



---

HANDLINGSPROGRAM FOR  
OPPTRAPPING AV

# Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge

*Dato: okt. 2003*

## Innhold

Innledning.....	3
1.1 Målsetting.....	3
1.2 Om handlingsprogrammet.....	3
2 Brukermedvirkning .....	4
2.1 Individuell brukermedvirkning .....	4
2.2 Brukermedvirkning og tvangsbruk.....	5
2.3 Organisatorisk brukermedvirkning .....	6
2.4 Medvirkning gjennom systematisk erfaringstilbakeføring.....	7
3 Struktur.....	8
3.1 Fordeling av avtalespesialisthjempler .....	8
3.2 DPS-struktur.....	9
3.3 Basistilbud i foretakene .....	11
3.4 Utbygging av BUP-tjenester .....	13
3.5 Utvikling av regionale tjenester .....	14
3.6 Modernisering av eksisterende sykehusbygg .....	16
4 Ytelse.....	18
4.1 Opptrapping av antall tjenesteytere.....	18
4.2 Rekruttering.....	19
4.3 Effektivisering .....	20
4.4 Kvalitetsforbedring.....	20
4.5 Forebyggende og helsefremmende.....	21
5 Samhandling.....	23
5.1 Utvikle samhandling med primærhelsetjenesten.....	23
5.2 Utvikle samhandling med somatisk og andre spesialisthelsetjenester .....	24
5.3 Utvikle samarbeid med nærsykehus (distriktsmedisinske sentra).....	24
5.4 Utvikle samarbeid med avtalespesialister .....	25
5.5 Utvikle samarbeid med høyskole og universitet .....	26
6 Kunnskaps og kompetanseutvikling.....	27
6.1 Utvikle kunnskap hos pasient og pårørende.....	27
6.2 Utvikle kunnskap hos brukerrepresentanter i faste råd og utvalg .....	28
6.3 Forskning og kompetanseutvikling .....	28
6.4 Opplæring.....	30
7 Finansiering og prioritering.....	31
7.1. Finansiering .....	31
7.2 Prioritering .....	32



# Innledning

## 1.1 Målsetting

Psykisk helsevern er et prioritert innsatsområde i Helse Midt-Norge. Målet for satsingen er både kvantitativ og kvalitativ **forbedring av tjenestetilbudene**.

Forbedringen skal vurderes i følgende perspektiver

- Pasientene og deres pårørende skal oppleve forbedring
- Helsepersonell skal oppleve at psykisk helsevern er et attraktivt fagområde i positiv utvikling
- Fagmiljøene skal kunne dokumentere forbedring
- Samarbeidsparter i behandlingsnettverket oppleve at spesialisthelsetjenesten reelt er styrket
- Spesialisthelsetjenestens eiere skal se konkrete resultater av økt ressursinnsatsen

## 1.2 Om handlingsprogrammet

Med bakgrunn i Høringsforslag Psykiatriplan Helse Midt-Norge RHF (febr.2003) og høringsuttalelser om denne har Helse Midt-Norge RHF utformet et **handlingsprogram** for psykiske helsevern i Helse Midt-Norge.

Programmet omhandler konkrete områder hvor Helse Midt-Norge, gjennom å fokusere målsettinger, stille krav til aktivitets- og eller resultatforbedringer og gjennom økonomiske prioriteringer, vil bidra til å akselerere opptrapping og forbedring.

Programmet gir ikke et komplett bilde av utfordringer i psykisk helsevern. Tjenestetilbudene står allerede på en solid "grunnmur", og fag- og ledelsesmiljøer vil fortsatt være aktiv i arbeidet med å videreutvikle tilbudene innenfor egne ansvarsområder. Videre er det en rekke utfordringer som gjelder hele helsetjenesten, ikke psykisk helsevern spesielt (feks ledelse, økonomistyring etc). Også dette arbeidet vil det psykisk helsevern delta aktivt i, men det omtales ikke videre i dette programmet.

Programmet omfatter i første fase en tidsperiode på inntil 5 år. Programmet skal være fleksibelt, slik at det kan ta opp i seg ulike endringer i programperioden. Endrede økonomiske og organisatoriske rammebetingelser, nye kunnskap, endrede forhold hos samarbeidsparter, evaluering av status etter gjennomførte tiltak etc. vil kreve kontinuerlig evaluering og korrigering av programmet. Dette innebærer at kapitler i programmet vil bli supplert og justert.

Rusreform I og II planlegges særskilt. Likeledes er det satt ned et utvalg som utreder habilitering og rehabilitering. Utviklingsprogrammet vil løpende oppdateres etter hvert som det konkretiseres tiltak som impliserer psykisk helsevern.

Målsettingen om å gi programmet en kortfattet form gir ikke rom for drøftinger og detaljbeskrivelse av vurderinger. For slike drøftinger og vurderinger henvises til underliggende plandokumenter og høringsuttalelser. For kildehenvisninger vises til det utsendte høringsforslaget.

Fremstillingen er delt inn i hovedområder brukermedvirkning, struktur, innhold, samhandling, kunnskap og kompetanse, økonomi, prioritering basert på gruppering av tiltak i høringsutkastet. De fleste tiltak påvirker hverandre gjensidig.

## 2 Brukermedvirkning

I tråd med anbefaling fra brukerrepresentantene i arbeidsgruppen for utarbeidelse høringsforslag til psykiatriplan i Helse Midt-Norge benyttes i dette dokumentet *bruker* i betegnelsen pasient og pårørende.

Brukermedvirkning på **individnivå** er enkeltindividets medvirkning og medbestemmelse i eget behandlingsopplegg. På **systemnivå** kan brukerrepresentanter medvirke i utforming av tjenestetilbudet gjennom deltakelse i ulike fora (feks utredningsgrupper, byggekomiteer, brukerutvalg, kvalitetsutvalg etc). Videre kan brukermedvirkning skje gjennom ulike former for erfaringstilbakeføring (spørreundersøkelser, fokusgrupper etc). Brukermedvirkning er ett av Helse Midt-Norges sentrale målområder og gjelder alle fagområdene. I dette kapittelet fokuseres de områdene hvor psykisk helsevern krever spesielt oppmerksomhet.

### 2.1 Individuell brukermedvirkning

#### Problemstilling

Den individuelle brukers medvirkning er helt nødvendig for god diagnostikk, behandling, rehabilitering og oppfølging. Gjensidig utveksling av informasjon og kunnskap er viktige virkemidler for å få resultater gjennom behandlingsprogrammer.

Helse Midt-Norge ønsker ikke fra et overordnet nivå å regulere profesjonsutøvelse. På den annen side vil det være behov for å stimulere til utvikling av **metoder** for god medvirkning, og **verktøy** som kan understøtte metodene.

#### Metoder

Pasientbehandling i psykisk helsevern er i hovedsak dialogbasert (bruker og behandler). Denne ”dialogen” kan for noen problemstillinger utvikles metodisk slik at pasienten i sterkere grad kan delta med egne ressurser. Metodene tar utgangspunkt i brukernes medbestemmelse, egenmotivasjon og egne mestringsressurser. Metodene kan være utformet som kurs, mestringsskoler gjerne som integrert del av større behandlingsprogrammer. Dette omtales videre i kapittel 6.1 vedr utvikling av kunnskap hos pasient og pårørende.

#### Individuell plan som verktøy

Ett viktig verktøy for individuell brukermedvirkningen er individuelle planer (IP) 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. Bruker har lovfestet rett til å delta i utforming av målsetting og utforming av planen.

Individuell plan er også et samhandlingsverktøy mellom samtidige tjenesteytere, og IP er også et tiltak som dekker behov i kapittel 5 om samhandling.

#### Forbedringsmål

Helseforetakene skal i løpet av 2004 tilbys elektronisk basert IP som understøtter samhandling og brukermedvirkning.

#### Tiltak

Helse Midt-Norge skal i regionalt prosjekt utvikle elektronisk hjelpemiddel for IP. Tjenesteytere fra helseforetak med erfaring med IP skal delta i prosjektet.

Helse Midt-Norge er prosjekteier. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med programvareleverandør, NTNU og HEMIT.

## **Finansiering**

Helse Midt-Norge RHF finansierer utviklingsprosjektet med støtte fra Helsedepartementet. Det enkelte helseforetak må stille med nødvendig timeressurs.

## **2.2 Brukermedvirkning og tvangsbruk**

### **Problemstilling**

Frivillighet står svært sterkt i norsk rett og profesjonell etikk. Brukere ønsker i utgangspunktet ikke tvangstiltak, selv om brukere i konkrete situasjoner ser behov for tvangstiltak inntil bakenforliggende lidelse er brakt under kontroll. Fagpersonell ønsker mest mulig frivillighet fordi dette gir den beste etterlevelse av behandlingsprogrammer. Bruk av tvang er i tillegg svært ressurskrevende. Allikevel er tvangstiltak enkelte gang nødvendig løsning. For de pasienter som åpenbart fyller kriteriene for tvangsbruk er det en rettighet å bli tatt vare på. Det er derfor ikke nødvendigvis riktig å ha målsetting om 0 tvang.

Medvirkning relatert til tvangstiltak kan oppnås ved:

#### **Forebygging av tvang (a)**

Pasienter skal gies virksomme tilbud, før det er nødvendig å bruke tvang. Muligheter for forebygging av tvang ligger derfor i utvikling av metoder, kommunikasjon mellom aktører (profesjonelle og brukere) og organisering av tiltakskjeden. Kapasitet er også en viktig faktor.

#### **Medvirkning under tvang (b)**

For pasienter under etablerte tvangstiltak kan brukermedvirkningen komme i konflikt med begrunnelsen for tvang. For brukere er det allikevel viktig å kunne medvirke også innefor rammen av etablerte tvangstiltak. Det er en faglig og metodisk utfordring å håndtere hensynet til frivillighet og tvang samtidig.

### **Forbedringsmål**

Bruk av tvang i Helse Midt-Norge skal ligge i nedre 1/3 av landsgjennomsnittet for sammenlignbare enheter. Evalueringsgrunnlaget er den nasjonale kvalitetsindikatoren. (a). Pasienter skal oppleve at tvangsvedtak ikke unødig fratrar pasienten medbestemmelse. Evalueringsgrunnlaget er ulike former for pasienttilfredshetsundersøkelser (b)

### **Tiltak**

Det enkelte helseforetak skal gjennomføre forbedringsprosjekter med klar målsetting å redusere bruk av tvang. Det er det enkelte foretak som velger fokus og metode. Metodisk tilnærming i problemløsningen gir mulighet for læringsoverføring i regionen (jfr DNLFs gjennombrudds-prosjekter med fokus på tvangsbruk).

Tvang kan være utløst av manglende sammenheng i behandlingsskjeden. Forbedringsarbeidet skal derfor omfatte ulike ledd i behandlingsskjeden, fra primærhelsetjenesten og gjennom spesialisthelsetjenesten.

## **Finansiering**

Helseforetakene skal forvalte forbedringsarbeidet innefor rammebevilgningene

## 2.3 Organisatorisk brukermedvirkning

### Problemstilling

Organisert brukermedvirkning er brukermedvirkning som utøves gjennom brukerorganisasjonene. Brukeres særlige kunnskap, representert ved brukerorganisasjoner, gjøres tilgjengelig for ledelsens planlegging og drift av tjenestene slik at ressursene i størst mulig utstrekning tilpasses primærbrukers opplevde behov.

Brukerorganisasjoner er også et støtteapparat for brukere (**likemannsarbeid** etc). Dette arbeidet er et viktig supplement til den offentlige tjenesten for noen brukere. Helse Midt-Norge gir økonomisk støtte til brukerorganisasjoner for psykiske lidelser på lik linje med andre interesseorganisasjoner.

I henhold til *Psykisk helsevernloven* skal det opprettes **kontrollkommisjon** med lovfestet brukerrepresentasjon. Kontrollkommisjonens hovedoppgaver er orientert mot etterlevelse av Psykisk helsevernloven, og har derfor begrenset fokus. Brukermedvirkning i kontrollkommisjonen forvaltes av kontrollkommisjonens formann og omtales ikke videre her

**Brukerutvalg** i helseforetak og regionalt helseforetak er lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Brukere fra psykisk helsevern har ikke spesifikke representasjonsrettigheter ved sammensetning av brukerutvalg. På den ene siden er dette positivt i arbeidet med å ”normalisere” psykiske lidelser. På den andre siden er det noen særlige utfordringer for pasienter med psykiske lidelser som tilsier at denne brukergruppen i enkelte saker bør rådspørres spesielt.

### Forbedringsmål

Det skal legges bedre til rette for brukermedvirkning i brukerutvalgene vedrørende problemstillinger i psykisk helsevern.

### Tiltak

Helse Midt-Norge skal stille til disposisjon øremerkede midler til styrking av brukerutvalgenes arbeid med problemstillinger innenfor psykisk helsevern. Midlene skal kunne brukes forsterkning av utvalgets arbeid i saker som spesielt omhandler psykisk helsevern, opplæring etc.

### Finansiering

RHF øremerker økonomiske midler til stimulering av brukermedvirkning i problemstillinger som omhandler psykisk helsevern. Midlene utbetales av det regionale helseforetak etter anbefaling fra regionalt brukerutvalg

## **2.4 Medvirkning gjennom systematisk erfaringstilbakeføring**

### **Problemstilling**

Målrettet ledelse av psykisk helsevern er avhengig av styringsdata. For å kunne yte gode tilbud er ledere og fagpersonellet avhengig av virksomhetsdata, både økonomidata, produksjonsdata og data fra brukere om deres opplevelse av "pasientforholdet". Begrepet *systematisk erfaringstilbakeføring* er innhenting av pasienterfaringer som grunnlag for forbedring.

Løpende data om brukererfaringer har ikke vært tilstrekkelig verdsatt av tjenesteytere og dermed ikke omsatt til forbedring av tjenester. Det er mange muligheter for å innhente brukererfaring, noen er bedre egnet for forbedringsarbeid enn andre.

Nasjonale pasienttilfredshetundersøkelser for psykisk helsevern er under utprøving. Disse er best egnet for å innhente sammenligningsdata og kan ikke erstatte lokale systemer for å innhente brukererfaring.

### **Forbedringsmål**

Alle helseforetak skal regelmessig, og minst en gang årlig invitere bruker av psykisk helsevern til medmedvirkning gjennom systematisk *erfaringstilbakeføring*.

### **Tiltak**

Foretakene skal aktivt innhente data om brukererfaring gjennom brukerundersøkelser. Problemstilling for kartlegging velges av helseforetakene. Metode skal velges etter problemstilling. Metoden bør invitere brukere til også å bidra med forslag til forbedring. I forbedringsarbeid er det ikke nødvendig med sammenlignbare undersøkelser, men problemstilling, metodevalg og forbedring skal beskrives for læring.

### **Finansiering**

HF skal finansiere innhenting av systematisk brukererfaring fra egne behandlingstilbud



## 3 Struktur

Struktur innbefatter **lokalisering og organisering** av ressurser, fordeling av geografiske ansvarsområder ol. En regional regulering av struktur sikrer overordnet styring av pasientstrømmer på en slik måte at ansvar er klart plassert og at ressurser utnyttes kost effektivt. Inndeling av basisansvar for opptaksområder er definert i foretaksstrukturen, men av hensyn til grenseområdene mellom foretaksgrenser reguleres noe av basistilbudene tilbudene særskilt av det regionale helseforetaket. Likeledes er tilbud med ansvar for flere foretaksområder (regionale ressursentre) en del av den strukturelle utfordringen.

### 3.1 Fordeling av avtalespesialisthjemler

#### Problemstilling

Helse Midt-Norge ivaretar sitt "sørge for ansvaret" ved bestilling til helseforetakene, kjøp av tjenester hos uavhengige private spesialisttjenestetilbydere og **avtalespesialister**. Hjemlene for avtalespesialister forvaltes av det regionale helseforetaket.

Avtalehjemlene skal kunne benyttes for å understøtte det regionale helseforetakets "sørge for ansvar" ved å

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

Utfordringen for Helse Midt-Norge er å

- **fordele avtalene** i regionen slik at
  - befolkningen opplever å ha reelle valgmuligheter
  - det regionale helseforetaket kan oppnå rekrutteringsgevinster i rekrutteringsutsatte områder
- **integre** avtalespesialistene
  - slik at ressursen blir et integrert supplement til de offentlige tjenestene
  - slik at rapporteringsdata fra avtalespesialistene, sammen med det offentliges data, gir et komplett bilde av aktivitet i psykisk helsevern.

Integrasjon mellom DPS og avtalespesialistene omtales i kapittel 5.4 om samhandling

#### Forbedringsmål

Fordeling av avtalespesialisthjemlene er til enhver tid prioriteres mot områder med lavest dekning.

#### Tiltak

##### Fordeling av avtaler.

Avtalehjemler fordeles etter utlysning av ledige hjemler. Helse Midt-Norge vil prioritere nye avtaler i områdene med lavest dekning. Dette innebærer at det regionale helseforetaket vil ta geografisk og demografiske hensyn. Det regionale helseforetaket vil fordele legespesialister og psykologspesialister hver for seg fordi disse ikke tilbyr identiske tjenester, og pga av den særlige regulering av legespesialister.

Med utgangspunkt i situasjonen i Sør Trøndelag oktober 2002 må Nord Trøndelag tilføres omlag 5 psykologer og 3 psykiatere, Nordmøre og Romsdal 3+3, og Sunnmøre 1+3 for å utjevne ulikheter i Helse Midt-Norge .

Fordeling av avtalespesialister som rekrutteringstiltak gjøres på bestilling fra helseforetaksledelsen. Utforming av avtale gjøres da i samarbeid med helseforetaket.

### **Finansiering**

Avtalespesialisthjemlene finansieres av det regionale helseforetakets basisramme

## **3.2 DPS-struktur**

### **Problemstilling**

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. Statens Helsetilsyns veiledningsserie 1-2001 *Distriktpsikiatriske sentre, organisering og arbeidsområder* (IK-2738) gir beskrivelser av DPS'enes innhold. Helse Midt-Norge vurderer DPS som en svært viktig ressurs for pasientene, og et helt nødvendig element for å ressursutnytte og viktig for god flyt i behandlingsskjeden.

DPS er enheter under helseforetakene. I prinsippet er det helseforetakene som planlegger og bygger ut DPS etter vurdering av hvordan oppdragene fra det regionale helseforetaket best kan løses. Årsaken til at dette allikevel reguleres regionalt er:

- behov for harmonisering av DPS-tilbudet i regionen (størrelse, innhold etc)
- fordeling av opptrappingsmidlene som tildeles regionen
- det regionale helseforetaket er godkjenningssinstans for byggeprosjektene og finansiering
- det regionale helseforetaket har muligheter for å omdefinere opptaksområdene mellom DPS

Utfordringen til Helse Midt-Norge er å gjøre valg av lokalisasjon for DPS slik at helseforetakene kan fullføre DPS etableringen. Videre gjør begrensinger i økonomirammen det nødvendig å vurdere kostnadene kritisk.

### **Forbedringsmål**

Helse Midt-Norge skal beslutte og iverksette de nødvendige bygningsmessige utbygginger og tilpasninger slik at befolkning i Helse Midt-Norge skal kunne motta fullverdig DPS-tilbud, jfr Helsetilsynets anbefalinger (IK-2738). Innen utgangen av 2006 skal DPS strukturen være utbygd

### **Utbygging av DPS**

- **Helse Nord-Trøndelag HF** gis i oppdrag å fullføre **DPS Kolvereid**. Basis opptaksområde er kommunene i nordvestlige Namdal og Bindal. DPS set sees i sammenheng med tilbudene i Namdal sykehus
- **Helse Nord-Trøndelag HF** gis i oppdrag å realisere **DPS Stjørdal**. Basis opptaksområde er kommunene Levanger, Meråker, Selbu, Tydal og deler av Malvik. For sykehusnære områder skal Sykehuset Levanger kunne tilby DPS-tjenester i sykehuset.
- **St.Olavs HF** gis i oppdrag å realisere **DPS Leistad**. Basis opptaksområde er deler av Malvik, Trondheim øst og sentrum, og Fosen. Det etableres i tillegg sentrumsnær og BUP-nær poliklinikk i Trondheim sentrum.

*Fosenteamet inngår som ressurs i DPS Leistad. Dersom Fosen DMS, med integrerte DPS-funksjoner realiseres som resultat av prosjektet "Fosen medisinske senter" (godkjent forprosjektstart i juni 2003), vil tilbud til Fosen-pasienter kunne overføres til Fosen.*

*Fosenteamet vil da kunne få ny organisatoriske tilknytning*

*Avtale for DPS-tjenester ved Betania Malvik opphører etter at Leistad DPS og Stjørdal DPS er ferdig etablert.*

- **St.Olavs HF** gis i oppdrag å videreutvikle **DPS Tiller**. Basis opptaksområde er Trondheim vest og sør, Klæbu og Melhus. DPS Tiller utvides med lokaler for barne- og ungdomspsykiatri. Eksisterende lokaler oppgraderes.
- **St.Olavs HF** gis i oppdrag å fullføre **DPS Orkdal** for opptaksområde Orkdal, Hemne, Hitra, Frøya, Midtre Gauldal, Skaun, Oppdal, Rennebu, Holtålen og Røros. Det er beregnet ekstra kapasitet til pasienter fra Rindal, Surnadal og Halså som på bakgrunn av fritt sykehusvalg velger ferjefri tilgang til DPS.

*DPS Orkdals satellitt i Haltdalen er planlagt opprettholdt. Det er behov for en mindre bygningsmessig oppgradering. Dette er ikke gitt tilsagn på opptrappingsmidler til dette formålet, og må finansieres av HF.*

- **Helse Nordmøre og Romsdal HF** gis i oppdrag å realisere **DPS Kristiansund**. Basis opptaksområde er kommunene i Nordmøre nord. Oppdraget omfatter poliklinikklokaler (Solhagen) og døgnenhet ved Nordlandet psykiatriske senter.
- **Helse Nordmøre og Romsdal HF** gis i oppdrag å realisere **DPS Molde** i Molde. Basis opptaksområde er Nordmøre sør. Det er ikke tatt stilling til bygning, men det skal etableres et DPS tilbud i Molde. Hvorvidt Eide psykiatriske senter skal benyttes som døgnenhet er avhengig av konklusjoner i Samla-plan prosessen.

*Når DPS Molde er utbygd skal det ikke være DPS-aktivitet ved Tingvold psykiatriske senter.*

- **Helse Sunnmøre HF** gis i oppdrag å realisere **DPS Ålesund**. Basis opptaksområde er Sunnmøre Nord. Det skal bygges ny poliklinikk på Åse. Satellittenheter i Vegsund og Sjøholt opprettholdes.
- **Helse Sunnmøre HF** gis i oppdrag å realisere **DPS Volda**. Basis opptaksområde er Sunnmøre sør.

*Når DPS Volda er utbygdskalet det ikke være DPS-drift ved Sande psykiatriske senter. (Om videre bruk av Sande, se kapittel 3.3)*

### **Samlokalisering BUP- voksenpsykiatri DPS**

I henhold til nasjonale anbefalinger skal samhandling mellom BUP og voksenpsykiatri styrkes gjennom **samlokalisering** av poliklinikker i BUP og de voksepsykiatriske poliklinikkene i DPS. Helse Midt-Norge vil med utbyggingsplanen i ikke lykkes å fullintegre lokalisasjonene. Helseforetakene skal allikevel ivareta samhandling mellom fagfeltene.

*DPS utbygging med planlagt BUP-poliklinikk er planlagt ved*

- DPS Kolvereid
- DPS Stjørdal..
- DPS Leistad. Det sentrumsnære poliklinikktilbudet i Klostergata skal etableres i samme lokaler som BUP-poliklinikk. Fosenteamet inngår som ressurs i DPS Leistad. Fosenteamet har etablert samarbeidsarena med BUP-poliklinikk i Rissa. Dette prolongeres
- DPS Tiller.
- DPS Orkdal.
- DPS Volda
- DPS Ålesund

DPS utbygging uten fullgod samlokalisering finnes ved: .

- **DPS Kristiansund.** Planen for DPS innebærer at voksenpsykiatri flytter ut fra samlokalisasjon. Avstandene er ikke større enn at samhandlingsarena kan organiseres.
- **DPS Molde** i Molde. Lokalisasjon av DPS er ikke bestemt

Selvstendige BUP poliklinikker uten DPS tilknytning finnes ved:

- BUP Røros
- BUP Fosen.

### Finansiering

Det ytes tilskudd fra ”opptrappingsmidler” til utbygging og ombygging som gir reell opptapping av det psykisk helsevern. Lån etableres etter vedtak i det regionale helseforetakets styre. Helseforetakene skal betjene alle drift og kapitalkostnader innenfor driftsrammer.

Helseforetakene prosjekterer DPS på bakgrunn av styrevedtak om lokalisering og opptaksområde. Helseforetakene er ansvarlig for gjennomføring av prosjektene. Det regionale helseforetaket er godkjenningssinstans for utbygging og finansiering

## 3.3 Basistilbud i foretakene

### Problemstilling

Ved etablering av DPS (jfr. kap.3.2) skal tilbudene i sykehusene spesialiseres ytterligere (jfr opptrappingsplanen).

*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*

RHF ønsker å sørge for en harmonisering av tilbudet i befolkningen i regionen. Helse Midt-Norge vil derfor sette standardkrav til forekomst av funksjoner i hvert foretaksområde.

Følgende sykehus**funksjoner\*** skal tilbys befolkningen i hvert foretaksområde:

- Akuttfunksjon (døgn) (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
- Tilbud til psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser\*\*\*

\* organisatorisk tilknytning av tilbudene kan være sykehus og DPS

\*\*Rustilbudet vurderes i forbindelse med Helse Midt-Norges behandling av Rusreform II(h.2003/v.2004)

\*\*\* Utviklingshemmede med psykiske lidelser representerer en pasientgruppe i grensen psykiatri-habilitering, i grensen kommunehelsetjeneste/ spesialisthelsetjeneste. Tilbudet til denne gruppen vurderes nærmere i egen utredning om rehabilitering og habilitering(utredning planlegges ferdigstilt v.2004)

I Helse Nord-Trøndelag mangler sikkerhetspsykiatriske senger. I Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal har flere tjenester fortsatt fylkesfunksjon

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

### Forbedringsmål

Helse Midt-Norge skal kunne tilby basistjenester til befolkningen i alle helseforetaksområdene innen 5 år

### Tiltak

- Helse Midt-Norge gir Helse Nord-Trøndelag HF i oppdrag å etablere hensiktsmessig tilbud for pasienter som har behov for **sikkerhetspsykiatriske sengeplasser**. Løsningen kan være nyetablering i Helse Nord-Trøndelag eller avtaler med andre. Plassene planlegges etter de normer som er satt for sikkerhetsplasser i Ot. Prp 63. (ca 4 plasser). Forbruket av sikkerhetsplasser er evaluert av Sosial- og helsedirektoratet sommer 2003, og må taes med i beregning av volum. Helse Nord-Trøndelag anmodes om å gjøre planleggingsarbeidet i samarbeid med Kompetansesenteret på Brøset
- Helse Midt-Norge gir Helse Sunnmøre HF i oppdrag å etablere **Alderspsykiatriske spesialisttilbud i HSM**: Det etableres en ny alderspsykiatrisk døgntilbud med poliklinisk team i Helse Sunnmøre. Foretaksledelsen avgjør lokalisasjon (jfr. vedtak i Styret Helse Midt-Norge, sak 109/02)
- Helse Midt-Norge gir Helse Sunnmøre HF i oppdrag å etablere **Psykiatrisk rehabilitering i Helse Sunnmøre**: Prosessen med å overføre en rehabiliteringspost fra Hjelset til Helse Sunnmøre sluttføres. Helse Sunnmøre helseforetak avgjør lokalisasjon. Planer om ny bruk av Sande psykiatriske senter etter at DPS Volda er etablert vurderes som hensiktsmessig. Overføring av tjenester følges av tilsvarende overføring av ressurser
- Helse Midt-Norge gir Helse Sunnmøre HF i oppdrag å etablere **Schizofrenibehandling for yngre i HSM**: Helse Sunnmøre helseforetak etablerer tilbudet i dialog med Helse Nordmøre og Romsdal helseforetak.

Det er gjort en grundig vurdering av de øvrige fylkesdekkende tjenestene. Konklusjonen pr 2003 er at tilbudenes ivaretas best innenfor planperioden ved fortsatt fellesløsning.

- Sikkerhetspost i Molde

### Finansiering

Det er godkjent bruk av opptrappingsmidler til alderspsykiatri i Helse Sunnmøre HF. Ut over dette må HF finansiere etablering av de basistilbudene. For fylkesfunksjoner som splittes fordeles andel av eksisterende driftskostnader.

### 3.4 Utbygging av BUP-tjenester

Barne- og ungdomspsykiatrien i Helse Midt-Norge står overfor store utfordringer i forhold til det å nå de nasjonale målene om tilbud til 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen (0-18 år). Samtidig med behov for å øke kapasitet må fagfeltet utvikle også ny kunnskap, ivareta spesialistutdanning, samhandle med kommunehelsetjenesten, drive forskning og opplæring og utdanning av eget personale.

Behovet for døgnplasser innenfor BUP er både relativt og absolutt lavere enn tilsvarende innenfor voksenpsykiatri. I Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag er det valgt midlertidige løsninger for lokalisasjon. Helse Sunnmøre og St.Olavs hospital, psykisk helsevern har en moderne bygningsmasse.

Den bygningsmessige opptrappingen som er planlagt vil fortsatt gi Helse Midt-Norge tilgang på BUP-døgnplasser vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet (ca. 20 senger). Underdekningen rammer først og fremst Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre. Dette forutsettes kompensert ved at BUP-tilbudene i disse foretakene i vesentlig større grad er vinklet mot poliklinikk og kommunehelsetjenester. Over tid kan det bli nødvendig vurdere en økning av antallet døgnplasser i disse to foretakene opp på nivå med forholdene i de to Trøndelagsforetakene.

Ved siden av utbygging og utvikling av klinikkavdelinger skal arbeidet med å bygge ut og utvikle BUP-poliklinikker fortsette. Dette arbeidet må også sees i sammenheng med utvikling og utbygging av DPS (se kapittel 3.2 om DPS)

#### Forbedringsmål

Helse Midt-Norge skal styrke BUP tjenestene gjennom utbygging av klinikkavdelingene

#### BUP-klinikker

- Helse Nord-Trøndelag HF gis i oppdrag å gjennomføre utbygging av **Klinikkavdeling trinn I og II** i Levanger.
- St.Olavs Hospital HF gis i oppdrag å supplere **Barne- og familiesenter** Haukåsen/Lian med flere plasser for familiebehandling.
- Helse Sunnmøre HF gis i oppdrag å utvide **BUP-poliklinikk** i Ålesund. Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA)/Ålesund er pr 2003 vurdert videreført som foretaksovergrepene enhet mellom HNR og HSM
- Helse Nordmøre og Romsdal HF gis i oppdrag å videreutvikle **BUP-poliklinikk og akuttenhet** i Molde.

Tilbudet som i dag gies i Familieenheten – BUA/Molde er pr 2003 vurdert videreført som foretaksovergrepene enhet mellom Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre helseforetak.

## **Finansiering**

Det ytes tilskudd fra ”opptrappingsmidler” til opptapping av tjenestetilbudet. Lån etableres etter godkjenning i det regionale helseforetakets styre. Helseforetakene skal betjene alle utbyggings-, drift og kapitalkostnader innenfor driftsrammer.

## **Ansvar**

Helseforetakene har ansvar for prosjektering av utbygging på bakgrunn av styrevedtak om etablering. Helseforetak er ansvarlig for gjennomføring av prosjektene. Det regionale helseforetaket er godkjenninginstans for utbygging og finansiering

## **3.5 Utvikling av regionale tjenester**

### **Problemstilling**

De spesialiserte tjenestene i foretaksområdene skal i hovedsak tilbys i DPS og sykehus. For noen særlige problemstillinger er det nødvendig med ytterligere spesialisering. Ressurshensyn (økonomi, bygning, kompetanse) og hensynet til ”volum-kvalitet” gjør at regionen vil peke ut enheter som skal tilby tjenester for hele regionen, flere regioner eller også nasjonalt. Regionale tjenester kan ha ulik organisering og ulike type oppgaver. Betegnelser for regionale tjenester er ikke standardisert.

### **Ulike former for ressursorganisering**

- Nettverk: helseforetak og evt universitet, høysoler, forskningsinstitusjoner mm i et organisert samhandlingsnettverk for gjensidig konsultasjon og kompetanseoppbygging. En av avdelingene utpekes som koordinator.
- ”Spesialenhet for pasientbehandling” som funksjonell enhet ved ett av helseforetakene som behandler pasienter, og som samtidig har oppgave å utvikle kunnskap for et spesifikt fagområde
- Enhet for kompetanseutvikling uten pasientbehandlingsansvar. R-BUP er et eksempel på en slik enhet. Hovedoppgavene er forskning, forskningsveiledning og opplæring.

Suksessfaktoren for de regionale tjenester er spisset kompetanse. Lokalisering av tiltakene vil være avhengig av hvor kompetanse og interesse finnes, og behov for nærhet til annen spesialisert kompetanse. Tiltakene under bygger på forutsetningen om at regionale funksjoner som ikke krever fysisk nærhet til universitetssykehuset skal kunne plasseres ved andre foretak enn St.Olavs Hospital. Tilsvarende skal regionale funksjoner som krever fysisk nærhet til universitetssykehuset legges til St.Olavs Hospital. Alle regionale funksjoner, uansett geografisk plassering, skal ha tilknytning til universitet og eller høyskoler.

### **Følgende tiltak eksisterer og skal videreføres:**

*Nasjonale / flerregionale tjenester:*

- Brøset
  - Regional sikkerhetsavdeling (pasientbehandling)
  - Fagenhet for tvungen omsorg, (pasientbehandling, veiledningstjeneste) \*
  - Kompetansesentra i sikkerhets,- fengsels og rettspsykiatri

\*Dette tilbudet har særskilt finansiering

*Regionale tjenester*

- Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser (inkl døgntilbud fra jan 03)\*\*
- Psykososialt team for flyktninger
- RBUP

\*\*Fagteamet er utpekt til koordinerende knutepunkt i nasjonalt kompetansenettverk

## Forbedringsmål

Helse Midt-Norge skal etablere regionale tjenester innenfor områder som krever høyspesialisert diagnostikk, behandling og særskilt kompetanseutvikling.

## Tiltak VOP

### Kliniske tjenester

- St.Olavs Hospital HF gis i oppdrag å etablere Regionalt poliklinikktilbud for døve voksne, barn og ungdommer  
Bakgrunn for oppdraget er beskrevet i Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2001, kapittel 5.5. foreslått ”*et tilbud i hver helseregion for døve voksne, barn og ungdommer*”. Nærhet til spesialiserte pedagogiske tilbud til døve i Sør-Trøndelag gjør det naturlig å legge ansvaret til St.Olavs Hospital HF.
- St.Olavs Hospital HF gis i oppdrag å etablere **regionalt kompetansesenter for psykosomatiske lidelser**  
Oppdraget ble beskrevet i *Regional psykiatriplan 1998*. Bakgrunnen var behovet for høyspesialiserte tjenester for de pasienter med psykosomatiske lidelser og hvor det ikke er tilstrekkelig med kompetanse i helseforetakene for å få avklart problemstillingene. Synergien mellom spesialisert somatiske kompetanse (3.linje) og spesialistkompetanse i psykiatri / psykologi gjør det naturlig å gi oppdraget til St.Olavs hospital HF
- Helse Nord-Trøndelag HF gis i oppdrag å realisere flerregionalt rehabiliteringstilbud for pasienter med alvorlige og kronifiserte spiseforstyrrelser.  
Bakgrunn for oppdraget er etterspørsel etter tilbud til pasienter som har de mest **alvorlige** spiseforstyrrelsene og hvor hjelpeapparatet lokalt ikke kan tilby pasienten nødvendig spesialtilpasset tilbud for **lengre opphold**.

### Kompetanseutviklende tjenester (nettverk)

- Helse Nordmøre og Romsdal HFGis i oppdrag å etablere og koordinere Regionalt kompetansenettverk i alderspsykiatri  
Tilbudet til eldre med psykiske problemer er mangelfullt utbygd pr 2003. Aldersproblematikk forventes å være økende (eldrebølgen). Tilbudet bygges som kompetansenettverk for å støtte de ”lokale” tilbudene med oppdatert kunnskap i diagnostikk og behandling.

## Tiltak BUP

### Kliniske tjenester

St.Olavs Hospital HF gies i oppdrag å tilby et regionalt, spesialisert klinisk tilbud

- til barn med alvorlig anoreksi,
- for vurdering av enkelte alvorlige adferdsvansker og selvbeskadigelse
- om avansert nevrodagnostikk
- for behandling av vanskelige nevrofarmakologiske problemstillinger

Det er bred enighet i fagmiljøene om at St.Olavs 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 nevrofarmakologiske problemstillinger.



## Koordinering av regionalt kompetansenettverk i BUP

Tiltakene er rettet mot å plassere ansvar for utvikling og spredning av kunnskap (forskningsaktivitet er omtalt i kapittel 6) Enheter med særlig kompetanse i metodeutvikling eller spesielle kliniske problemstillinger gies i oppdrag å koordinere samarbeidsnettverk mellom BUP-enheter, universitet / RBUP, høyskoler

- Helse Nordmøre og Romsdal HF gies i oppdrag å etablere og koordinere kompetansenettverk for **tidlig intervensjon i forhold til sped- og småbarn**.  
Bakgrunn for oppdraget er stort behov for kunnskap om 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.
- Helse Nordmøre og Romsdal HF gies i oppdrag å etablere og koordinere **Kompetansenettverk i familierapi** sammen med voksenpsykiatri.
- St.Olavs Hospital HF gis i oppdrag å ta ansvar for nettverkskoordinatoroppgaven i kompetansenettverk for **Behandling av psykoser og ungdom med selvskade/ suicidproblematikk**
- St.Olavs Hospital HF gis i oppdrag å ta ansvar for etablere og koordinere kompetansenettverk i **nevropsykiatri/psykologi**
- Helse Nord-Trøndelag helseforetak gies i oppdrag å ta ansvar for å etablere og koordinere kompetansenettverk for **pediatrisk barnepsykiatri**

*Fagmiljøene signaliserer behov for videreutvikling av kompetanse i **Behandling av alvorlige adferdsvansker og rus**. Helse Nord-Trøndelag er foreslått som nettverkskoordinator. I påvente av rusreformen avventes tiltaket slik at rusproblematikken kan sees samlet.*

## Finansiering

Helse Midt-Norge forutsetter at de eksisterende **nasjonale og flerregionale** tjenestene videreføres og videreutvikles i tråd med Helsedepartementets føringer, og at de finansieres gjennom sentrale bevilgninger (rammer; øremerkede midler el.)

De øvrige tiltakene må finansieres innenfor det regionale helseforetakets rammer. Størrelsen på tilskuddet vil vurderes løpende.

## 3.6 Modernisering av eksisterende sykehusbygg

### Problemstilling

Bygningsmassen knyttet til sykehustjenesten i regionen er delvis gammel, nedslitt og delvis uhensiktsmessig for en fremtidsrettet psykiatri. Behovet for oppgradering er størst på Hjelset (Helse Nordmøre og Romsdal ) og Østmarka (St.Olavs Hospital).

Psykiatrisenter på Øya er et viktig strukturelt tiltak for å bidra til en nærmere samhandling mellom somatikk og psykiatri. Psykiatrisenteret er i hovedsak planlagt for akuttpsykiatri, intermediært tilbud og alderspsykiatri. Dette er tjenester som i dag er lokalisert på Haukåsen og Østmarka. Styret i Helse Midt-Norge har fattet prinsippvedtak om gjennomføring av utbyggingen på Øya. Intensjonene er videre at tjenestene ved Haukåsen, Østmarka og Brøset samles på Østmarka. En samling vil kunne styrke miljøene og gi en mer kosteffektiv driftsløsning, men flytting til Østmarka vil kreve en

omfattede oppgradering av sykehusbyggene og en betydelig investering *uten* vesentlig kapasitetsøkning. For tilbudene i sikkerhetspsykiatrien som flyttes fra Brøset vil det kreves nybygg. Helse Nordmøre og Romsdal er i gang med å utrede fremtidig sykehusstruktur i eget foretaksområde. Strukturplanen omfatter alle fagfelt. Det er et mål å samle psykiatri og somatikk. HMN forutsetter at Helse Nordmøre og Romsdal innen kort tid framlegger et forslag til framtidig løsning slik at utbygging og utvikling kan settes inn i en overordnet plan og prioriteringsrekke. Uavhengig av valgt sykehusstruktur planlegger Helse Midt-Norge DPS lokalisert til Molde.

### **Forbedringsmål**

Sykehusstilbudene i henholdsvis St.Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal skal gjennom modernisering av bygningsmasse og samlokalisering av tjenester bli mer helhetlige og kosteffektiv .

### **Tiltak**

De respektive foretakene vil sammen med Helse Midt-Norge videreføre planarbeidet for et samlet psykiatritilbud på Øya og Østmarka, og for psykisk helsevern og somatikk i Helse Nordmøre og Romsdal .

### **Finansiering**

Utbygging av St.Olavs Hospital representerer ikke opptrapping av tilbudene. Tiltakene vil derfor ikke hjemle bruk av opptrappingsmidler. Psykiatrisenteret på Øya forutsettes finansiert innenfor rammene av Nye St.Olavs Hospital. "Nye Østmarka" kan ikke påregne ekstern finansiering, og må vurderes innenfor investeringsrammene til Helse Midt-Norge.

Utbygging i Helse Nordmøre og Romsdal representerer ikke opptrapping av tilbudene. Tiltakene vil derfor ikke hjemle bruk av opptrappingsmidler. Finansiering av "Samla plan" må vurderes innenfor investeringsrammene til Helse Midt-Norge.

## 4 Ytelse

Opptappingsplanens grunnleggende målsetting er at tjenestetilbudene skal yte bedre, både kvalitativt og kvantitativt. Dette samsvarer med Helse Midt-Norges strategiske mål- og fokusområde.

Den kvantitative økningen skal skje gjennom en opptapping av antall behandlere. Dette krever bla god rekruttering. Videre skal ressursutnyttelsen bli mer effektiv. Effektivitet innebærer at brukerne skal tilbys tjenester med god effekt (se kapittel 6 om kunnskapsheving) og at de er kosteffektive. Dette innebærer at ressurser vil måtte kunne brukes annerledes enn i dag.

Den kvalitative forbedringen er prolongering av en kontinuerlig prosess i foretakene. Hvorvidt kvalitet (egenskaper ved tjenestene) faktisk blir bedre er avhengig av om en er i stand til å måle dagens kvalitet og iverksette forbedrende tiltak som gir målbart bedring.

I opptappingsperioden vil flere samtidige tiltak gjøre at det er mulig å oppnå et markert ytelsesforbedring. Mer personell, bedre samhandling, styrking av utdanning og opplæring, økte midler til forskning etc er et unikt utgangspunkt for bedre psykisk helsevern..

### 4.1 Opptapping av antall tjenesteytere

#### Problemstilling

Et viktig bidrag til å øke kapasiteten i det psykisk helsevern er økning av antall direkte pasientrettede tjenesteytertilimer (jfr Opptappingsplanens måltall)

Utfordringene for det regionale helseforetaket er fordeling av de økonomiske midlene som er stilt til disposisjon for opptapping av drift (om finansiering, se kap 7). Helseforetakene har planlagt opptapping basert på andel av den totale opptappingsrammen basert på rammefordelingen for øvrig. HMN kan øremerke deler av de disponible midlene for å stimulere strategisk viktige satsinger, for eksempel oppbygging og drift av regionale tiltak, forskning, brukermedvirkning etc, eller for å jevne ut skjevheter i regionen. Beløpet som kan fordeles etter fordelingsnøkkel blir dermed lavere. Opptappingsmidlenes tilskudd til drift inkluderer tilskudd til ramme, økte takster i poliklinikk og pasientegenandel. Pr aug.2003 er det ikke klart hvor stor del av midlene som utbetales som tilskudd til rammen

Helseforetakenes utfordring er å disponere de tildelte midlene slik at de gir størst effekt. Det er lokale forhold som avgjør hvor ressursene bør settes inn. For noen helseforetaksenheter vil f.eks. økte støttetjenester kunne frigi tid til pasientbehandling.

Pr. mars 2003 var det registrert slik behov for nye stillinger ved foretakene :

Som det fremgår av tabellen planlegges en økning i antall fagstillinger i de polikliniske virksomhetene med ca. 190 fra 2002 til 2006.

	Nord-Trøndelag			Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag			Nordmøre og Romsdal			Sunnmøre		
	eksist.	planl.	sum	eksist.	planl.	sum	eksist.	planl.	Sum	eksist.	planl.	sum
<b>VOP Sykehus</b>												
<i>Polikl.fagstillinger</i>	55	+24	79	16	+15	31	4	+4*	8	0	+8*	8
<b>DPS</b>												
<i>Polikl.fag stillinger</i>	24	+13	37	72	30	102	51	+8	59	39	+17	56
<b>BUP</b>												
<i>Polikl.fagstillinger</i>	30	15,5	45,5	55	+20	75	45	+12	57	32		56

\* styrking av alderspsykiatri med poliklinikkstillinger i alderspsykiatri

### **Forbedringsmål**

Foretakenes totale kapasitet skal økes, og skjevfordeling av kapasitet i regionen utjevnes.

### **Tiltak**

Det regionale helseforetaket fordeler rammene i den årlige budsjettprosessen. Det enkelte helseforetak disponerer ressursene slik at pasienter får spesialisert og tilpasset psykisk helsevern.

### **Finansiering**

Helse Midt-Norge vil disponere de disponible opptrappingsmidlene i tråd med målsettingen. Helseforetakene må vurdere omdisponering av egne rammer slik at opptrappingsmålene nåes

## **4.2 Rekruttering**

### **Problemstilling**

Tilgang på fagpersonell i Helse Midt-Norge varierer, dels mellom helseforetakene og dels innenfor den enkelte virksomhet. Helse Midt-Norge har færre leger, færre psykologer og færre høgskoleutdannede fagfolk enn landet for øvrig. Helse Midt-Norge underdekning på spesialsykepleiere.

I en nasjonal opptrappingsperiode er det en generell konkurranse om personell med spesialisert kunnskap i psykisk helsevern. I Helse Midt-Norge er det en spesiell utfordring å rekruttere til foretakene med lavest dekning fra før. Rekruttering innbefatter også tiltak for å beholde de som nyrekrutteres og ikke minst beholde den kunnskapskapitalen som har vært i foretakene over tid.

### **Forbedringsmål**

Helse Midt-Norge skal ha kompetente medarbeidere i alle tilgjengelige stillinger.

### **Tiltak**

Foretakene skal utarbeide konkrete planer for rekruttering og dokumentere resultatene.

Aktiv bruk av den regionale arbeidsmiljødatabasen ("Coperio"; oppstart august 2003) og bruk av interne og eksterne turnover-indikatorer vil kunne gi ledere viktige styringsdata.

Helse Midt-Norge vil videreutvikle samarbeidet med NTNU innenfor forskning, videre og etterutdanning, støtte den regionale spesialistutdanningen og tilpasse tiltakene til den moderniserte psykisk helsevern (forskyvning av virksomheter fra sykehus til DPS og mer ambulant/poliklinisk virksomhet etc.)

Helse Midt-Norge mener at mulighet for forskning og fagutvikling er viktige faktorer for å rekruttere og beholde fagfolk. Forskning og fagutvikling skal derfor være en integrert del av tjenestene.

På samme måte vil Helse Midt-Norge formalisere samarbeidet med høgskolene i regionen. Dette vil Helse Midt-Norge ta initiativ til å få gjennomført innen utgangen 2004.

Helse Midt-Norge vil ta i bruk avtalehjemler som rekrutteringsmiddel der dette er relevant og hensiktsmessig. Foretakene skal ta i bruk videre- og etterutdanning som virkemiddel der dette er formålstjenlig.

### **Finansiering**

Rekrutteringsvirkemidlene (planer og tilrettelegging) til det enkelte foretak finansieres over de ordinære basisramme.

(Det regionale helseforetaket øremerker midler til avtalespesialister og forskning, se egne kapitler.)

## 4.3 Effektivisering

### Problemstilling

Det skal alltid være et krav om effektiv bruk av ressurser. Endrede økonomiske rammer, økte kostnader, ny kunnskap, kunnskap om nye metoder, variasjon i rekruttering, endringer i støttetjenester etc gjør at tjenestene hele tiden må tenke endring.

Det er både i voksenpsykiatri og BUP relativt stor andel av ressurser som ikke er direkte pasientarbeid. Helseforetakenes utfordringen er "overføring" av ressursbruk fra systemarbeid og indirekte pasientarbeid til direkte pasientarbeid.

Ressursøkningen gjennom opptrappingsmidler er en omprioritering av midler fra andre områder. Helse Midt-Norge vil derfor stille minst like strenge krav til effektiv ressursbruk i psykisk helsevern som til tjenestene for øvrig. Risikoen for at systemene "absorberer" økningen uten tilsvarende effektuttak er tilstede.

Helse Midt-Norge signaliserer ikke at den enkelte tjenesteytere skal arbeide fortere. Potensialet ligger i målrettet styring av arbeidsprosessene.

### Forbedringsmål

Forbedringsmålet er "mer helse for hver krone".

### Tiltak

Den enkelte enhet skal styre interne prosesser slik at disse yter faglig god psykisk helsevern, på en kosteffektiv måte og slik at arbeidstakere opplever arbeid i psykisk helsevern attraktivt. Det skal være klart definerte grensesnitt mot samtidige eller etterfølgende samarbeidsparter slik at bruker opplever ett sammenhengende tilbud. Den samlede ressursinnsatsen skal være effektiv. Kartlegging av prosessene er et hjelpemiddel for styring og forbedring.

Foretakenes skal aktivt tilpasse IKT-verktøy (EPJ, kontorstøtte, elektronisk samhandling (telematikk) etc) til prosessene slik at ressurser kan overføres til direkte brukeraktivitet.

### Finansiering

Det er det enkelte foretak som har ansvar for og må finansiere nødvendige tiltak for å oppnå ressurseffektivisering.

Utvikling av større IKT systemer finansieres over øremerkede midler fra det regionale helseforetaket. Effektuttak av IKT er helseforetakenes ansvar.

## 4.4 Kvalitetsforbedring

### Problemstilling

Kvalitet er egenskaper ved en tjeneste eller produkt. Tjenesteytere i psykisk helsevern er opptatt av å yte god kvalitet. I Helse Midt-Norge er det stilt krav til at kvalitet ved en tjeneste skal vurderes i 3 perspektiver (det kan være ulik "vektning" av de 3 perspektivene).

- Pasientopplevd kvalitet
- Faglig kvalitet
- Ledelseskvalitet (ledelse, økonomi, personal etc)

Det skal være systemer ved hvert helseforetak som skal bidra til kontinuerlig overvåkning og forbedring av kvalitet. På noen områder er det stilt krav til kvalitet i lov og forskrift (Internkontroll), på andre er det krav fra ledelse i helseforetakene og eller det regionale helseforetaket . Helse Midt-Norge vil i eget strategisk plan bidra til å utvikle kvalitetssystemer. Det omtales ikke videre her.

Forskning er også et helt nødvendig bidrag for å utvikle kvalitet. Dette omtales i kapittel 6.3.

I dette kapitlet fokuseres på **kvalitetsindikatorer** og **medisinske kvalitetsregistre**. Begge tiltakene er systemer som monitorerer egenskaper ved tjenestene. Disse data om egenskapene skal kunne brukes for sammenligning mellom tjenester som grunnlag for styring av ressurser og læring (grunnlag for forbedring). Noen indikatorer er utviklet for også å være grunnlag for "fritt sykehusvalg". Indikatorsettet i medisinske kvalitetsregistre er i all hovedsak orientert mot faglig kvalitet.

### **Forbedringsmål**

Det primære målet er kvalitetsforbedring. I denne sammenheng fokuseres målet indirekte gjennom utvikling og bruk av styringsverktøy.

- Indikatordata skal "produseres" og brukes aktivt som styringsdata. Det skal utvikles flere kvalitetsindikatorer spesifikt for psykisk helsevern. Det utvikles kvalitetsregistre i psykiatri.

Evalueringsgrunnlaget er antall **indikatorer** og **registre** for psykisk helsevern i aktiv bruk i helseforetakene.

### **Tiltak**

#### **Kvalitetsindikatorer**

Helse Midt-Norge skal utvikle aktiv bruk av indikatorene i kvalitetsforbedringsarbeidet og i styringsdialogen.

Helse Midt-Norge skal delta i utvikling av flere nasjonale indikatorer i fagfeltet i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Fagområdet skal utvikle lokale indikatorer.

#### **Kvalitetsregistre**

SAMDATA rapportene, BUP-data, Hab-data og Minste Basis DataSett (MBDS) inneholder betydelige og verdifulle styringsdata i registerformat. Disse er ikke tilstrekkelig utnyttet, delvis pga vanskelig tilgjengelige rapportgeneratorer. Det vil innenfor noen fagsektorer være nødvendig med registrering av mer spesifikke faglige data. Helse Midt-Norge har etablert et kvalitetsregisterprosjektet hvor det skal etablere ett register i psykisk helsevern i pilot. Evaluering av pilot vil danne grunnlag for å videreutvikle flere registre.

Helse Midt-Norge skal også utvikle aktiv bruk av registerdata i forbedringsarbeidet og i styringsdialogen.

#### **Finansiering**

Registre finansieres av øremerkede midler i Helse Midt-Norge. Annen aktivitet finansieres av helseforetakene (basisramme)

## **4.5 Forebyggende og helsefremmende**

### **Problemstilling**

Forebygging og helsefremmende tiltak er sentrale helsepolitiske mål, seinest dokumentert gjennom St.meld. nr.16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken*

Målene er gjennomgående langsiktige, og for psykiatrien ikke like fremtredende i den daglige aktivitet som preges av behov for raskt innsettende tiltak og effekter. Eksisterende finansieringsordninger drar også i noen grad oppmerksomheten bort fra temaet.

### **Forbedringsmål**

Det endelige forbedringsmålet er økt forebyggende aktivitet. Arbeidsmål er å skaffe oversikt over ressursinnsats på dette området i dag og deretter utvikle og implementere en regional strategi.

### **Tiltak**

For Helse Midt-Norge il satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid i planperioden være

- å kartlegge hva som gjøres innenfor foretakene i dag
- å utarbeide en overordnet strategi for det regionale helseforetakets arbeid innenfor området.

*Viktige elementer i strategien vil være*

- identifisere aktuelle samarbeidspartnere
- bilateral kompetanseoverføring mellom samarbeidspartnere
- bygge nettverk
- identifisering av og tiltak rettet mot risikogrupper
- krise- og katastrofearbeid
- genetisk veiledning
- kunnskapsformidling til befolkningen
- evaluering

Arbeidet vil bli startet opp i 2004 med sikte på begynnende implementering 2005.

### **Finansiering**

Kartleggingsarbeidet og utarbeidelsen av overordnet strategiplan finansieres av det regionale helseforetaket og gjennomføres av det regionale helseforetaket i samarbeid med helseforetakenes relevante samarbeidspartnere.

## 5 Samhandling

God kommunikasjon og kompatible systemer mellom alle aktørene er nødvendig for å tilby pasienter helhetlige tjenester. Samhandling og kommunikasjon er viktige ved overføring av behandlingsansvar i behandlingsskjeden, ved samtidige tjenester i et behandlingsnettverk og ved kunnskapsutveksling. Samhandling er ett av de sentrale strategiske mål- og fokusområdene for Helse Midt-Norge

### 5.1 Utvikle samhandling med primærhelsetjenesten

#### Problemstilling

For pasienter og samarbeidende tjenesteytere er det viktig at tilbudet fungerer som en helhet på tvers av forvaltningsnivå, i et nettverk. Dette krever samhandling både om den enkelte bruker og på systemnivå (faglig og ”organisatorisk”). Som et virkemiddel for å etablere gode samhandlingsløsninger er det viktig å sikre at avstanden mellom 1 og 2.linjetjenesten reduseres.

#### Forbedringsmål

Det primære forbedringsmålet er bedre samhandling. Delmål er etablering av systemer for bedre koordinering av ressursinnsats (faglig og ressursmessig)

#### Tiltak

##### *Overordnet nivå*

HMN vil at det enkelte foretak og tilhørende kommuner etablerer et samarbeidsorgan på rådmann/direktørnivå med oppgave å sikre en samordnet opptrapping og utbygging av de psykiatriske helsetjenestene i området i tråd med overordnede planer.

Videre bør det enkelte helseforetak og tilhørende kommuner etablere faglige utviklingsorgan for å harmonisere tjenestens faglige innhold og utvikling.

Struktur for bilateral kompetanseoverføring (undervisning og veiledning) skal etableres.

Organene ovenfor skal være etablert og operative i løpet av 2004. Nødvendig evaluering og justering av arbeidsform og oppgaver skal være gjennomført ved utgangen 2006.

##### *Direkte pasientbehandling*

Det skal etableres systemer for samhandling om ”*Individuell plan*”. Omforente krav og system for henvisning og epikriser er vesentlige for samhandling.

#### Finansiering

Etablering av de aktuelle samarbeidsorganene og de nødvendige samhandlingskostnadene dekkes over aktørenes rammer.



## **5.2 Utvikle samhandling med somatisk og andre spesialisthelsetjenester**

### **Problemstilling**

I Helse Midt-Norges strategiske målsetting skal psykiatri og somatikk knyttes tettere sammen organisatorisk og faglig. I tråd med dette har HMN samorganisert psykiatri og somatikk i samtlige foretak, sist i Sør-Trøndelag (fra årsskifte 2002/2003).

Som ledd i det samme er det i planene for Nye St.Olavs Hospital HF forutsatt psykiatrisenter som del av det somatiske sykehuset, lokalisert innenfor samme tomteareal. Senteret skal ivareta psykogeriatri, akutt psykiatri og intermediær psykiatri (alle med klare forbindelser til akutt somatikk , elektiv somatikk og parakliniske tjenester)

Tilsvarende gjelder også i øvrige deler av regionen (jfr. Samla plan, Helse Nordmøre og Romsdal HF o.a.), og vil være retningsgivende for Helse Midt-Norges planer fremover.

Behovet for å knytte somatikk og psykiatri tettere sammen er knyttet til organisering, økonomi og ledelse (jfr. iversatte tiltak ovenfor) til faglig samarbeid (på individ- og systemnivå ( jfr. BUP/pediatri, geriatri/psykogeriatri, akutt-innleggelse/intoksikasjon, habilitering-rehabilitering, psykosomatikk/smertebehandling o.a.), til paraklinisk samarbeid (laboratorietjenester (jfr. klinisk farmakolog o.a.) og utredninger), til utdanning og opplæring og til forskning.

### **Forbedringsmål**

Forbedringsmålet er å ta ut synergieffekter av samhandling mellom psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester. Samhandling skal gi klare pasientgevinster i form faglig utvikling, større grad av kontinuitet, større grad av helhet i behandlingstilbud og bedre kommunikasjon mellom aktørene.

### **Tiltak**

Helse Midt-Norge vil som godkjenninginstans i utbyggingsprosjekter vektlegge utnytting av samhandlings-potensialet som ligger i bygningsmassen.

Helseforetakene skal i styring av behandlingsprosesser sikre at fagressursene som ligger i sykehusene utnyttes kosteffektivt slik at de overordnede målsettinger nås.

Helseforetakene skal utnytte samhandling mellom fagfelt aktivt i forskning, opplæring (pasient og tjenesteytere) og utdanning.

### **Ansvar**

Ansvar for å videreutvikle strukturer for samarbeid mellom spesialistområdene påhviler helseforetakene.

## **5.3 Utvikle samarbeid med nærsykehus (distriktsmedisinske sentra)**

### **Problemstilling**

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helsedepartementet vurdert mulige samarbeidsmodeller mellom helsetjenestens nivåer. Det foreslås at sykestuer får benevnelsen distriktsmedisinske sentra (DMS) og har spesialisthelsetjenester med poliklinikk, ambulant virksomhet, dag- og døgtjeneste. De kommunale tjenestene kan være lokal legevakt, allmennlegekontor, fysioterapi og sykehjem.

Det foreslås alternative driftsmodeller.

DMS drives enten som desentraliserte avdelinger under et foretak som er faglig og økonomisk ansvarlig, eller DMS drives av en kommune på oppdrag fra det regionale helseforetaket /helseforetak med avtaler som sikrer faglig forsvarlighet og økonomi.

DMS modellen åpner muligheter for samhandling mellom somatikk og psykisk helsevern.

### **Forbedringsmål**

Det primære målet er å tilby pasienter i distriktene kvalitativt gode og sammenhengende spesialisthelsetjenester. Helse Midt-Norge vil i første fase skaffe erfaringskunnskap om samhandlingspotensialet mellom DMS og desentralisert psykisk helsevern.

### **Tiltak**

I Høringsforslag Psykiatriplan Helse Midt-Norge RHF ble foreslått å etablere pilotprosjekt på Ørland i Sør Trøndelag, Surnadal på Nordmøre og Hareid /Ulstein/Herøy på Sunnmøre.

Helse Midt-Norge har vedtatt å starte pilotprosjekt knyttet til Ørlandet, som del av Fosen medisinske senter.

Avhengig av erfaring og utvikling av Fosen medisinske senter vil Helse Midt-Norge søke å få på gang ytterligere pilotprosjekter

### **Finansiering**

Forprosjekt Fosen medisinske senter gies finansiell støtte av Helse Midt-Norge.

## **5.4 Utvikle samarbeid med avtalespesialister**

### **Problemstilling**

*Vedrørende fordeling av avtalehjemler, se kapittel 3.1*

Ansvar for avtalespesialistene (psykologer, psykiatere) er f.o.m. 1.7.03 tillagt det regionale helseforetaket, og gjelder forvaltning av inngått avtaler samt etablering av nye avtaler.

Avtalespesialistene er en viktig ressurs, og det er et mål for Helse Midt-Norge å øke utnyttelsen av denne ressursen for å styrke tjenestetilbudene. Avtalespesialistene skal være et alternativ til offentlige poliklinikker (St.melding 25). Spesialisten skal kunne utvikle egenart som pasienter finner som reelle alternativer. Samtidig skal Helse Midt-Norge bruke hjemlene for å ivareta "sørge for ansvaret". Det er derfor behov for å stille krav til hjemmelsinnehaverne slik at helsetjenestene framstår som en helhet. Det er en utfordring å finne gode samarbeidsrutiner mellom helseforetakene og avtalespesialistene.

### **Forbedringsmål**

Avtalespesialistene skal styrke det totale tjenestetilbudet ved å være et valgalternativ for pasientene og samtidig en integrert del av psykisk helsevern.

### **Tiltak**

Hvor det vurderes hensiktsmessig skal avtalespesialister knyttes til DPS (tilsvarende vil også gjelde for nærsykehus – se ovenfor).

Avtaler mellom avtalespesialister og Helse Midt-Norge skal omfatte krav til prioritering av pasienter, krav til kvalitet, til rapportering og til deltagelse i undervisning og utdanning. Oppfølging skal prioriteres på lik linje med oppfølging av andre helsetjenesteproduserende enheter.

## **Ansvar**

Helse Midt-Norge RHF er avtalepart. Avtaleinnhold som skal regulere spesielle lokale forhold utformes i samarbeid mellom avtalepartene og helseforetakene .

## **5.5 Utvikle samarbeid med høgskole og universitet**

### **Problemstilling**

I tråd med instruks fra sykehuseier har Helse Midt-Norge inngått rammeavtale med NTNU/DMF, og opprettet samarbeidsorgan med representanter fra Helse Midt-Norge og NTNU/DMF.

*Samarbeidsorganet* har utarbeidet strategiplan for samarbeidet mellom NTNU/DMF og Helse Midt-Norge.

Psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering er to viktige satsningsområdene for dette samarbeidet. I tråd med dette har *Samarbeidsorganet* bevilget flere doktorgradsstipend og postdoc-stipend til områdene, fordelt mellom alle foretakene i regionen.

*Samarbeidsorganet* har også etablert et regionalt rådgivende organ for RBUP med ansvar å følge opp virksomheten i forhold til mål og mandat slik gitt RBUP av sentrale myndigheter. For Helse Midt-Norge vil særlig det regionale perspektivet for RBUPs virksomhet være sentral.

### **Tiltak**

I tråd med St.meld nr. 25 og strategiplanen HMN/NTNU-DMF vil Helse Midt-Norge i samarbeid med NTNU i de siste 3 årene av opptrappingsplanen prioritere midler til forskning i psykisk helsevern også fra disse bevilgningene

Helse Midt-Norge vil i samarbeid med foretakene og NTNU/DMF utarbeide en konkret plan for hvordan slik opptrapping skal finne sted.

I forhold til høgskolene vil Helse Midt-Norge som ledd i sine disposisjoner etablere et overordnet samarbeidsforum. På linje med andre virksomheter vil psykisk helsevern også få sin plass her.

Samhandling og samarbeid knyttet til utdanning av personell (grunn/videre- og etterutdanning) reguleres i rammeavtale, og er et ansvar for helseforetakene.

### **Finansiering**

Finansiering av forskning, se kapittel 6.3

## **6 Kunnskap og kompetanseutvikling**

Kunnskap og ferdigheter er de viktigste innsatsfaktorene i psykisk helsevern. Kompetanse omsettes til verdi for pasientene i behandlingsprosessene, både gjennom enkeltpersoner, samarbeidsrelasjoner og team.

Kompetansebehov i psykisk helsevern er nøye redegjort for i rapport 4-2001 fra Statens helsetilsyn. Helse Midt-Norge legger til grunn at de prinsippene og retningslinjene som skisseres her skal ha gyldighet for Helse Midt-Norge og vil prioritere følgende tiltak i programperioden

### **6.1 Utvikle kunnskap hos pasient og pårørende**

#### **Problemstilling**

Pasientbehandling i psykisk helsevern er i hovedsak dialogbasert (bruker og behandler). Denne "dialogen" kan for noen problemstillinger utvikles metodisk slik at pasienten i sterkere grad kan delta med egne ressurser. Metodene tar utgangspunkt i brukernes medbestemmelse, egenmotivasjon og egne mestringsressurser..

Pasienter og pårørende har høy erfaringskunnskap om utvikling av egen sykdom, tidlige tegn på forverring, hva som påvirker symptomer, virkning og bivirkning av medisiner etc. Helsepersonell er avhengig av denne kunnskapen i diagnostikk, behandling og oppfølging.

Pasienters og pårørendes etterlevelse av de faglige programmene økes hvis brukerne får kunnskap om medisiner, opplæring i for eksempel mestringsprogrammer (symptommestring, rusmestring etc.). Noen av programmene kan ha hovedfokus på pårørende. Noen enheter i regionen har utviklet programmer med høy pedagogiske kvalitet.

Samhandling mellom brukeres "spesialkunnskap" (som er brukernes utgangspunkt for læring) og tilrettelagt fagkunnskap vil kunne gi positive synergieffekter i arbeidet om bedre psykisk helse.

#### **Forbedringsmål**

Enheter som leverer psykiatriske spesialisthelsetjenester skal gjennom systematiske programmer understøtte brukernes kunnskap, innsikt motivasjon og ferdigheter slik at brukerne bedre kan mestre egen hverdag.

#### **Tiltak**

Alle enheter som leverer psykiatriske spesialisthelsetjenester skal ha tilbud om kunnskaps- og kompetanseutviklingsprogram for sine pasienter og deres pårørende (jfr. lovpålagte krav om opplæring pasient og pårørende).

Tiltakene skal være tilpasset pasientens og pårørendes behov. Tiltakene skal beskrives og justeres i tråd med utviklingen av faget og de endringsbehov som følger av dette.

Kompetansesenteret i Volda gies i oppdrag å iverksette kartlegging, spredning og utvikling av programmer og nettverk rettet mot kunnskaps- og kompetanseutvikling hos pasient og pårørende.

#### **Ansvar / finansiering**

Ansvar for etablering og finansiering av de lokale programmene ligger i helseforetakene. Ansvar for etablering av nettverk og utvikling av regionale programmer ligger ved kompetansesenteret Volda.

## **6.2 Utvikle kunnskap hos brukerrepresentanter i faste råd og utvalg**

### **Problemstilling**

Brukerutvalg i det regionale helseforetaket og helseforetakene, og kvalitetsutvalg i helseforetakene er forankret i helselovene. Disse skal sikre høy grad av brukermedvirkning på systemnivå. Det er ikke regulert at brukerrepresentanter for psykisk helsevern skal være representert i utvalgene, men i utvalgenes arbeid skal de behandle problemstillinger i psykisk helsevern så vel som andre fagområder. I henhold til Psykisk helsevernloven er brukerrepresentanter gitt plass i kontrollkommisjonene. Dette skal sikre brukerperspektivet i avgjørelser som vedrører klager, tvang og andre forhold som reguleres av Psykisk helsevernloven. Brukerrepresentantens opplæringsbehov i kontrollkommisjonen ivaretas av Kontrollkommisjonens ledelse.

Brukeres stemme skal høres nettopp som brukere. Det kan være uheldig hvis brukerrepresentanter ”profesjonaliseres”. Samtidig er det viktig at brukere har tilstrekkelig kunnskap om saksbehandlingsprosesser, grunnlag for beslutning etc slik at brukerkunnskapen når fram til beslutningstakere.

### **Forbedringsmål**

Det regionale helseforetaket og helseforetakene skal kontinuerlig forbedre systemer som sikrer brukerutvalgenes medlemmer og brukerrepresentanter i kvalitetsutvalg nødvendige kunnskap.

### **Tiltak**

Det regionale helseforetaket og helseforetakene skal legge til rette for at brukerrepresentanter i faste råd og utvalg kan vedlikeholde og utvikle kunnskap og kompetanse nødvendig for å ivareta sine oppgaver innenfor området

(se kap, 2.1-2.4)

Dette skal nedfelles i styringsdokumenter, identifiseres i budsjetter og dokumenteres i årlige meldinger

### **Finansiering**

Det regionale helseforetaket og helseforetakene finansierer tiltak over respektive budsjetter

## **6.3 Forskning og kompetanseutvikling**

### **Problemstilling**

Forskning og utvikling er definert som helseforetakenes kjerneoppgaver. Samtidig er forskning et strategisk viktig område for Helse Midt-Norge for å kunne tilby pasienter sikker og effektiv behandling. Forskning er også viktig virkemiddel for å høyne kompetansen i fagmiljøene og som rekrutteringsvirkemiddel. Forskningsaktivitet i helseforetakene er avhengig av nært samarbeid med universitet og høyskoler.

Helse Midt-Norge har utviklet en forskningsstrategi for perioden 2004-2007. Denne gjelder også for psykisk helsevern.

Forskning og kompetanseutvikling er ulikt utviklet i regionen i dag. HMN ønsker å utligne disse forskjellene. I forhold til denne føringen må det vektlegges å få forskning og kompetanseutvikling ved Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre på nivå med øvrige deler av regionen.

### **Forbedringsmål**

Forsknings- og utviklingsaktivitet i psykisk helsevern skal økes.

## **Tiltak**

Det skal etableres struktur for forskningsvirksomheten i hvert helseforetak (forskerstillinger, utvalg, råd e.l.), det skal utarbeides årlig plan for forskningsvirksomheten i hvert foretak, og det skal etableres forskningsnettverk mellom samtlige foretak, mellom foretakene og universitetet og/eller høyskolene, det skal sikres brukermedvirkning, og det skal settes i gang utviklingsarbeid i samarbeid med industripartnere.

Fokus skal være klinisk forskning, metodevurderinger og kvalitet ( jfr. ref. 3), etablering av kompetansenettverk, oppgaver utviklet i samarbeid med universitet og høyskoler ( jfr.ref.4) og områder beskrevet i St.meld. nr. 25 (1996-97) (ref.5) , dvs.forskning og kompetanseutvikling knyttet til epidemiologi, etiologi, behandling og helsetjeneste.

Innenfor disse rammene må foretakene identifisere, planlegge og iversette sin forskning og kompetanseutvikling

Forskningsaktivitet skal stimuleres gjennom øremerkede midler. Ved utgangen av planperioden skal den samlede forskning, utvikling og kompetanseheving ha et omfang svarende til minst 3 % av Helse Midt-Norges brutto driftsbudsjett. I opptrappingsperioden økes ramme for forskning ytterligere for psykisk helsevern. I tråd med dette avsettes 2.75 % av brutto driftsbudsjett for psykisk helsevern til forskning og fagutvikling for 2004. deretter øker avsetningen med 0.75 % årlig fram til 2007. Innenfor disse rammene hensyntas relativt økt satsning i foretakene i Møre og Romsdal.

I perioden 2004 –2007 vil Helse Midt-Norge styre forskningsmidler gjennom øremerkede stipendier til psykiatri. Ved planperiodens utløp skal det i hvert foretak være på gang minst 10 doktorgradsarbeid.

Forskningsaktiviteten skal styrkes gjennom ulike organisatorisk tilrettelegging. Innenfor helseforetakene må forskning og kompetanseutvikling gis en hensiktsmessig organisering ( del av foretakenes forsknings- og fagutviklingsenheter, jfr. overordnede strategier o.a.).

Mellom foretakene, RBUP, universitetsklinikken og høyskolene forutsettes utviklet samarbeidsordninger og systemer for kompetanseoverføring (forskerveiledning , metodekunnskap o.a.)

I forhold til universitetsklinikken må Samarbeidsorganet HMN/NTNU i perioden utrede og avklare behov for en kompetanseenhet, RVOP, analog RBUP.

Forskning i rusfeltet må sees i sammenheng med overføring til foretakene av oppgaver og ansvar. Tilsvarende gjelder barnevern hvor foretakenes rolle i forhold til BUS og RBUP må klarlegges.

De regionale tjenester har et særlig ansvar for forskning og utviklingsarbeid på de områdene de bærer spisskompetanse. De regionale tjenestene skal evalueres regelmessig,

Forskning og kompetanseutvikling er sentrale virkemiddel for å kunne rekruttere og beholde fagfolk og må tas i bruk av helseforetakene innenfor videre og etterutdanning. Helse Midt-Norge skal kartlegge og ta i bruk kvalitetsindikatorer i psykiatri, følge opp arbeidet med kvalitetsindikatorer og videreutvikle kvalitetsregistre (se kap. 4.4)

Forskningsaktiviteten skal registreres og rapporteres i tråd med sentrale føringer.

## **Finansiering**

Forskning i psykisk helsevern stimuleres gjennom øremerkede forskningsstipender.

## **6.4 Opplæring**

### **Problemstilling**

Helse Midt-Norge skal etter spesialisthelsetjenesteloven §3-5 sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes.

Helse Midt-Norge er avtalepart i forhold til universitet og høyskoler og har det overordnede ansvar for at forpliktelsene i henhold til gjeldende avtaler imøtekommes.

I forhold til universitetet er forpliktelsene regulert i instruks til Helse Midt-Norge RHF av juni 2002 ( ref.) og rammeavtale mellom NTNU og Helse Midt-Norge RHF av nov.2002. Når det gjelder høyskolene vil tilsvarende rammeavtale foreligge høsten 2003.

Forvaltningen av de overordnede avtalene er delegert til foretakene.

### **Forbedringsmål**

Opplæring og tilrettelegging av opplæring skal ha standard i h.h.t. inngåtte avtaler. Dette skal kunne dokumenteres.

### **Tiltak**

Innenfor psykiatrien er den kunnskap og erfaring brukerne representerer av stor viktighet å systematisere og inkorporere i opplæring og undervisning av personell innen psykisk helsevern. Helse Midt-Norge arbeider med planer om å etablere Midtnorsk Helseakademi. Overordnet mål er å gi et tilbud til medarbeidere i Helse Midt-Norge for videreutvikling av kompetanse innen områder som har strategisk betydning for regionens måloppnåelse. Tiltaket har en planleggings- og iverksettelseshorisont fram til primo 2004.

Psykiatri vil være et element i akademiets virksomhet. Ansvar ligger til det regionale helseforetaket

### **Finansiering**

Opplæringstiltak finansieres over ramme.

## 7 Finansiering og prioritering

### 7.1. Finansiering

Handlingsprogrammet har tiltak og kostnader utover den sentrale opptrappingsplanens rammer. Dels gjelder dette for tiltak innenfor opptrappingsplanen hvor planleggingen så langt har vist kostnader utover de sentrale føringene, og dels gjelder det tiltak som ikke direkte finansieres av opptrappingsplanens midler (samhandling, utviklingsarbeid, etablering av basistilbud, rehabilitering og nybygg av sykehus)

Realisering av handlingsprogrammet krever derfor i tillegg til full utnyttelse av sentrale opptrappingsmidler også en klar og villet prioritering og satsning innen psykisk helsevern av så vel det regionale helseforetaket som helseforetakene. Dette gjelder både drift og investering. Det er også grunn til å peke på at prioritering av psykiatriutbyggingen i Helse Midt-Norge vil ha en tidsramme utover 2007 (jfr. sykehusutbygging o.a.)

Finansieringskilder til **opptrapping** i psykisk helsevern er

#### Grunnfinansiering

##### *Foretakenes basisramme.*

Rammer tildeles etter fordelingsnøkkel i henhold til årlig budsjettprosess. HMNs målsetting om opptrapping av psykisk helsevern krever at foretakene om nødvendig omdisponerer tildelte rammer slik at tilbudet reelt sett styrkes (kvalitativt og kvantitativt). Foretakenes basisramme inkluderer midler til finansiering av investeringer (avskrivninger)

##### *Øremerket driftstilskudd* (opptrappingsmidler).

Rammen tildeles etter fordelingsnøkkel i henhold til årlig budsjettprosess. En andel av samlet tilskudd fordeles helseforetakene med bakgrunn i objektive kriterier, mens hoveddel av tilskuddet fordeles med bakgrunn i tidligere års fordeling.

*Endret aktivitet* (effektivisering / forbedringsarbeid) i behandlingsskjeden vil kunne gi gevinster som representerer forbedring av tilbudet uten kostnadsøkning eller også med kostnadsreduksjon..

#### Aktivitetsbaserte inntekter

##### *Konsultasjonsavhengig inntekter*

Konsultasjonsavhengig inntekter i poliklinikk (RTV takst og pasientenes egenbetaling), og gjestepasientoppgjør for inneliggende pasienter fra andre regioner.

##### *Årsverkstakst* (åpningstidsrefusjon)

Årsverkstakst i poliklinikk er basert på antall tjenesteytertimer (refusjonsberettiget personell)

##### *Gjestepasientinntekt*

Gjestepasientinntekt for inneliggende pasienter fra andre regioner

#### Annet

##### *Prosjektmidler*

Dette vil være et supplement til rammene, og et viktig bidrag til målrettet styrking av psykisk helsevern. Prosjektmidlenes størrelse er relativt små, men kan gi gevinster

##### *Lån*

Dersom helseforetaket har investeringsbehov som ikke dekkes gjennom egenkapital kan det søkes Helse Midt-Norge RHF om låneopptak



## 7.2 Prioritering

### Prioritering av investeringstiltak - opptrappingsplanen

#### *Prioritetsgruppe I: Investeringstilskudd til DPS funksjoner, BUP-klinikk / poliklinikk*

Helsedepartementet har i brev av 17.03.03 redegjort for hvilke investeringstiltak som skal realiseres som del av opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden 2002 – 2006.

<i>Utbyggingstiltak</i>	<i>Status medio 2003</i>
<b><i>Helse Sunnmøre HF</i></b>	
Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Ålesund (nybygg)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hovedfunksjonsprogram vedtatt</li><li>• Skisseprosjekt iverksatt</li></ul>
DPS Volda (kjøp og ombygging av Volda sjukeheim)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prosjektet vedtatt,</li><li>• Skisseprosjekt iverksatt</li></ul>
<b><i>Helse Nordmøre og Romsdal HF</i></b>	
DPS Kristiansund (Solhagen og Nordlandet psykisk helsevern senter)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hovedutbygging vedtatt</li><li>• Skisseprosjekt iverksatt</li></ul>
DPS Molde	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ikke påbegynt</li><li>• Ikke finansiert</li></ul>
BUP-Molde (tidligere sjukepleierskolen)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kjøp av eiendom vedtatt</li><li>• Skisseprosjekt iverksatt</li></ul>
<b><i>St.Olavss Hospital HF</i></b>	
DPS Orkdal (nybygg)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utbygging iverksatt</li></ul>
DPS Tiller (nybygg)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forprosjekt vedtatt</li><li>• Nært forestående kontrahering av entrepenør</li></ul>
DPS Leistad (ombygging og overtakelse av lokaler for poliklinikk i sentrum)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forberedende planlegging</li></ul>
Haukåsen barne- og familiesenter	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forprosjekt under arbeid</li></ul>
<b><i>Helse Nord-Trøndelag HF</i></b>	
DPS Nærøy (nybygg)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ferdigstilles medio 03</li></ul>
DPS Stjørdal (nybygg)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Skisseprosjekt under saksbehandling</li></ul>
Barne- og ungdomspsykiatri avdeling, Levanger	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nært forestående byggestart</li></ul>

Styret Helse Midt-Norge RHF har vedtatt kostnadsrammer for tiltakene ( sak 109/02), men i forhold til Helsedepartementets brev er DPS Molde ikke inkludert i styresak 109/02 . Derimot vedtok Styret Helse Midt-Norge RHF i samme sak (109/02) å iverksette planlegging av alderspsykiatrisk post ved Ålesund sjukehus. Pr. sept 2003 er dette prosjektet på skissestadiet. I forhold til departementets brev vedrørende finansiering ("tilskudd") av investeringer betinger styrets vedtak betydelige låneopptak. I det videre plan-/ bygge- og utviklingsarbeidet må investeringskostnader og driftskostnader for det enkelte prosjekt så langt mulig tilpasses den sentrale opptrappingsplanens rammer. I den grad slik tilpasning har konsekvenser for kapasitet og kvalitet på aktuelle tilbud må disse beskrives, og alternative løsninger angis (omprioritering/ enklere løsninger etc.) Ansvar for dette påhviler helseforetakene.

Når det gjelder DPS- struktur i Helse Nordmøre og Romsdal HF er denne avhengig av Samla plan prosessen. Helse Midt-Norge følge det opplegg som er beskrevet i Helsedepartementets brev av 17.03.03, dvs. etablering av DPS-Molde i Molde og vil ta dette opp i budsjett 2004.

## **Investerings tiltak utenfor opptrappingsplanen**

### ***Prioritetsgruppe II: Investerings tiltak til nye sykehusbygg, inklusive nybygg /rehabilitering eksisterende bygg***

Dette er tiltak, utenfor opptrappingsplanen, dels som egne store prosjekter (Nye St.Olavs, Samla plan Nordmøre og Romsdal), dels som store bygge-og utviklingsprosjekter i driftsorganisasjonen (omorganisering av psykiatritilbudet ved St.Olavs Hospital HF ( Haukåsen/ Brøset/ Østmarka), og rehabiliterings arbeider knyttet til Helse Sunnmøre HF (Larsnes) og Helse Nord Trøndelag HF (dagenhet, rehab.post, BUP-byggetrin III.)

Utbygging av sykehusstrukturen ved St.Olavs Hospital HF med ombygging på Østmarka og flytting av Brøset har store økonomiske konsekvenser. Planlegging og prosjektering av disse tiltakene forutsettes videreført av St.Olavs Hospital HF og innpasset deres budsjetter. Utbygging av psykiatrisenteret på øya følges opp av Helsebygg og forutsettes gjennomført i tråd med Stortingets vedtak og bevilgninger.

Utbygging av psykisk helsevern i Helse Nordmøre og Romsdal er integrert del av "Samla plan"(psykisk helsevern og somatikk). Helse Midt-Norge RHF vil gi "nytt sykehus" (avhengig av samla planprosessens konklusjoner) prioritere som neste større byggeprosjekt i helseregionen.

## **Fordeling av øremerkede driftstilskudd i Helse Midt-Norge (opptrappingsmidler)**

### ***Prioritetsgruppe I: driftstilskudd til særlig prioriterte tiltak.***

Disse tiltakene er

- DPS og BUP tjenester (tildeles etter fordelingsnøkkel, jfr omtale over)
- regionale tilbud (kliniske tjenester og nettverk)
- forskning og kompetanseutvikling
- brukermedvirkning
- samhandling
- opplæring

### ***Prioritetsgruppe II: Driftstilskudd for etablering av (nye) basistilbud i alle foretak***

Helse Midt-Norge forutsetter at helseforetakene etablerer slike tilbud med innhold og omfang i tråd med de behov befolkningen i området har. Når det gjelder finansiering skal midler flyttes når funksjoner flyttes. Det samme gjelder ved overføring av tjenestetilbud fra sykehus til DPS. Utover midler som på denne måten kan frigis må helseforetaken i sine årlige budsjetter prioritere psykisk helsevern for å gi rom for å etablere de nødvendige basistilbudene.