Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF. Avdelingen fyller i dag ikke kravene i regional psykiatriplan for kompetanseoverføring ut i regionen.

#### 4.2.2. Kompetansenettverk

- 5.05: Regionalt kompetansenettverk for utvikling av institusjonstilbud for ungdom med store adferdsvansker er ikke etablert.
- 5.10: Regionalt kompetansenettverk i alderspsykiatri er i sin begynnelse. Det har festet seg som et nasjonalt nettverk, der de fleste psykiatriske klinikker i regionen er representert. Sykehuset Namsos i Helse Nord-Trøndelag var foreslått som kompetansenettverkets knutepunkt og etablerte alderspsykiatrisk sengeenhet, men har i dag kapasitetsproblemer.
- 5.11: Regionalt kompetansenettverk i spiseforstyrrelser er etablert som Regionalt FagTeam for Spiseforstyrrelser (RFTS) ved Sykehuset Levanger, og fra dette etableres nå et regionalt nettverk med kompetanseutvikling og –spredning i regionen. Forskning og evaluering inngår. Fagteamet disponerer for tiden 4 sengeplasser i Sykehuset Levanger
- 5.7.1: Regionalt kompetansenettverk for familiebehandling er under etablering ved BUA/Molde.

- 5.8.2: Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag initierte et forprosjekt for et kompetansenettverk i familiebehandling med utgangspunkt i voksenpsykiatri. (Rapport er nylig ferdigstilt og oversendt HMN).
- Forebyggende og helsefremmende arbeid innen psykiisk helse for barn og unge er under etablering ved BUA Molde.

#### 4.2.3. Forskning og fagutvikling

- 8.3: Lavterskelforskning i psykiatri i regionen. Helse Sunnmøre HF har satt av midler (450 000) til etablering av forskningsenhet i psykiatrisk klinikk. Molde har forskningskompetanse i psykologi/rechtspsykiatri knyttet til distriktshøgskolen. Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF er del av et universitetssykehus, med Institutt for Psykiatri og Adferdsfag (IPA) lokalisert til et av sykehusbyggene. Avklaring mellom PHST-HF på den ene siden og forskning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og ved Institutt for psykologi på den andre siden. Helse Nord-Trøndelag har Forsknings- og FagtviklingsEnhet (FFE) i psykiatri ved Sykehuset Levanger .
- 8.5: Regional handlingsplan for forskning og fagutvikling i psykiatri er i dag etablert med flere forskningsledere i psykiatriske klinikker i sykehus i de lokale helseforetak i HMN. Regional arbeidsgruppe er opprettet for forberedende arbeid med psykiatridelen av HUNT-III, der initiativet springer ut fra NTNU/IPA og Helse Nord-Trøndelag. Regionalt ressursenter for selvmordsforskning og –forebygging i Helseregion Midt-Norge. Lokalt nettverk i schizofrenibehandling: Faglig Forum for Poliklinisk Psykosebehandling. Regionalt prosjekt for tvangslidelser blant barn og unge. Regionale sikkerhetsavdeling har spesifikke regionoppgaver innenfor forskning av ADHD og psykisk utviklingshemmete med utagerende adferd.

## 7 SAMFUNNSMESSIGE UTVIKLINGSTREKK

I dette kapitlet pekes på noen samfunnsmessige utviklingstrekk som er av vesentlig betydning for psykiatriløstjenestenes videre planlegging og utvikling.

### **Kommunalisering / vertikal desentralisering**

Opptrappingsplanen har lagt et større ansvar for grunnleggende tjenester på kommunene. Det fører til endringer

- Kommunene utvikler stadig høyere spesialkompetanse i psykiatri
- Spesialisthelsetjenesten blir en mer rendyrket spesialisttjeneste
- Den tidligere psykiatriske særansvoret sitt faktiske ansvar for bolig, pleie- og omsorgstjenester, sosialtjenester, arbeid til pasientene m.m. skal opphøre. Dette betyr at spesialisthelsetjenesten kan bygge disse delene av tilbudet vesentlig ned.
- Det skapes et nytt grunnlag for samhandling mellom nivåene. Dette betyr bl.a. at behandling/tilrettelegging i større grad kan skje nært pasientens bosted.
- Det betyr også at innholdet i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten er i ferd med å endres

### **Økte pasientrettigheter/ brukervedvirkning**

Det er gjort et betydelig innsats for øke brukervedvirkning. Medvirkning er nedfelt i lover og behandlingsprogrammer. Det er satt fokus på at brukere skal medvirke i egen behandling, kunne velge

sykehus og medvirke i planlegging, utvikling og endring av tjenestetilbud. Brukerorganisasjoner utfordrer stadig sterkere fagmiljøene på rettigheter og god praksis. Utviklingen går i retning mer vekt på individuelle rettigheter, valgfrihet og brukervedvirkning.

Det er usikkert hvordan dette slår ut for psykiatriområdet, men vi kan vel allerede peke på følgende:

- Det utformes krav om redusert bruk av tvang innen feltet både fra brukere, klinikere og jurister.
- Psykiatrimiljøene utsettes for konkurranse gjennom fritt sykehusvalg
- Utforming, lokalisering og dimensjonering av tilbud og tjenester må gjøres i samarbeid med brukernes organisasjoner

### Endringer i institusjonsstrukturen og reduksjon av døgnplasser

Sykehusenes oppgaver endres som følge av ny kunnskap, bedre tjenester i kommunene og ny organisering. Døgntilbudenes innhold vil endres

- Endringer i omfanget av ulike typer tilbud/institusjoner.
- Dette er et internasjonalt fenomen, og utviklingen skjer på tvers av tjenestesektorer (kfr. avvikling av HVPU, avvikling av andre typer særomsorger. Det andre forholdet dreier seg særlig om følgende endringer i institusjonsstrukturen.
- Avvikling av behandlingshjem innen barne- og ungdomspsykiatrien og samordning av disse med klinikkavdelinger

### Endringer i pasientsammensetningen

Det skjer en ikke uvesentlig endring i sammensetning av pasientbefolkningen i det psykiske helsevernet. Dette gjelder særlig voksenpsykiatrien. Dette henger sammen med tilbuds- eller institusjonsstrukturen og endret etterspørsel.

Noen av de viktigste endringene er:

- Det blir flere pasienter som søker psykiatrisk spesialisttjeneste, – først og fremst i poliklinikk (uten innleggelse) – både i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri
- Kvinneandelen av totalt pasienttall i VOP går opp – spesielt fordi det er flest kvinner i poliklinikkene (og særlig i privatpraksis). Andelen menn går tilsvarende ned.
- Andelen pasienter med relativt ”høy” sosioøkonomisk bakgrunn vokser i VOP. Også dette er knyttet til veksten i poliklinikktilbudet og tilbudet i privat praksis
- Andelen pasienter som trenger hjelp til somatiske omsorgs- og pleiebehov er sterkt fallende i VOP – også i døgnavdelingene. Flere pasienter er selvhjulpne på disse områdene
- Andel pasienter med samtidige rus (særlig blandingsrus) og psykiatiske problemer øker
- Ved nye tilbud øker etterspørsel
- Antall flerkulturelle brukere øker

### Demografiske endringer i HMN (9)

Fram mot 2010 vil antall eldre 67-79 år i HMN gå noe ned, for deretter fra 2010-2015 å øke kraftig fram mot 2020 (etterkrigs-generasjonen) Innenfor aldersgruppen 80-89 år er der bare mindre svingninger i perioden fram til 2020. Derimot sees i hele perioden en jevn vekst i antall personer over 90 år. Endringene er i hovedsak de samme i hele regionen. I en nylig publisert avhandling (10) er fulgt ca. 450 personer (80 år og eldre) i Larvik over en 20 års periode.

Alder	2000	2010	2020
67 – 79 år	62.916	57.552	83.159
80 - 89 år	24.680	26.077	23.629
90 år +	3.783	5.008	5.455
Totalt	91.379	88.637	112.243

- Ved 80 års alder var ca. 75 % uten vesentlig funksjonstap. Ved 85 års alder var tilsvarende ca. 40 %, og ved 90 års alder var knapt 7 % uten vesentlig funksjonstap. Den uten sammenligning hyppigste årsak til funksjonstap, direkte og indirekte, var aldersdemens.

- I følge avhandlingen vil den aller viktigste helsepolitiske satsningen i forhold til det å kunne bedre eldre menneskers selvhjulpenhet være å bedre forebygging, behandling og rehabilitering av aldersdemens.

### **Endringer i profesjonsstrukturen**

Når det gjelder ansatte i psykisk helsevern, skjer det også vesentlige endringer. Dette gjelder både barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri – og ulike typer institusjoner. Vi vil her peke på følgende enkeltfaktorer:

- Det er en særlig sterk vekst i antallet ansatte ved poliklinikkene
- Modernisering av profesjonslovgivningen gir rom for mer fleksibel bruk av profesjonsgrupper

### **Endringer i samhandlingsmulighet med IKT**

IKT er en viktig endringsfaktor i helsetjenester generelt. Psykiatrifagfeltet har gradvis tatt i bruk IKT verktøy på linje med de somatiske tjenestene.

- I HMN er det etablert felles elektronisk journal (EPJ) for somatikk og psykiatri (regionalt prosjekt). EPJ representerer et stort potensial for samhandling om enkeltpasienter mellom fagfelt og enheter.
- Telemedisinsk teknologi er klar for å knytte pasienter, behandler og veiledere sammen tross store geografiske avstander. I barne- og ungdomspsykiatri brukes dette mer enn i voksenpsykiatri. Det ligger fortsatt mange muligheter i denne teknologien.
- Kliniske internettjenester og SMS tjenester er under utprøving i liten målestokk i Norge. Andre land har etter hvert høstet kunnskap om ulike modeller. Dette område vil utvikles i takt med teknologien og befolkningens bruk av teknologi

## **8 BRUKERMEDVIRKNING**

Brukermedvirkning har i det siste tiåret fått en sentral plass i nasjonale helsepolitiske målsettinger. Stortinget og helsemyndighetene har klart markert at økt brukermedvirkning er et overordnet mål innenfor helsesektoren. Betydningen av brukermedvirkning er sterkt betont i all nyere helselovgivning. Brukermedvirkning har fått bred plass den psykiatrisatsingen som bygger på Stortingsmelding nr. 25 , 1996- 97 ("Åpenhet og helhet") og Stortingsproposisjon nr. 63, 1997 – 98. De nasjonale føringene om økt brukermedvirkning er fulgt opp av HMN i Styringsdokument HMN RHF 2002.

I Stortingsmelding nr. 34, 1996-97 ("Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre") er brukermedvirkning definert på følgende måte:

*"Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud."*

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har følgende litt mer utførlige definisjon av brukermedvirkning:

*"Brukermedvirkning er når en bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere og/eller tjenesteytere og på like fot med dem tilbyr*

*kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og/eller andres erfaringer - for å løse ulike samfunnsoppgaver”.*

### **Brukerkompetanse er spisskompetanse**

Brukerkunnskap er kunnskap den enkelte innehar i egenskap av bruker av offentlige og private tjenester. Brukerne har direkte og praksisorientert erfaring med tjenesteapparatet i helse- og sosialsektoren. Brukerne har dermed et unikt grunnlag for å peke på svakheter i behandlingssystemet og for å komme med forslag til endringer. De har en spisskompetanse som fagfolk ikke kan forutsettes å ha. Brukernes erfaringer kan være med på å gi fagfolk nye innfallsvinkler til sitt arbeidsfelt. Brukermedvirkning er et godt virkemiddel til å styrke tjenestetilbudet. HMN vil dra nytte av den erfaringsbaserte kunnskapen som brukerne har. Brukermedvirkning skal ha høy prioritet i alle helseforetak i HMN, og det skal satses på at brukerne skal kunne oppleve sin medvirkning som betydningsfull.

### **Likeverdighet og respekt**

Brukermedvirkning skal innebære relasjoner mellom likeverdige parter. Både brukere og tjenesteytere må søke å skape tillit og gode dialoger. Under slike forhold blir brukermidvirkning et virkemiddel til å styrke tjenestetilbudet.

### **Brukermedvirkning på individnivå. Individuelle planer.**

Individuell brukermidvirkning dreier seg om den enkelte brukers muligheter til å påvirke tjenesteytelsene for seg selv, gjennom dialog med den/dem som skal gi hjelpen. Det er viktig å styrke og videreutvikle tjenestetilbud som brukeren opplever som positive. Samtidig bør det satses på å forbedre tilbud som ikke fungerer etter intensjonene.

Alle som er under psykisk helsevern har lovfestet rett til å få utarbeidet en individuell plan for vernet. De som er under tvungent psykisk helsevern skal ha en slik plan. Helsetjenestens plikt til å utarbeide individuell plan er forankret i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Retten er regulert i pasientrettighetsloven (§ 2-5) med utfyllende regler i ”Forskrift for individuelle planer”.

Det epokegjørende nye ved retten til individuell plan, er at alle tjenesteytere pålegges å samarbeide om å utarbeide en best mulig plan for den enkelte bruker. Dermed kan det legges opp til et helhetlig, langsiktig og målrettet tilbud. Brukeren er gitt en selvfølgelig rett til å delta i utforming og gjennomføring av sin individuelle plan. Brukeren skal selv kunne avgjøre hvilken hjelp som skal gis, og hvordan hjelpen skal gis. Det er viktig at alle rettighetshavere får tilbud om å få utarbeidet en individuell plan.

### **Organisert brukermidvirkning**

Brukerne av det psykiske helsevesenet har – i likhet med andre brukergrupper – funnet det hensiktsmessig å organisere seg for å fremme sine interesser. Den brukermidvirkning som utøves gjennom brukerorganisasjonene kalles organisert brukermidvirkning. En av de viktigste oppgavene brukerorganisasjonene har, er å koordinere de erfaringene enkeltbrukerne har med tjenestetilbudet. Denne kunnskapen kan i form av generaliserte erfaringer formidles til fagmiljøer og beslutningstakere i helsesektoren. Informasjonen fra brukerorganisasjonene kan gi fagfolk, saksbehandlere og politikere en forståelse som de kan dra nytte av i beslutningsprosesser.

Brukerorganisasjonene må få delta i alle høringsrunder som har med tilbudet av helsetjenester å gjøre. Organisert brukermidvirkning har som et hovedmål at kvaliteten på offentlige tjenester skal bli bedre. Stortinget har forutsatt en styrking av brukerorganisasjonene gjennom økte økonomiske overføringer. Betydningen av å ha sterke og funksjonsdyktige brukerorganisasjoner er fra Statens side fremhevet i mange sammenhenger, ikke minst i Stortingsmelding nr.25, 1996-97 (”Åpenhet og helhet”).

For at brukermidvirkningen skal oppleves som reell, må brukerne komme inn i bildet tidligst mulig. Det er viktig at brukerorganisasjonene får være med fra starten av saksbehandlingen. Brukerne må naturligvis også få tilgang til all nødvendig informasjon om sakene. I forbindelse med høringer må tidsfristene være så romslige at de gir rom for grundig saksbehandling i brukerorganisasjonene. Deltagelse i råd og utvalg er en god og funksjonell form for organisert brukermidvirkning. Fra brukersynspunkt er det viktig at det i hvert enkelt tilfelle – til gjensidig hjelp og støtte - blir oppnevnt minst to brukerrepresentanter.

Brukerrepresentanter må ha samme rett til møtegodtgjørelse som øvrige medlemmer av råd og utvalg.

### **Arenaer for organisert brukermedvirkning**

HMN vil – i samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner –finne frem til arenaer for brukermedvirkning som kan gi brukerne en opplevelse av reell medbestemmelse og som samtidig kan gi en bedre og mer effektiv tjenesteytelse. Organisert brukermedvirkning må innarbeides på alle trinn i forvaltningen.

### **Pårørende i psykiatrien**

Gjennom sin nærhet til brukeren vil pårørende kunne være en ressurs både for den enkelte bruker og for behandlingsapparatet. Pårørende representerer en menneskelig ressurs i et nettverk som ofte er meget skjørt. Pårørende gjør erfaringer og har innsikt som kan ha stor verdi. Det er viktig å sikre at pårørende får den nødvendige hjelp og støtte de har behov for, slik at de ikke blir stående alene med omsorgsoppgavene. Barn av psykisk syke mennesker befinner seg ofte i en meget vanskelig og utsatt posisjon. Det må legges opp til systematisk undervisning av pårørende om hva det innebærer å ha en alvorlig psykisk lidelse. Det må settes av ressurser og finnes fram til tiltak som kan gjøre situasjonen lettere for denne utsatte gruppen.

God og meningsfylt brukermedvirkning skal ha høy prioritet i HMN. HMN skal utvikle rutiner og arbeidsformer som sikrer brukerne reell medinnflytelse på planarbeid innen psykisk helsevern

HMN skal sørge for at brukerorganisasjonene gis anledning til likeverdig deltakelse i alle høringer som omhandler det psykiske tjenestetilbudet

HMN skal sørge for kvalitetssikring av organisert brukermedvirkning. Regelmessige brukerundersøkelser skal her være et godt virkemiddel.

HMN skal sørge for at det avsettes faste faglige og økonomiske ressurser til informasjon og opplæring av pårørende innen psykiatrien

### **Tvangsbruk**

Årlig blir om lag 25000 pasienter innlagt ved psykiatriske avdelinger i Norge. Vel 10000 av dem blir innlagt med tvang, Tvangsinnleggelse kan medføre traumatiske opplevelser, og skal bare kunne skje etter at frivillighet først er forsøkt. HMN vil rette søkelys på tvangsbruk i sitt ansvarsområde, med sikte på å redusere bruken av tvang mest mulig.

HMN skal arbeide målbevisst for å redusere bruk av tvang og antall pasienter som blir tvangsinnlagt.

## 9 SAMARBEID MED 1. LINJETJENESTEN

### Samarbeid

I Stortingsmelding 25 (3) er samarbeid mellom ulike aktører i den psykiatriske helsetjenesten pekt på som en viktig suksessfaktor både for å sikre brukerne god hjelp og for å oppnå ressursøkonomiske gevinster. Helsepolitiske føringer og helselovene pålegger helsetjenestene samhandling slik at den blir oppfattet helhetlig og kostnadseffektiv uten de velkjente barrierene mellom forvaltningsnivåene.

Samarbeide med 1.linje innbefatter **klientorientert** samarbeid, **kompetansehevende** samarbeid og overordnet **systemsamarbeid**.

De fleste pasienter med psykiske lidelser blir behandlet av primærlegen. Noen av disse vil ha behov for tjenester fra psykiatrisk sykepleier og andre kommunale tjenester. Et mindretall av pasienter med psykiske lidelser har et bredere behov for behandling, støtte og omsorg. Mange av disse pasientene har behov for betydelig innsats fra flere kommunale tjenester over lang tid i tillegg til langvarig psykiatrisk behandling. Pasienter med schizofreni dominerer i denne gruppen. I barne- og ungdomspsykiatri er nettopp hensynet til samarbeid med kommunene en viktig grunn til at pasientgruppen er unntatt fritt sykehusvalg.

Brukererfaring viser at det er et betydelig forbedringspotensial i samarbeid mellom 1.- og 2.linje i den psykiatriske helsetjenesten i Midt-Norge. Dette gjelder både individrettet samarbeid og samarbeid på systemnivå. Også på den profesjonelle siden av helsetjenestene er det bred enighet om at samarbeidet mellom 1.linje og spesialisthelsetjenestene skal videreutvikles. Utfordringen ligger i å finne metoder som er virksomme og ressursøkonomiske.

### Foretakenes hovedutfordring

Den største utfordringen for å finne gode samarbeidsløsninger ligger i Helseforetakene. I styringsdokumentene (2002) gis Helseforetakene nettopp ansvar for:

- at det etableres et godt samarbeid og gode samhandlingsrutiner med kommunehelsetjenesten
- at tjenestene deltar aktivt i utarbeiding av individuelle planer der dette er aktuelt ( 6 ).
- at tjenestene gir råd og veiledning til de kommunale helsetjenestene.

### Regionens utfordring

I et regionalt perspektiv er det viktig å understøtte foretakenes utfordring. Opptrapping i psykiatri er et fellesløft, men utviklingen i kommuner og spesialisthelsetjenester er ikke nødvendigvis i takt. For å gi pasienten best mulig tilbud må en tjeneste på ett nivå kompensere for svakheter på et annet nivå. For å bidra til en harmonisert opptrapping av tjenestetilbudet innenfor foretakenes ansvarsområder foreslår arbeidsgruppen tiltak for å formalisere samarbeidet mellom overordnede ledelsesnivå og mellom fagutøvere. HMN legger ansvar for å ta initiativ til samarbeid på Helseforetakene.

Det enkelte foretak og de tilhørende kommuner etablerer et samarbeidsorgan på rådmann/direktørnivå for å sikre en harmonisert opptrapping og utbygging av de psykiatriske helsetjenestene i området i tråd med overordnede planer.

Det enkelte foretak og de tilhørende kommuner etablerer faglige utviklingsorgan for å harmonisere tjenestenes utvikling.

Individuell plan (IP) er pålagt i lov og forskrift. Plikten til å lage en slik plan hviler på de fagansvarlige i spesialisthelsetjenesten. Gode praktiske løsninger er både en metodisk, juridisk og ressursmessig utfordring for aktørene. Det er utviklet en elektronisk IP i den regionale EPJ løsningen, men denne løser

ikke tekniske og juridiske problemer med samhandling med aktører utenfor foretakene. Dette er problemstillinger som det enkelte foretak ikke kan løse alene. HMN vil bidra i arbeide med utviklingen av kompatible løsninger i Midt-Norsk Helsenett (MNH). Det er allerede kontakt med konkrete aktører for å finne tekniske løsninger.

HMN vil være aktiv deltaker i utvikling av elektronisk individuell plan.

### **Distriktsmedisinske sentra (DMS)**

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helsedepartementet vurdert mulige samarbeidsmodeller mellom helsetjenestens nivåer (10). I rapporten beskrives etablering av en sentral arena, et DMS, for samlokalisering av primær – og spesialisthelsetjenester. Dette vil kunne styrke samhandling på tvers av nivåene. DMS er gitt innhold som vist i tabell. Distriktsmedisinske sentra kan gi grunnlag for bedre samhandling mellom psykiatri og somatikk på begge forvaltningsnivåer. Samtidig er det viktig at utviklingen av DPS ikke må forsinkes som følge av etablering av DMS-modellen.

DMS	
Spesialisthelsetjenester:	Kommunehelsetjenester
-poliklinikk/somatikk/psykiatri -ambulante team -lærings- og mestringssenter -sengeplasser/dag og døgnet	-allmennlegetjenester -legevakt -sykehjem -hjemmesykepleie

HMN vil vurdere etablering av distriktsmedisinske sentra. I dette arbeidet vil en spesielt vurdere samhandlingen mellom fagfeltene på begge forvaltningsnivåer. DMS må sees i sammenheng med DPS strukturen i HMN. I fase I kan DMS etableres som pilotprosjekt 2-3 steder i HMN. Aktuelle prosjekter er Ørland DMS på Brekstad i Sør-Trøndelag, Hareid / Ulstein / Herøy på Sunnmøre og Surnadal på Nordmøre.

## 10 SAMARBEID MED UNIVERSITET OG HØGSKOLER

I St. melding nr 25 (1996-97) (3) foreslås det en rekke tiltak som krever samarbeid med høyskoler og universitet. I ”Sykehusreformen, noen eierperspektiv” poengteres samspill mellom helsetjenesten og forskningsmiljøene som nødvendig for målrettet utvikling.

I instruks til regionalt helseforetak er det gitt retningslinjer som regulerer hvordan foretakene skal forholde seg til universitet og høyskoler. Dette er videre utdypet i rammeavtaler mellom regionale helseforetak og universitet og høyskoler. HMN har inngått rammeavtaler med universitetet / NTNU november 2002.

Styret for Helse Midt-Norge har fulgt opp rammeavtalen gjennom enkeltvedtak (se kapittel 17) og budsjett 2003. Eksempler er opprettelse av forskningsstipend (psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri), universitetslektorater, planlegging av endepunksregistrering i voksenpsykiatri, og barne- og ungdomspsykiatri, støtte til epidemiologisk forskning, og samarbeid om regional spesialistutdanning i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Styret har nylig fattet vedtak om å bevilge 1% av det samlede driftsbudsjettet til forskningsaktivitet.

Viktig er også foretakenes egne satsinger, dels innen voksenpsykiatri (jfr bla Helse Nord-Trøndelag HF), dels innen barne- og ungdomspsykiatri (jfr bl.a. PHST og Helse Nordmøre og Romsdal HF)

Opptrappingsplanen vil kreve store investeringer både i kunnskapsutvikling (forskning, evaluering etc) og utdanning for å kunne nå planens målsettinger om bedre helsetjenester for pasientene. Psykiatriplanen for regionen har spesielt lagt vekt på etablering av kompetansesenter og faglige nettverk. Forslagene innebærer tett samarbeid med forsknings og utdanningsinstitusjonene. Samtidig er modellene en utfordring siden ressursene er lokalisert ulike steder i regionen.

For Helse Midt-Norge er det avgjørende å kunne videreutvikle samarbeid og samhandling med universitetet og høyskolene. I forhold til universitetet er Det medisinske fakultet den mest sentrale samarbeidsparten, men også andre fakulteter vil være naturlige samarbeidsparter (samfunnsvitenskaplig fakultet i forhold til psykologi o.a.).

Noen viktige stikkord for samarbeid mellom universitet og høyskoler vil være:

- Etablere fungerende samarbeidsmodeller og avtaler for samarbeid og samhandling mellom foretakene, høyskoler og Universitet/NTNU.
- Etablere fellesprosjekter mellom universitet / høyskoler og foretak for å ta ut synergieffekter for den enkelte part og for partene samlet.
- Utvikle systemer for kompetanseoverføring
- Etablere systemer for veiledningstjeneste
- Etablere forskerstillinger på foretaksnivå
- Sikre de regionale kompetansesentra forankring i universitet og høyskoler
- Utarbeide regionale kompetanseutviklingsplaner
- Tilpasse budsjetter slik at planene for samhandling kan realiseres

RBUP-modellen oppleves av BUP miljøene som en viktig og tilgjengelig ressurs både for forskning og fagspesifikk utdanning. HMN vil vurdere modellen også for voksenpsykiatri. Samtidig er det viktig å inkludere høyskolene på den framtidige samarbeidarenaen.

HMN vil etablere og videreutvikle hensiktsmessige strukturer for samhandling mellom foretakene, universitet og høyskoler. Nettverksbygging vil være et sentralt element i dette arbeidet. Aktiviteten skal gis realistiske budsjetter (jfr styrevedtak desember 2002)

## 11 AVTALESPEKIALISTER OG PRIVATE TJENESTELEVERANDØRER

Avtalespesialister og private tjenesteleverandører er en del av det totale tjenestetilbudet.

Avtalespesialister er viktige av flere grunner.

- Som del av det offentlige tjenestetilbudet.
- Som leverandør av brukernære spesialisttjenester
- Som ”konkurrent” til foretak/sykehus
- Av betydning for rekruttering og utdanning.

For at HMN skal kunne forvalte ”sørge for ansvaret” på en økonomisk og faglig forsvarlig måte kreves harmonisering og oppgavefordeling

- *Privatpraktiserende spesialister i psykiatri og klinisk psykologi må i størst mulig grad integreres i det offentlige behandlingstilbudet*
- *Når fylkeskommunen(nå staten) tildeler avtalehjemler for privat praksis må det fastsettes i driftsavtalen hvilke tjenester den privatpraktiserende skal yte, slik at samarbeid og arbeidsdeling i forhold til de offentlige poliklinikkene er regulert.*
- *Det er en viktig oppgave å knytte denne virksomheten (privatpraktiserende spesialister) nærmere til DPS’ene og de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene gjennom bl.a. planlegging og oppgavefordeling, prioriteringskriterier, rapporteringsrutiner, undervisning, fagutvikling og veiledning.*

### Avtalespesialister i Helse Midt-Norge

I HMN er antall avtalehjemler, fordelt på stillingsandeler for psykiatere og psykologer denne pr. okt 2002

#### Psykologspesialister

Foretak	Stillingsandel							SUM avtaler
	20 %	30%	40%	50%	60%	80%	100%	
Helse Sunnmøre	6		1				5	12
Helse Nordmøre og Romsdal	5						3	8
Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag	19	3	2	5	1		6	36
Helse Nord-Trøndelag	2			2		1		5
SUM etter stillingsandel	32	3	3	7	1	1	14	

#### Psykiatere

Foretak	Stillingsandel							SUM avtaler
	20 %	30%	40%	50%	60%	80%	100%	
Helse Sunnmøre	3							3
Helse Nordmøre og Romsdal	2							2
Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag	2		2	3	1		4	12
Helse Nord-Trøndelag								0
SUM etter stillingsandel	7		2	3	1		4	

### Regionens utfordringer

Avtalespesialistene er en del av det offentlige tjenestetilbudet. Inntil annet blir bestemt er det enkelte foretak som inngår avtale med spesialistene etter en vurdering av behov. Det stilles de samme krav til faglig forsvarlighet, kompetanseheving, offentlig rapportering, deltakelse i undervisning og utdanning mm. som til foretakene.

Det er viktig at ventetider hos den enkelte spesialist gjøres tilgjengelig for de allmennpraktiserende legene og for pasientene. HMN vil etterspørre nødvendig oversikt over ventetider fra avtalespesialistene.

Indikatorer skal rapporteres som for foretakene. Andre forhold av betydning for pasient og allmennlege bør også gjøres kjent (spesialkunnskap/spesialinteresser hos aktuelle avtalespesialister etc.). HMN vil bidra til å finne praktiske løsninger i samarbeid med avtalespesialistene.

HMN vil etterspørre offentlig tilgjengelige ventetidsdata, indikatorer og ”produktbeskrivelse” for avtalespesialistene.

Avtalespesialistene inngår som deltjeneste innenfor HMNs ”sørge for ansvar”. HMN legger stor vekt på at den totale tjenesteressursen skal forvaltes rettferdig etter intensjonene i spesialisthelsetjenesteloven og nasjonale prioriteringskriterier. Dette innebærer at avtalespesialistene også må gjøre prioritering av tjenestetilbud til pasienter i tråd med nasjonale og regionale føringer.

Avtalespesialistene skal være en integrert del av det offentlige tjenestetilbudet og omfattes av samme regelverk, med samme rettigheter og plikter i forhold til prioritering av pasienter, krav til kvalitet, rapportering, deltakelse i undervisning og utdanning etc. Dette skal avtales. Oppfølging skal prioriteres på lik linje med oppfølging av andre helsetjenesteproduserende enheter.

Det skal være samarbeidssystemer mellom avtalespesialistene og foretakene. Dersom ikke annet er hensiktsmessig skal avtalespesialistene knyttes til DPS. Ved utbygging av DPS lokaler og etablering av DPS-tjenester er det viktig at det opprettes kontakt med avtalespesialister tidlig slik at oppgaver kan harmoniseres.

Hvor det vurderes hensiktsmessig skal samarbeid med avtalespesialistene knyttes til DPS-organisasjonen.

Det er i dag en betydelig skjevfordeling av avtalespesialister i HMN. Dersom avtalespesialistene skal være et reelt alternativ til foretakenes poliklinikker er det nødvendig å stimulere til en mer jevn fordeling gjennom at nye avtaler opprettes først i de områdene med færrest avtaler.

HMN vil prioritere nye avtaler i områdene med lavest dekning, jfr tabell.

Rekruttering av spesialister er en suksessfaktor for gode tjenestetilbud i foretakene. HMN ønsker at foretakene benytter avtaler med spesialister som rekrutteringsvirkemiddel der dette vurderes hensiktsmessig.

HMN vil vurdere deltidstiltak med private spesialister som rekrutteringsmiddel.

### Private tjenesteleverandører

Private aktører har i lang tid spilt en viktig rolle i det samlede helsetjenestetilbudet. Innenfor psykiatri og tilgrensede tjenester (familievern, rus, barnevern) er det etablert en rekke ulike former for samhandling mellom offentlig og privat virksomhet, fra enkle leieavtaler av lokaler til avtaler om kjøp av komplekse tjenestetilbud.

Departementet har nylig tilkjennegitt noen overordnede føringer for de regionale helseforetakenes bruk av private virksomheter:

- ”Sørge for ansvaret” gir grunnlag for bruk av private virksomheter i det helhetlige arbeidet for å realisere helsepolitikkenes mål
- Foretakene har ikke noe organisatorisk eller økonomisk ansvar for private virksomheter som leverer tjenester
- Det må legges vekt på en likeverdig behandling av egne foretak og de private virksomhetene. Dette omfatter også effektiviseringskrav.

Innenfor denne rammen, og i en total regional sammenheng har arbeidsgruppen vurdert aktuelle tjenesteleverandører ( se kap.13, Distriktpsikiatriske sentre). Tjenester som HMN i dag ikke har noe formelt ”sørge for ansvar” for, har arbeidsgruppen ikke vurdert.

## 12 BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

### Tjenestetilbudets utfordringer

Stortingsmelding 25 (3) peker spesielt på behovet for styrking av barne- og ungdomspsykiatri.

Vurderingene i stortingsmeldinga og opptrappingsplanen pekte spesielt på følgende:

- Barne- og ungdomspsykiatrien er et ”ungt” fagfelt som trenger en betydelig styrking
- Økning i dekningsgrad fra 2 til 5% av barne- og ungdomsbefolkningen, dvs. fra 22500 til 50000 barn og unge
- 5% av disse (mellom 7 og 18 år) har behov for institusjonsplass, dvs. 1500
- Dette utgjør 500 døgnbehandlingsplasser (+205), ut fra liggetid på 75 døgn og 75% belegg som overført til HMN utgjør 70 døgnplasser.
- Behandlingshjem blir omgjort til klinikker med mer aktiv behandling
- Behovet for dagplasser settes til 265 på nasjonalt plan
- Det er et mål å oppnå en produktivitetsøkning på 50% i poliklinikk
- Forskning og fagutvikling i fagfeltet skal styrkes.

Hittil i opptrappingsplanperioden (dvs. årene 1998 – 2001) ser det ut til at vi har følgende sentrale utviklingstrekk:

- Ressursinnsatsen øker i tråd med forutsetningene
- Dekningsgraden i forhold til barnebefolkningen øker, men her ligger HMN tilbake i forhold til landet for øvrig, men med betydelige variasjoner mellom foretakene.
- Målet om å øke antallet døgnplasser har så langt ikke slått til. Tallet er stabilt gjennom mange år (ca. 300)
- Forutsetningen om økning i dagplasser ser ikke ut til å slå til
- Økningen av personell og antall tiltak, særlig polikliniske, er omtrent som forutsatt
- Økningen i produktiviteten i poliklinikkene fra 1998 – 2000 er nasjonalt på ca 20% og slik sett i samsvar med forutsetningene (betydelige forskjeller mellom enheter og fylker)

I arbeidet med å styrke barne- og ungdomspsykiatrien ytterligere i HMN er det noen sentrale problemstillinger som peker seg ut:

- Det er ulikheter i faglig og institusjonell profil mellom de tre fylkene.
- Det er ulikheten i ressursinnsatsen.
- Antall døgnplasser varierer. Det er bare Sør-Trøndelag som har plasser i tråd med nasjonale føringer
- Akutt plasser for ungdom er ikke tilfredsstillende avklart. Forholdet til voksenpsykiatrien og rusomsorgen er viktige sider ved dette.
- Det er behov for styrking av forskning og fagutvikling.

### **Faglige utfordringer**

BUP er et ”desentralisert” fag. Mestringsevnen hos pasientene henger nøye sammen med et støttende nettverk og en meningsfull livssituasjon. De fleste spesialiserte tjenestene gies best fra ”lokale” foretak. Barne- og ungdomspsykiatri er et ”samhandlingsfag”. Samarbeid med ulike kommunale 2.linjetjenester er et svært viktig virkemiddel for å bygge gode tiltak. Samarbeid med pediatri er viktig. Flere pasienter med psykiatriske problemer kommer først inn i pediatri. Videre har en stor andel BUP-pasienter genetiske og organiske skader med funksjonssvikt som krever samtidig innsats fra pediatri. Mange pasienter/familier med hovedbehandling i pediatri og barnehabilitering har dessuten nytte av kompetanse fra BUP.

Barn av voksenpsykiatrisk pasienter, rusmisbrukeres barn, barn av voksne med alvorlig sosial problematikk og somatiske kriser er risikoutsatt. Samarbeid med og kunnskapsformidling til voksenpsykiatri, rusfagfeltet, voksensomatikk og andre som behandler voksne i krise er vesentlig for å forebygge skader pga dyskommunikasjon og relasjonsproblemer.

Barn og ungdom med alvorlig adferdsavvik og rusproblematikk er en økende gruppe pasienter i BUP. BUP skal være del av sammenhengende behandlingsskjeder sammen med mange andre aktører rundt pasienten. Det er behov for å bygge opp egnede tilbud og å tilegne seg nye behandlingsteknikker. Flyktninger og asylsøkere er blitt en stor og kompleks gruppe pasienter. Det kreves gjensidig opplæring og veiledning både til BUP og til samarbeidsparter. Psykososialt team på regionalt nivå er viktig samarbeidspartner.

Samarbeidskulturer og systemer mellom ulike tjenester må bygges ut videre. Det er det enkelte foretak som har ansvar for samhandling.

### **Barne- og ungdomspsykiatri i et regionalt perspektiv**

Enkelte pasienter vil ha behov for høyspesialiserte tjenester. Spesialiserte tjenester i genetiske problemstillinger, utvikling og utprøving av nye utrednings- eller behandlingsteknikker, vanskelig nevrofarmakologi vil best ytes i regionale tilbud.

Faglig kompetanse kan benyttes på tvers av helseforetakene i regionen gjennom kompetansenettverk. Dette innebærer at enkelte BUP-enheter får ansvar for å holde seg faglig i forkant på avgrensede områder, og ansvar for at kompetansen spres til andre enheter i regionen.

Barne- og ungdomspsykiatri er et ungt fag med svært mange uavklarte problemstillinger. Det er behov for forskning og kompetanseutvikling i hele fagfeltet på tvers av foretaksgrenser. R-BUP er en ressurs fagmiljøene har støtte av i tråd med intensjonene med enheten. Forskning i barne- og ungdomspsykiatri må omfatte både barne- og ungdomspsykiatri og tilgrensende fagfelt.

Utdanningsinnsatsen må være intensiv for å rekruttere og beholde personell i eksisterende stillinger og til nye ”opptrappingsstillinger”. Undervisningsnettverk som inkluderer samarbeidsparter i hele regionen er viktig for kompetanseheving og rekruttering .

BUP i regionen har kommet langt i å bruke telematikk som reduserer hindringer som ligger i avstand og organisatoriske grenser. Bruk av video både til undersøkelser, terapier og i opplæring er en ressurs som

gir gode muligheter til selvrefleksjon og utvikling av personlig egnethet til pasientarbeid, og til kompetanseheving/ opplæring.

Barne- og ungdomspsykiatri skal styrkes i tråd med retningslinjer gitt i opptrappingsplanen. Både Helse Nord-Trøndelag og Helse Nordmøre og Romsdal HF har for få innleggelsesmuligheter for ungdom. Døgntilbudene må styrkes i disse foretakene jfr kapittel 5.

Det er behov for at foretakene gjør en ytterligere gjennomgang av tilbudenes interne ressursdisponering. SAMDATA-rapportene viser fortsatt relativt lav direkte pasientrettet aktivitet pr behandler pr dag. "Samhandlingsfaget" BUP kan ikke uten videre sammenlignes med voksenpsykiatri. Arbeidsformen gir ikke direkte uttelling i statistikk på samme måte som i voksenpsykiatri. BUP tilbyr mange av sine tjenester indirekte med utstrakt veiledning og opplæring. Uansett stiller HMN krav om en økning i andel direkte pasientrettet aktivitet pr behandler

Aktiviteten skal gi tilbud til 5% av befolkningen fra 0-18 år pr 2006 og må styrkes i tråd med dette. HMN krever fortsatt gjennomgang av aktivitet for å øke andel direkte pasientrettet aktivitet i BUP-enhetene.

Mye av aktiviteten i barne- og ungdomspsykiatri er i midlertidige og delvis uhensiktsmessige lokaler. HMN prioriterer utbygging av BUP institusjonene i tråd med opptrappingsplanen. Se kapittel 21

"Nye" St.Olav Hospital HF viderefører de eksisterende institusjonsplasser. Helse Nord-Trøndelag bygger ut etter planen ved sykehuset Levanger. Tilbudene i Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF bygges ut i tråd med opptrappingsplanen. Det vurderes videre om en utbygging av plasser ut over eksisterende planer er nødvendig og om slik utbygging kan skje i samarbeid mellom BUP, VOP, rusfagfeltet og barnevern.

Flyktninger og asylsøkere er blitt en stor og kompleks gruppe pasienter. I områder med flyktningmottak øker henvisningen til BUP. Opplæring og veiledning både til kommunene og til 2. linje er nødvendig. Det er nødvendig å arbeide gjennom tolk. Det er i tillegg store følelsesmessige belastning behandlerne konfronteres med. Samarbeid med Psykososialt team bidrar til å trygge profesjonaliteten. Psykososialt team på regionalt nivå er viktig, men det er nødvendig med kompetanse lokalt på 1. og 2. nivå.

Psykososialt team for flyktninger og asylsøkere videreføres og vidreutvikles, se kapittel 15

HMN vil satse sterkere på forebygging av sykdomsutvikling hos barn. Styrking av kunnskap om vurdering og behandling av sped- og småbarn, barn av voksenpsykiatriske pasienter, barn av rusmisbrukere, barn som vokser opp under vanskelige sosiale kår, barn med genetiske og tidlig ervervede skader blir viktig. Det er et mål å oppdage og behandle alvorlige psykiske vansker tidlig hos ungdom (psykoser, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser). Barne- og ungdomspsykiatriens skal prioritere fagets egen kunnskapsutvikling og kompetanseoverføringsinnsats overfor foreldre og samarbeidsparter. Dette vil kreve nettverkssamarbeid og HMN ønsker å styrke de eksisterende miljøer. Det forutsettes at nettverkene bygger relasjoner på tvers av fagområdene i henhold til barnets behov for kunnskap og tjenester

HMN vil plassere nettverkskoordinatoransvar for tjenester med forebyggende fokus på følgende foretak:

- Tidlig intervensjon i forhold til sped- og småbarn i BUP Molde.
- Behandling av psykoser og ungdom med selvskade/suicidproblematikk til BUP i Trondheim
- Kompetansenettverk i familierapi sammen med voksenpsykiatri i Molde

Videre vil HMN plassere ansvar for å koordinere kompetanseutvikling for særlige kliniske problemstillinger til allerede eksisterende kompetansemiljøer

HMN vil plassere ansvar for nettverkskoordinator for tjenester med særlige kliniske problemstillinger til følgende foretak:

- Nevropsykiatri/psykologi til St.Olav HF, BUP Trondheim
- Pediatriisk barnepsykiatri til Helse Nord-Trøndelag, BUP Sykehuset Levanger
- Behandling av alvorlige adferdsvansker og rus til HNT, BUP Sykehuset Levanger
- Kompetansenettverk i familieterapi sammen med voksenpsykiatri i HNR , Molde Sjukehus.

Noen tjenester bør sentraliseres nært de somatiske miljøene med regionsykehusfunksjon. Det er bred enighet i fagmiljøene om at St.Olav Hospital bør tilby tjenester overfor barn med alvorlig anoreksi, vurdering av enkelte alvorlige adferdsvansker og selvbeskadigelse, og pasienter som krever nevrodagnostikk og behandling av vanskelige neurofarmakologiske problemstillinger.

Regionfunksjon med tilbud til barn med alvorlig anoreksi, vurdering av enkelte alvorlige adferdsvansker og selvbeskadigelse og tilbud om avansert nevrodagnostikk og behandling av vanskelige neurofarmakologiske problemstillinger legges til ”nye” St.Olav Hospital.(fusjonert BUP- og somatikkorganisasjon)

Fagmiljøene rapporterer at Regionsenter (R-BUP) ved NTNU er en viktig ressurs for den regionale kompetanseutvikling overfor barne- og ungdomspsykiatri-faget. Det er viktig å sikre at dette videreutvikles og at flere fag ved universitetet åpnes ut mot den kliniske hverdagen, på klinikkens premisser, og at samarbeidskanaler opprettes mot flere kliniske enheter.

HMN forutsetter at R-BUPs aktiviteter knyttes tettere opp mot de kliniske BUP-miljøene i regionen og at det kanalisere ressurser fra forskning og fagutvikling ut i helseforetakene og at kontakten med høyskolene videreutvikles i tråd med sentrale føringer.

## 13 DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRA

Opptrappingsplanen legger føringer for å etablere et skille mellom allmennpsykiatri som i hovedsak skal tilbys i DPS og andre spesialiserte tjenester som skal tilbys i sykehus. Staten prioriterer etablering av DPS i opptrappingsperioden.

Departementet har i prinsippet godkjent DPS-konstruksjonene i regionen gjennom godkjenning av de fylkeskommunale planene, men påpeker i Styringsdokumentet 2002 at DPS-strukturen skal vurderes på nytt.

*En bør se på opptaksområdene for distriktpsikiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker på ny, noe mer uavhengig av fylkesgrensene enn det som fremgår av de fylkeskommunale planene*

*DPS modellen skal gi tilbud om*

- allmennpsykiatriske tjenester
- Det skal være tilpasset kronisk syke med behov for koordinerte tjenester mellom 1.linje, private spesialister og spesialisthelsetjenesten.
- DPS skal gi poliklinikktilbud, dagbehandling og innleggelse. Innleggelsene skal være harmonisert med tilbudet pasienten har i kommunen, og terskelen for bruk av plassene skal være lav.
- BUP-tjenester ( bl.a. poliklinikk) bør så langt mulig samlokaliseres med DPS

*DPS skal etableres slik at tjenesten gir*

- nærhet til et begrenset antall kommuner

*Et funksjonelt DPS skal*

- ta hovedtyngden av de allmennpsykiatriske behandlingsoppgavene som generelle psykiatriske sykehusavdelinger tidligere har hatt.

Statens Helsetilsyns veiledningsserie 1-2001 *Distriktpsikiatriske sentre, organisering og arbeidsområder* (IK-2738) gir beskrivelser av DPS'enes innhold. Arbeidsgruppen viser til detaljbeskrivelsene i denne utredningen (11).

### DPS-struktur

#### Helse Sunnmøre HF

##### Volda DPS

DPS Volda ligger nærmest grunnmodellen og den fylkeskommunale planen for DPS i dette område, og er praktisk gjennomførbar med flere utbyggingsalternativer.

*Opptaksområde: Ca 31000 innb. over 18 år*  
*Døgnplasser: 19*

Helse Sunnmøre HF etablerer DPS Volda på sykehusområde i Volda. Dette innebærer utfasing av DPS-enheten Sande psykiatriske senter når døgnenheten i Volda er etablert.

**Ålesund DPS**

Helse Sunnmøre HF planlegger å bygge ny poliklinikk for voksenpsykiatri med lokaler for barne- og ungdomspsykiatri. Kostnaden er foreløpig satt til 98 mill. Døgnerhetene i Sjøholt og Vegsund har noe ugunstig beliggenhet, men velfungerende kliniske miljøer. Det planlegges ingen opptrappingsmidler til investering i bygningskompleksene ved døgnerhetene i Sjøholdt og Vegsund.

*Opptaksområde:* Ca 64000 innb. o.18 år

*Døgnplasser:* 39

Helse Sunnmøre HF bygger ny poliklinikk i Ålesund. Døgnplassene i Vegsund og Sjøholt beholdes.

**Opptaksgrenser**

HMN velger ikke å regulere grenseområdene mellom HF'ene på begge sider av Romsdalsfjorden. Helseforetakenes ansvarsområder er definert som basisområder, men pasienter skal kunne velge fritt. Det foretaket som gjennomfører pasientbehandlingen er ansvarlig for samhandling med kommunene.

**Helse Nordmøre og Romsdal HF****DPS Molde**

I forbindelse med godkjenning av Opptrappingsplanen i Møre og Romsdal (22.06.01), ble fylkeskommunen av departementet bedt om å vurdere behovet for døgnplasser på Nordmøre på nytt. Fylkestinget vedtok at Tingvoll skulle overføres til Nordmøre DPS fra 2004. Det var forutsatt at Molde DPS med sitt døgntilbud da ville være realisert. Dette ville gitt en vesentlig høyere dekningsgrad på Nordmøre enn normen når det gjelder døgnplasser i DPS.

Helse Midt-Norge vurderer det slik at dersom nye ca. 20 DPS døgnplasser i Molde skal realiseres, vil døgnplassdekningen i DPS for Nordmøre og Romsdal bli for høy i forhold til norm og behov. På den annen side vurderes det som viktig å etablere en tidsmessig og samlet DPS-funksjon i Molde med både poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud.

Enheten på Tingvoll er den som er minst tilgjengelig for befolkningen. Den er også ut fra geografisk plassering noe vanskelig å integrere faglig som en del av spesialisthelsetjenesten. Dersom nytt DPS døgntilbud skal etableres i Molde er det ikke mulig økonomisk, og i forhold til plassstall i foretaket, å opprettholde Tingvoll som en del av spesialisthelsetjenesten.

HMN forutsetter derfor at døgntilbudet ved Tingvoll psykiatriske senter avvikles som en del av spesialisthelsetjenesten. Det kan være aktuelt å samarbeide med kommunen om drift av tilbudet en tid framover. Det er imidlertid en forutsetning at Helse Nordmøre og Romsdal gjør en grundig vurdering av Molde DPS. i relasjon til Samla Plan-prosessen. En slik lokal vurdering bør gjøres tidlig i 2003.

*Opptaksområde:* 52000 innb. o.18 år

*Døgnplasser:* 37

Helse Nordmøre og Romsdal HF etablerer nytt døgntilbud i Molde (15-20 plasser) sammen med poliklinikk til et fullverdig DPS. Tingvoll avvikles som en del av spesialisthelsetjenesten. Eide beholdes som del av Molde DPS (ca 10-15 plasser)

**DPS Nordmøre (Kristiansund)**

Det planlagte DPS i Kristiansund er i tråd med opptrappingsplanene. Nordlandet psykiatriske senter skal være døgnerhet. Det foreligger ulike alternativer for poliklinikk. Avstandene mellom de alternative

enhetene er uansett ikke store. Hvilke av utbyggingsalternativene som er mest kosteffektivt, både økonomisk og faglig er under utredning av foretaket.

*Opptaksområde:* 37000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 32

Helse Nordmøre og Romsdal HF bygger ut Nordmøre DPS til et fullverdig DPS med poliklinikk, dag og døgntilbud. Nye lokaler for en samlet poliklinikk etableres. Nærhet til døgntilbud vektlegges. Bygningsmassen ved Nordlandet opprustes til et tidsmessig døgntilbud innen DPS.

### **Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag,**

#### **Orkdal DPS**

Orkdal DPS døgnetenhet er pr dato ferdig planlagt og godkjent av departementet. DPS Orkdal har en satellittenhet i Haltdalen. Opptaksområdet til Orkdal er ugunstig stort i geografisk omfang med kommuner fra Hitra og Frøya i vest til Røros i øst. Området i øst ligger kommunikasjonsmessig ugunstig til i forhold til Orkdal. Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag har av den grunn valgt å bygge videre på ressursen som ligger i Haltdalen. Heller ikke den løsningen gir gunstig tilgjengelighet for pasienter i Oppdal og Melhus. Tilbudet i Haltdalen er vurdert erstattet med avtale med Tynset DPS, men dette vil kun øke tilgjengeligheten for pasienter i Rørosområdet og ikke i Melhus og Oppdal. DPS Orkdal er dimensjonert for å kunne imøtekomme noen pasienter fra Rindal /Surnadal, men opptaksområdet er ikke omdefinert.

*Opptaksområde:* 45.000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 30, ( 19 + 11)

Orkdal DPS bygges etter godkjent plan. Enheten i Haltdalen opprettholdes som satellittenhet til Orkdal DPS. Det kreves i tillegg en liten tilpasning av bygningsmassen i Haltdalen. Satelittenheten i BUP opprettholdes på Røros.

#### **Tiller DPS**

Eksisterende DPS Tiller er planlagt utvidet i tråd med størrelsen på opptaksområdet. Utvidelsen inkluderer samlokalisering av barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Det er en rekke tekniske utbyggingsutfordringer ved DPS Tiller, men tiltaket er faglig sett gunstig.

*Opptaksområde:* 70.000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 34

DPS Tiller bygges ut til et fullverdig DPS med poliklinikk, døgn og dag. Barne- og ungdomspsykiatri etableres i samme bygningskompleks.

### **DPS-struktur for Trondheim øst, Malvik, Selbu og Tydal kommuner i Sør-Trøndelag og kommunene Stjørdal, Frosta og Meråker i Nord-Trøndelag.**

I den statlige godkjenningen av fylkenes utviklings-/opptrappingsplaner lå en klar henstilling om å finne løsninger på tvers av fylkesgrensene. Det ble også påpekt at Sør-Trøndelags del av Fosen hadde for liten befolkning til en egen DPS. Sosial- og Helsedepartementet ønsket vurdert en mulig DPS-løsning for Fosenkommunene i samarbeid mellom Nord- og Sør-Trøndelag. Kommunene Mosvik, Verran og Leksvik

er i foreliggende forslag knyttet til Levanger DPS. Etter avviklingen av Åfjord bo- og behandlingssenter høsten 2002 foreslås ikke nyetablering av nye døgnplasser på Fosen, som i stedet vil bli en del av Leistad DPS. Under henvisning til det frie sykehusvalg vil pasienter fra Fosen kunne søkes til Orkdal DPS. På lengre sikt kan psykiatritilbud etableres i tilknytning til DMS på Fosen. Forøvrig hadde de to fylkene i sine respektive planer foreslått følgende DPS-struktur:

#### Nord-Trøndelag

Nyetablering/ nybygg i Stjørdal med 24+4 døgnplasser for kommunene Meråker, Frosta og Stjørdal, en befolkning på 18.000 over 18 år. Sør-Trøndelagskommunene Selbu og Tydal, om lag 4000 innbyggere var inkludert i dimensjoneringsgrunnlaget, som i alt var 33.000 innb.

#### Sør-Trøndelag

Et DPS lokalisert til Leistad og Betania. Sistnevnte eies av Lukas Stiftelsen, en privat organisasjon. Modellen innebærer døgndrift to steder og en samlet offentlig poliklinikk. Med 56 døgnplasser for en totalbefolkning på 88.000 over 18 år, ville opptaksområdet omfatte halve Trondheims befolkning, kommunene Malvik, Selbu og Tydal, (om lag 12.000) samt Sør-Trøndelags del av Fosen, 16.000 innb. Løsningen innebærer en kombinasjon av offentlig og privat virksomhet med hensyn til arbeidsgiveransvar og ledelse. Lukas Stiftelsen på sin side har tilkjennegitt interesse for å drive et DPS med alle funksjoner innenfor sin organisasjon.

I henhold til de to fylkenes planer vil 3 DPS-er etableres innenfor en avstand på om lag 20 km. Med utgangspunkt i statens anbefalinger og kriteriene *tilgjengelighet/ lokalisering, befolkningsstørrelse / dimensjonering, organisering og investeringsbehov* har HMN vurdert tre alternative DPS-løsninger i det aktuelle området. Samtlige forslag innebærer etablering av to DPS-er i området i stedet for tre som opprinnelig foreslått. Kombinasjonen av en stor bybefolkning og 6 mindre kommuner i to fylker gir en rekke utfordring med hensyn til lokalisering.

#### **Alternativ 1.**

##### **Betania DPS, får DPS-funksjon for hele området. Leistad fases ut, Stjørdal bygges ikke.**

DPS-virksomheten for hele området samles i en stor driftsenhet på Betania i Malvik. Med et befolkningsgrunnlag på 107.000, er det behov for 68 døgnplasser og 54 polikliniske stillinger. Det vil bli en meget stor driftsenhet. Områdets størrelse vil vanskeliggjøre et nært samarbeid med kommunene. For befolkningen i Nord-Trøndelag vil det ikke være sammenfall mellom sykehus- og DPS-området.

#### **Alternativ 2.**

##### **Leistad og Betania samarbeider om DPS-tjenester. Stjørdal bygges ikke.**

På grunn av begrensede utbyggingsmuligheter på Leistad vil dette alternativet innebære at de aller fleste døgnplassene i dette alternativet vil måtte lokaliseres til Betania, som har muligheter for en utbygging. Poliklinikken for Trondheimsbefolkningen vil ikke kunne bli fullstendig samlokalisert med døgnavdelingen på Leistad. Dette kan allikevel være en tilfredsstillende løsning dersom Leistad selges og en DPS for Trondheim øst og Fosen etableres et annet sted i Trondheim. Det vil i utgangspunktet være behov for 48 døgnplasser og 38 polikliniske stillinger i det nye Leistad. Dersom Leistad ikke kan flyttes kan utbyggingsbehovet reduseres ved å plassere en by-poliklinikk, kanskje også deler av dagtilbudet til Trondheim, i lokaler som frigjøres når deler av BUP flytter ut til Tiller. Med en styrket poliklinikk kan dagens antall døgnplasser på 38 ved Leistad bli tilstrekkelig. Betania vil i dette alternativet dekke Malvik, Selbu og Tydal i Sør-Trøndelag og Frosta, Meråker og Stjørdal i Nord-Trøndelag. Det vil være behov for 18 døgnplasser og 15 årsverk poliklinikk. Døgnavdelingen kan dimensjoneres noe høyere. For befolkningen i Nord-Trøndelag vil ulempen være den samme som i alternativ 1 når det gjelder sykehusområdet.

**Alternativ 3.****Leistad dekker Trondheim øst og Fosen, Stjørdal resten. Betania fases ut.**

Stjørdal har en sentral beliggenhet på begge sider av fylkesgrensene. Fordelingen av plasser vil bli den samme som i alternativ 2. Stjørdal er planlagt med 24 plasser, inkludert Selbu og Tydal, og vil få plasser til også å kunne dekke Malvik (se under). Når det gjelder sykehus tilhørighet, vil problemet her være tilsvarende i alternativene over, men da for Sør-Trøndelagsbefolkningen. Denne løsningen forutsetter den samme løsning som i alternativ 2 når det gjelder dimensjonering, alternativt flytting av Leistad.

**Forslag DPS Leistad (alternativ 3).**

Alternativ 2 og 3 er begge tilfredsstillende best når det gjelder størrelse. Alternativ 3 vurderes allikevel som det mest egnede ved at de to DPS-ene lokaliseres i hvert av fylkene. For befolkningen i Trondheim bør DPS-tilbudet ikke lokaliseres lenger øst enn Leistad. Når det gjelder tilgjengelighet for de øvrige kommunene er forskjellen mellom Betania og Stjørdal marginale. For befolkningen i Nord-Trøndelag, Selbu og Tydal og Malvik har imidlertid Stjørdal en sentral beliggenhet, selv om befolkningen i sistnevnte kommune i dag har tilhørighet til Betania. Stjørdal DPS kan dekke det foreslåtte området i Sør-Trøndelag uten at prosjektet endres. Forslaget innebærer at Betania, Lukas Stiftelsen avvikles som DPS. Alternativ bruk av Betania til formål innen rehabilitering eller annen psykiatrisk virksomhet bør vurderes.

*Opptaksområde:* 76000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 38 (reduert fra 48)

DPS Leistad utbygges til et DPS med redusert poliklinikk. Resterende poliklinikk-kapasitet etableres i sentrumsnære lokaler. Fosenteamet inngår i poliklinikk. Betania fases ut

**Helse Nord-Trøndelag****Stjørdal DPS**

DPS Stjørdal bygges ut i tråd med opptrappingsplanen, jfr departementets anmerkninger og argumentasjonen i avsnittet over. DPS Stjørdal er planlagt til 24 + 4 (deler av Malvik) plasser, men vurderes bygd med ekspansjonsmuligheter for å kunne møte området forventede vekst. Det overføres personell fra allmennpoliklinikken i sykehuset Levanger til DPS Stjørdal. DPS Stjørdal dekker Stjørdal, Meråker, Frosta, Selbu, Tydal og deler av Malvik

(Bygningsmassen til DPS Stjørdal er dessuten planlagt dimensjonert for et flerregionalt tilbud for pasienter med alvorlige og kronifiserte spiseforstyrrelser (se kapittel 15).

*Opptaksområde:* 23000 +9000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 24+4

DPS Stjørdal bygges ut til fullverdig DPS. Opptaksområde utvides til å omfatte deler av Malvik, samt Tydal og Selbu. DPS't dimensjoneres etter dette

**Levanger DPS**

Sykehuset Levanger yter allerede i dag DPS tjenester. Sykehuset planlegger en tydeligere differensiering av tjenesten i sykehuset for å organisere bedre DPS-funksjonalitet. Etablering av DPS Levanger krever mindre bygningsmessige forandringer.

DPS Levanger skal gi tilbud til befolkningen i Snåsa, Steinkjer, Inderøy, Verdal og Levanger. DPS'et ligger kommunikasjonsmessig tilgjengelig også for østlige del av Fosen (Mosvik og Leksvik). Det er fortsatt mulig å justere forholdet mellom døgnplasser i sykehus og i DPS

*Opptaksområde:* 43000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 14

Sykehuset Levanger differensierer tilbudet mellom sykehustjenester og DPS. Det er nødvendig med justering av bygningsmassen.

### **Namsos / Kolvareid DPS**

På lik linje med Levanger (se over) yter også Sykehuset Namsos DPS-tjenester i sykehuset. Det foreslås derfor også at Sykehuset Namsos gjør en faglig-organisatoriske tilpasning av tilbud som er i tråd med DPS-beskrivelsene i Helsetilsynets veiledningsheftet. Kolvareid, som om kort tid er ferdigstilt er foreløpig avhengig av personell fra Sykehuset Namsos, og det er derfor naturlig å se ressursene under ett. Det etableres 12 DPS-plasser i Kolvareid og anslagsvis 15 DPS plasser i Sykehuset Namsos.

*Opptaksområde:* 31000 innb. o.18 år  
*Døgnplasser:* 27

Det etableres Namsos DPS i Sykehuset Namsos ved å differensierer tilbudet mellom sykehustjenester og DPS. Kolvareid fullføres som satellitt under Namsos DPS etter planen.

### **Innhold i DPS-tilbudet**

Innholdet i DPS er beskrevet i veiledningsheftet. Det er innefor disse rammene rom for lokale variasjoner. HMN legger vekt på at den innholdsmessige utformingen av DPS er foretakene ansvar. Det er viktig for foretakene å se DPS-tilbudene i sammenheng med de andre tilbudene, både i kommunen og i sykehusene. HMN vil initiere en evaluering av DPS'enes tilbud og pasientgruppe for å kunne bidra til en harmonisering av tilbudene i tråd med DPS-modellens intensjoner og for å kunne utøve regionalt eierstyring av foretakene samlet. Evalueringen skal skje i samarbeid med brukere og profesjonelle aktører i DPS. Det er særlig viktig å følge utviklingen på pasientgruppen som i dag har institusjonen som bostedsadresse

Ledere i DPS har overfor det regionale foretaket uttrykt ønske om at DPS-modellen utvikles som et "spesialområde", og ser behov for regional samhandling. HMN mener det er viktig at dette "spesialområde" etablerer lærings, evaluerings- og utviklingsarenaer for å styrke tjenesten totalt sett. HMN vil derfor initiere et regionalt nettverk. Sosial- og Helsedirektoratet vil også bidra til nasjonale treffpunkter for DPS-aktørene

HMN vil ta initiativet til et regionalt DPS-nettverk mellom DPS-aktører. HMN vil være en av de aktive aktørene

## 14 SYKEHUSTJENESTENE – BASISSTILBUD I FORETAKENE

Opptrappingsplanen (4) og foretaksreformen legger vekt på at etableringen av DPS skal gi rom for ytterligere spesialisering av tilbudene i sykehusene (jfr. kap.13).

*De psykiatriske sykehusavdelingene skal i større grad gi behandlingstilbud til pasienter som trenger mer spesialiserte tilbud og mer omfattende ressurser enn det som vil være tilgjengelig i DPS'er*

*De offentlige poliklinikkene bør i enda større grad prioritere pasienter med alvorlige lidelser og sørge for langsiktig oppfølging og støttetilbud for disse, i samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten*

Hva som er sykehustjenester vil være dynamisk avhengig av det totale tjenestetilbudet, utvikling av metoder og kunnskap. Sykehusene har bygd opp sine tilbud ulikt, men betjener pasientene i ansvarsområde på alle områder der det ikke allerede er avtalt funksjonsfordeling. Det er de enkelte foretak som er ansvarlig for innhold og utvikling av tilbudene.

### **Funksjonsdeling mellom "par-sykehusene"**

De spesialiserte tjenestene vil ikke nødvendigvis være i hvert sykehus. Kravet til volum-kvalitet og kostnadseffektivitet vil kreve at de spesialiserte sykehustjenestene vurderes med tanke på helt eller delvis funksjonsdeling. Det er de enkelte foretak som vurderer funksjonsdeling mellom institusjoner i foretaket. Dette arbeidet er allerede i gang jfr prosjektene "To hus tett i tett", "Fusjonsprosjektet", "Samla plan" og "Par-sykehusene".

### **Sykehusbygninger**

En vellykket opptrapping og styrking av sykehustjenestene vil ikke nå frem uten tilfredsstillende rammer også for sykehusene. Bygningsmassen knyttet til sykehustjenesten i regionen er delvis gammel, nedslitt og delvis uhensiktsmessig for en fremtidsrettet psykiatri (jfr. Hjelset, Østmarka). Det er derfor behov for oppgradering av bygningsmasse uten at dette representerer opptrapping.

Det er omfattende planer for nybygg av sykehus. Planenes kostnad går langt ut over de rammene som er stilt til disposisjon i opptrappingsplanen og i eksisterende budsjetter, jfr oversikt i kapittel 21 og Riksrevisjonens rapport (2). De mest omfattende planene er i Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag / St.Olav Hospital og Samlet plan Helse Nordmøre og Romsdal.

HMN vil måtte vurdere utbyggingstiltak ut over opptrappingsplanen etter en samlet vurdering av behovene i somatikk og psykiatri

### **Basistilbud i hvert foretak**

Opptrappingsplanens hovedsatsninger er knyttet til utvikling og utbygging av BUP og distriktpspsykiatriske sentra. Planen gir bare begrenset rom for nye tilbud innenfor den voksenpsykiatriske sykehustjenesten. Samtidig peker opptrappingsplanen på behovet for spesialiserte tjenester for pasienter med særlige behov.

Noen av disse kan løses regionalt, og omtales i neste kapittel. Noen tjenester vil kreve oppbygging av egne enheter, mens andre tjenester skal kunne løses av de ressursene som er i sykehusenes eksisterende enheter. HMN mener at noen spesialiserte basistjenester skal inngå i samtlige av foretakenes

sykehusstilbud. Dette er basert på pasientens behov for nærhet til de mest vanlige tjenestetilbudene og samtidig regional likhet og tilgjengelighet.

Følgende sykehusfunksjoner foreslås å inngå i basistilbud og må finnes i alle foretakene:

- Akuttfunksjon (bemannet for sikkerhet / lukket , skjermingsmulighet)
- Subakuttfunksjon (korttidsrehabilitering)
- Alderspsykiatri
- Utredning og behandling av unge med psykoselidelser
- Rehabilitering ved langvarig funksjonssvikt
- Sikkerhetsenhetsfunksjon (lukket, høy sikkerhetsbemanning, langtidsopphold)
- Rus/psykiatri utredningsenhet
- BUP døgn, familieenhet

### **”Fylkesfunksjoner” i Møre og Romsdal**

Tidligere fylkesfunksjoner tilsvarer i dag helseforetak bortsett fra i Møre og Romsdal fylke. Av de funksjonene som ikke tilbys i alle foretak, og som hører til ”basispakken” (se over) er ”fylkesfunksjonene” i Møre og Romsdal.

Dette gjelder følgende enheter/funksjoner i Møre og Romsdal:

- Familieenheten – BUA/Molde
- Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA)/Ålesund
- Psykiatrisk Rehabiliteringsavdeling (PRA) – herunder sikkerhetspsykiatrien på Hjelset
- Avdeling for Yngre – med schizofrenibehandling og ungdomspost (Hjelset)
- Alderspsykiatri (Hjelset)

Arbeidsgruppen har vurdert fylkesfunksjonene i forhold til hva som de nærmeste årene er realistisk å kunne realisere som foretaksspesifikke basistilbud.

### **Familieenheten – BUA (Molde) og UPA (Ålesund)**

UPA fungerer i dag etter intensjonene om foretaksovergrepene funksjon. Det er ikke funnet grunn til å dele denne funksjonen. BUA har en regional nettverksfunksjon innen familierapi som er under utvikling. Det er også en evaluering av enheten i gang.

Begge disse tjenestene forutsettes videreført som foretaksovergrepene funksjon mellom Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF.

Familieenhet BUA og UPA videreføres som foretaksovergrepene funksjon.

### **Sikkerhetsposten – PRA (Hjelset)**

Dette er en funksjon som i prinsippet skal finnes i hvert foretak. Slik modellen fungerer nå er det allikevel ikke nå funnet grunn til å dele funksjonen. Kostnadene vil være store og foretakene opplever at tilbudet er hensiktsmessig.. Tilbudet er planlagt utvidet med 2-3 plasser for å sikre bedre utredning / observasjon. Utredning av problemstillinger knyttet til pasienter som dømmes til psykiatrisk behandling blir en av kjerneoppgavene. Funksjonen ses faglig sett i sammenheng med tilbudet på Brøset. Omfanget av dom til behandling er fortsatt usikkert, og dessuten hvilke ”sikkerhetsnivå” pasienten har behov for. Behov for utbygging i begge foretakene må derfor vurderes løpende.

Sikkerhetspost i Molde videreføres som foretaksovergrepene funksjon i Møre og Romsdal. Behovet for utbygging i Helse Sunnmøre HF vurderes løpende.

### **Psykiatrisk rehabiliteringsavdeling**

I dag er det tre poster a 8 plasser på Hjelset. Hensiktsmessig rehabilitering krever nærhet til de andre sykehusfunksjonene, DPS, kommunehelsetjenesten og pasientens nettverk. Tiltaket foreslås avdelt slik at begge foretakene får videreutviklet tilbudene i den lokale behandlingsskjeden i tråd med foretakenes planer og igangsatt prosess

Proessen med å overføre en rehabiliteringspost til Ålesund sjukehus slutføres. En post omgjøres til 2-3 observasjonsplasser på sikkerhetsavdeling i Hjelset og en post forblir i Molde/Hjelset.

### **Avdeling for Yngre (AFY) –schizofrenibehandling og ungdomspost (Hjelset)**

AFY er en sammensatt enhet med to hovedfunksjoner. Enheten gir tilbud til unge med psykoselidelser ”unge schizofrene” (post 2) og et spesialisert ungdomstilbud (post 1). Helse Sunnmøre vil kunne gi et bedre tilbud til unge med psykoselidelser dersom tilbudet etableres i eget foretak. Tilbudet kan etableres i Sande psykiatriske senter som fases ut når DPS døgnenhet etableres i Volda. Den spesialiserte ungdomsposten kan fortsatt være en fellesfunksjon. Tilbudet sees i sammenheng med UPA ved Ålesund sykehus. HMN foreslår en funksjonsdifferensiering slik at schizofrenibehandlingsfunksjonen fordeles mellom foretakene, mens ungdomsposten forblir foretaksovergrepene. Inntil tilbudet er etablert i HSM beholdes posten på Hjelset som et foretaksovergrepene tilbud i Møre og Romsdal

Schizofrenibehandling i HNR (i dag post 2 på Hjelset) har 10 plasser. En slik funksjon skal også etableres på Sunnmøre i tillegg til post 2. Inntil videre må tilbudet fremdeles ha en fylkesdekkende funksjon.

### **Alderspsykiatri – Hjelset**

Opptrappingsplanen vurderer alderspsykiatri som et prioritert område. Det er mange eldre i dag som har behov for spesialisert psykiatrifaglig hjelp og som ikke får tilstrekkelig hjelp. Psykiatrifagfeltet må dessuten forberede seg på den psykiatrifaglige utfordringen som er knyttet til økende antall gamle eldre. Det er behov for å bygge ut tilbudet og å høyne kunnskap.

HMN ønsker å styrke tilbudet til eldre gjennom utbygging av spesialiserte tilbud og sette trykk på fagutviklingen gjennom å stimulere kompetanseutvikling i regionen (om regionale enheter se kapittel 15)

Det er i fylkeskommunale planer vedtatt en ny alderspsykiatrisk post (8 plasser) pluss poliklinisk team i Ålesund. Det foreslås at en slik post og poliklinisk team etableres og at en i tillegg øker det polikliniske tilbudet med ett poliklinisk team i hvert av foretakene HSM og HNR. Dette vil bidra til å utjevne skjevheter i døgntilbudet i voksenpsykiatri i regionen (se tabell kapittel 5)

Det er i fylkeskommunale planer vedtatt en ny alderspsykiatrisk post (8 plasser) pluss poliklinisk team i Ålesund. HMN gir sin tilslutning til denne opptrappingen. ser behov for å videreføre disse planene.

### **Sikkerhetspost Nord-Trøndelag**

I opptrappingsplanen for Nord-Trøndelag fylkeskommune ble det foreslått å avvente utbygging av sikkerhetspost. Det ble inngått avtaler med Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag om kjøp av plasser etter behov. Avtalen var basert på et erfart lavt volum av pasienter.

Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF signaliserer nå at denne ordningen er til hinder for rask rehabilitering av pasienter med behov for langtids sikkerhetstilbud. HMN mener det er grunn til å vurdere planene i Helse Nord-Trøndelag på nytt.

Helse Nord-Trøndelag vurderer på nytt utbygging av 4 sikkerhetsplasser i foretaket.

### Beskrivelser av sykehustilbudenes innhold

Det er foretakene som er ansvarlig for å utforme tilbudenes faglige innhold. For befolkningen i regionen er det nødvendig med beskrivelse av foretakenes tilbud slik at pasienter og primærleger skal kunne søke riktig kompetanse. Det er dessuten viktig for intern ressursdisponering og evaluering.

HMN vil bidra til å utvikle en Web-basert oversikt over tilbudene i de enkelte foretak. Denne "katalogen" vil kunne utvides med nøkkeldata når disse er gode nok for sammenligning.

## 15 REGIONALE TJENESTER

Stortingsmelding 25 (1996-97) (3) peker på betydningen av at de vanskeligste oppgavene bør kunne løses i enheter med større opptaksområde enn dagens foretaksområde.

*Departementet foreslår:*

*Å peke ut avdelinger i hver helseregion som får oppgave som kompetansesenter på bestemte faglige områder for det øvrige psykiske helsevern i regionen. (St.melding 25)*

Utredningen "Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne" (1995) påpeker det samme, og konkretiserer områder som kun bør tilbys regionalt og nasjonalt.

Begrunnelsen for denne vurderingen er at

- Problemstillingen er så sjelden eller vanskelig at det enkelte foretak ikke vil kunne opprettholde tilstrekkelig kvalitet gjennom basis-opptaksområde (volum-kvalitet)
- Tilbudet krever spesielle kostnadskrevende ressurser som det ikke er kostnadseffektivt å tilby i hvert foretak.

(I kapittel 12 om BUP er det også beskrevet regionale funksjoner spesifikt for BUP-fagfeltet)

### Modeller

I regional psykiatriplan (5) er regionale tjenester foreslått løst gjennom utvikling av ulike former for kompetansesentra med aktive nettverksforbindelser i regionen og hvordan ansvar og oppgavefordeling skulle være. Regionsykehus i psykiatri med alle regionale funksjoner ble vurdert men ikke funnet hensiktsmessig.

Arbeidsgruppen er enig i dette, og finner ikke grunnlag for å foreslå ett regionsykehus i psykiatri. Arbeidsgruppen mener med at regionale funksjoner som ikke krever fysisk nærhet til universitetssykehuset skal kunne plasseres ved andre foretak enn St.Olav Hospital. Tilsvarende skal regionale funksjoner som krever fysisk nærhet til universitetssykehuset legges til St.Olav Hospital. Organisering av nettverk mellom enheter skal organiseres av de enheter som har regionale funksjoner.

Alle regionale funksjoner, uansett geografisk plassering, skal ha tilknytning til universitet og eller høyskoler.

Arbeidsgruppen har bevisst fokusert mindre på modellbenevnelsene enn den forrige regionale planen. Det er valgt for å fokusere tjenestens innhold mer enn den strukturelle benevnelsen.

Regionale funksjoner som ikke krever fysisk nærhet til universitetspsykiatri skal kunne plasseres andre steder i regionen. Regionale funksjoner organiseres i kompetansenettverk med forankring i universitet og høyskoler.

### **Finansiering av regionale tilbud**

Finansiering av regionale tilbud er en utfordring, ikke minst fordi det vil være en relativt stor andel veiledning og opplæring i de regionale nettverkene knyttet til de regionale funksjonene. Slik virksomhet er i dag ikke prissatt eller gitt finansiering på samme måte som pasientbehandling. Inndekning av slik virksomhet må skje gjennom rammetilskudd eller særskilte DRG-takster (jfr Hagenutvalgets innstilling (12)).

Arbeidsgruppen mener at enheter som bygger opp regionale funksjoner må få økonomisk kompensasjon for merkostnad med regionalt ansvar. Arbeidsgruppen viser til modeller beskrevet i Hagenutvalgets innstilling.

De enheter som etablerer regionale funksjoner må få kompensasjon for merkostnad med regionalt ansvar. HMN må etablere systemer innenfor de nye finansieringsmodellene for spesialisthelsetjenesten (jfr Hagenutvalgets innstilling)

### **Oppbygging og drift av regionale tjenester**

Regionale funksjoner i psykiatri er i hovedsak knyttet til kompetanse og i liten grad til bygninger. Funksjonene er derfor sårbare for personellturnover. ”Status” som regionalt tilbud knytter seg derfor til reell kompetanse. Det er HMN som formelt oppretter regionale tilbud, men modellen fordrer gjennomføringskompetanse i HF’ene.

Erfaring fra etablering av spiseforstyrrelsesenheten ved Helse Nord-Trøndelag viser at det kan være hensiktsmessig med en gradvis oppbygging av de regionale tilbudene. Foretaket kan først etablere et team med fokus på kompetanseheving og –spredning. Dette danner etter hvert grunnlag for å videreutvikle dag og døgntilbud. Etablering av regionale funksjoner krever tid og langsiktighet i planer, budsjetter og utvikling.

### **Tilbud som bør etableres regionalt ( for BUP – se også kapitel 12)**

#### **Spesialisert kompetanse i arbeidet med innvandrere og flyktninger**

HMN er pliktig til å yte et spesialisert helsetilbud til innvandrere og flyktninger. Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har behov for spesialisert kunnskap om innvandrere og flyktninger. Sosial- og helsedepartementet har opprettet et psykososialt team for flyktninger i hver helseregion med ansvar for å bygge opp kompetanse innen fagområdet flyktnings psykiske helse. I Helseregion Midt-Norge er dette ansvaret lagt til Psykososialt team for flyktninger. Teamet er lokalisert utenfor det psykiatriske sykehus, sammen med Flyktninghelseteamet i Trondheim kommune, og finansieres over egen post i Statsbudsjettet. De regionale teamene skal styrkes med kvalifisert personell som kan veilede foretakene og kommuner som har mottak for asylsøkere og flyktninger, eller som bosetter flyktninger.

Psykososialt team for flyktninger i Trondheim videreføres som regionalt kompetanseressurs som skal tilby veiledning og kompetanse til enheter som behandler innvandrere og flyktninger (se også BUP).

### **Regional, spesialisert poliklinikk for døve voksne, barn og ungdommer**

I Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2001 er det i kapittel 5.5 foreslått "et tilbud i hver helseregion for døve voksne, barn og ungdommer". Arbeidsgruppen har ikke identifisert ressurser, men har foreslått allikevel ansvaret for oppbygging av et spesialisert tilbud til Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag pga nærhet til spesialiserte pedagogiske tilbud til døve.

Regionalt poliklinikktilbud for døve voksne, barn og ungdommer tillegges Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag

### **Regionalt Kompetansesentra i sikkerhets,- fengsels og rettspsykiatri, Brøset**

Regionalt Kompetansesentra i sikkerhets,- fengsels og rettspsykiatri ved Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag, Brøset videreføres som tilbud i HMN. (Lokalisering til Østmarka drøftes ikke videre her) Forvaltning av det nasjonale tilbudet til pasienter som dømmes til omsorg, og som i dag er lagt til Brøset gjennom egen bevilgning i Statsbudsjettet legges til nye St.Olav Hospital.

Regionalt Kompetansesentra i sikkerhets,- fengsels og rettspsykiatri ved Nye St.Olav Hospital, Brøset videreføres. Forvaltning av det nasjonale tilbudet til pasienter som dømmes til omsorg legges til nye St.Olav Hospital

### **Regionalt Kompetansesentra for spiseforstyrrelser**

Det *Regionale fagteam for spiseforstyrrelser* som ble etablert ved Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger utvider tilbudet med 8 døgnplasser fra 01.01.03 Det er stor etterspørsel etter tjenester fra HMN og andre regioner. Den regionale enheten inngår i et flerregionalt nettverk hvor fagfeltet kan søke råd og veiledning. Planene for videreutvikling av Regionalt Kompetansesentra for spiseforstyrrelser videreføres i Helse Nord-Trøndelag.

Noen pasienter med de mest alvorlige og kronifiserte spiseforstyrrelsene er "oppgitt" av behandlere etter mange år med ulike behandlingstiltak. Pasientene har høy risiko for somatiske komplikasjoner til sin spiseforstyrrelse. Pasientgruppen trenger kombinasjonen av høyspesialisert kompetanse og lavgradig stimuli i miljøpersonalbehandling, der langsiktig nyinnføring til et selvstendig liv står sentralt. Behandlingstiden kan strekke seg over to til tre år. Bygningsmassen til DPS Stjørdal er planlagt dimensjonert for et flerregionalt tilbud for pasienter med alvorlige og kronifiserte spiseforstyrrelser. Tilbudets innhold er under utredning. Dette forutsetter statlig finansiering utover regionale rammetilskudd

Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser utvikles mot et kompetansesenter for behandling av voksne med spiseforstyrrelser.

Planlagt flerregionalt rehabiliteringstilbud for pasienter med alvorlige og kronifiserte spiseforstyrrelser utredes i Helse Nord-Trøndelag. Byggeplaner for Stjørdal DPS inkluderer lokaler til dette tilbudet.

### **Regionalt kompetansenettverk i alderspsykiatri**

Nettverket er beskrevet i regional psykiatriplan fra 1999. Nettverkskoordinator ble foreslått lagt til Namdal Sykehus (nå Sykehuset Namsos). Tilbudet er ikke opprettet. Samtidig har fagmiljøet i Helse Nordmøre og Romsdal HF, Hjelset tatt initiativ til å påta seg ansvar for å etablere et regionalt kompetansenettverk.

Det etableres regionalt nettverk i alderspsykiatri med nettverkskoordinatoransvar i Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde.

### **Regionalt kompetansesenter for psykosomatiske lidelser**

I psykiatriplan 1998 ble det foreslått etablering av Regionalt kompetansesenter for psykosomatiske lidelser. Planlegging av St. Olav Hospital er videreutviklet siden 1998. Arbeidsgruppen ser ikke behov for å endre planene for dette tilbudet selv om psykiatri i dag ikke er integrert formelt i Nevrosenteret slik det opprinnelig var planlagt.

Regionalt kompetansesenter for psykosomatiske lidelser videreutvikles ved St. Olav Hospital.

### **Regionalt kompetansenettverk i familiebehandling (VOP)**

I psykiatriplan 1998 ble det foreslått etablering av kompetansesenter familiebehandling med utgangspunkt i voksenalderpsykiatri. Sør-Trøndelag fylkeskommune nedsatte en forprosjekt for å utrede et slikt nettverk. Arbeidet ble avsluttet i desember 2002. Forprosjektet anbefales sendt ut på høring før forslagene realitetsbehandles.

Forprosjektet til Kompetansenettverk i familiebehandling sendes til høring i regionen før beslutning om videre oppfølging.

### **Regionalt kompetansenettverk i akuttpsykiatri med fokus på tvang.**

HMN legger stor vekt på at alle sider ved tvangstiltak i psykiatri skal være av høy etisk standard, og av medisinskfaglig og juridisk høy kvalitet. Det er etablert et nasjonalt samhandlings og læringsnettverk mellom psykiatriske akuttavdelinger. Nettverket har bl.a. fokusert på anvendelse av tvangstiltak. HMN ser behov for at akuttavdelingene i regionen formaliserer et regionalt kompetansenettverk med fokus på tvang. HMN vil be ressursene i nettverket foreslå organisering av et regionalt nettverk. Nettverket skal samarbeide med brukere spesielt, men også de øvrige tjenester som anvender tvangshjemler.

Det etableres et regionalt kompetansenettverk innenfor området tvang

### **Kompetansenettverk mellom enheter som gir spesialisert behandlings- / rehabiliteringstilbud til unge med psykose**

I psykiatriplan 1998 ble det foreslått etablering av kompetansenettverk mellom enheter som gir spesialisert behandlings- / rehabiliteringstilbud til unge med psykose. Fagmiljøene har allerede etablert et nettverk for kompetanseutveksling. Dette nettverket foreslås formalisert og videreutviklet i tråd med intensjonene i nettverksmodellen i planen fra 1998. Koordinatorheten er p.t ikke tilstrekkelig definert. HMN vil utfordre nettverket til å foreslå formell nettverkskoordinator

Kompetansenettverk for behandling / rehabilitering av unge med psykose videreutvikles med utgangspunkt i det allerede etablerte nettverk for kompetanseutveksling.

### **Utvikling av flerregionale og nasjonale kompetansesentra**

HMN mener det er potensial innefor regionen til å utvikle flere av de regionale kompetansesentra til flerregionale og nasjonale sentra.

HMN har ambisjoner om å utvikle gode regionale kompetansesentra til flerregionale- / nasjonale kompetansesentra. .

## 16 RUS OG PSYKIATRI

### Rusreform og spesialiserte tjenestetilbud

De spesialiserte tjenestetilbudene til pasienter med samtidige rus- og psykiatriske problemer er i dag lagt til de psykiatriske poliklinikkene, enten som egne rusteam (PUT / VORT) eller som en integrert del av poliklinikken. Institusjonene for innlagte pasienter med ruslidelser ligger under Sosialdepartementet, og er fremdeles del av fylkeskommunene. En rekke tjenester til ruspasienter ytes av private institusjoner.

Opptappingsplanen foreslår å supplere de polikliniske teamene med fylkesdekkende spesialiserte døgntilbud. I de fylkeskommunale rusplanene er det planlagt spesialiserte døgnenheter for pasienter med rus og psykiatriproblemer. Fagfeltet opplever rusproblematikken som økende. Misbruk av nye rusmidler gir i tillegg vanskelige faglige utfordringer

I nylig avgitt handlingsplan mot rusmiddelproblemer (13) og Ot.prp (14) fremmer Staten forslag om at de regionale helseforetakene får ”sørge for ansvar” for alle spesialiserte helsetjenester overfor rusmiddel-misbrukere. Hvis HMN får ansvaret for rusfagfeltet står foretakene overfor en stor utfordringen i å behandle rusavhengighet.

### Spesialisert døgnenhet i psykiatri

Arbeidsgruppen finner det riktig å være tilbakeholden med planlegging av deltjenester i rusbehandling siden hele rusfeltet står foran en omfattende gjennomgang. Allikevel vil pasienter med alvorlige rus og psykiatriproblemer kreve psykiatrifaglige tilbud. Spesialiserte døgnplasser er påkrevd for å kunne gi denne pasientgruppen et hensiktsmessig behandling, og HMN foreslår at det etableres en døgnenhet i hvert foretak

Det etableres en utrednings- / behandlingssenhet for pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser og rusproblem i hvert helseforetak.

### Kompetanseheving i rus

Ruspasienter har behov for alle typer helsetjenester. Akuttmedisin, indremedisin, kirurgi, pediatri, psykiatri mfl. vil alle motta pasienter med rusproblemer. For alle fagfeltet vil hovedutfordringen være å øke kompetansen i å behandle pasienter med kombinasjonen rusproblem og andre lidelser. Det er det enkelte helseforetak som må prioritere utvikling og oppbygging av kompetanse om rus i alle deltjenestene.

Flere pasienter vil ha behov for flere helse- og sosialtjenester samtidig. Spesielt for denne pasientgruppen vil individuell plan (IP) være et viktig virkemiddel for å gi pasientgruppen sammenhengende og målrettede tilbud i behandlingsskjeden.

HMN vil gi foretakene ansvar for å prioritere oppbygging av kompetanse om rusproblematikk i alle deltjenestene.

## 17 FORSKNING, FAG- OG KOMPETANSEUTVIKLING

Forskning, utdanning og opplæring (kompetanseutvikling) er del av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, jfr spesialisthelsetjenestelovens § 3-8. Ulike former for kompetanseutvikling vil være en integrert og kontinuerlig aktivitet i foretakene. Den enkelte "virksomheten" er ansvarlig for nødvendig kompetanseutvikling for å kunne gi forsvarlige tilbud. I et regionalt perspektiv er det viktig å peke på systematiske og programbaserte behov og tiltak som kan styrke regionen som enhet.

### Basistiltak

HMN har allerede satt i verk en rekke tiltak innenfor området. Det er

- etablert formalisert samarbeidsorgan med NTNU gjennom rammeavtale av nov.2002.
- etablert kontakt med høyskolene om kompetanseutvikling
- videreført arbeidet med etablering av læring og mestringssenter gjennom egen bevilgning
- opprettet 3 forskningsstipend innenfor psykogeriatreri og BUP
- opprettet universitetslektorat (5-6)
- støtte til regional spesialistutdannelse (400.000/år)
- støtte til enhet for epidemiologisk forskning (400.000/år)
- samhandling med NTNU om utvikling av RBUP
- under etablering multisenterundersøkelser innen VOP og BUP (høsten 2002)
- nylig har styret HMN uttalt at 1% av brutto driftsbudsjett skal bevilges til forskning.

Selv om de enkelte foretakene har utviklet strukturer og tiltak som er innrettet mot utfordringene i egne foretak presenteres en oversikt fra aktivitet i foretakene fordi arbeidsgruppen ser dette som en del av regional helhet. Presentasjonen er ikke fullstendig, men gir et forenklet bilde av aktivitet.

#### *Helse Nord Trøndelag HF*

Ved HNT er det i voksenpsykiatri etablert enhet med forsknings- og fagutviklingsenhet i som hovedoppgaver. Det er etablert avtaler med eksterne statistikk- og forskningsveiledere som veileder i foretaket, og etablert nettverksforbindelser til en rekke kompetansmiljøer som understøtter forsknings og fagutviklingsaktiviteten. (HUNT, NTNU, UiO, UiB, Yale og Harvard). Det er 6 doktorgradskandidater i voksenpsykiatri pr 2002. I begge sykehusene er det initiert en rekke kliniske og systemrettede fagutviklingstiltak. Interne kurs og utviklingsstøtte til produksjonslinjen er satt i system av utviklingsenhetene.

BUP i foretaket har høy forsknings, evaluerings og fagutviklingsaktivitet med fokus på en rekke problemområder i fagfeltet. Mange av tiltakene er samarbeidstiltak mellom BUP og tilgrensende fagområder. BUP har personell med delstillinger som førsteamanuensis II og universitetslektor ved RBUP. Det er 4 doktorgradskandidater knyttet til BUP. BUP har etablert aktiv nettverksforbindelser til RBUP, NTNU, HUNT og Nasjonalt senter for telemedisin.

#### *Psykisk Helsevern i Sør Trøndelag HF*

Det er etablert tette samarbeidsrelasjoner mellom sykehusets avdeling for forskning og utvikling, Universitetets psykiatriske institutt og RBUP. Sistnevnte er fra årsskiftet 2001-2002 samorganisert med psykiatrisk institutt.

Sykehusdelen, voksenpsykiatri, har to stillinger med forskning som hovedoppgave. På universitetssiden, voksenpsykiatri, er der tre hovedstillinger (professor I, 2 førsteamanuensisstillinger), 2 bistillinger, 6 lektorater og pt. 6 stipendiater. Forskningsaktiviteten konsentreres omkring schizofreni, depresjon, spiseforstyrrelser, angst og psykopati (Brøset). Forskningsaktiviteten er knyttet tett opp mot klinikken.

Innenfor BUP sykehusdelen er det under etablering enhet for forskning og fagutvikling. Det er opprettet stillingsandeler (6 stk 50 % stilling) for egne ansatte til forskning og fagutvikling over 2-5 år. BUP har en rekke prosjekter på gang, dels i samarbeid med RBUP, med somatikk, med Psykologisk Inst. NTNU, med 1.linjen, med BUP ved Univ.Nord Norge, med univ. I Tyskland o.a.

#### ***Helse Nordmøre og Romsdal HF***

Det er fra vinteren 2002/2003 planlagt etablert en egen enhet for fagutvikling og organisasjon i Helse Nordmøre og Romsdal. Denne enheten vil ha som hovedansvar å koordinere forskning og fagutvikling knyttet til helse Nordmøre og Romsdal, både innen somatikk og psykiatri. Kompetanse og dimensjonering knyttet til denne enheten er ikke besluttet.

Som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse er det satt av ca. 1,5 mill. kroner til fagutvikling og forskning innen psykiatri. Det er aktuelt å øke denne summen i årene framover. I tillegg til dette kommer regionale midler og midler som den enkelte avdeling/enhet setter av. Så langt er det særlig barne- og ungdomspsykiatrien i foretaket som har prioritert fagutvikling og forskning. Høsten 2002 er midler fordelt til vel 20 tiltak. Noen viktige områder:

- Samarbeid med kommunene (barn og unge)
- Barn med adferdsvansker
- Styrking av familie- og pårørendearbeid
- Ambulant akutteam for voksne – forprosjekt
- Dobbeldiagnoseproblematikk
- Kompetanseutvikling innen rehabilitering

I tillegg må det nevnes at foretaket er tildelt et regionalt forskningsstipend innen barne- og ungdomspsykiatri. Det arbeides også med et avtalebasert samarbeid med Høgskolen i Molde.

#### ***Helse Sunnmøre HF***

Helse Sunnmøre HF har satt av 450.000 kr til psykiatrisk forskning i 2002. Ålesund og Volda sjukehus har hver en – 1 doktorgradskandidat via RBUP. Kompetansesenteret ved Volda Sjukehus er tildelt doktorgradsstipend innen område *Pasient og pårørende opplæring og mestring*

#### **RBUP (Regionsenteret Barne- og ungdomspsykiatri)**

RBUP ble etablert som ledd i SHD sin satsning på å styrke BUP innenfor de enkelte helseregionene på 90-tallet. Det regionale helse og sosialutvalg delegerte administrasjonen av senteret til universitetet. Fra årsskiftet 2001-2002 er RBUP samorganisert med Psykiatrisk Institutt i instituttstrukturen i DMF.

RBUP mottar sin bevilgning fra Helsedepartementet har et budsjett på ca. 11 mill, og har som oppgave å utvikle barne- og ungdomspsykiatrien innenfor helseregionen gjennom forskning, fagutvikling, opplæring og kompetanseutvikling. RBUP har i dag stillinger fordelt som professor I, professor II, administrativ/ kontorteknisk personale og amanuensisstillinger ved foretakene i regionen.

#### **Ressursbruk og strukturer**

Som det fremgår av oversikten er forskning og kompetanseutvikling ulikt utviklet i regionen. Særlig merker en forskjell mellom foretakene i Trøndelagsfylkene og i Møre og Romsdal. Det er et mål for forskning og kompetanseutviklingen i regional sammenheng å utligne disse forskjellene, m.a.o. å øke innsatsen innen forskning og kompetanseutvikling i foretakene i Møre og Romsdal. I tillegg er det behov for en generell styrking av innsatsen i tråd med Stortingsmelding 25 og opptrappingsplanens intensjoner.

En prosentvis ressurstildeling vil bidra til å jevne ut forskjeller, og samtidig vil øremerking av midler øke aktiviteten. Samtidig er det viktig å styrke de infrastruktur og rammebetingelsene (bla veiledere) som er nødvendig for å kunne gjennomføre faglig god kompetanseutvikling (spesielt om forskning, se under) Arbeidsgruppen forutsetter at midler til forskning og fagutvikling ikke går på bekostning av tjenestetilbudene

Bevilgningene til forskning, fagutvikling og opplæring styrkes, dels gjennom sam-arbeidsorganets satsing (NTNU / HMN), og dels foretakenes budsjetter. Når det gjelder det siste forventes at det for 2003 avsettes min 2 % av brutto driftsutgiftene i psykiatri til slik virksomhet. Avsetningene økes deretter årlig med 0.75 % fram til 2007

Universitetets rolle i den regionale forskning, fagutvikling og undervisning i psykiatrifaget må styrkes. Dette må være en prioritert oppgave for HMN og NTNU innenfor rammeavtalen (nov. 2002). Universitetet bør ha en sentral rolle i et nettverk med klart regionalt ansvar, og aktiviteter knyttet sammen i et nettverk mellom foretakene. (jfr. Regional psykiatriplan 1998 - kap.7)

Etablert forskning, fagutvikling og undervisning i psykiatrifaget i regi av det enkelte foretak, RBUP og HMN videreføres og utvikles i tråd med overordnede føringer og vedtak.

#### **Faglige fokus**

Det er ikke ønskelig å legge begrensende føringer på hvilke faglige fokus forskning skal ha. Samtidig er det viktig å stimulere områder som oppleves som vanskelige utfordringer i regionen. Modellen med kompetansesentra og kompetansenettverk inkluderer målrettet ressursinnsats på kompetanseutvikling og forskning. Gjennom eksisterende kompetansesenter / -nettverk og forslagene om opprettelse av nye kompetansenettverk setter HMN fokus for kompetanseutvikling (se for øvrig kap. 7 og 15).

Fram mot 2006 forutsettes etablert 3 nye kompetansenettverk ( jfr. kap.7 og 15). Arbeidet gjennomføres i samarbeid mellom HMN, lokale foretak og NTNU.

Styret i HMN har i 2002 bevilget midler til forskningsstipend til bestemte fagretninger. Dette virkemidlet vil delvis stimulere til økt aktivitet og er samtidig en mulighet for HMN å målrette aktivitet til prioriterte områder. Dette prinsippet for målretting av aktivitet foreslås videreført også om tildeling av forskningsmidler på sikt integreres i foretakenes rammer (se over om prosentvis øremerking av rammebevilgning)

HMN vil styre forskningsmidler gjennom å øremerke stipender til prioriterte fagområder. Fram mot 2005-06 er psykiatrifagfeltet et av disse.

## 18 METODISK KVALITETSUTVIKLING

Styringsdokumentet, lovgivning og andre styrende dokumenter bygger på en flerfasettert kvalitetsforståelse.

- Pasientopplevd kvalitet
- Faglig kvalitet
- Ledelseskvalitet

HMN legger sterk stor vekt på utvikling av kvalitet i tjenestetilbudene og er i gang med å utvikle et strategisk kvalitetsutviklingsprogram som gjelder for alle foretakenes områder. I dette dokumentet vurderes bare de særlige utfordringene i psykiatrifagfeltet

### Kvalitetsindikatorer i psykiatri

Det er pr 2002 ingen kvalitetsindikatorer som spesielt retter seg mot psykiatri. SAMDATA rapportene og Minste Basis DataSett (MBDS) inneholder betydelige og verdifulle styringsdata som indirekte kan si noe om kvalitet. Noen foretak har utarbeidet egne indikatorsett til lokalt forbedringsarbeid. Det er ingen indikatorer som er innrettet mot å danne grunnlag for fritt sykehusvalg. Departementet arbeider aktivt for å gjøre slik data tilgjengelig for pasientene

HMN vil i styringsdokumentet pålegge foretakene å rapportere de generelle kvalitetsindikatorer også innenfor psykiatrien. Særlige indikatorer i psykiatri er under utvikling, og HMN vil kreve at disse implementeres i foretakene etter hvert som disse ferdigstilles

HMN skal ta i bruk nasjonale kvalitetsindikatorer i psykiatri, og indikatorene skal brukes aktivt i styring og utvikling av de psykiatriske spesialisthelsetjenestetilbudene

HMN vil i økende grad ta i bruk kvalitetsindikatorer i styringsdialogen med foretakene. Det er derfor behov for flere indikatorer enn de som utarbeides som nasjonale indikatorer. I arbeidet med å kartlegge kvalitetsarbeidet i regionen (jfr strategidokumentet vil HMN spesielt be om at foretakene synliggjør indikatorer som er i bruk, eller under utarbeidelse

HMN vil kartlegge omfanget av kvalitetsindikatorer som er under utvikling eller i bruk i foretakene i regionen.

### Kvalitetsregistre i psykiatri

Medisinske kvalitetsregistre er systemer for evaluering av behandlingsresultater og utvikling av behandlingsmetoder. Faglige prosessdata og resultatdata rapporteres i registre som analyseres og gjøres tilgjengelig for fagmiljøene. HMN ønsker i første omgang å utvikle og drifte 4 regionale registre innenfor fagområdet ortopedi, indremedisin (slag og infarkt) og psykiatri. Registerne skal bygge på rammene i *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre* (15), og utvikles i samarbeid med forskningsmiljøer i regionen (NTNU, HUNT) og Midt-Norsk Helsenett. De 4 registerne vil gjennomføres som pilotprosjekt, og danne grunnlag for å etablere flere registre.

HMN videreutvikler kvalitetsregistre i psykiatri (VOP og BUP) som pilotprosjekt. HMN etablerer programmer for videreutvikling av nye registre i samarbeid med nasjonale myndigheter og fagmiljøene.

## 19 REKRUTTERE OG BEHOLDE FAGFOLK

Rekrutteringssituasjonen i HMN varierer. Noen enheter har mangel på nøkkelpersonell som kreves for å opprettholde drift. For noen av faggruppene er tilgangen marginal, og små endringer i "arbeidsmarkedet" kan gi betydelig utslag. Det er det enkelte foretak som må innrette sin rekrutteringsinnsats etter lokale forhold. I et regionalt perspektiv er det viktig å se konsernet HMN under ett. Dette innebærer at en må fokusere på "generiske" tiltak og den ressursen som kan frigjøres gjennom å se regionen samlet.

Spørsmålet om rekruttering må vurderes i både langsiktig og kortsiktig perspektiv. På lang sikt (lenger enn 5-8 år) er fagfeltet avhengig av nasjonal grunn- og videreutdanningskapasitet. Vurdering av kapasitet på og innhold i grunn- og videreutdanning ligger utenfor arbeidsgruppens mandat. Forslag til tiltak må allikevel ta hensyn til det langsiktige perspektivet vedrørende utdanning av yrkesgruppene med lengst utdanningstid

Statistisk sentralbyrå (SSB) har nylig publisert fremskrevne data for helsepersonellsituasjonen frem mot 2020. Det ser ut til at det nasjonalt vil være balanse mellom behov og etterspørsel for sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer. SSB gir ingen opplysninger om spesialsykepleiere innen psykiatrien.

Når det gjelder legespesialister var situasjonen pr. 1.1.2001 denne (16)

### Voksenpsykiatri

	Overlege	Ass.lege
Møre og Romsdal	33	22
Sør Trøndelag	43	17
Nord Trøndelag	19	11

### BUP

	Overlege	Ass.lege
Møre og Romsdal	9	6
Sør Trøndelag	12	6
Nord Trøndelag	4,6	3

Fram mot 2010 forventes en økning, på landsbasis i antall yrkesaktive barne- og ungdomspsykiatere på 20 –25 %, og voksenpsykiatere noenlunde tilsvarende (17). Spesialistene er i dag skjevfordelt mellom regionene. HMN kan forvente rekrutteringsproblemer i forhold til opptrapping og bemanning ved virksomheter som erfaringsmessig ikke rekrutterer optimalt (for eksempel DPS utenfor sentrale områder)

### Regionale rekrutteringstiltak

Fagfeltets utfordring vil være å legge til rette for at personell som er under utdanning skal finne fagfeltet interessant. På kort sikt, dvs. fram mot 2006 må imidlertid fagfeltet påregne å måtte rekruttere utdannet personell fra andre regioner/utenfor landets grenser og samtidig føre en aktiv politikk for å beholde eget fagpersonell. Regional tilvekst til fagfeltet vil indirekte gi uttelling for fagfeltene lokalt.

I denne sammenheng er det av betydelig interesse å se resultatene av at psykiatri er tatt inn som del av den kliniske turnustjenesten. Signalene så langt tyder på at dette grepet har en reell rekrutteringsverdi for psykiatrifaget. Det samme gjelder samarbeidsprosjektet mellom HMN og NTNU om regional spesialistutdanning. Pilotprosjektet inkluderer så vel voksenpsykiatri som barne- og ungdomspsykiatri.

Selv om rekruttering er avhengig av mange faktorer signaliserer fagfeltet at en viktig faktor er muligheter for etter- og videreutdanning, fagutvikling og forskning..

HMN vil gjøre forskning og fagutvikling til en integrert del av tjenestene.
---

I kapittel 9 peker HMN på bruken av deltids avtalehjemler som rekrutteringsvirkemidler. Det er det enkelte foretak som forvalter virkemidlet, dog innenfor de rammer som er gitt av det regionale foretaket. I henhold til kapittel 9 er en skjevfordeling av avtaler en begrensende faktor.

Foretakene skal kunne ta i bruk deltids avtalehjemler som rekrutteringsmiddel der dette er hensiktsmessig

Tilrettelegging for spesialisering (videre- og etterutdanning) av egne ansatte som forventes å være stabile i foretaksområdet eller i regionen er ett av de virkemidlene foretakene har positiv erfaring med. Det er det enkelte foretak som forvalter tiltaket. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven er foretakene pålagt å legge forholdene til rette for nødvendig utdanning.

Regionen er i tillegg en felles læringsarena. Overføring av kompetanse gjennom utdanningskandidater gir synergier ut over den individrettede spesialisering

Foretakene skal ta i bruk tilrettelegging for videre- og etterutdanning som rekrutteringsvirkemiddel der dette er formålstjenlig.

## 20 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID

Forebyggende og helsefremmende tiltak er sentrale helsepolitisk mål. Målene er langsiktig. Målene er ikke like framtreddende i den daglige aktivitet som preges av behov for tiltak hvor resultatene blir raskt synlig. Finansieringsordningen drar også oppmerksomhet bort fra temaet.

Et typisk trekk ved alle utredninger om forebyggende og helsefremmende arbeid er at de fokuserer mer på miljørettet arbeid enn på individrettet arbeid. Helsefremmende og forebyggende arbeid er virksomheter som krysser forvaltningsnivå og etatsgrenser, har tidsperspektiv og tidshorisont langt utover det som vanligvis gjelder kurativ medisin og er knyttet til miljø, samfunn og enkeltindivid helt annerledes enn den kurative medisinen.

Typiske aktører innenfor helsevesenet er helsestasjon og skolehelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (BUP/VOP, habiliteringstjenesten), PP-tjenesten, barnevern og familievern

Faktarapporten om *Årsaker til psykiske plager og lidelser* (2000) fulgte opp St.melding 25 og gav følgende anbefalinger

- sette i verk skolebaserte tiltak for å redusere mobbing og rusmiddelbruk
- støttevirksomhet og – grupper for personer som har gjennomlevd livskriser
- generell opplysningsvirksomhet forankres i institusjon
- helsepersonells kompetanse må styrkes gjennom utdanningsprogram
- kunnskapsbasert praksis med vitenskapelige evalueringer
- styrke forskningen innen området med etablering av universitetstilknyttede forskningsmiljøer

- etablere nasjonalt indikatorsystem og styrkning av den epidemiologiske forskningen innen området

Tematet er omfattende, og må for å lykkes planlegges nøye, i tett samarbeid med øvrige aktører. HMN sitt ansvar, slik det er gitt av sentrale myndigheter, er primært knyttet til spesialisthelsetjenesten, og dens rolle. Her er det ikke differensiert mellom psykiatri og somatikk.

Helsedepartementet har nylig lagt fram en melding om folkehelsen (18). Forebygging er ett av de delfeltene som skal vektlegges. Helsefremmende og forebyggende aktivitet var også en del av mandatet til Hagenutvalget. Innstillingen fra dette utvalget blir en viktig faktor i den videre planlegging. I tillegg er Sosial- og helsedirektoratet i ferd med å etablere "Prosjekt traumatisk stress" som innebærer organisering av en regional ressurs for bl.a å forebygge seinskader etter vold og traumer.

En naturlig første fase i HMNs satsning innen helsefremmende og forebyggende arbeid vil være å utarbeide en overordnet strategi for arbeidet. Strategien legges i samsvar med nasjonale føringer og den kunnskap og de systemer som allerede ligger i foretakene. Viktige elementer i strategien vil være

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ konsultasjon veiledning og opplæring av samarbeidspartnere</li> <li>▪ nettverksarbeid</li> <li>▪ identifisering av og tiltak til risikogrupper</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ krise-/katastrofearbeid</li> <li>▪ genetisk veiledning</li> <li>▪ evaluering</li> <li>▪ kunnskapsformidling til befolkningen</li> </ul> |
|--|--|

HMN vil utarbeide en langsiktig strategi for forebyggende og helsefremmende arbeid. Strategien utvikles etter nasjonalt føringer og lokal kunnskap

## 21 KOSTNADER, PRIORITERING OG FINANSIERING

Psykiatrifagfeltet i HMN står overfor flere økonomiske utfordringer:

- HMN må planlegge slik at regionen sikres tilgang til opptrappingsplanens midler i perioden fram til 2006. (prosjektene må være slik at de godkjennes og utløser midler)
- HMN skal sørge for at økonomirammene innad i helseforetakene fordeles slik at psykiatrien styrkes i tråd med nasjonale målsettinger og føringer i styringsdokumentet til foretakene.
- HMN skal sørge for ressursøkonomisk bruk av alle midler i psykiatri ved å se hele regionen under ett
- HMN må planlegge med tanke på endringer i økonomiske rammer og finansieringsordninger
- HMN må fordele opptrappingsmidlene slik at midlene rekker til flest mulig tiltak.
- Helseforetakene må planlegge slik at utgifter forbundet med opptrapping ikke blir større enn at de lar seg betjene.

Slik arbeidsgruppen vurderer situasjonen for de psykiatriske helsetjenestetilbudene i HMN vil det være nødvendig med utvikling og utbygging vesentlig utover det opptrappingsplanen legger opp til. Dette gjelder bl.a. de voksenpsykiatriske sykehustjenestene hvor så vel bygg som innhold må oppjusteres, det gjelder manglende tilbud og det gjelder en rekke nødvendige forutsetninger for å kunne levere helsetjenester i tråd med normer og standarder. Dette gjør det ekstra viktig for HMN å ha en helhetlig plan og oversikt for oppbygging og utbygging av psykiatrien i regionen samlet, at man unngår sektortenkning, at man blir forutsigbar og at regionens samlede behov ivaretas.

I og med at planen har et omfang vesentlig utover det opptrappingsplanen legger opp til, vil en grunnleggende forutsetning være at HMN fatter prinsipiell beslutning om å ville realisere psykiatriplanen slik den her fremstår og at en oppgradering av psykiatritjenestetilbudene innenfor spesialisthelsetjenestene i HMN vil kreve vesentlig større satsning enn det som i dag er tilstilt HMN gjennom sentrale opptrappingsmidler. Den regionale prioriteringen av psykiatri som satsningsområde bør også ha et tidsperspektiv utover 2006, kanskje fram mot 2010.

Arbeidsgruppen vil anbefale at HMN gir sin prinsipielle tilslutning til at psykiatrioppbyggingen og utviklingen i HMN skal følge de hovedlinjene som er skissert i planen.

Når det gjelder mulighet for å kunne realisere psykiatriplanens ulike tiltak er her en rekke usikkerheter som må vurderes, avveies og avklares. Eksempelvis finansiering av nybygg (psykiatrisenter/ samla plan o.a.), endelige tids- og økonomiske rammer for den sentrale psykiatrisatsningen (jfr. eldresatsningen), rasjonaliseringsgevinster og driftskostnader for de enkelte tiltakene. Når det gjelder dette siste, driftskostnader for det enkelte tiltaket, må hovedregelen være at ingen investering iverksettes uten at de driftsmessige konsekvensene er avklart. Investeringene må også holdes innenfor rammer som kan betjenes i forhold til kapitalkostnader og FDV-kostnader.

Arbeidsgruppen har ikke på selvstendig grunnlag foretatt noen analyse av planens totale kostnader, men har i hovedsak benyttet foretakenes egne tall, samt overslag hvor det har vært nødvendig (Tabell I-V)

Innenfor dagens finansieringssystem og prioritering er det ikke mulig å realisere planen slik den her foreligger. Skal planen kunne realiseres må det foretas omprioriteringer med økte overføringer til virksomhetsområdet.

Arbeidsgruppen foreslår slik prioritering av tiltak for å oppgradere og utvikle de psykiatriske helsetjenestetilbudene til befolkningen i HMN:

**Prioritet 1 A**
**Utvikling og utbygging av tiltakene innenfor den statlige opptrappingsplanen**

Tabell I

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV (Forvaltning, drift, vedlikehold)
			opptr. planen	annen finans			
<b>Tiltak på opptr. planen</b>							
Nord-Trøndelag	DPS Kolvereid	nybygg	34,2		1 368	1,0	1,0
Sunnmøre	Ålesund sjukehus	BUP og VP pol., nybygg	37,8	61,1	3 956	5,4	2,8
St. Olavs Hospital	DPS Orkdal	nybygg	54,5	9,9	2 576	2,2	1,8
Nordmøre og Romsdal	Molde sjukehus	BUP polikl. og akutt, nyb.	25,0	22,0	1 000	2,3	0,7
St. Olavs Hospital	Lian (Haukåsen)	Barne og fam.sent, nyb.	25,5	2,6	1 124	0,9	0,8
Nord-Trøndelag	Sykehuset Levanger	BUP sengepost (tr. 1)	35,5	13,0	1 940	1,9	1,4
Nordmøre og Romsdal	DPS Nordmøre	BUP og VP polikl., nyb.	29,0		1 160	0,8	0,8
Nord-Trøndelag	DPS Stjørdal m/ spisefors.	nybygg	50,0	18,0	2 720	2,7	1,9
Sunnmøre	Volda sjukehus	BUP og VP, kjøp/omb.	32,3		1 292	0,9	0,9
St. Olavs Hospital	DPS Tiller	tilbygg/omb.	45,0	61,6	4 264	5,6	3,0
<b>Vedtatte</b>			<b>368,8</b>	<b>188,2</b>	<b>21 400</b>	<b>23,7</b>	<b>15,0</b>
Nordmøre og Romsdal	DPS Molde	omb./nybygg	55,0	5,5	2 420	0,4	1,7
PHST	DPS Leistad/Betania	tilbygg/omb.	60,0	15,3	3 012	1,1	2,1
PHST	DPS Orkdal, avd. Haldalen	tilbygg/ombygging		10,5	420	0,7	0,3
<b>På venteliste</b>			<b>115,0</b>	<b>31,3</b>	<b>5 852</b>	<b>2,2</b>	<b>4,1</b>
<b>Tiltak på opptr. planen</b>			<b>483,8</b>	<b>219,5</b>	<b>27 252</b>	<b>25,9</b>	<b>19,1</b>

Andre vedtatte tiltak							
Sunnmøre	Ålesund sjukehus	alderspsyk. avd + polikl.		33,0	1 320	2,3	0,9

<b>Vedtatte + på venteliste</b>			<b>483,8</b>	<b>252,5</b>	<b>28 572</b>	<b>28,2</b>	<b>20,0</b>
---------------------------------	--	--	--------------	--------------	---------------	-------------	-------------

Som det fremgår av Tabell I er investeringskostnadene i utgangspunkt vesentlig større enn de midler som kan påregnes fra sentrale myndigheter. Her vil det være behov for ytterligere gjennomgang med sikte på å redusere investeringskostnadene for å skaffe plass for flest mulig av tiltakene innenfor tildelte rammer. Likeledes må det foretas en detaljert gjennomgang av driftsbudsjettene, hvilke rasjonaliseringsgevinster medfører de aktuelle utbyggingene, og hvilke merkostnader. Dette må være en prioritert oppgave for HMN fremover.

Når det gjelder tiltakene i Tabell I foreslår arbeidsgruppen to justeringer fra tidligere forslag:

- etablering av alderspsykiatrisk enhet ved Helse Sunnmøre HF gis prioritet innenfor opptrappingsplanens midler
- etablering av 3.familieenhet BUP/PHST gis prioritet på linje med DPS Molde/Leistad/Orkdal – Haldalen (jfr post 5 i Tabell I)

Innenfor opptrappingsplanen må det også avsettes midler for å

- styrke brukermedvirkningen, frem mot 2006 anslagsvis 4 mill kroner/år
- øke antall avtalehjemler med ca.20 frem mot 2006 ( 6-9 mill kroner/år)

## Prioritet 1B

### Tiltak knyttet til drift, samhandling, og utviklingsarbeid

Parallelt med, og prioritert på linje med tiltakene ovenfor må iverksettes/videreutvikles / tiltak knyttet til drift, samhandling, og utviklingsarbeid av sentral betydning for å bedre pasienttilbudene.

Tiltaksområde	Gjennomføringsansvar
samhandling med 1.linjen	HF
utvikling av regionale tjenester / kompetansenettverk	HMN
forskning og kompetanseutvikling	HMN + HF
utvikling av IKT som verktøy	HMN
kvalitetsutvikling	HMN +HF
rekruttering	HF
forebyggende og helsefremmende arbeid	HMN +HF
korrigering, evaluering, sanksjoner	HMN

HMN må gi klare føringer i forhold til HF ( jfr. angivelse av gjennomføringsansvar), dette er aktiviteter som skal gis prioritet, gjennom å fordele midler etter søknad fra sentrale budsjetter, gjennom øremerkede tildelinger til HF, eller gjennom styringsdokument og rapporteringer

Arbeidsgruppen vil for øvrig anbefale at HMN innenfor dette området vedtar opptrappingsplan, for eksempel over 3-5år.

## Prioritet 1C

### Etablere basistilbud hvor slike mangler

Tabell II

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV
			opptr. planen	annen finans			
Sunnmøre	Ålesund	schizofrenipost for yngre		36,0	1 440	2,5	1,0
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	sikkerhetspost		36,0	1 440	2,5	1,0
Nord-Trøndelag	Levanger	sikkerhetspost, polikl.		11,7	468	0,8	0,3
Nord-Trøndelag	Namsos	alderspsyk. avd. omb.		1,5		0,1	-
St. Olavs Hospital	Østmarka	rus/psykiatri utredn/beh.		40,0	1 600	2,8	1,2
Sunnmøre	Ålesund	rus/psykiatri utredn/beh.		20,0	800	1,4	0,6
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	rus/psykiatri utredn/beh.		20,0	800	1,4	0,6
Nord-Trøndelag	Levanger	rus/psykiatri utredn/beh.		20,0	800	1,4	0,6
<b>Sum</b>				<b>185,2</b>	<b>7 348</b>	<b>13,0</b>	<b>5,3</b>

\* nytt sykehus

Innenfor hvert foretak må det finnes et visst minimum av tjenestetilbud (se kap.14-basistilbud)  
 Innenfor foretakene i HMN mangler alderspsykiatri, tilbud til unge schizofrene og pasienter med rus og psykiatriske lidelser ved Helse Sunnmøre. I Helse Nordmøre og Romsdal HF mangler tilbud til pasienter

med dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri), Tilsvarende gjelder ved PHST, her er tilbud til pasienter med ”doppeltdiagnoser” planlagt, men mangler finansiering.

I Helse Nord Trøndelag mangler alderspsykiatrisk sengepost og sikkerhetspost. Arbeidsgruppen mener slike tilbud er nødvendig å få etablert, ikke minst for å sikre likehet i tilbud og tilgjengelighet til tjenester for befolkningen i regionen

Som for tiltak under prioritet 1 vil en prioriterte oppgave for HMN fremover være å kvalifisere kostnadene ved disse tiltakene, investering så vel som drift.

Det etableres tilbud

- til unge schizofrene ved Helse Sunnmøre HF (36 mill)
- sikkerhetsenger ved Helse Nord Trøndelag HF (11,7)
- ombygging til alderspsykiatrisk enhet i Helse Nord Trøndelag HF (1,5)

I tillegg må utredningsenhet-/senger i rus/psykiatri utredes nærmere

## Prioritet 2 A

### Nye sykehusbygg – særskilt finansiering

Tabell III

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Arlig kapital-kost	Arlig FDV
			opptr. planen	annen finans			
St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	psykiatrisenteret		647,1	25 884	45,7	18,1
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	rehabilitering		30,0	1 200	2,1	0,8
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	avd. for yngre		62,0	2 480	4,4	1,7
Nordmøre og Romsdal*	Lokalisering ikke bestemt	akutt-voksne		135,0	5 400	9,5	3,8
<b>Sum</b>				<b>874,1</b>	<b>34 964</b>	<b>61,8</b>	<b>24,5</b>

\* nytt sykehus

HMN står foran to store sykehusutbygginger, i Helse Nordmøre og Romsdal HF og i Sør Trøndelag, Nye St.Olavs Hospital.

I:

St.Olav Hospitaler gitt sentral godkjenning og særskilt finansiering. Pr. dato mangler avklaring på finansiering av psykiatrisenteret som er planlagt som del av Nye St.Olavs Hospital..

II:

Når det gjelder utbygging Helse Nordmøre og Romsdal HF pågår pt. et omfattende utredningsarbeid. Endelig avklaring på valg av modell forutsettes å foreligge første halvår 2003. Slik arbeidsgruppen vurderer situasjonen innenfor Helse Nordmøre og Romsdal HF vil det være nødvendig å utbedre de bygningsmessige tilbudene innenfor psykiatrien. Ikke minst er dette knyttet til forholdene ved Hjelseth.

For Helse Nordmøre og Romsdal HF vil arbeidsgruppen foreslå følgende løsning:

- En raskest mulig avklaring på valg av modell, fulgt av raskest mulig utbygging.
- Skulle dette av noen årsak ikke være mulig, må det snarest iverksettes tiltak som kan gi nødvendig bygningsmessig utbedring av psykiatritilbudene innenfor Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Arbeidsgruppen har for begge disse prosjektene forutsatt særskilt finansiering. Det er viktig å avklare om prosjektene vil belaste HMNs budsjetter i et omfang som vil begrense handlefriheten i andre sammenhenger før prosjektene effektueres.

## Prioritet 2 B

### Omløslisering av psykiatritilbud i Sør-Trøndelag

Tabell IV

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV (Forvaltning, drift, vedlikehold)
			opptr. planen	annen finans			
St. Olavs Hospital	Østmarka	bygg 24, rehab.		31,0		2,2	-
		øvrige funksjoner		46,3		3,3	-
		interimsløsninger		33,1		2,3	-
		universitetsareal, nyb.		6,6	264	0,5	0,2
		dagpost omb./rehab		5,5		0,4	-
		flerbruksrom ergoterapi		7,0		0,5	-
		skjermet enhet, omb.		7,0		0,5	-
		oppdel. av pas.rom/bad	Haukåsen		1,5		0,1
	Østmarka	Sikkerh.avd. m.m, nyb.		195,2	7 808	13,8	5,5
		varig funksj.svikt mm		129,6	5 184	9,2	3,6
<b>Sum</b>				<b>462,8</b>	<b>13 256</b>	<b>32,7</b>	<b>9,3</b>

I den fylkeskommunale planen for Sør Trøndelag var et viktig forhold å samle psykiatrien geografisk, organisatorisk og funksjonelt. Konkret betyr dette å flytte avd. Brøset til Østmarka, samt rehabilitering av en rekke eksisterende bygg på Østmarka se tabell III

Arbeidsgruppen er enig i at tiltakene er hensiktsmessige og nødvendige for å kunne optimere psykiatritjenestene, men mener likevel at tiltakene totalt sett bør prioriteres bak tiltak 1A-C.

## Prioritet 3

### Andre tiltak

Tabell V

Foretak	Institusjon	Tiltak	Ramme		Areal	Årlig kapital-kost	Årlig FDV (Forvaltning, drift, vedlikehold)
			opptr. planen	annen finans			
Sunnmøre	Larsnes	rehabilitering		6,9	276	0,5	
Nord-Trøndelag	Namsos	dagenh. Psyk., omb.		3,5		0,2	-
Nord-Trøndelag		rehab.post, omb.		30,0		2,1	-
Nord-Trøndelag		bup polikl. omb.		18,5		1,3	-
<b>Sum</b>				<b>58,9</b>	<b>276</b>	<b>4,2</b>	

Innenfor de enkelte foretakene er det utover tiltakene nevnt under pkt 1-2 en rekke andre tiltak, av ulikt innhold og varierende kostnad. Flere av disse har preg av vedlikehold, eller har et innhold av mer driftsmessig karakter.

Uten å differensiere mer i detalj mellom disse tiltakene, foreslår arbeidsgruppen at de gis prioritet bak gruppe 1-2

## 22 REFERANSER

1. Helseminister Dagfinn Høybråten- kronikk, Dagbladet 6.mars 2002.
2. Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999-2006 Dokument nr.3:5 (2002)
3. St. meld. Nr. 24 (1996-97), Åpenhet og helhet
4. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 ( St.prp. nr.63 (1997-98)
5. Regional psykiatriplan - Helseregion IV 1997
6. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1-10/2001)
7. SAMDATA psykisk helsevern . 1-02 SINTEF Unimed (2002).
8. Helsereg. Utfordring – 2002/ SINTEF Unimed (2002)
9. Statistisk Årbok 2002, Statistisk sentralbyrå, Oslo 2002
10. Romøren,Tor Inge Doktoravhandling, UiO (2001)
11. Distriktpsikiatriske sentre, organisering og arbeidsområder , Statens Helsetilsyn, veiledningsserie 1-2001 (IK-2738).
12. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstilling til H.dep. 17.desember 2002
13. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 So.dep. (2002)
14. Ot.prp. nr. 3 (2002-2003): Om lov om endringer I lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. i enkelte anmdre lover (statlig overtakelse av deler av fylkekommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)
15. ”Kvalitetsindikatorer for somatiske sykehustjenester” og ”Nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Rammeverk og retningslinjer for etablering og drift”, Sosial- og helsedepartementet 2001
16. Nasjonalt Råd for for spesialistutdanning av leger og legefording, årsmelding 2001
17. Legestatistikk, Den norske lægeforening 2002
18. ”Resept for et sunnere Norge." Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) om folkehelsepolitikken