

Delrapport - Fase 1

Regional plan for psykisk helsevern

Prosjektgruppeleder

Randolf T. Vågen

Dato

23/09/2015

Versjonsnr.

1.2

Godkjent av

Kjell Asmund
Salvesen (Fagdirektør
HMN RHF)

Dato

23/09/2015



INNHALDSFORTEGNELSE

BEGREPSAVKLARING OG FORKORTELSER.....	3
1 INNLEDNING.....	4
1.1 BAKGRUNN.....	4
1.2 MÅL FOR PROSJEKTET	5
1.3 KRITISKE SUKSESSFAKTORER	6
1.4 FREMDRIFTSPLAN.....	6
1.5 ORGANISERING	6
1.6 KOMMUNIKASJONSPLAN.....	8
2 OPPSUMMERING	10
3 ORGANISERING AV TJENESTETILBUDET	14
3.1 OVERSIKT HELSE MIDT-NORGE RHF	14
3.2 HELSE MØRE OG RØMSDAL HF.....	15
3.3 ST. OLAVS HOSPITAL HF.....	17
3.4 HELSE NORD TRØNDELAG HF.....	18
3.5 PRIVATE AVTALESPELIALISTER.....	19
4 AKTIVITETSUTVIKLING, KOSTNAD, VENTETID OG FRISTBRUDD	21
5 LMS, BRUKERMEDVIRKNING OG OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE.....	35
6 BEMANNING/REKRUTTERING OG UTDANNING/KOMPETANSE	37
7 TJENESTEFORBRUK.....	40
8 KAPASITET.....	48
9 KVALITETSINDIKATORER	51
9.1 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE.....	51
9.2 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE.....	60
10 SAMHANDLING.....	65
10.1 SAMARBEID MED KOMMUNENE.....	65
10.2 SAMHANDLINGSPROSJEKTER I HMN	66
10.3 REGIONALE SAMARBEIDSORGANER	67
10.4 HVA SKAL TIL FOR Å SIKRE VIDERE SAMHANDLING?	67
11 IKT.....	69
12 FREMTIDIGE BEHOV OG FAKTORER SOM PÅVIRKER DETTE.....	71
12.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING	71
12.2 SYKDOMSUTVIKLING.....	73
12.3 MEDISINSK OG TEKNOLOGISK UTVIKLING	74
12.4 SAMHANDLINGSREFORMEN	75
12.5 ANDRE FAKTORER SOM PÅVIRKER KOMPETANSEBEHOV	75
12.6 SPESIELLE FORHOLD I HELSE MIDT-NORGE	75
13 INTERNASJONALE UTVIKLINGSTREKK.....	78
14 FORSLAG TIL UTVALG AV OMRÅDER SOM PRIORITERES I VIDERE PLANARBEID	79
15 REFERANSEDOKUMENTER.....	81
16 OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER.....	82

Begrepsavklaring og forkortelser

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
BUP	Barne- og ungdomspsykiatri
VOP	Voksenpsykiatri
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV	Psykisk helsevern for voksne
RHF	Regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
HMN	Helse Midt-Norge
HMR	Helse Møre og Romsdal
HNT	Helse Nord-Trøndelag
STO	St. Olavs Hospital
ROP-pasienter	Personer med samtidig rus- og psykisk lidelse
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet
LMS	Lærings- og mestringssenter
ACT	Assertive community treatment
AAT	Ambulant akutt-team
FACT	Fleksibel ACT

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helse Midt-Norge RHF har et sørge-for-ansvar for at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester enten ved bruk av egne helseforetak eller ved kjøp fra private leverandører.

Psykisk helsevern har mange typer tjenestetilbud. Det har vært stor utvikling i tilbudet fra starten av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 1998 og til i dag, med reduksjon i antall senger for innleggelser og økning i dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester. Arbeidsflyt og arbeidsmetodikk har også endret seg.

Omkring en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid psykiske helseproblemer og/eller rus- og avhengighetsproblemer. Redusert livskvalitet, sykefravær, uførepensjon og økt dødelighet, samt følger for familie og barn, er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Dette er en vesentlig årsak til at mange voksne står utenfor yrkeslivet.

Tjenesten må bygges opp på en slik måte at vi klarer å møte fremtidens utfordringer som sikrer god kvalitet og effektivitet i tjenesten, innenfor vedtatte økonomiske rammer. Dette er bakgrunnen for at det startes et arbeid med å utarbeide en regional plan for psykisk helse. Planen skal være retningsgivende i arbeidet med å videreutvikle fagområdet i regionen.

Det har i flere tiår nå vært politisk uttrykt målsetting om at psykisk helsevern og rusbehandling skal være prioriterte innsatsområder også for spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern startet i 1998 og gikk fram til 2008. Bemanningen innen psykisk helsevern (PH) ble betydelig styrket i de årene. Etter dette har det stagnert, til tross for at oppdragsdokumenter stadig har fortalt at PH skal prioriteres. En prioritering av PH og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) har ikke i tilstrekkelig grad vært beskrevet, somatikken har mange økonomiske drivere og helseforetakene har derfor ikke greid å holde de politiske prioriteringene like høyt. Oppdragsdokumentet for 2015 gir et mer detaljert mål: Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsykiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Helse Midt-Norge skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 1.mars 2015.

I Styringsdokumentene til helseforetakene for 2015 er dette videreført og sikret slik at alle helseforetak hver for seg skal kunne måles på det samme. Budsjettene viser at psykisk helsevern og TSB hver for seg skal vokse mer enn somatikk, men marginene er små og mulighetene er tilstede for at regnskapstall vil vise noe annet.

Helseforetakene melder at det er vanskelig å rapportere på den gylne regel pga upresise definisjoner, og det rapporteres derfor også ulikt. Departementet setter nå i gang et arbeid på dette med det formål å utarbeide et bedre indikatorsett for måling av den gylne regel. Arbeidet skal skje innenfor den politiske føringen om at TSB og psykisk helsevern (hver for seg) skal ha en høyere relativ vekst enn somatikk.

Dokumentet *Prosjektoppdrag, Psykisk helsevern, Regional Plan 2016-2020, Versjon 2.0* beskriver prosjektet og mål for prosjektet. De viktigste punktene er også oppsummert her.

1.2 Mål for prosjektet

Formålet med å utarbeide ny plan for psykisk helsevern er å ha en strategi som omsetter nasjonale og regionale føringer til god utvikling av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i Midt-Norge. Det skal etableres en enighet om regionalt samarbeid og regionale funksjoner. Spesialisthelsetjenestens rolle skal tydeliggjøres slik at denne, sammen med kommunalt tilbud, sikrer pasienter og pårørende en helhetlig og koordinert tjeneste. Det er behov for å tydeliggjøre de ulike aktørers rolle i spesialisthelsetjenesten; psykiatri, rus og somatikk.

- I Fase 1 skal det skaffes en oversikt over status. Kartlegging, utredning og analyser av en rekke områder vil gi utgangspunkt for å se om utviklingen har vært i tråd med nasjonale og regionale føringer, blant annet om kravene i opptrappingsplanen er imøtekommet, men også gjennomføringen av krav i oppdragsdokumenter i etterkant av opptrappingsperioden. Fase 1 vil legge basis for at arbeidet i fase 2 skal skje på et omforent faktagrunnlag.
- Fase 2 bygger på resultatene fra fase 1 og skal foreslå strategier og veivalg med konkrete forbedringstiltak for videreutvikling av tilbudet innen psykisk helsevern i regionen.

Planen skal synliggjøre satsningsområder og nye tiltak, og beskrive hvordan disse skal prioriteres. Den skal også beskrive/understøtte bevaringsområder. Tilbudet skal gis likeverdig til hele befolkningen.

1.2.1 Effektmål

Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge skal skape merverdi i form av bedret psykisk helse, god livskvalitet og opplevd mestring for pasient og pårørende. Regional plan skal sikre at pasienter i psykisk helsevern skal ha tilgang til kvalitativt gode og samordnede tjenester, der ressursene blir utnyttet på best mulig måte i samhandling mellom offentlige og private aktører (eks. avtalespesialister, fritt behandlingsvalg, NAV).

1.2.2 Resultatmål

Resultatmål i Fase 1:

- Statusbeskrivelse
 - Aktivitet, kostnader, ventetid
 - Organisering og tjenestetilbud, hva er vi god på og hva mangler vi
 - Status for LMS og opplæring av pasienter og pårørende samt brukermedvirkning.
 - Bemanning/rekruttering og utdanning/kompetanse
 - Tjenesteforbruk
 - Kapasitet
 - Kvalitetsindikatorer, inkludert pasienterfaringer/opplevd kvalitet og effektmål
 - Samhandling mellom offentlige og private aktører, internt i helseforetakene og med kommunene. Internt i Helseforetakene må rolleavklaringen mellom DPS, sykehus og Spesialavdelingene beskrives
 - Informasjons- og kommunikasjonsteknologi, blant annet pasientadministrative systemer og pasientjournal

Der det er hensiktsmessig skal utviklingen siden 2010 framstilles.

- En beskrivelse av framtidig behov og hvilke faktorer som påvirker dette
- Internasjonale utviklingstrekk
- Forslag til et utvalg av områder som prioriteres i videre planarbeid.

Resultatmål i Fase 2:

Resultatmål i fase 2 må utarbeides etter at fase 1 er ferdig. Her nevnes noen generelle punkter:

- Utvikling av standardiserte pasientforløp som gir lik kvalitet og tilgjengelighet i hele regionen
- Beskrive pasienter og pårørendes deltakelse i utforming av tjenestetilbudet i hht Oppdragsdokument 2015
- Beskrive god utnyttelse av ressursene og bærekraftig økonomi, der psykisk helsevern har større vekst enn somatikk og der veksten er størst innen DPS og PHBU
- Tydeliggjøre indikatorer for å følge utvikling og måloppnåelse
- Beskrive behovet for kunnskapsutvikling, utdanning og forskning
- Bruk av IKT for dokumentasjon, administrasjon og behandling/pasientkontakt
- Utkast til regional plan for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge

1.3 Kritiske suksessfaktorer

- Tett involvering av de aktuelle fagmiljøene, brukermiljøet og øvrige interessenter gjennom hele prosjektet for å sikre forankring og eierskap
- Prosjektet er avhengig av faste kontaktpersoner fra fagmiljøene
- Tilgjengelige relevante data for analyse

1.4 Fremdriftsplan

Prosjektet er delt i to faser. Arbeidet med å få frem statusbeskrivelsen (fase 1) skjer før sommeren 2015. Sommeren 2015 benyttes til å utforme fase-1-rapporten samtidig som arbeidet med fase 2 starter. Prosjektet avsluttes i april 2016 med behandling av fase-2-rapport i styret for Helse Midt-Norge RHF.

Figuren nedenfor gir en overordnet oversikt over fremdriftsplan.



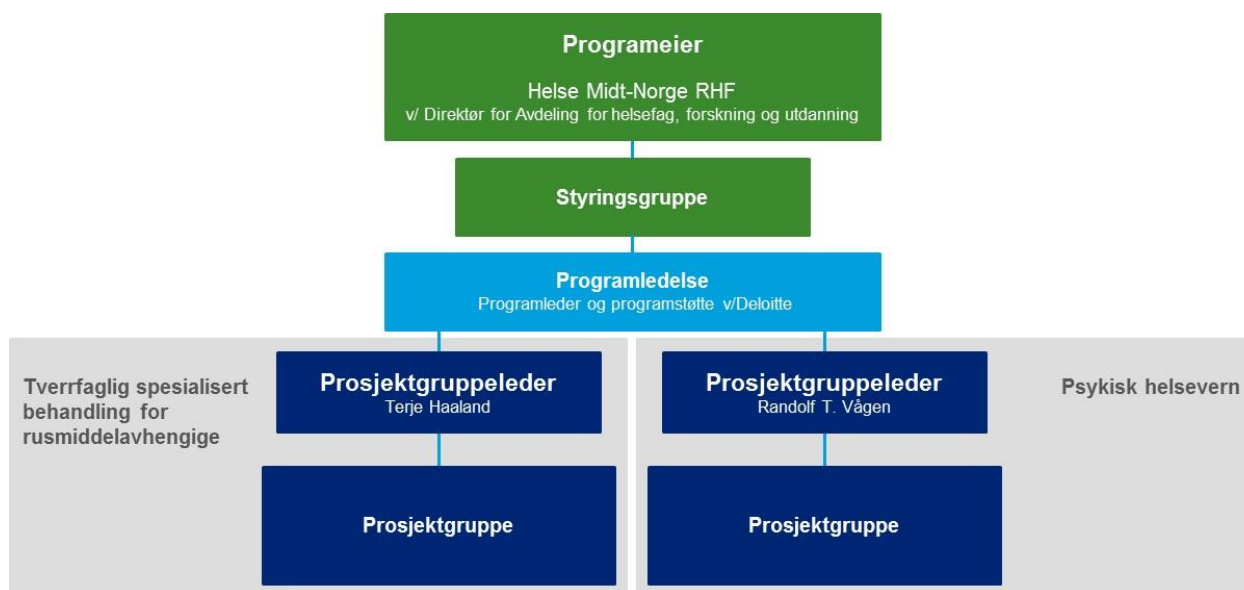
1.5 Organisering

Prosjektet eies av Helse Midt-Norge RHF v/Direktør for Avdeling for helsefag, forskning og utdanning, Kjell Åsmund Salvesen. Prosjektgruppeleder er Randolph T. Vågen, rådgiver og psykiater ved Divisjon Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital.

Styringsgruppen har ansvar både for TSB-prosjektet (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet) og psykisk helsevern-prosjektet. Programadministrator og programstøtte fra Deloitte er også felles for begge prosjektene. Prosjektgruppeledere og rådgivere fra HMN RHF

Avdeling for helsefag, forskning og utdanning deltar i styringsgruppemøter. Prosjektene har ikke egne referansegrupper, men innhenter innspill fra ulike hold ut fra problemstilling.

Prosjektorganisasjonene er skissert i figuren nedenfor:



Følgende prosjektgruppe er etablert for prosjektet:

Navn	Enhet	E-post
Randolf T. Vågen	Prosjektgruppeleder, HMN	randolf.terje.vage@helse-midt.no
Sigrid Aas	HMN	sigrid.aas@helse-midt.no
Laila H Langerud	Regionalt brukerutvalg	lahela2009@hotmail.com
Turid Oldervik	Vårres brukerstyrt senter/ADHD-foreningen MR	t.oldervik1@gmail.com
Nils Arne Skagøy	HMR	Nils.Arne.Skagoy@helse-mr.no
Brit Ingunn Hana	HMR	Brit.Ingunn.Hana@helse-mr.no
Manuela Strauss	HMR	Manuela.Strauss@helse-mr.no
Joakim Varvin	HMR	Joakim.Varvin@helse-mr.no
Tommy Mangerud	HNT	Tommy.Mangerud@hnt.no
Anne Slungård	HNT	Anne.Slungard@hnt.no
Åsmund Bang	HNT	Asmund.Bang@hnt.no
Jan Egil Wold	HNT	JanEgil.Wold@hnt.no
Erik Strandbakke	StO (TSB)	Erik.Strandbakke@stolav.no
Solveig Reitan	StO	Solveig.Klebo.Reitan@stolav.no
Anne Lise Løvaas	StO	Anne-Lise.Lovaas@stolav.no
Kari Gårdvik	StO	Kari.Skulstad.Gardvik@stolav.no
Chris Aanondsen	StO	Chris.Margaret.Aanondsen@stolav.no
Dag Stormbo	StO (tillitsvalgt)	Dag.Stormbo@stolav.no

Følgende styringsgruppe er etablert for prosjektet:

Navn	Enhet	E-post
Kjell Åsmund Salvesen prosjekteier	Helse Midt-Norge RHF	kjell.asmund.salvesen@helse-midt.no
Liv Sjøvold	St Olavs, PH	liv.sjovold@stolav.no
Ketil Gaupset	HMR, PH	ketil.landevag.gaupset@helse-mr.no
Kathinka Meirik	HNT, PH	kathinka.meirik@helse-nordtrondelag.no
Kristin Smedsrud	St Olavs, TSB	Kristin.Holum.Smedsrud@stolav.no
Ole Lørvik	HMR, TSB	ole.lorvik@helse-mr.no
Torunn Aurstad	HNT, TSB	torunn.aurstad@helse-nordtrondelag.no
Kristin Wall	Representant for de private TSB klinikkene	kristin.wall@ladebs.no
Anne- Bjørg Nysæter	St Olavs, PH, barn og unge	anne.bjorg.nyseter@stolav.no
Ove Økland	HMR, PH, barn og unge	ove.okland@helse-mr.no
Tina Bjørsvik	HNT, PH barn og unge	TinaBjorsvik.Eilertsen@helse-nordtrondelag.no
Ellen Wøhni	Konserntillitsvalgt	ellen.wohni@helse-midt.no
Randulf Søberg	Konserntillitsvalgt	Randulf.soberg@helse-midt.no
Arthur Mandal	Brukerrepresentant	arthma@gmail.com

1.6 Kommunikasjonsplan

I forbindelse med utarbeidelsen av regional plan for psykisk helsevern og TSB, er det utarbeidet en felles kommunikasjonsplan av Helse Midt-Norge RHF v/ kommunikasjonsrådgiver Hanne Sterten

og prosjektgruppens rådgivere fra RHF-et. Denne kommunikasjonsplanen beskriver hvilke parter som er involvert og som skal involveres i prosjektene to faser (interessentanalyse), samt en tiltaksplan for kommunikasjonen ut fra prosjektene.

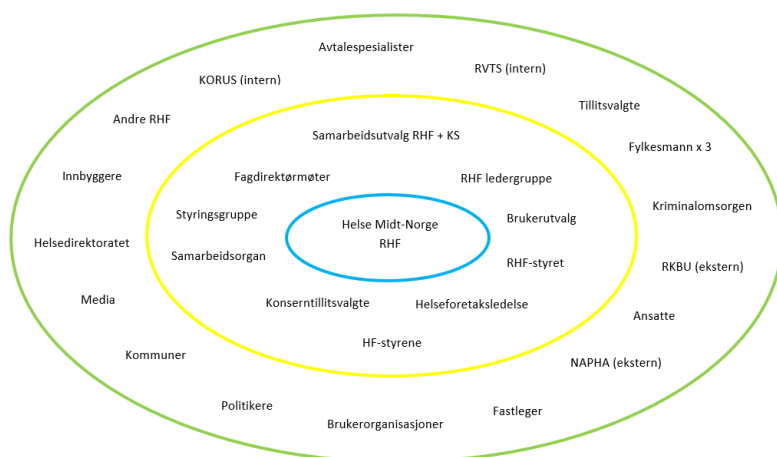
Kommunikasjonsplanen oppsummert

I fase 2 er det flere aktører som må involveres enn i fase 1. Planen som prosjektgruppen kommer frem til vil inneholde tiltak som vil påvirke ulike aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten. Mange av aktørene som bør involveres i fase 2, er det tilstrekkelig å informere i fase 1.

Kommunikasjonsutfordringene kan variere underveis i prosjektene, men å være tydelig nok for å skape gjensidig forståelse vil følge prosjektene i begge faser (fase 1 og 2). Tydeliggjøring og konkrete planer kan med fordel brukes i kommunikasjonen av prosjektene. Kommunikasjonen skal ikke være for detaljert på et overordnet nivå, men det er behov for å vise de gode historiene/eksempelene.

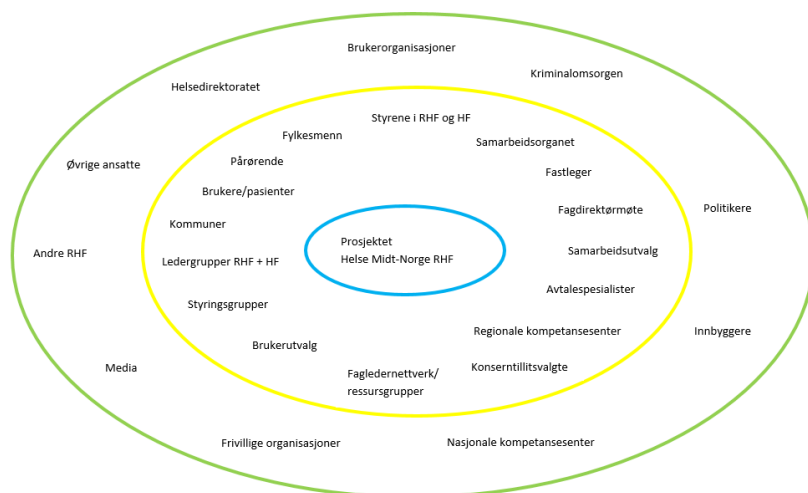
Figurene under viser interessentanalysen for hhv fase 1 og fase 2 av prosjektet.

Fase 1:



Figur 1: Interessentanalyse for fase 1 som viser hvem som skal involveres og informeres

Fase 2:



Figur 2: Interessentanalyse for fase 2 som viser hvem som skal involveres og informeres

2 Oppsummering

På oppdrag av Helse Midt-Norge RHF skal prosjektgruppen levere en rapport som inneholder en beskrivelse av dagens situasjon, identifikasjon av områder med forbedringspotensial, samt en beskrivelse av fremtidige behov og hvilke faktorer som påvirker utviklingen.

Prosjektet er organisert i to faser og denne rapporten omhandler resultatet fra fase 1, som er en beskrivelse av nåsituasjonen innenfor utvalgte områder, samt en beskrivelse av fremtidig behov og hvilke faktorer som påvirker utviklingen.

Avslutningsvis har prosjektgruppen foretatt en vurdering av forbedringsmuligheter innenfor kartlagte områder. Dette skal gi føringer til videre arbeid i fase 2, hvor det skal utarbeides konkrete tiltak som skal føre til en varige forbedring av tjenestetilbudet og som skal beskrives i en handlingsplan.

Generelt er etterspørselen etter psykiske helsetjenester stadig økende. Dette kan delvis forklares med endring i indikasjonsstilling men det er også en reell økning i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen, særlig blant unge. Den økende etterspørselen etter psykiatriske helsetjenester er midlertidig vanskelig å styre.

Ut fra dekningsgrad er det god tilgjengelighet til tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for både barn og unge og for voksne i Helse Midt-Norge. Innenfor antall døgnplasser og årsverk per innbygger ligger HMN omtrent på landsgjennomsnittet, men det er noe variasjon mellom helseforetakene i HMN og mellom byer og distriktene. Innenfor PHBU har HMN dekningsrate i personell (alle personellkategorier) som er 93 % av landsgjennomsnittet (årsverk). Innenfor PHV har HMN dekningsrate i årsverk som er 98 % av landsgjennomsnittet.

Spesialisthelsetjenestetilbudet innen psykisk helsevern tilbys av det offentlige (sykehus og distriktpsykiatrisk sentre) og private avtalespesialister. I Helse Midt-Norge RHF er bruken av avtalespesialister en del lavere enn for landet for øvrig. Den noe lavere bruken av avtalespesialister henger sammen med tilgangen på spesialister og Helse Midt-Norge RHF sine prioriteringer.

Utviklingen av ventetiden og fristbrudd har vært positiv de siste årene både for PHBU og PHV. Den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter innen PHBU er noe lavere enn for pasienter innen PHV, men innen begge områdene er ventetiden høyere enn i de andre helseregioner. Når det gjelder ventetid, finnes det store forskjeller innad i HMN. HMR har lengst ventetid innen PHBU og STO har lengst ventetid innen PHV. Men innenfor alle HF-ene er ventetiden under nasjonalt mål på 65 dager innenfor både PHV og PHBU.

Når det gjelder fristbrudd har HMN den laveste andelen fristbrudd i både PHBU og PHV av alle helseregioner, men det finnes også her store forskjeller mellom helseforetakene i HMN.

Kostnadsnivået, totale driftskostnader per innbygger, knyttet til psykisk helsevern er lavere i Helse Midt-Norge enn i de andre helseregionene i landet – både innenfor PHBU og PHV.

Det gis noe opplæring til pasienter og pårørende i alle helseforetakene. Kunnskap om pasient- og pårørendeopplæring på ulike områder finnes på ulike steder i helseforetakene, noe som man kan utnytte regionalt. Regionale tilbud er også relevant for sykdommer som har så lav forekomst at det ikke er hensiktsmessig å ha eget kurstilbud på hver klinikk eller på hvert foretak.

Brukermedvirkning, brukerrepresentasjon og brukerutvalg benyttes i hele helseregionen for å involvere brukere i ulike organer og fora. For eksempel er det brukerrepresentanter med i

prosjektgruppene for denne regionale planen. De ulike klinikkene i regionen involverer brukerrepresentanter og benytter brukermedvirkning i ulike forsknings- og utviklingsprosjekter, i ledelsesmøter og i egne brukerutvalg.

Innenfor psykisk helse finnes det ulike brukerorganisasjoner og interesseorganisasjoner. De ulike brukerorganisasjonene samarbeider med og er et supplement til tilbudet fra spesialisthelsetjenesten innenfor opplæring av pasienter og pårørende.

Bemannings- og rekrutteringssituasjonen varierer veldig mellom sentrale strøk og distriktene. De mindre distriktene er sårbare, da få ressurser skal fordeles på mange områder og over stort areal. I deler av HMN opplever man innenfor psykisk helsevern en stor turnover av personal – spesielt blant leger og psykologer.

Overordnet har Helse Midt-Norge solide score på nesten alle nasjonale kvalitetsindikatorer for PHV. Unntaket er gjennomsnittlig score på indikator «Individuell plan for de med diagnose schizofreni», der HMN har den laveste score-en av alle helseregionene. Innenfor PHBU har Helse Midt-Norge også solide score på nesten alle kvalitetsindikatorer. Unntaket er her «Registrering av hoveddiagnose», hvor andelen i HMN er den laveste av alle helseregionene.

I regionen i dag finnes det både administrative og faglige/kliniske samarbeidsutvalg. Mellom BUP-ene i regionen er det satt i gang flere prosjekt for samhandling, noe som har bidratt til god dialog mellom helseforetakene. I Helse Midt-Norge er det siden 2014 fordelt midler til ulike samhandlingsprosjekt i de ulike helseforetakene, for eksempel «Kvalitet i alle ledd» i HMR. Prosjektgruppen opplever også at samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene er god, men stadig kan bedres. Det er også forbedringsmuligheter for samhandling mellom foretakene, fagmiljøene, med fastlegene og avtalespesialistene.

IKT-systemene er uoversiktlige og gir ikke samlet oversikt for de ansatte, og det er vanskelig å følge opp og styre med de verktøyene man har tilgjengelig i dag. Både DocuLive og BupData har gamle systemgrunnlag og det er lite videreutvikling av disse systemene.

Med et stort geografisk område, kan bedre IKT-løsninger være en mulighet for bedre samhandling og kompetansedeling. Utvidet bruk av IKT vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse, spesielt i områder der avstandene mellom behandlingsstedene og pasientene er store. I tillegg kan IKT benyttes for å nå de pasientene man i dag har utfordringer med å nå gjennom dagens kontaktpunkt. Det må likevel sikres at det til enhver tid er faglig forsvarlig å bruke IKT i de aktuelle situasjonene.

Prosjektgruppen peker på fire områder hvor bruk av IKT er mest aktuelt; samtaler med pasientene, utdanning, samhandling/veiledning mellom behandlere og til opplæring av pasienter og pårørende.

Noen av de viktigste faktorene som vil påvirke kompetansebehov i og utviklingen av psykisk helsevern er demografisk utvikling, sykdomsutvikling og samhandlingsreformen.

Med utgangspunkt i prosjektgruppens beskrivelse av dagens situasjon ble det gjort følgende vurdering av forbedringsområder for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge:

Vurdering av forbedrings- potensial for kartlagte områder	Svært lite	Lite	Noen	Stort	Svært stort
Organisering og tjenestetilbud					
LMS, opplæring av pasienter/pårørende					
Brukermedvirkning					
Bemanning og rekruttering					
Opplæring og kompetanse					
Tjenesteforbruk					
Kapasitet (personell og døgnplasser)					
Kvalitetsindikatorer (pasienterfaringer, opplevd kvalitet og effektmål)					
Samhandling (internt, med kommune og private)					
IKT					

Figur 3: Vurdering av forbedringspotensial for kartlagte område innen psykisk helsevern, prosjektgruppen PHV; 2015

Kommentarer til vurderingen:

- *Organisering og tjenestetilbud:*
 - Et stort forbedringspotensial i hvordan man organiserer seg og tjenestetilbudet til pasientene, men løsningen er ikke nødvendigvis bare flytting av bokser og piler i et organisasjonskart
- *LMS og opplæring av pasienter og pårørende:*
 - Her varierer det litt fra område til område (både faglig og geografisk), men store forbedringsmuligheter
- *Brukermedvirkning*
 - Vurdert til *store* forbedringsmuligheter
- *Bemanning og rekruttering:*
 - Innenfor noen fagfelt og i noen områder (spesielt distriktene) vurderes dette som så kritisk at man vurderer forbedringspotensialet som *svært stort*
- *Tjenesteforbruk:*
 - Vi kan påvirke hvor mye som henvises videre og hvordan man sorterer i første linje, samt hvordan man benytter seg av døgn versus poliklinikk
- *Kapasitet og tilgjengelighet*
 - Rammene her er ganske satt. Dette henger sammen med tjenesteforbruket, og det er større muligheter for forbedring på tjenesteinnholdet
- *Kvalitetsindikatorer:*
 - Svært store forbedringsmuligheter for hva som skal være de nasjonale og ikke minst de regionale kvalitetsindikatorene
- *Samhandling:*
 - Forbedringsmuligheter både for samhandling mellom foretakene, fagmiljøene, med kommunene og fastlegene
- *IKT:*

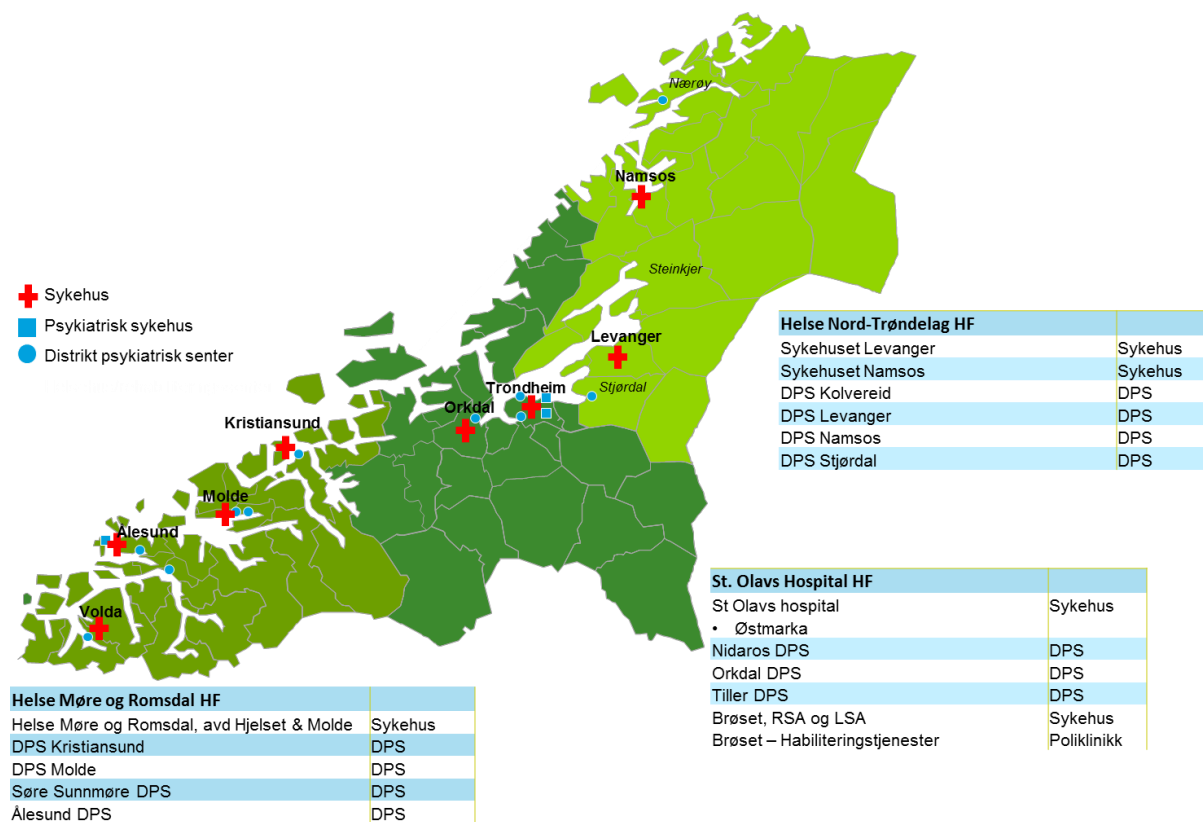
- Forbedringsmuligheter for journalsystem, men også for bruk av IKT i behandling, samhandling og opplæring

Prosjektgruppen vil i fase 2 arbeide videre med utvikling av konkrete tiltak innenfor områdene skissert ovenfor.

Det er i fase 1 av prosjektet ikke kartlagt forskning som et eget tema. Fase 2-arbeidet vil likevel, der det er hensiktsmessig, kommentere på bruk av og viktigheten av forskning innenfor gitte områder.

3 Organisering av tjenestetilbudet

3.1 Oversikt Helse Midt-Norge RHF



Figur 4: Tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge RHF, 2013; Kilde: Helsedirektoratet/ SAMDATA 2013; Deloitte egensammenstilling

Tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge RHF er fordelt mellom sykehus med psykiatriske avdelinger/klinikker, distriktpsikiatriske sentre (DPS) og private avtalespesialister. Til sammen finnes det seks sykehus med psykiatriske avdelinger/klinikker og 11 DPSer.

Organiseringen og tjenestetilbudet varierer mellom de tre HF-ene og mellom by- og landområder. For eksempel er avdeling for PHBU i HMR og HNT organisert under klinikk for barn og unge i HF-et, mens BUP i STO er en del av resten av divisjonen for psykisk helsevern.

De regionale kliniske tilbudene i Helse Midt-Norge RHF finnes ved STO og HNT:

STO HF

- Nidaros DPS: Behandling av traumer - dogn og poliklinikk (3-årig prosjekt)
- Tiller DPS: Regional enhet for hørsel og psykisk helse for voksne
- BUP Saupstad: Regional enhet for hørsel og psykisk helse for barn og unge
- Brøset: Regional sikkerhetsavdeling

HNT HF

- Sykehuset Levanger: Kompetansesenter for spiseforstyrrelser – voksne (Lokalisert i Stjørdal og på Levanger – planlagt sentralisert på Levanger fra 2019)

3.2 Helse Møre og Romsdal HF

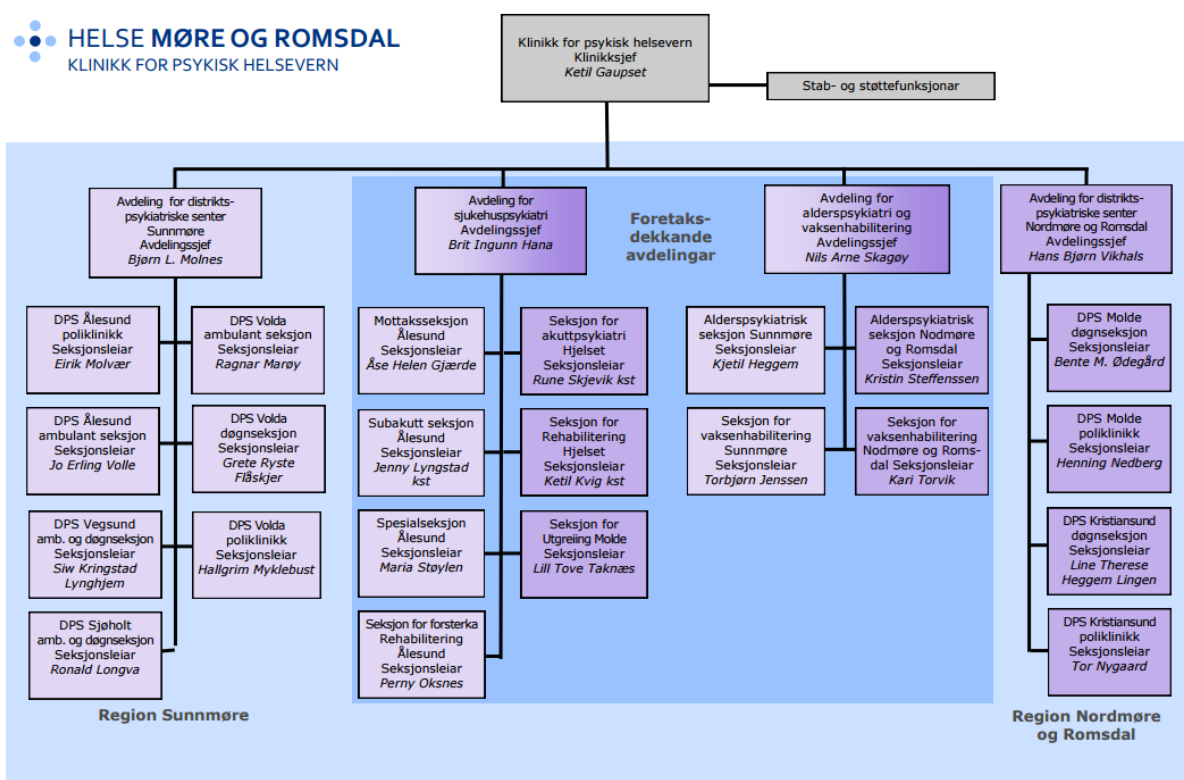
I Møre og Romsdal HF er det voksenpsykiatriske tilbudet organisert i en egen klinikk, mens det psykiatriske tilbudet for barn og unge er underlagt barneklikken som en egen avdeling.

Klinikk for psykisk helsevern i Helse Møre og Romsdal HF er delt inn i fire avdelinger i tilsammen 22 seksjoner:

- Avdeling for distriktpsikiatriske senter i Nordmøre og Romsdal
 - DPS Molde (døgn og poliklinikk)
 - DPS Kristiansund (døgn og poliklinikk)
- Avdeling for distriktpsikiatriske senter Sunnmøre
 - DPS Volda (døgn, poliklinikk og ambulant)
 - DPS Vegsund (døgn og ambulant)
 - DPS Sjøholt (døgn og ambulant)
 - DPS Ålesund (poliklinikk og ambulant)
- Avdeling for sykehuspsykiatri
 - Psykisk helsevern Mottaksseksjon Ålesund
 - Psykisk helsevern Subakutt seksjon Ålesund
 - Psykisk helsevern Seksjon for rehabilitering Hjelset
 - Psykisk helsevern Spesialseksjon Ålesund
 - Psykisk helsevern Forsterka rehabiliteringseksjon i Ålesund
 - Psykisk helsevern Seksjon for akuttpsykiatri på Hjelset
 - Psykisk helsevern, Seksjon for utgreiing Molde
- Avdeling for alderspsykiatri og voksenhabilitering
 - Alderspsykiatrisk seksjon Ålesund
 - Alderspsykiatrisk seksjon Molde (Hjelset)
 - Seksjon for Voksenhabilitering Ålesund
 - Seksjon for Voksenhabilitering Molde

For en nærmere beskrivelse av tjenestetilbudet som ytes i de ulike avdelingene og seksjonene henvises det til informasjon gitt på foretakets hjemmeside: <http://www.helse-mr.no/Om-oss/Organisering/Klinikkar/Klinikk-for-psykisk-helsevern/120583/> .

Klinikkens organisering fremkommer av organisasjonskartet nedenfor.



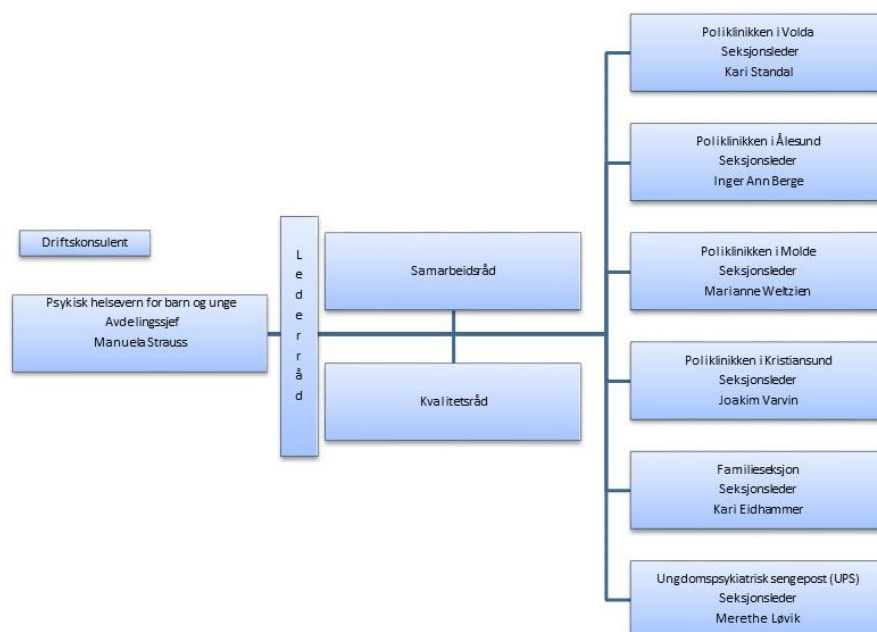
Figur 5: Organisasjonskart - Klinikk for psykisk helsevern, Helse Møre og Romsdal HF, 2012; Kilde: Hjemmesiden Helse Møre og Romsdal HF, 2015

Det psykiatriske tilbudet for barn og unge er i HMR én av fire avdelinger i Klinikk for barn og unge.

Avdelingen er organisert i seks seksjoner:

- Poliklinikk Kristiansund BUP
- Poliklinikk Molde BUP
- Poliklinikk Ålesund BUP
- Poliklinikk Volda BUP
- Ungdomspsykiatrisk sengepost (UPS)
- Familieseksjonen BUP

Klinikkens organisering fremkommer av organisasjonskartet nedenfor.



Figur 6: Organisasjonskart – Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF, 2015; Kilde: Avdelingssjef Manuela Strauss

For en nærmere beskrivelse av tjenestetilbudet som ytes i de ulike seksjonene henvises det til informasjon gitt på foretakets hjemmeside under: <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/Organisering/Klinikkar/Klinikk-for-barn-og-unge/Avdeling-for-psykisk-helsevern-barn-og-unge-BUP/121691/>.

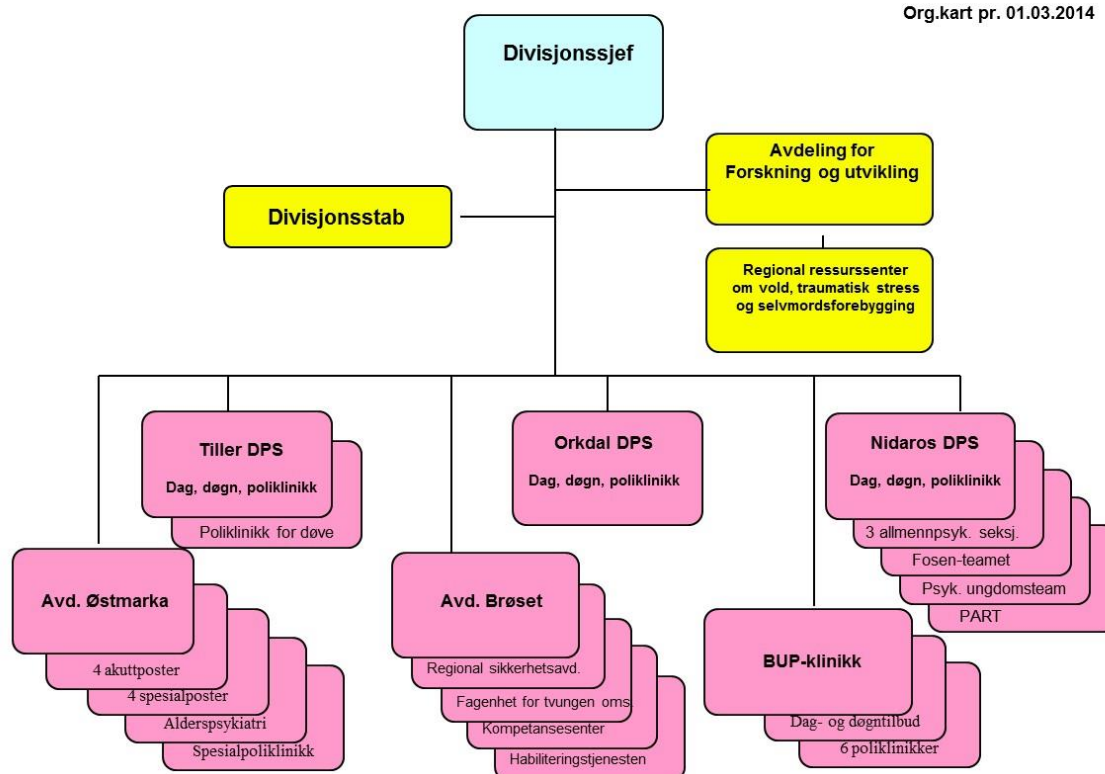
3.3 St. Olavs Hospital HF

På St. Olavs Hospital HF er begge psykiatriske tilbud (BUP og VOP) organisert i Divisjon Psykisk helsevern som består av sju avdelinger:

- Østmarka
- Brøset
- Nidaros DPS
- Orkdal DPS
- Tiller DPS
- BUP-klinikk
- AFFU (Avdeling for forskning og utvikling), herunder Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt (RVTS - Midt)

BUP-klinikk er fordelt på flere lokasjoner i hele Sør-Trøndelag.

Divisjonens organisering fremkommer av organisasjonskartet nedenfor.



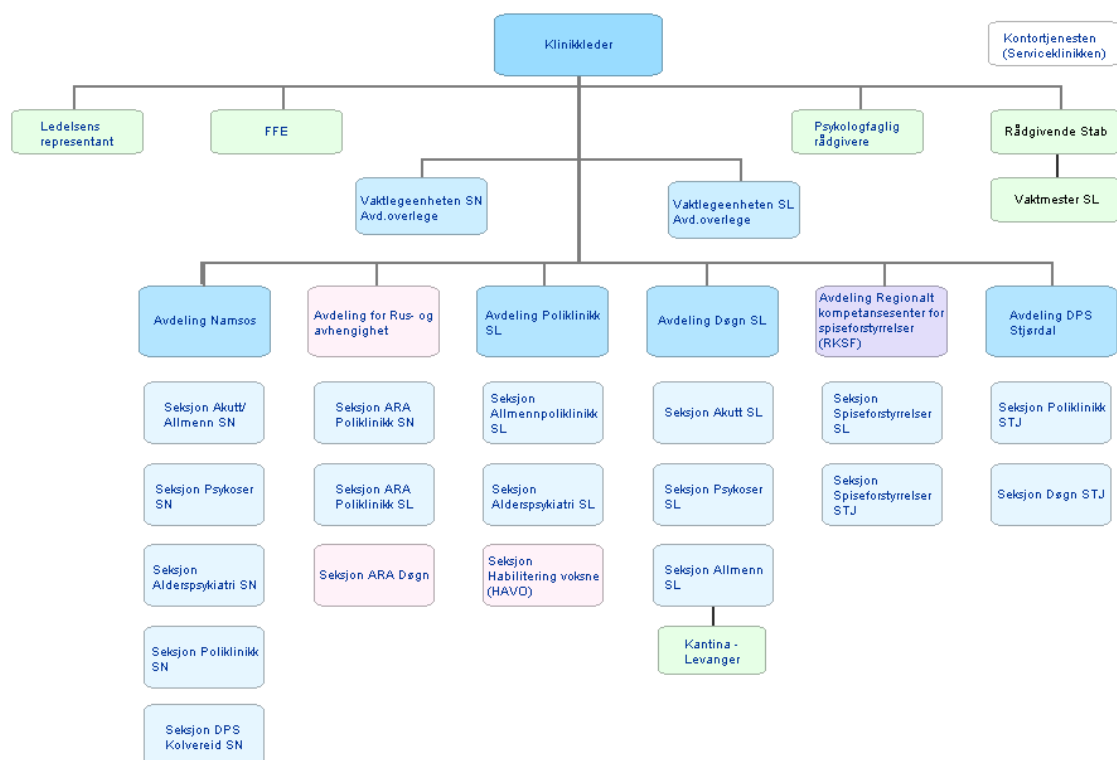
Figur 7: Divisjon Psykisk helsevern, St. Olavs Hospital HF, 1.3.2014; Kilde: Hjemmesiden St. Olavs Hospital HF, 2015 (Navn på avdelingssjefer tatt ut av figur, da disse var utdaterte)

For en nærmere beskrivelse av tjenestetilbudet som ytes i de ulike avdelingene og seksjonene henvises det til informasjon gitt på foretakets hjemmeside: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Organisering/Divisjon-og-klinikk/Psykisk-helsevern/90727/>.

3.4 Helse Nord Trøndelag HF

Som beskrevet innledningsvis er det psykiatriske tilbudet for voksne i Helse Nord Trøndelag HF organisert i en egen klinikk, mens tilbudet for barn og unge er organisert som en avdeling under «Barn og familieklikken».

Psykiatrisk klinikk består av seks avdelinger. Klinikken organisering fremkommer av organisasjonskart nedenfor.



Figur 8: Psykiatrisk klinikk Helse Nord-Trøndelag HF; Kilde: Hjemmesiden Helse Nord-Trøndelag, 2015, Deloitte egen framstilling

Det psykiatriske tilbudet for barn og unge er organisert som en avdeling under «Barn og familieklinikken». Avdelingen består av to seksjoner som er lokalisert i Levanger og Namsos. TSB er organisert som en avdeling under psykisk helsevern – i Avdeling for Rus og avhengighet

For en nærmere beskrivelse av tjenestetilbudet som ytes i de ulike avdelingene og seksjonene henvises det til informasjon gitt på foretakets hjemmesider: <http://www.hnt.no/no/Om-oss/Avdelinger1/Klinikker/Psykiatrisk-klinikk/114389/> og <http://www.hnt.no/no/Om-oss/Avdelinger1/Avdelinger2/Psykiatri-barn-og-unge-/114510/>.

3.5 Private avtalespesialister

I tillegg til virksomheter beskrevet ovenfor har Helse Midt-Norge RHF inngått avtaler med avtalespesialister.

Innen «Psykiatri» er det til sammen 11 avtalespesialister fordelt på 8,2 årsverk. Tabellen nedenfor gir en oversikt over deres geografisk fordeling.

Tabell 1: Antall private avtalespesialister og årsverk innen «Psykiatri» etter arbeidssted, 2015; Kilde Helse Midt-Norge RHF

Sted	HF-område	Antall avtalespesialister	Sum årsverk
Levanger	HNT	1	0,5
Steinkjer	HNT	1	1
Trondheim	STO	6	4,1
Øydegard	HMR	1	1
Ålesund	HMR	2	1,6

Sum HMN	11	8,2
----------------	-----------	------------

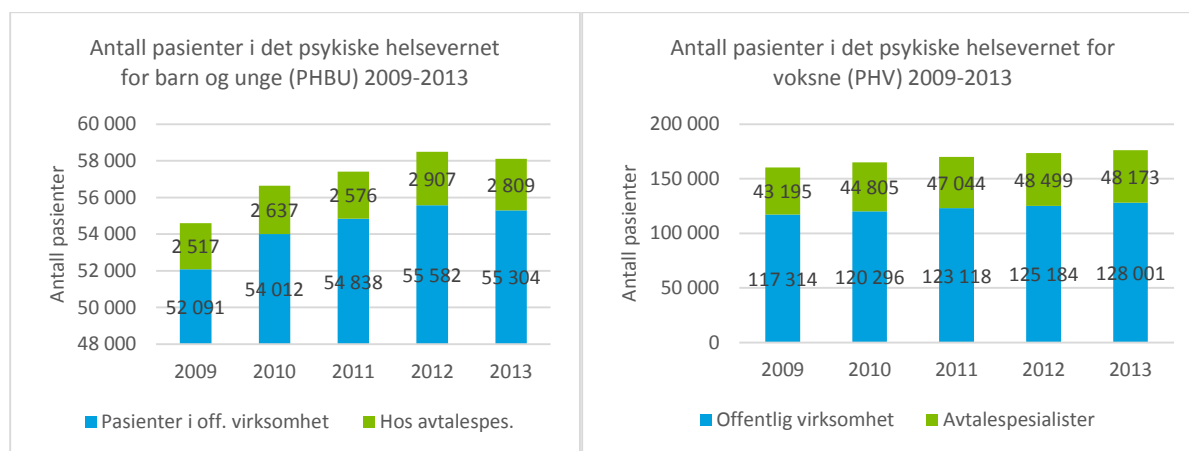
Innen «Klinisk psykologi» har Helse Midt-Norge RHF inngått avtaler med til sammen 42 avtalespesialister fordelt på 29,1 årsverk. Tabellen nedenfor gir en oversikt over deres geografisk fordeling.

Tabell 2: Antall private avtalespesialister innen "Klinisk psykologi" etter arbeidssted, 2015, 2015; Kilde: Helse Midt-Norge RHF

Sted	HF-område	Antall avtalespesialister	Sum årsverk
Namsos	HNT	2	1,5
Levanger	HNT	1	1
Steinkjer	HNT	1	1
Stjørdal	HNT	3	2,5
Trondheim	STO	21	10,9
Røros	STO	1	1
Bjugn	STO	1	0,2
Volda	HMR	1	0,2
Molde	HMR	3	3
Ørsta	HMR	1	1
Ålesund	HMR	5	4,8
Ulsteinvik	HMR	2	2
Sum HMN		42	29,1

4 Aktivitetsutvikling, kostnad, ventetid og fristbrudd

4.1.1 Aktivitet



Figur 9: Antall pasienter i det psykiske helsevernet for hhv. barn og unge og voksne 2009-2013, landsbasis; Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013

Slik det fremkommer av figuren ovenfor har det, på landsbasis, vært en økning i antall pasienter i både det psykiske helsevernet for barn og unge (PHBU) og voksne (PHV) i perioden 2009-2013. Økningen av antall pasienter innen PHV er omtrent 4 prosentpoeng høyere enn pasientøkningen innen BUP (9 % vs. 5 % økning). Andel pasienter som behandles hos private avtalespesialister er i perioden stabil både innen PHBU og PHV.

I Helse Midt-Norge RHF ble det i 2013 behandlet 8 021 pasienter i PHBU og avtalespesialistene har stått for 3 % av behandlingene. Andel pasienter som har fått behandling hos private avtalespesialister er 2-prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet og 5-prosentpoeng lavere enn i Helse Vest RHF som har brukt avtalespesialistene mest (8 %).

I PHV var det i 2013 23 450 pasienter i HMN (14 % av pasientene ble behandlet hos private avtalespesialister). Andel pasienter som har fått behandling hos private avtalespesialister er 14-prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet og 24-prosentpoeng lavere enn i Helse Vest RHF som har brukt avtalespesialister mest (38 %).

De siste årene (2011 – 2013) har det skjedd en vridning fra døgn- til dag- til poliklinisk behandling i det psykiske helsevernet.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over aktiviteten (oppholdsdøgn døgnpasienter, oppholdsdager dagpasienter og antall polikliniske konsultasjoner) per institusjon innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF.

Tabell 3: Antall oppholdsdøgn, oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner per institusjon i HMN, 2013; Kilde: Helsedirektoratet/SAMDATA

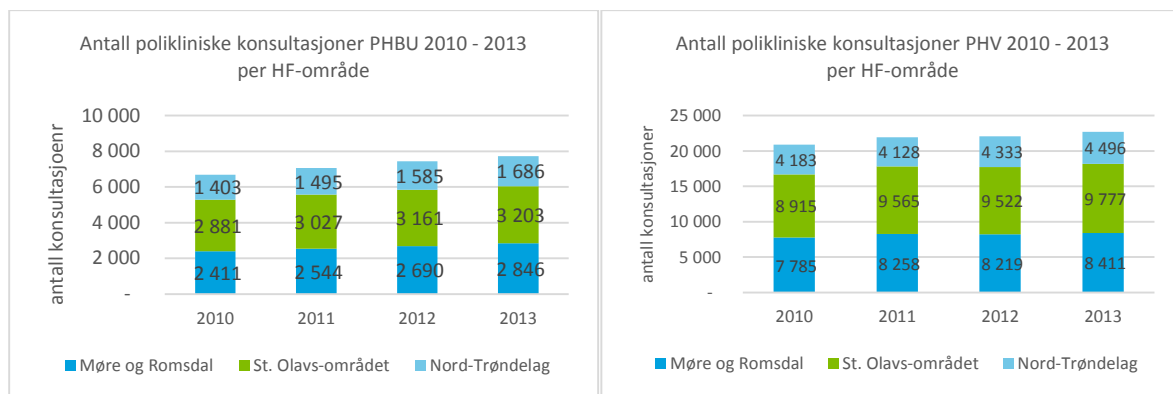
RHF/HF/institusjon	Faktiske tall (2013)			Andel behandling DPS		
	Oppholdsdøgn døgnpasienter	Oppholdsdager dagpasienter	Polikliniske konsultasjoner	Oppholdsdøgn døgnpasienter	Oppholdsdager dagpasienter	Polikliniske konsultasjoner
Helse Midt-Norge	146 287	3 126	210 793	45 %	99 %	82 %
Helse Møre og Romsdal HF	50 744	77	71 226	50 %	95 %	94 %
Helse Møre og Romsdal, avd Hjelset	11 709		1 430			
Helse Møre og Romsdal, avd Ålesund	13 821	4	3 073			
DPS Kristiansund	6 749		12 331			
DPS Molde	6 626		19 150			
Søre Sunnmøre DPS	3 200	38	11 771			
Ålesund DPS	8 639	35	23 471			
St. Olavs Hospital HF	67 966	504	97 969	41 %	100 %	86 %
St Olavs hospital (Østmarka)	40 193		13 569			
Nidaros DPS	13 771	436	37 553			
Orkdal DPS	4 991	64	10 560			
Tiller DPS	9 011	3	31 799			
Habiliteringstjenesten for voksne, St Olav (Brøset)		1	4 488			
Helse Nord-Trøndelag HF	24 741	0	41 598	50 %		63 %
Sykehuset Levanger	8 580		10 344			
Sykehuset Namsos	3 782		4 849			
DPS Kolvereid	2 105		1 641			
DPS Levanger	3 366		12 427			
DPS Namsos	1 260		5 378			
DPS Stjørdal	5 648		6 959			
Private med driftsavtale Helse Midt-Norge	2 836	2 545	0			
Betania Malvik	2 836	2 545				

Slik det fremkommer av tabellen ovenfor er det ulik fordeling av aktiviteten i de ulike helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF. Mens DPSene i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) og Helse Møre og Romsdal HF (HMR) i 2013 har stått for 50 % av alle oppholdsdøgn for døgnpasienter, er andelen i St. Olavs Hospital HF (STO) 41 %. Dagpasienter behandles nesten utelukkende hos DPSene i både STO og HMR. HNT har ikke registrert oppholdsdager. DPSene ble også i mindre grad brukt som behandlingssted for polikliniske pasienter i HNT (63 %), mens andelen i de andre helseforetaksområdene er hhv 86 % (STO) og 94 % (HMR).

Mens antall polikliniske konsultasjoner innen PHBU i Norge har økt med 3 % fra 2010 til 2013, har antallet for befolkningen i Helse Midt-Norge økt med 16 % i samme perioden. Av HF-ene i HMN har Helse Nord-Trøndelag hatt den største økningen i perioden (20 %).

Når man ser på økning av antall polikliniske konsultasjoner innen PHV, har det i samme periode vært en økning på 5 % i hele Norge, mens økningen for befolkningen i HMN har vært 9 %. I HMN har økningen vært størst i STO sitt område.

Figurene nedenfor viser utvikling av antall polikliniske konsultasjoner for hhv. PHBU og PHV i perioden 2010-2013 etter HF-område i HMN.

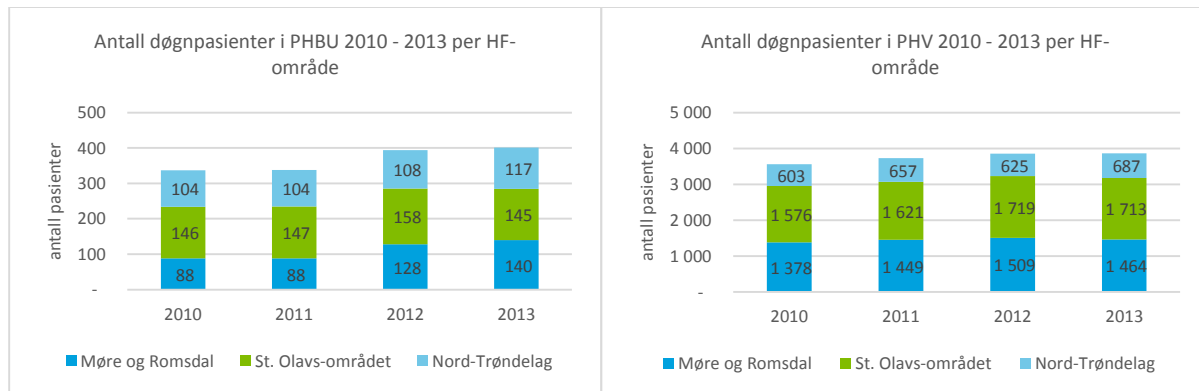


Figur 10: Antall polikliniske konsultasjoner i hhv. PHBU og PHV (inkl. priv. avtalesp.) per HF-område i HMN, 2010 - 2013; Kilde: SAMDATA (aktivitet), SSB (befolkning)

Utvikling av totalt antall døgnpasienter innen PHBU viser en reduksjon på 9 % for hele Norge i perioden fra 2010 til 2013. I HMN derimot, har det vært en økning på 30 % i samme periode. Økningen skyldes i hovedsak en sterk økning av antall døgnpasienter for befolkningen fra HMR (59 %). Denne økningen har skjedd for å nærme seg praksis og tjenesteforbruk i resten av Midt-Norge. Se eget kapittel om tjenesteforbruk for mer informasjon.

For antall døgnpasienter innen PHV har det vært en økning på 1 % i hele Norge, mens økningen for befolkningen i HMN har vært 10 %. Antall døgnpasienter for befolkningen i Nord-Trøndelag HF har økt mest.

Figurene nedenfor viser utvikling av antall døgnpasienter i hhv. PHBU og PHV i perioden 2010-2013 etter HF-område i HMN.



Figur 11: Antall døgnpasienter i hhv. PHBU og PHV per HF-område i HMN, 2010 - 2013; Kilde: SAMDATA (aktivitet), SSB (befolkning)

Aktivitetstallene må ses i sammenheng med historikken til psykisk helsevern, samt demografien og da spesielt befolkningstettheten i det aktuelle område. Tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern er f.eks. relativt ungt i HNT (startet opp på 80-tallet). Tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern har lengre historie i områdene der de gamle asylene lå, som f.eks. i Trondheim og på Hjelset.

4.1.2 Kostnad

I følge Samdata-rapport fra 2014, var den prosentvise realveksten fra 2013 til 2014 i Helse Midt-Norge 4,0 % for TSB. Til sammenligning var den 4,3 % for somatikk og 0,3 % for psykisk helsevern. Med andre ord var den «gylne regel» ikke oppfylt i Helse Midt-Norge mellom 2013 og 2014, når man ser på de overordnede tallene.

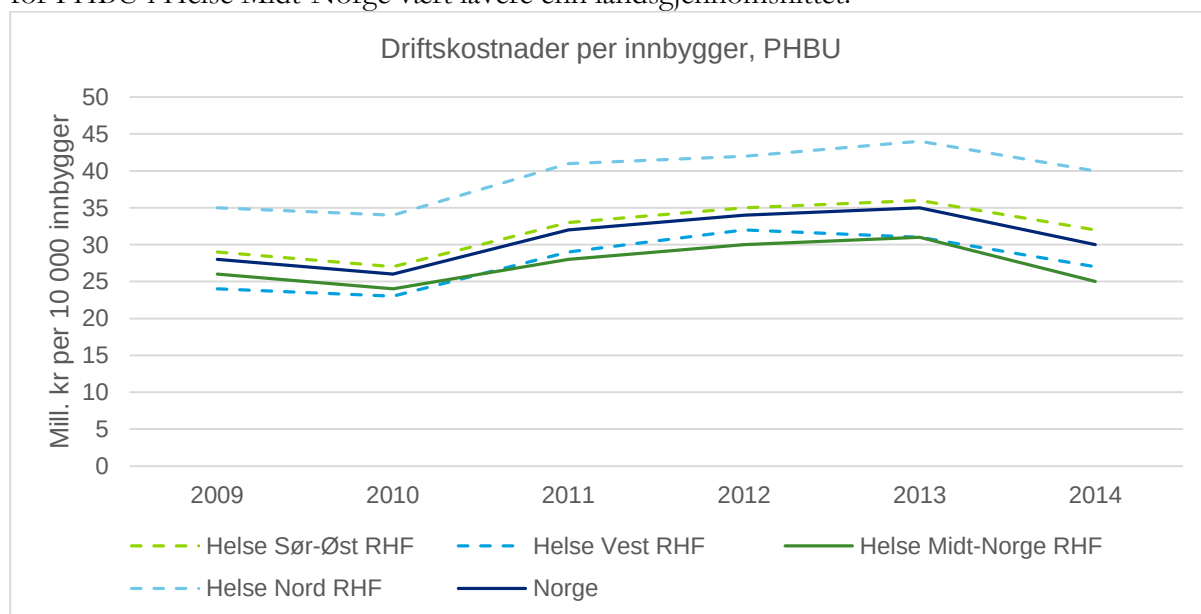
For psykisk helsevern og TSB finnes ikke et standardisert aktivitetsmål som korrigerer for pasientsammensetning og forventet ressursbehov i tjenestene, og indikatorer for kostnadsnivå og personellproduktivitet må derfor lages med utgangspunkt i uvektede aktivitetsmål som pasienter, opphold, oppholdsdøgn og konsultasjoner. Slike indikatorer vil ikke være egnet til å sammenligne enheter med svært ulikt tjenesteinnhold da foretakenes oppgavefordeling og pasientgrunnlag vil ha betydning for nivået på produktivitetsindikatorerne. Ved sammenstilling av flere indikatorer, kan man likevel si noe om utvikling over tid og om produktivitets- og kostnadsforskjeller i foretak med tilnærmet lik pasientsammensetning og behandlingsprofil.

Kostnadsnivået i tjenestene måles ved fire kostnadsindikatorer: Kostnad per opphold, kostnad per oppholdsdøgn, kostnad per polikliniske pasient og kostnad per polikliniske konsultasjon. Ressurser målt i årsverk brukt på poliklinikk utgjør om lag 23,5% på landsbasis. Mest ressurser er derfor knyttet til døgnvirksomhet.

Under er kostnadene for hhv PHBU og PHV beskrevet. Driftskostnader per innbygger er hentet fra SSB, mens kostnad per oppholdsdøgn (kun PHV), kostnad per polikliniske pasient og kostnad per polikliniske konsultasjon er hentet fra Samdata (2013-tall).

PHBU

I 2014 var det totale kostnadsnivået i Helse Midt-Norge RHF lavest sammenlignet med de andre regionene (83 % av landsgjennomsnittet). I hele perioden 2009-2014 har kostnadene per innbygger for PHBU i Helse Midt-Norge vært lavere enn landsgjennomsnittet.

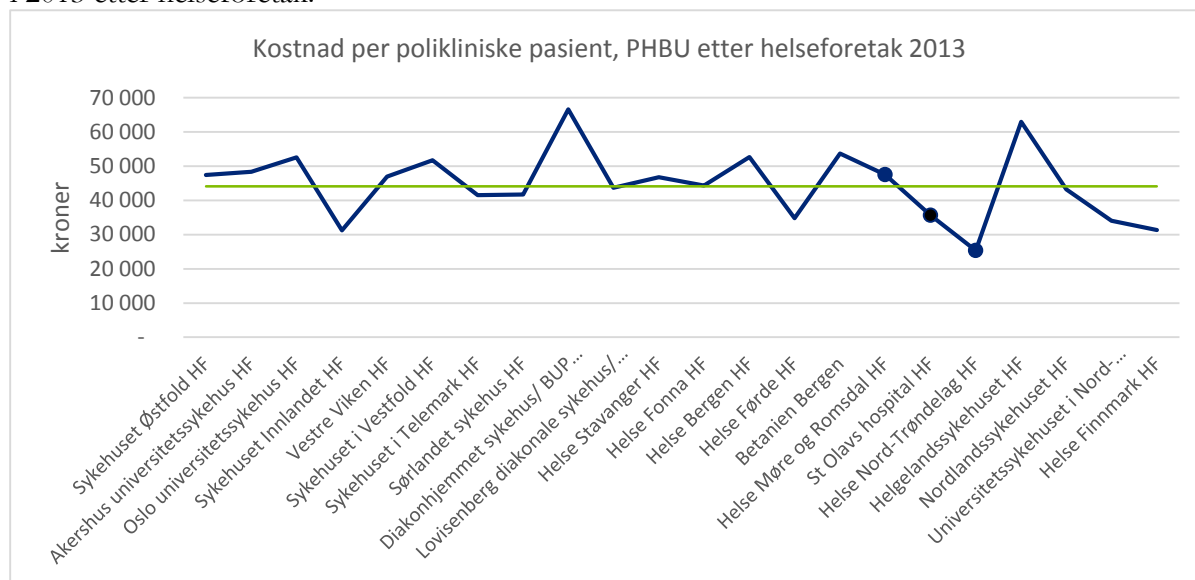


Figur 12: Kostnader inkl. avskrivninger, etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel, Psykisk helsevern for barn og unge; Kilde: SSB

Når man ser på kostnad per polikliniske pasient pr helseforetak i Helse Midt-Norge RHF, så har Helse Nord-Trøndelag HF den laveste kostnaden per pasient (25 334 kr/pasient) etterfulgt av St. Olavs Hospital HF (35 640 kr/pasient). Helse Møre og Romsdal HF (47 567 kr/pasient) har den høyeste kostnaden i HMN per polikliniske pasient i psykisk helsevern for barn og unge, men ligger

omtrent på landsgjennomsnittet. Helse Nord-Trøndelag HF har for øvrig den laveste registrerte kostnaden per polikliniske pasient i hele landet, og St. Olavs Hospital HF har den nest laveste kostnaden per polikliniske pasient av alle universitetssykehus i Norge.

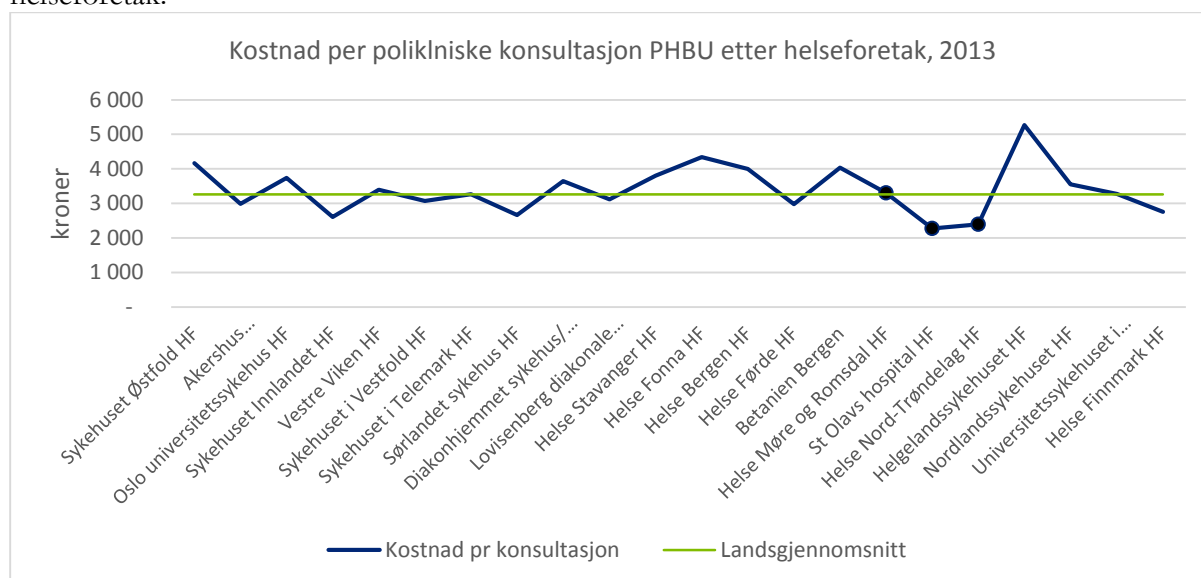
Figuren nedenfor viser kostnad per polikliniske pasient i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2013 etter helseforetak.



Figur 13: Kostnad per polikliniske pasient PHBU etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 2014

Når det gjelder kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon per helseforetak i Helse Midt-Norge RHF, så har St. Olavs Hospital HF (2 274 kr/konsultasjon) den laveste kostnaden etterfulgt av Helse Nord-Trøndelag HF (2 394 kr/konsultasjon). Helse Møre og Romsdal HF har også her den høyeste kostnaden (3 299 kr/konsultasjon).

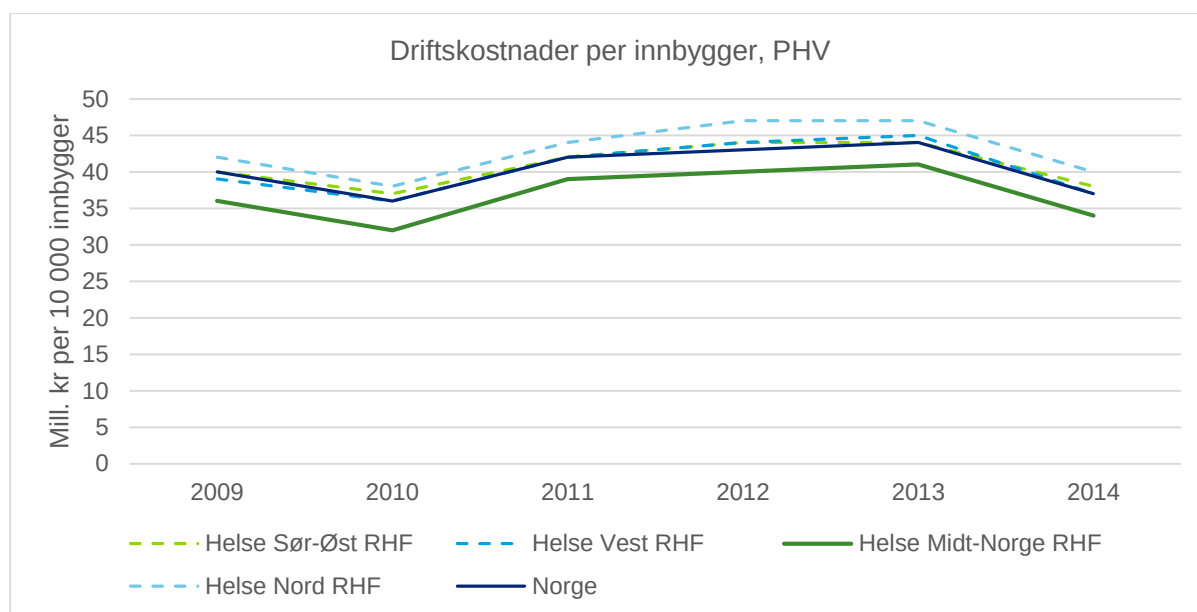
Figuren nedenfor viser kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon i 2013 etter helseforetak.



Figur 14: Kostnad per polikliniske konsultasjon PHBU etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 2014

PHV

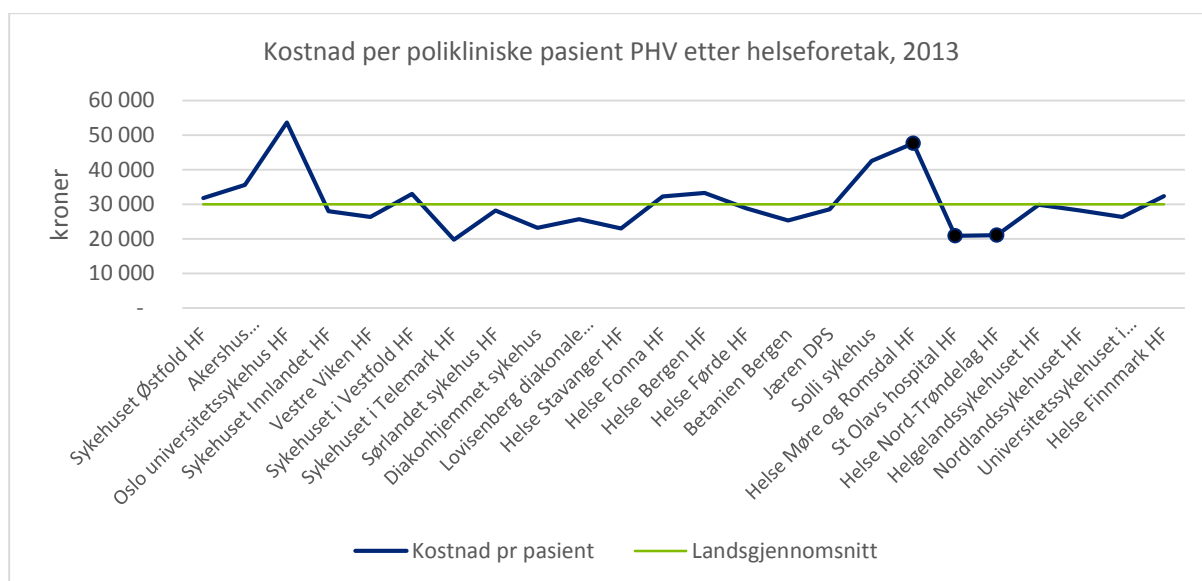
Innenfor psykisk helsevern for voksne har Helse Midt-Norge RHF i perioden 2009-2014 hatt et kostnadsnivå per 10 000 innbygger som er ca. 10 % lavere enn landsgjennomsnittet. Kostnader per 10 000 innbygger gir et noe unyansert bilde, da gruppen 18-35 år har høyere kostnader per innbygger enn resten av den voksne befolkningen. Likevel gir parameteren et inntrykk av kostnadsforskjellene mellom de regionale helseforetakene.



Figur 15: Kostnader inkl. avskrivninger, etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel, Psykisk helsevern for voksne; Kilde: SSB

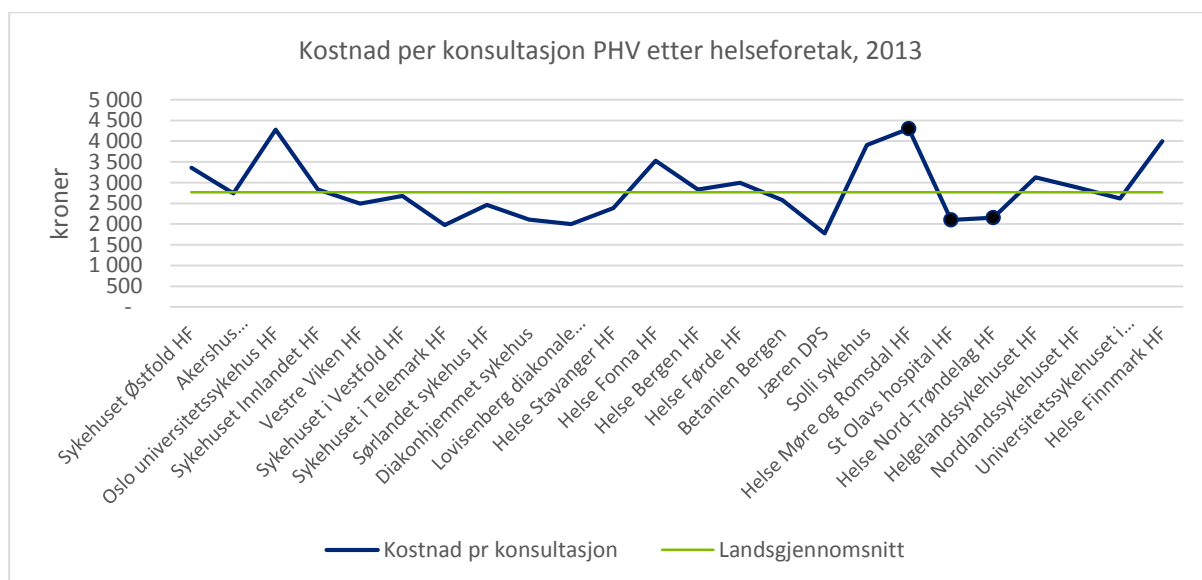
Når man ser på kostnad per polikliniske pasient per helseforetak i Helse Midt-Norge RHF, så har St. Olavs Hospital HF (20 874 kr/pasient) den laveste kostnaden etterfulgt av Helse Nord-Trøndelag HF (21 081 kr/pasient). Kostnad per polikliniske pasient Helse Møre og Romsdal HF (47 691 kr/pasient) er betydelig høyere enn i de andre helseforetakene og kostnadsnivået er 59 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet. Helse Møre og Romsdal HF har den nest høyeste kostnaden per polikliniske pasient. St. Olavs Hospital HF har den laveste registrerte kostnaden per polikliniske pasient av alle universitetssykehus i Norge.

Figuren nedenfor gir en oversikt over kostnad per polikliniske pasient i psykisk helsevern for voksne per helseforetak i 2013.

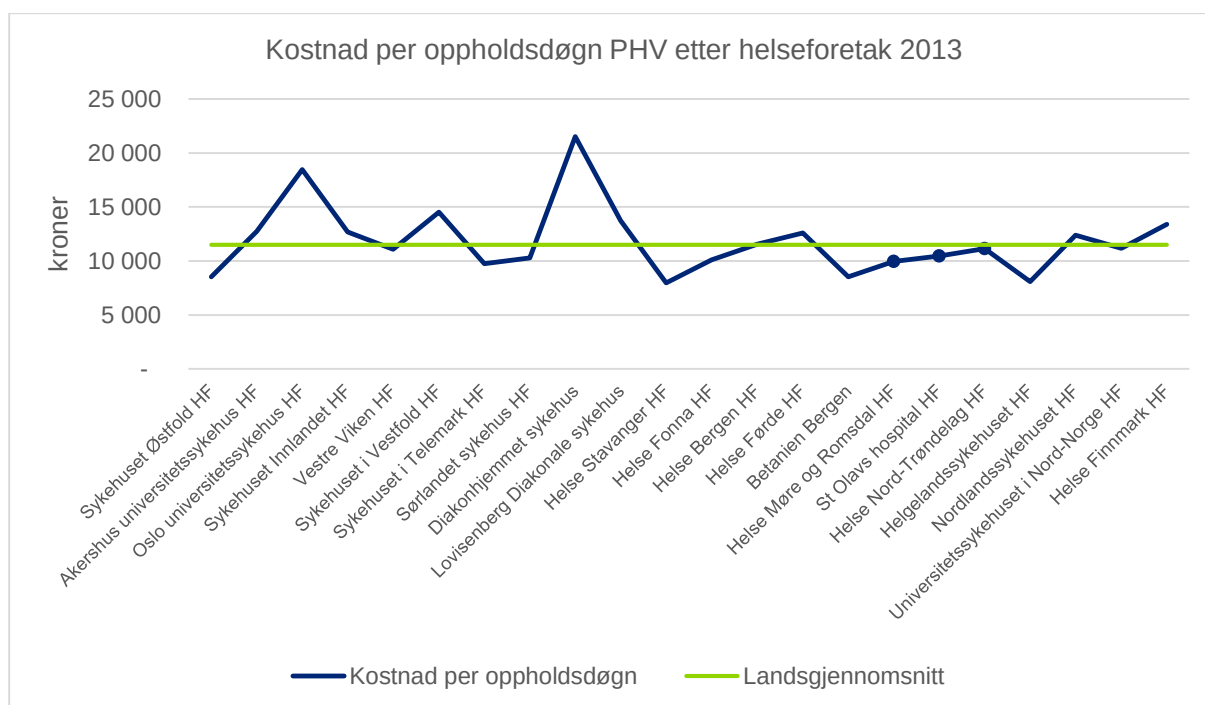


Figur 16: Kostnad per polikliniske pasient PHV etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 2014

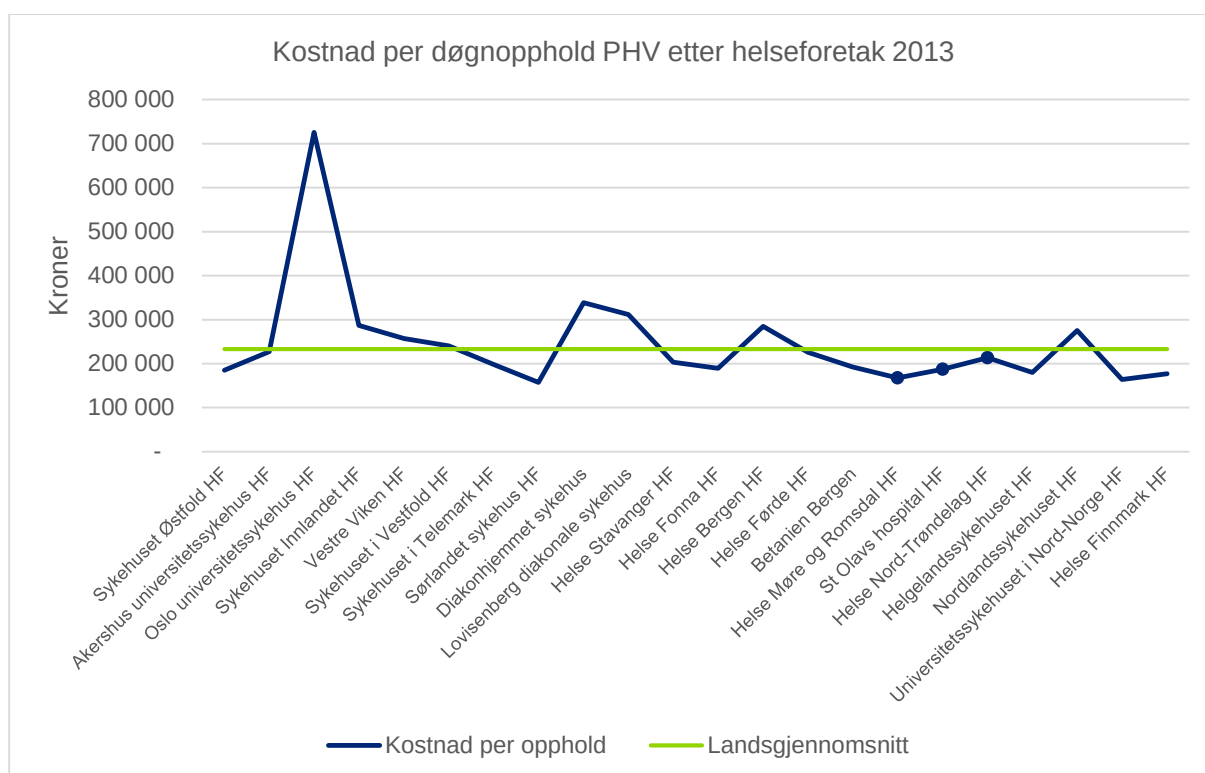
Figurene nedenfor viser hhv kostnad per polikliniske konsultasjon og oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne per helseforetak i 2013. Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital har lavere behandlingstkostnader enn landsgjennomsnittet, både per konsultasjon og per oppholdsdøgn. I Helse Møre og Romsdal er registrert kostnad per polikliniske konsultasjon høyere enn landsgjennomsnittet, mens kostnad per oppholdsdøgn er av den laveste i landet (82 % av landsgjennomsnittet). Høye konsultasjonskostnader i Møre og Romsdal kommer blant annet av mye ambulant virksomhet i tillegg til at ressurser som jobber på døgn er registrert under poliklinikkene.



Figur 17: Kostnad per konsultasjon PHV etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 2014



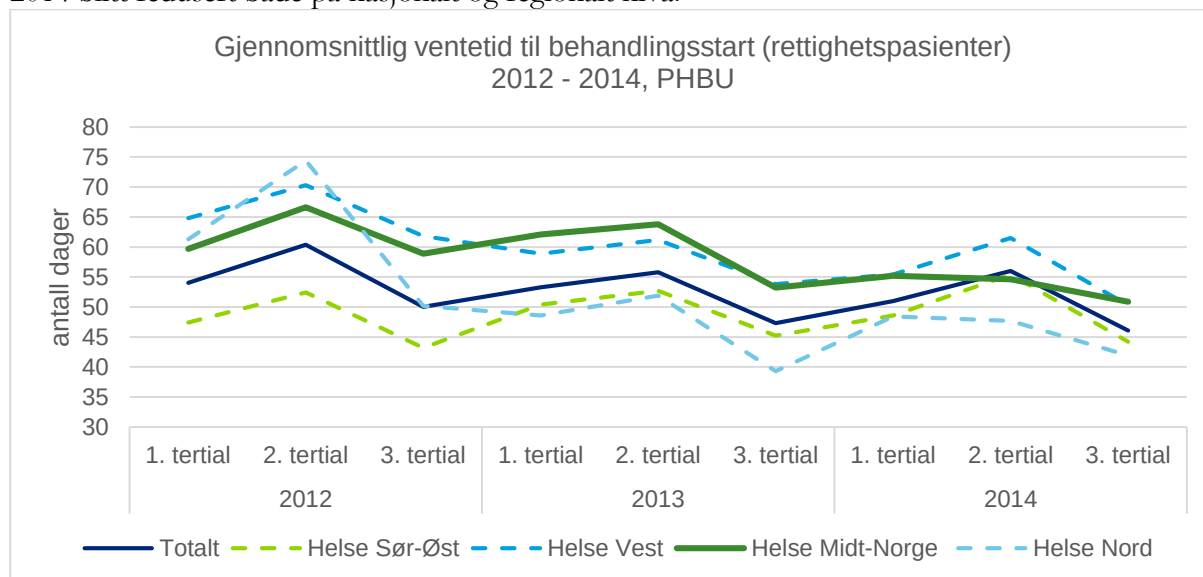
Figur 18: Kostnad per oppholdsdøgn PHV etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 2014



4.1.3 Ventetid og fristbrudd

PHBU

For PHBU har gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i perioden 2012-2014 blitt redusert både på nasjonalt og regionalt nivå.

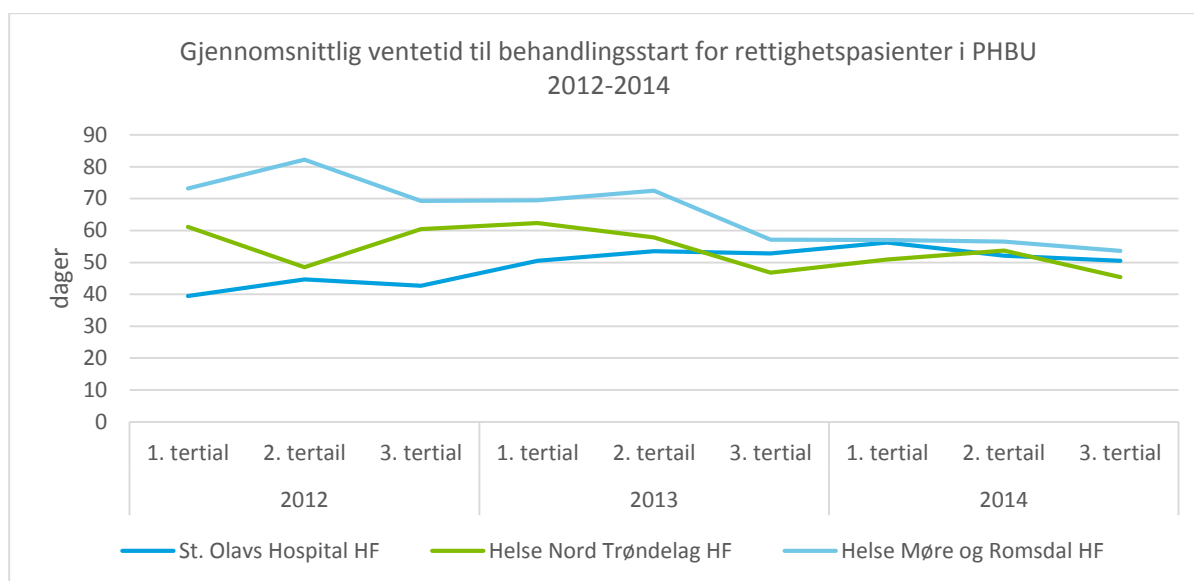


Figur 19: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHBU 2012-2014 per RHF; Kilde: Helsedirektoratet

Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHBU har i HMN blitt redusert med 8,8 dager fra 1. tertial 2012 til 3. tertial 2014. Ventetiden er til tross for reduksjonen den lengste av alle regionale helseforetak og er 4,8 dager lengere enn landsgjennomsnittet i 3. tertial 2014.

Når man ser på utvikling av ventetiden til behandlingsstart per helseforetaksområde i HMN har ventetiden blitt redusert ved både HMR og HNT, mens den gjennomsnittlige ventetiden ved St. Olavs Hospital HF er i 3. tertial 2014 lengre enn i 1. tertial 2012.

Figuren nedenfor viser utviklingen av gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter i psykisk helsevern for barn og unge per helseforetak i HMN. I 2014 var denne omtrent lik for alle HF-ene og alle har en gjennomsnittlig ventetid på under 65 dager, som er det nasjonale målet.



Figur 20: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHBU 2012-2014 per HF; Kilde: Helsedirektoratet

Tabellen nedenfor viser utviklingen av gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHBU etter behandlingssted i HMN for perioden 2012-2014. Ventetiden varierer mellom de ulike klinikkene, men det er ikke alltid ventetiden sier noe om hvor det er dårlig kapasitet.

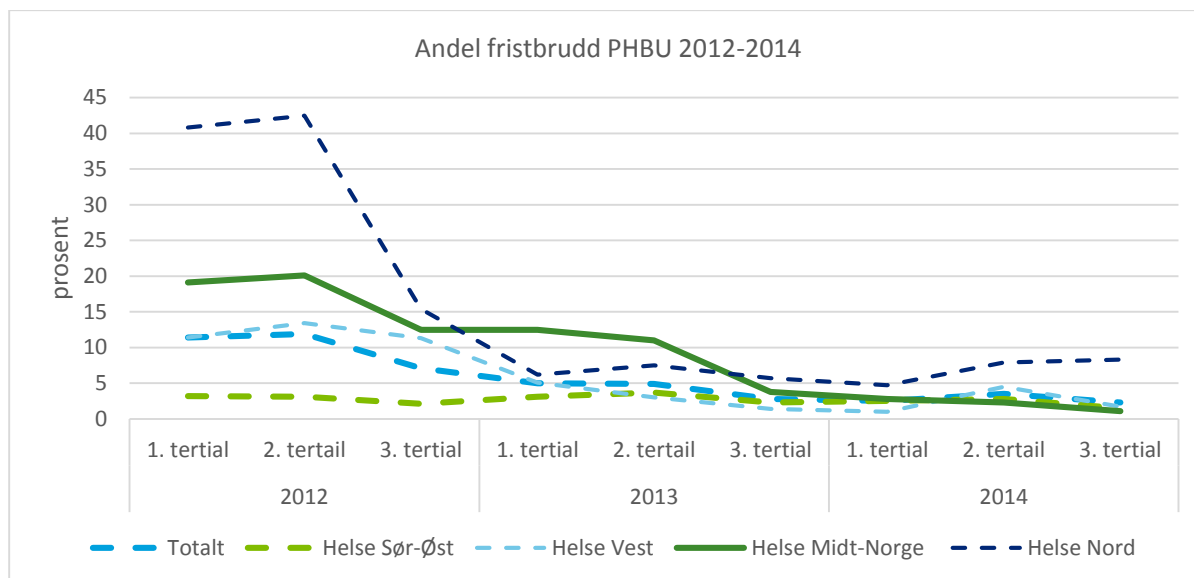
Tabell 4: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHBU etter behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde Helsedirektoratet

Ventetid (i dager) til start helsehjelp - rettighetspasienter PHBU	2012			2013			2014			Δ 3. tertial	Δ 3. tertial
	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial	2013-2014	2012-2014
St. Olavs Hospital HF	39,5	44,7	42,7	50,5	53,5	52,8	56,2	52,1	50,5	-2,3	7,8
Trondheim BUP	39,3	47,7	49,4	55,3	57,7	58,6	57,9	54	55,8	-2,8	6,4
St. Olavs hospital	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-
Orkdal BUP	42,8	36,3	27	37,2	45,4	34,4	48,8	48	33,2	-1,2	6,2
Fosen BUP	35	32,4	36,1	45,9	47	32,2	50,3	47,2	39,9	7,7	3,8
Helse Nord Trøndelag HF	61,2	48,5	60,5	62,4	57,8	46,8	50,9	53,7	45,4	-1,4	-15,1
Sykehuset Namsos	-	17	-	-	-	27	-	-	-	-	-
Namsos BUP	55,1	52,6	57,7	60,6	52,3	34,9	38,1	39,3	31,9	-3	-25,8
Levanger BUP	62,4	45,7	61,5	63,2	59,8	50,7	54,8	57	49,2	-1,5	-12,3
Helse Møre og Romsdal HF	73,2	82,2	69,3	69,5	72,5	57,1	57	56,5	53,6	-3,5	-15,7
Volda BUP	70,6	84,2	71,9	72,7	65,5	60,1	65,3	56,6	54,7	-5,4	-17,2
Molde sjukehus	-	-	-	-	-	-	365	-	-	-	-
Ålesund sjukehus	37,4	44,2	142	385	-	-	-	-	-	-	-
Ålesund BUP	81	86	61,2	65	64,6	58,7	62,3	63,1	50,4	-8,3	-10,8
Kristiansund BUP	92,6	98,8	88	68,7	63	41,6	43,7	43,8	45,6	4	-42,4
Molde BUP	64,7	72,5	57,5	70,7	86,7	62,5	55	57,3	61,4	-1,1	3,9
Ålesund sjukehus, ungdomspsykiatrisk avdeling	23,2	24	36,5	-	-	-	-	-	-	-	-

Andelen fristbrudd for pasienter som står på venteliste ble i perioden 2011-2013 redusert og stabilisert for PHBU – både i hele landet og i HMN.

HMN-tallet for 3. tertial 2013 preges av det høye fristbruddtallet i HNT, men i første halvdel av 2014 hadde HNT en andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste på 2,9 %. Man kan dermed anta at den høye verdien i slutten av 2013 var et unntak.

Figuren nedenfor viser utviklingen av andel fristbrudd innen PHBU per RHF i perioden 2012-2014. Slik det fremkommer av figuren har HMN i 3. tertial 2014 den laveste andelen fristbrudd innen PHBU av de regionale helseforetakene.



Figur 21: Utvikling av andel fristbrudd PHBU per RHF 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet

Av helseforetakene i HMN har St. Olavs Hospital HF den laveste andelen fristbrudd ved 3. tertial 2014.

Tabellen nedenfor viser utviklingen av andel fristbrudd innen PHBU etter behandlingssted i HMN for perioden 2012-2014. Merk at Trondheim BUP består av flere enheter.

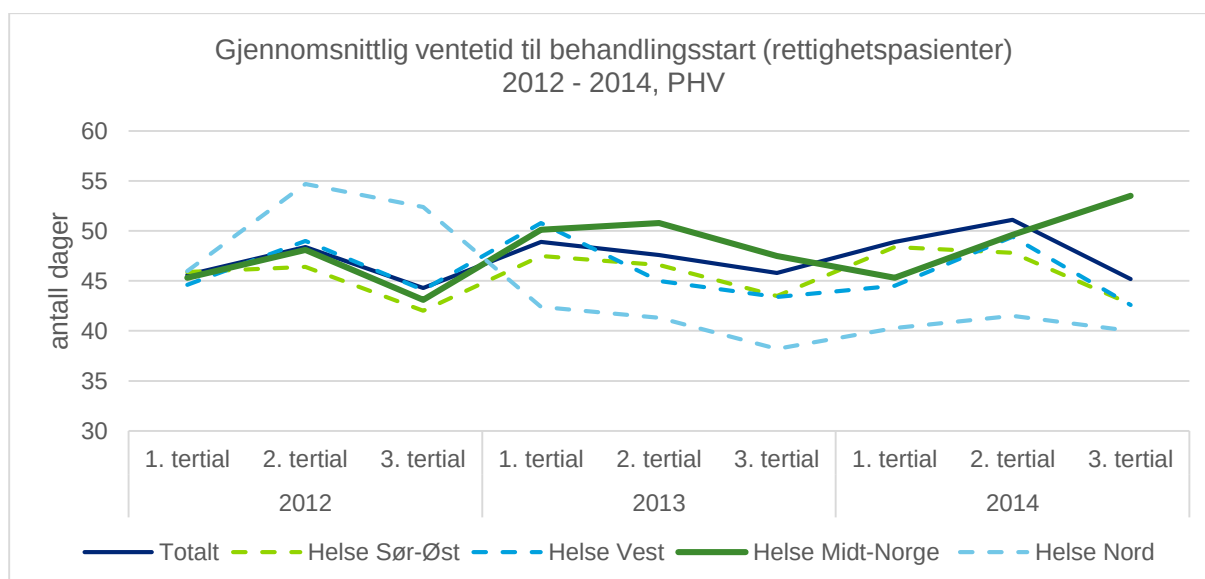
Tabell 5: Andel fristbrudd innen PHBU per behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet

Andel fristbrudd (i %) PHBU År og tertial	2012			2013			2014			Δ 3. tertial 2013-2014	Δ 3. tertial 2012-2014
	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial		
St. Olavs Hospital HF	5,1	0	0	0	1	0,8	0,7	0	0,4	-0,4	0,4
Trondheim BUP	1,4	0	0	0	1,6	0,5	0,8	0	0,6	0,1	0,6
St. Olavs hospital	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Orkdal BUP	20,8	0	0	0	0	2,4	0	0	0	-2,4	0
Fosen BUP	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord Trøndelag HF	18,8	3,3	16,2	19,7	13,2	7,7	6	7	3,3	-4,4	-12,9
Sykehuset Namsos	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-
Namsos BUP	6,2	3,7	6,1	0	4,9	4,8	0	0	0	-4,8	-6,1
Levanger BUP	21,5	3,1	19,6	28,9	16,1	8,8	7,8	8,7	4,2	-4,6	-15,4
Helse Møre og Romsdal HF	28,8	34,5	19,6	17,3	15,7	4	2,5	1,5	0,6	-3,4	-19
Ålesund sjukehus	14,3	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Ålesund BUP	39	38,7	2,2	1,6	2	0	0	1	0,9	0,9	-1,3
Kristiansund BUP	61,1	63,5	54,5	50	28,6	3,6	0	1,7	0	-3,6	-54,5
Molde BUP	5,6	7,6	4	14,7	26,6	7,3	4,3	0,9	0	-7,3	-4
Ålesund sjukehus, ungdomspsykiatrisk avdeling	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-

Både HMR og HNT har hatt en betydelig reduksjon i andel fristbrudd i perioden.

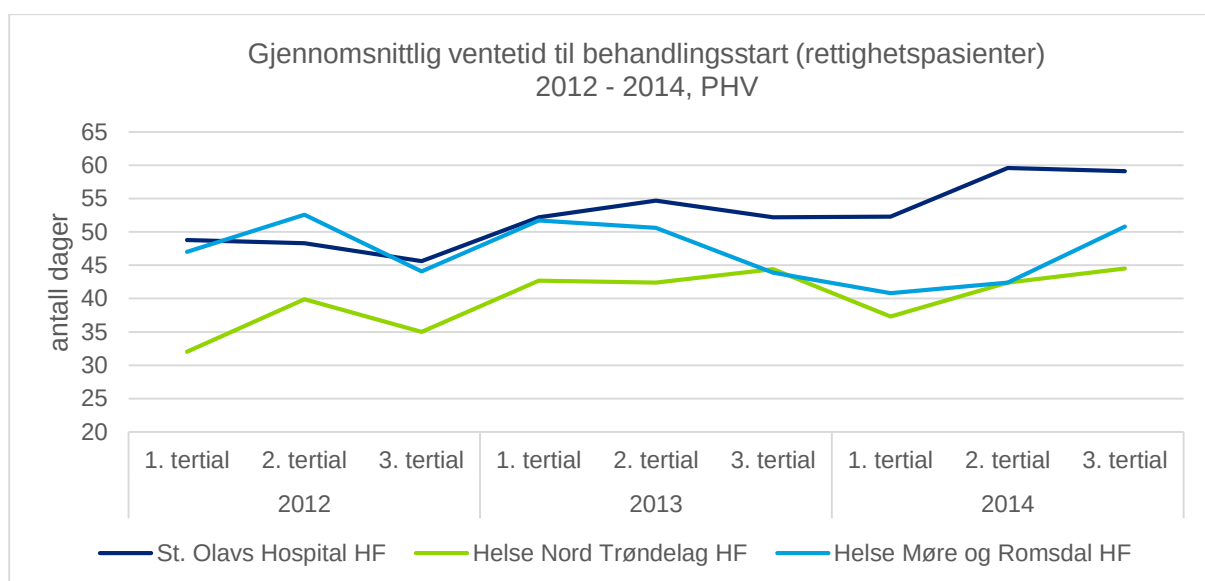
PHV

For PHV har gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i perioden 2012-2014 blitt redusert på nasjonalt nivå, mens den i HMN i 3. tertial 2014 er lengre enn i 2012. De siste årene har det vært en reduksjon av ventetiden fra 1. til 3. tertial i HMN, mens i 2014 har det vært en økning av ventetiden både fra 1. til 2. og fra 2. til 3. tertial. HMN er det regionale helseforetaket med lengst ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHV. Ventetiden er i gjennomsnitt om 8,3 dager lengre enn landsgjennomsnittet.



Figur 22: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHV 2012-2014 per RHF; Kilde: Helsedirektoratet

Blant helseforetaksområdene i HMN har STO ved nesten alle tertial i perioden hatt den lengste ventetiden, mens HNT har hatt den korteste ventetiden. Lengre ventetid i STO skyldes at enkelte tilbud drar opp snitt, som f.eks. søvnklinikken. Likt for alle helseforetakene er at ventetiden til behandlingsstart er i 3. tertial i 2014 lengre enn i 1. tertial 2012, og at alle er under det nasjonale målet om 65 dagers ventetid.



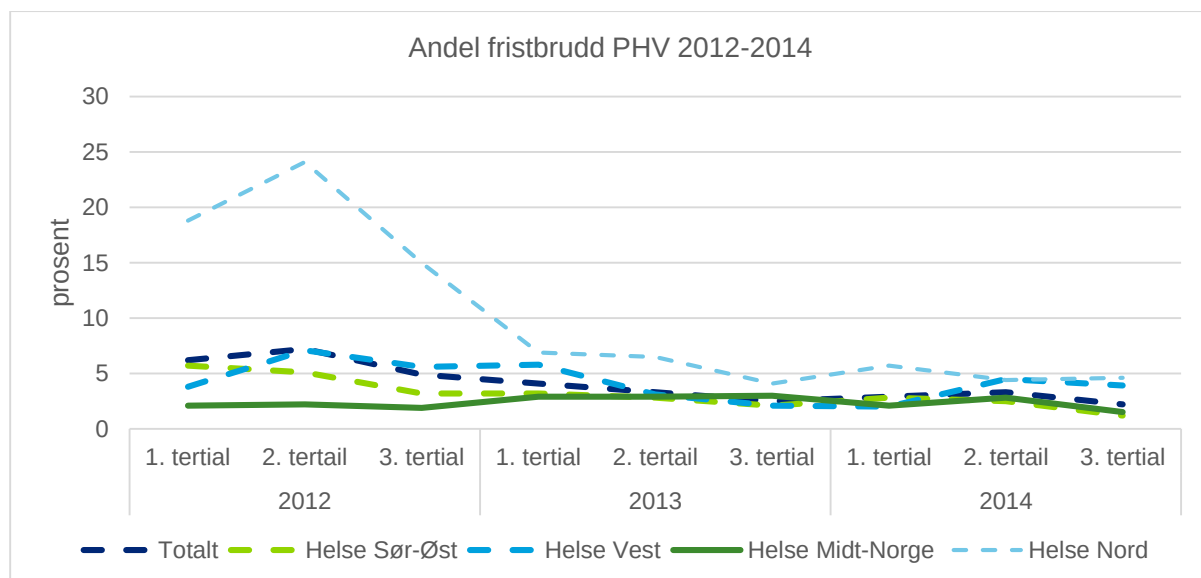
Figur 23: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHV 2012-2014 per HF i HMN; Kilde: Helsedirektoratet

Tabellen nedenfor viser utvikling av gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter i PHV per behandlingssted i HMN.

Tabell 6: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHV etter behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde Helsedirektoratet

Ventetid (i dager) til start helsehjelp - rettighetspasienter VOP	2012			2013			2014			Δ 3. tertial 2013-2014	Δ 3. tertial 2012-2014
År og tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial		
St. Olavs Hospital HF	48,8	48,3	45,6	52,2	54,7	52,2	52,3	59,6	59,1	6,9	13,5
Østmarka	42,1	42,8	53,9	60,7	66,7	66,9	59,4	63,2	69,6	2,7	15,7
Orkdal DPS	37,6	44,1	47	49,8	49,6	47,6	52,9	86	62,9	15,3	15,9
Brøset	30,4	13,2	21,5	17,6	170	-	27	4	36	-	14,5
Tiller DPS	53,4	52,8	39,3	48,7	49,1	42,4	44	49,1	55,2	12,8	15,9
Nidaros DPS	53,4	47,8	47,7	53,5	57,5	56	57,4	55,4	56,9	0,9	9,2
St. Olavs hospital	-	7	36	-	-	-	-	-	14	-	-22
Helse Nord Trøndelag HF	32	39,9	35	42,7	42,4	44,4	37,3	42,4	44,5	0,1	9,5
Sykehuset Namsos	35,3	44,9	30,8	42,6	37,8	60,4	48,3	39,6	41,2	-19,2	10,4
Sykehuset Levanger	31,2	38,6	35,9	42,7	43,4	40,8	34,3	42,9	45,3	4,5	9,4
Helse Møre og Romsdal HF	47	52,6	44,1	51,7	50,6	43,9	40,8	42,4	50,8	6,9	6,7
Molde sjukehus	45,8	45	43,8	48,3	43,4	46,1	36,3	44,7	40,3	-5,8	-3,5
Kristiansund sjukehus	48,9	63,3	45,3	64,8	58,2	58,3	61,6	69,5	75,1	16,8	29,8
Ålesund sjukehus	57,5	57,2	46,4	51,8	54,8	37,1	28,5	24,3	49,1	12	2,7
Volda sjukehus	30,3	56	33	45,6	46,4	42,4	59,3	56	46,3	3,9	13,3

I Helse Midt-Norge RHF har andel fristbrudd innen PHV i perioden 2012-2014 vært den laveste av de regionale helseforetakene.



Figur 24: Andel fristbrudd innen PHV per RHF, 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet

Av helseforetakene i HMN har St. Olavs Hospital HF ved 3. tertial 2014 hatt den laveste andelen fristbrudd innen PHV, mens Helse Møre og Romsdal HF har hatt den høyeste andelen. HMR har i hele perioden hatt den høyeste andelen fristbrudd innen PHV.

Tabellen nedenfor viser utviklingen av andel fristbrudd innen PHV etter behandlingssted i HMN.

Tabell 7: Andel fristbrudd innen PHV etter behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet

Andel fristbrudd (i %) VOP År og tertial	2012			2013			2014			Δ 3. tertil	Δ 3. tertil
	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial	1. tertial	2. tertail	3. tertial		
St. Olavs Hospital HF	1,7	1	1,1	2,8	2,5	1,6	1,3	2,1	1	-0,6	-0,1
Østmarka	0	0	0	1,6	1,8	0,7	0	0	0	-0,7	0
Orkdal DPS	1,5	2,9	1,6	3,1	4,4	5,9	3,4	7,7	3	-2,9	1,4
Brøset	0	0	0	0	0	-	0	0	0	-	0
Tiller DPS	3	0,7	0,3	1,1	0	0,4	0,7	0,9	0,7	0,3	0,4
Nidaros DPS	1,3	1	2,2	4,7	5,2	1,5	1,5	2,1	1	-0,5	-1,2
St. Olavs hospital	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Helse Nord Trøndelag HF	1,6	1,7	1,5	0,8	1,6	5,1	1,1	0,6	1,2	-3,9	-0,3
Sykehuset Namsos	3,8	5,5	1,6	3,3	1,8	6,5	0	0	1,4	-5,1	-0,2
Sykehuset Levanger	1,2	0,8	1,4	0,3	1,5	4,7	1,4	0,7	1,1	-3,6	-0,3
Helse Møre og Romsdal HF	3	4,5	3,6	4,3	4,2	3,2	3,8	4,9	2,5	-0,7	-1,1
Molde sjukehus	2,5	1,4	5,1	4,4	1,6	2,6	5,1	5,5	1,9	-0,7	-3,2
Kristiansund sjukehus	6,2	7,2	6,3	8,9	9,9	6,9	4,5	18,6	3,2	-3,7	-3,1
Ålesund sjukehus	2,3	0,7	0	1,6	3,1	1,7	1	0,5	3,3	1,6	3,3
Volda sjukehus	3	24,5	5,4	5,3	8,2	5,2	5,6	2,3	1,9	-3,3	-3,5

Både Kristiansund og Ålesund sykehus er behandlingssteder i HMN med en høy andel fristbrudd innen PHV.

5 LMS, brukarmedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende

5.1.1 LMS og opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er en naturlig del av det kliniske arbeidet, for eksempel gjennom individuell behandling eller gruppebehandling.

Likevel har man for eksempel i St. Olav (BUP) sett at det er enklere å få gjennomført ulike kurs og arrangement når det er egne ressurser som jobber med dette. Der er det 1,5 stillinger i administrasjonen som koordinerer LMS-arbeidet. Med egne LMS-ressurser er det også enklere å opprettholde et godt samarbeid med brukerorganisasjonene, samt arrangere kurs sammen med andre fagfelt (f.eks. rus), kommunene og brukerorganisasjonene.

LMS og opplæringstilbudet i regionen er noe ulikt i de forskjellige områdene. Dette kommer blant annet av hvor det har vært prioritert ressurser til dette og hvordan kompetanse på helsepedagogikk er. Dermed finnes det kunnskap om pasient- og brukeropplæring på ulike områder ulike steder i helseforetakene, noe som man kan utnytte regionalt. Regionale tilbud er også relevant for sykdommer som er så sjeldne at det ikke er hensiktsmessig å ha eget kurstilbud på hver klinikk eller på hvert foretak.

5.1.2 Brukarmedvirkning

Brukarmedvirkning på systemnivå gjennom brukerrepresentasjon og brukerutvalg benyttes i hele helseregionen for å involvere brukere i ulike organer og fora. For eksempel er det brukerrepresentanter med i prosjektgruppene for denne regionale planen. De ulike klinikkene i regionen involverer brukerrepresentanter og benytter brukarmedvirkning i ulike forsknings- og utviklingsprosjekter, i ledelsesmøter og i egne brukerutvalg.

En annen måte å få egenerfaringer inn i tjenestetilbudet på er ved bruk av erfaringskonsulenter ved de ulike klinikkene. Hovedmålet med å engasjere erfaringskonsulenter er å bringe egenerfaringer inn i tjenesten for å gi brukere/pasienter og tjenesten tilgang til denne på en systematisk måte. Erfaringskonsulenter er ansatt på likemannsprinsippet, og er dermed ikke regnet som brukarmedvirkning på samme måte som annen brukarmedvirkning. Prosjektet «Erfaringskonsulent i ambulerende team» har vært i drift i 2 år (fra 2013) og vært engasjert av KBT (Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling) Midt-Norge. I prosjektperioden har vært tilsatt til sammen fire erfaringskonsulenter i 50 % stillinger i PART-teamet ved Nidaros DPS og ACT-teamet ved Tiller DPS i Trondheim innleid fra KBT (Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling). I mai 2015 ble det besluttet å videreføre stillingene i ett år til med midler fra Trondheim kommune.

5.1.3 Brukerorganisasjoner og brukerstyrte sentre

Innenfor psykisk helse finnes det ulike brukerorganisasjoner og interesseorganisasjonene. De ulike brukerorganisasjonene samarbeider med og er et supplement til tilbudet som spesialisthelsetjenesten tilbyr av opplæring av pasienter og pårørende. Organisasjonene er ulikt organisert og har varierende grad av tilbud. Noen organisasjoner har et godt utbygd likepersonersapparat mens andre er mer orientert mot aktiviteter for medlemmer og befolkningen for øvrig. Flere av organisasjonene har også kontaktflater mot rusfeltet. Under er en liste over relevante organisasjoner og brukerstyrte senter med link til hjemmesider der hvor disse finnes

- Mental Helse www.mentalhelse.no - har fylkeslag i alle 3 fylker og lokallag i flere kommuner

- ADHD Norge www.adhdnorge.no - har fylkeslag i alle 3 fylker og lokallag i flere kommuner
- Norsk OCD forening Ananke www.ananke.no – har lokale grupper flere steder i regionen
- Norsk Tourette Forening www.touretteforeningen.no – fylkeslag i Møre og Romsdal og samlet for Trøndelagsfylkene
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse www.lpp.no – har flere lokallag i regionen
- Hvite Ørn www.hviteorn.no – har ikke fylkes eller lokallag foreløpig – alle henvendelser går til sentralledet
- Landsforeningen We Shall Overcome – www.wso.no – har ikke fylkes eller lokallag alle henvendelser går til sentralledet
- Autismeforeningen i Norge www.autismeforeningen.no – har fylkeslag i alle 3 fylker
- Rådgivning om spiseforstyrrelser www.nettros.no - har ikke fylkes eller lokallag alle henvendelser går til sentralledet
- Interessegrupper for Kvinner med Spiseforstyrrelser www.iks.no – har lokallag i Trondheim
- Landsforeningen for etterlatte ved selvmord www.leve.no – har fylkeslag i alle 3 fylker
- Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord www.lfss.no – ressursenter – har ikke fylkeslag
- Voksne for Barn www.vfb.no – har lokallag og kontaktpersoner flere steder i regionen
- Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling www.kbtmidt.no – Regionalt brukerstyrt senter
- Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt Norge www.varres.no – Regionalt brukerstyrt senter

5.1.4 Vurdering av nåsituasjon

Det er viktig å sikre et godt opplæringstilbud for pasienter og pårørende i regionen for å redusere langvarige vansker. Prosjektgruppen ser et behov for å fastsette og få beskrevet hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunenes på dette område. Slik det er i dag er det stort sett LMS og opplæring av pasienter i behandling som gjøres av spesialisthelsetjenesten. En tydeliggjøring av oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor pasient- og pårørendeopplæring er viktig, men det må tas hensyn til økonomiske ordninger som gjør det mulig å delta på slike tilbud.

For å sikre et godt opplæringstilbud for pasienter og pårørende i regionen kunne det vært aktuelt å se på muligheten for et fast kursopplegg som gjentar seg per år eller halvår. Noen tilbud skal være regionale, mens andre lokale. Dette vil skape mer forutsigbarhet og det vil kunne bli lettere å gjennomføre de ulike aktivitetene. Det vil også være lettere for behandlere rundt om i regionen å vise til de ulike tilbudene på denne måten. Fast kursopplegg finnes allerede på noen områder, bl.a. i BUP STO, der det er faste rullerende kurs for Tourettes syndrom, ADHD, Asperger, Spiseforstyrrelser, Angst og depresjon og psykoser.”. Noen diagnoser har så lav forekomst, i tillegg at noen har særskilt individuelle behov, slik at det vil være nødvendig å kunne arrangere ad hoc-aktiviteter også. En annen måte å sikre bedre LMS- og opplæringstilbud på er å definere hvordan opplæringen skal være en del av behandlingen, som en opplæringspakke som en del av pasientforløpet.

For å sikre at alle pasientene får et opplæringstilbud, må man se på alternative måter å nå de som ikke møter opp på det tilbudet som finnes i dag. Her vil bruk av IKT være et nyttig hjelpemiddel, som foreløpig ikke er utnyttet til det fulle i regionen. For eksempel vil informasjonsdeling og videosamtaler være aktuelt her.

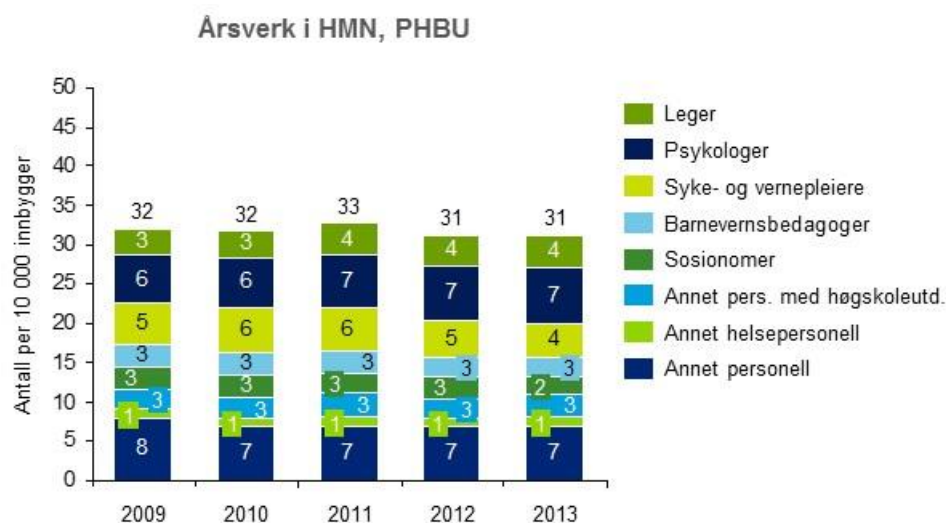
6 Bemanning/rekruttering og utdanning/kompetanse

Bemannings- og rekrutteringssituasjonen varierer veldig mellom sentrale og desentrale strøk. De mindre distriktene er sårbare, da få ressurser skal fordeles på mange områder og over stort areal.

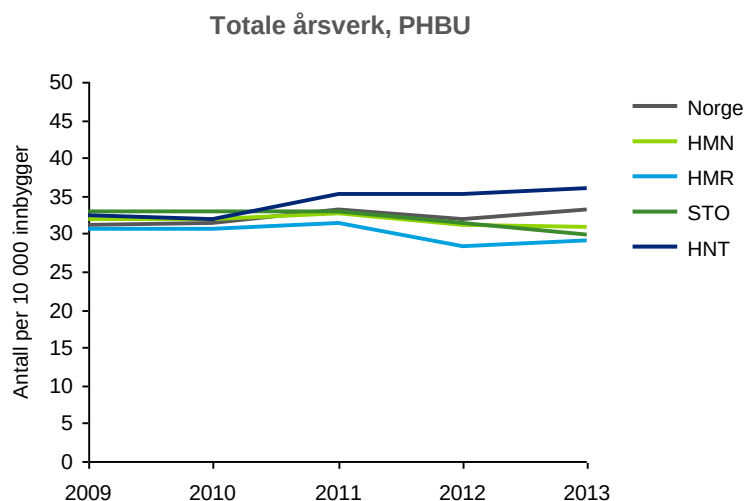
I deler av HMN opplever man innenfor psykisk helsevern en stor turnover av personal – spesielt blant leger og psykologer og spesielt i distriktene i HMR og HNT. Turnoveren kan komme av at ansatte bytter til andre stillinger i organisasjonen eller at de bytter arbeidsplass helt. Et mønster er at noen starter sin karriere i distriktene og senere får jobb mer sentralt når de er ferdig eller nesten ferdig spesialist. Dette skaper til dels hyppige skifter av spesialister i distriktene og spesialistkompetansen blir for marginal. Det oppleves også en konkurranse med kommunene om å rekruttere psykologer. En grunn til dette kan være lavere lønn i HF-ene enn i kommunene, samt at arbeidsoppgaver og arbeidspress trekker ressursene til kommunene. Alderssammensetning kan også påvirke turnoveren.

PHBU

For PHBU har det vært en liten nedgang i antall årsverk per 10 000 innbygger i HMN siden 2009, men det har vært en svak økning i antall leger og psykologer. Dette er i tråd med økende krav om spesialistkompetanse. Nedgangen kommer av tall fra HMR og STO, da HNT har hatt en liten økning i antall årsverk siden 2009. Totalt i Norge har det vært en økning i antall årsverk per 10 000 innbygger i perioden 2009-2013.



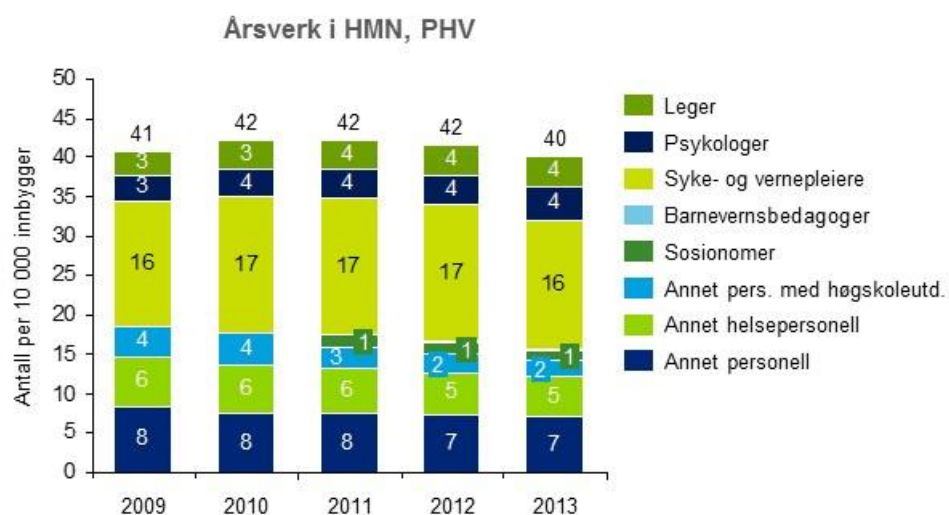
Figur 25, Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år i det psykiske helsevernet, NPR



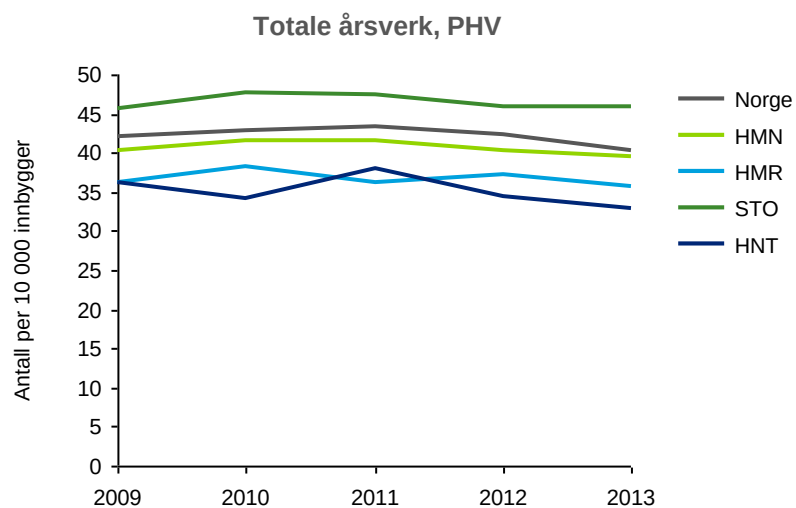
Figur 26, Totale årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge, NPR

PHV

For PHV har antall årsverk per 10 000 innbygger i HMN vært omtrent uendret siden 2009. Dette gjelder for alle helseforetakene i regionen og for landet totalt.



Figur 27, Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre i det psykiske helsevernet, NPR



Figur 28, Totale årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne, NPR

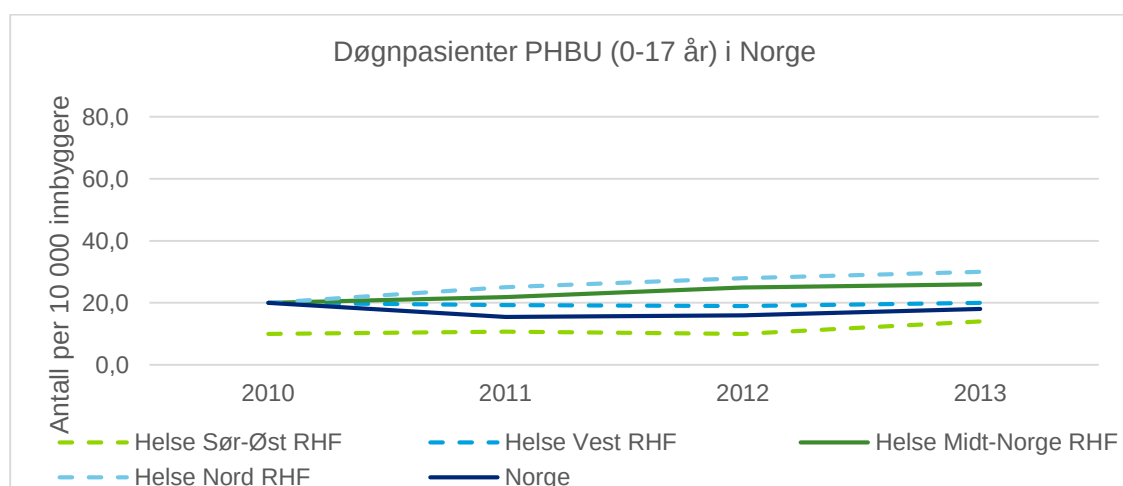
7 Tjenesteforbruk

Tjenesteforbruket må, på samme måte som for aktivitetstallene, ses i sammenheng med historikken til psykisk helsevern, samt demografien og da spesielt befolkningstettheten i det aktuelle område. Tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern er f.eks. relativt ungt i HNT (startet opp på 80-tallet). Tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern har lengre historie i områdene der de gamle asylene lå, som f.eks. i Trondheim og på Hjelset.

7.1.1 Døgnpasienter

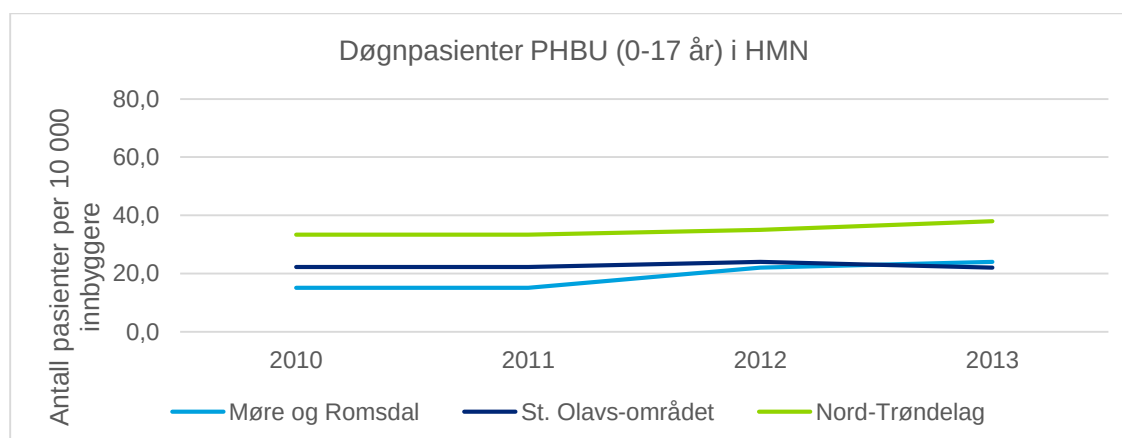
PHBU

I 2013 var det i gjennomsnitt 18 døgnpasienter i PHBU per 10 000 innbygger i Norge. Antall har i perioden 2010-2013 økt noe i Norge og i alle de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF har i hele perioden 2010-2013 hatt høyere forbruksrate enn gjennomsnittet i Norge. I 2013 var det 26 døgnpasienter per 10 000 innbygger i HMN. Blant de regionale helseforetakene er forbruksraten høyest i Helse Nord RHF. Helse Sør-Øst RHF har lavest forbruk.



Figur 29: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR

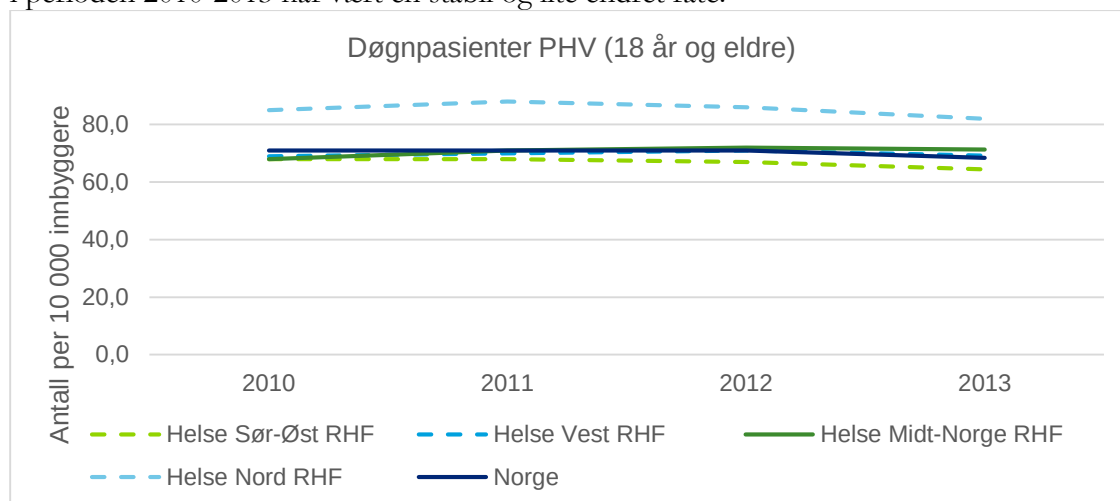
Innad i Helse Midt-Norge er det HNT som har høyest antall døgnpasienter per 10 000 innbygger i PHBU. I 2013 lå alle helseforetakene i HMN over gjennomsnittet i landet. HMR har hatt en økning i perioden 2010-2013, mens de andre har hatt en relativt stabil rate.



Figur 30: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR

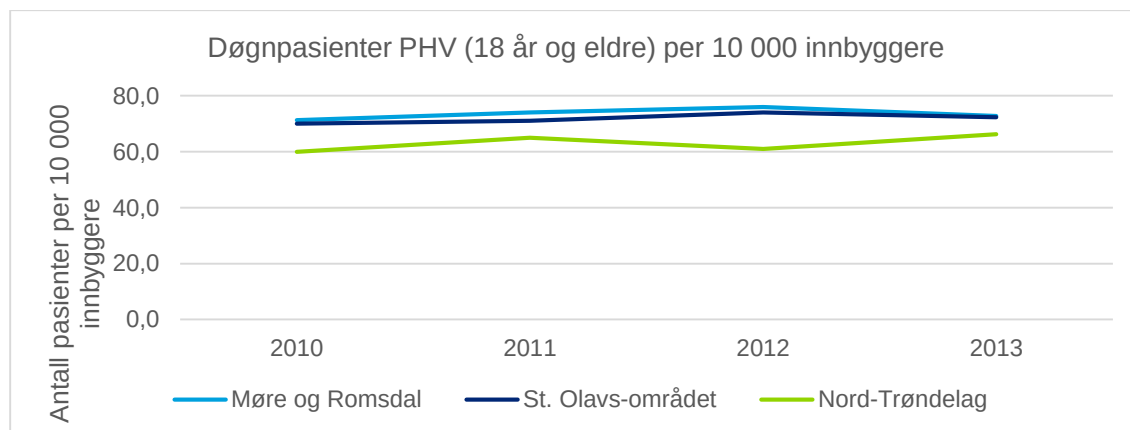
PHV

Blant de fleste regionale helseforetakene er det liten forskjell i antall døgnpasienter i PHV per 10 000 innbygger. I 2013 var snittet i Norge på 68 døgnpasienter per 10 000 innbygger. Helse Nord RHF skiller seg ut, og har ca. 15 flere døgnpasienter per 10 000 innbyggere enn de andre. Trenden i perioden 2010-2013 har vært en stabil og lite endret rate.



Figur 31: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR

Blant helseforetakene i HMN, har HMR og STO omtrent like mange døgnpasienter per 10 000 innbyggere (ca. 72 døgnpasienter), mens HNT ligger noe lavere (66 døgnpasienter). Det har vært noe variasjon mellom årene i perioden 2010-2013, men totalt sett er trenden lite endring.

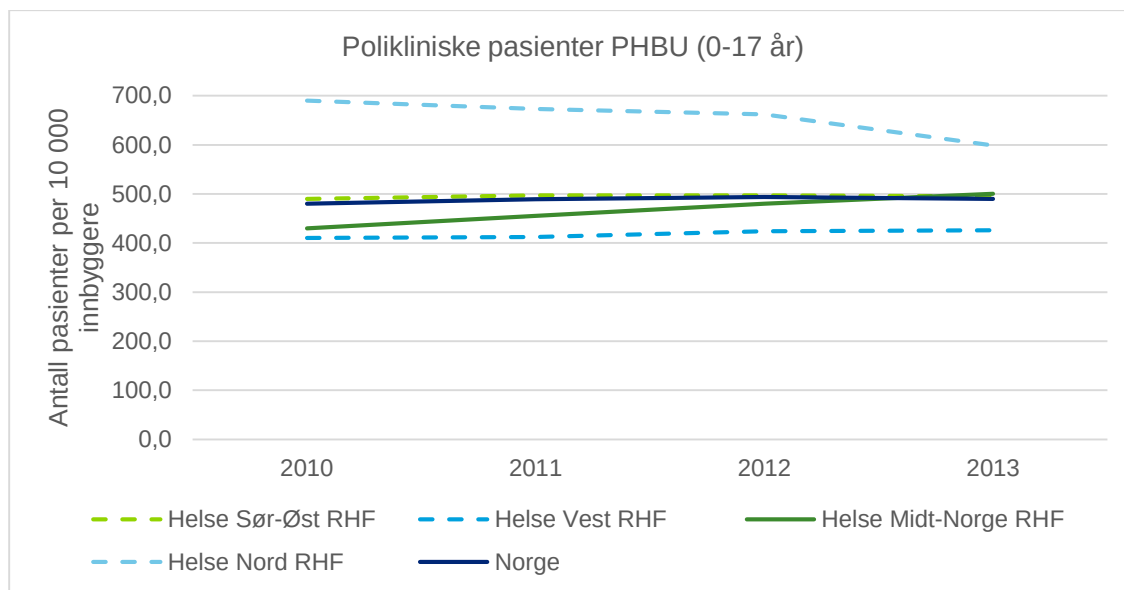


Figur 32: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR

7.1.2 Polikliniske pasienter

PHBU

I 2013 var det i Norge 490 polikliniske pasienter i PHBU per 10 000 innbygger. Totalt sett for Norge har denne raten vært omtrent uendret i perioden 2010-2013. Helse Midt-Norge RHF lå i 2010 noen under landsgjennomsnittet, men hadde i 2013 tatt dette igjen. Helse Nord RHF skiller seg ut med en rate omtrent 20 % høyere enn gjennomsnittet i Norge i 2013. Legg merke til at tallene for PHBU kun inkluderer offentlig psykisk helsevern.



Figur 33: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR

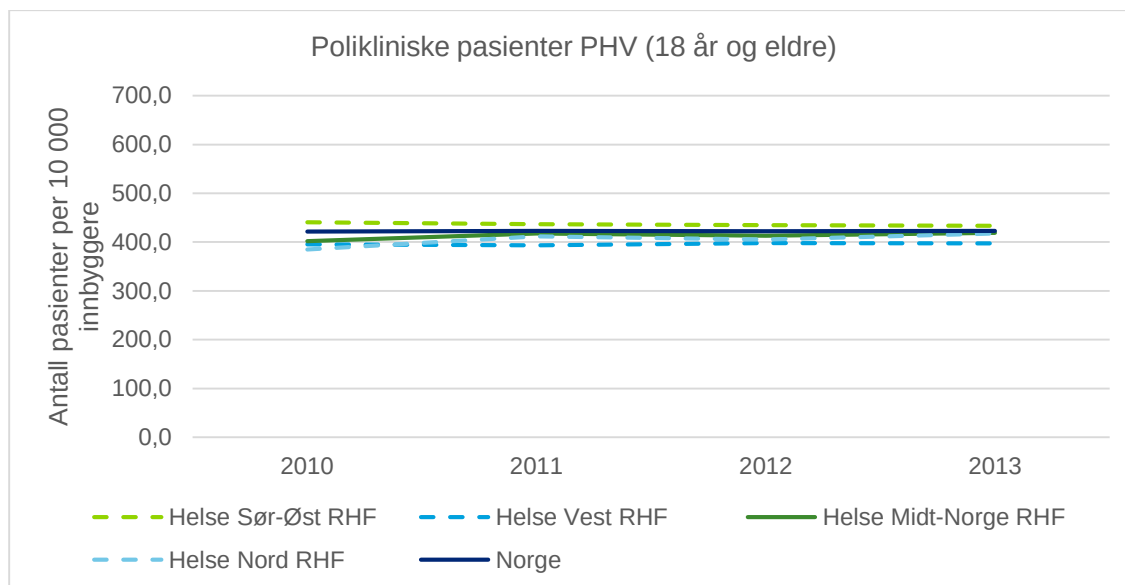
Innad i HMN har HNT i perioden 2010-2013 hatt en noen flere polikliniske pasienter per 10 000 innbygger enn HMR og STO. I 2013 var antallet 549 for HNT, 489 for HMR og 486 for STO.

Tabell 8: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR

	2010	2011	2012	2013
Møre og Romsdal	415	438	463	489
St. Olavs-området	440	460	481	486
Nord-Trøndelag	452	482	512	549

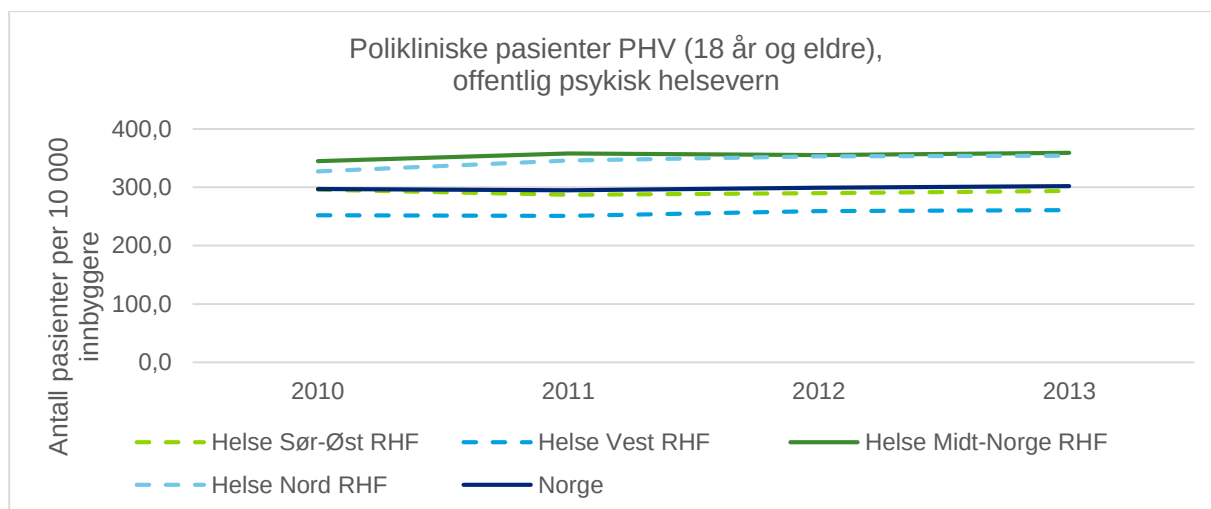
PHV

Antall polikliniske pasienter per 10 000 innbygger har i perioden 2010-2013 vært omtrent uendret i alle de regionale helseforetakene. I tillegg er forbruksraten omtrent lik for alle regionene når man inkluderer både privat og offentlig. Totalt i Norge var det i 2013 i gjennomsnitt 423 polikliniske pasienter i PHV per 10 000 innbyggere. Selv om tjenesteforbruket har vært stabilt, er det en stor reell aktivitetsøkning innenfor poliklinisk behandling.

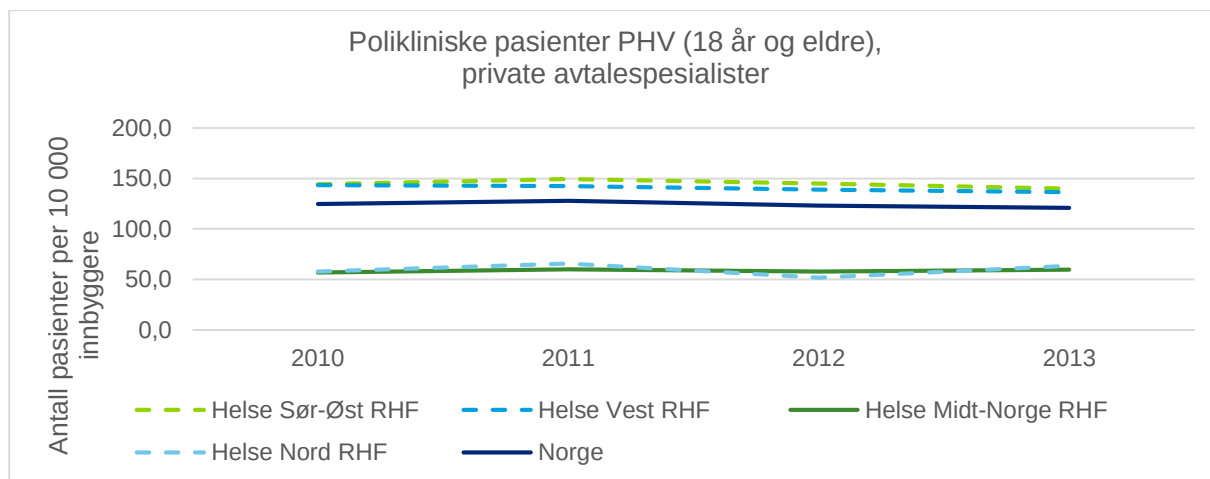


Figur 34: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre totalt i det offentlige psykiske helsevernet og hos avtalespesialister for voksne; Kilde: NPR

I Helse Midt-Norge RHF er bruken av avtalespesialister en del lavere enn for landet for øvrig. Den noe lavere bruken av avtalespesialister henger sammen med tilgangen på spesialister og Helse Midt-Norge RHF sine prioriteringer. Som man kan se av grafene under, var antall polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere i HMN blant de høyeste i landet i det offentlige helsevernet, men blant de laveste hos private avtalespesialister.



Figur 35: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR



Figur 36: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre hos avtalespesialister for voksne; Kilde: NPR

Innad i Helse Midt-Norge, lå Nord-Trøndelag noe over de to andre helseforetaksområdene med 433 polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere i 2013. I St. Olavs-området og Møre og Romsdal var tjenesteforbruket omtrent likt, men i Møre og Romsdal var det en noe høyere bruk av private avtalespesialister enn det er i St. Olavs-området.

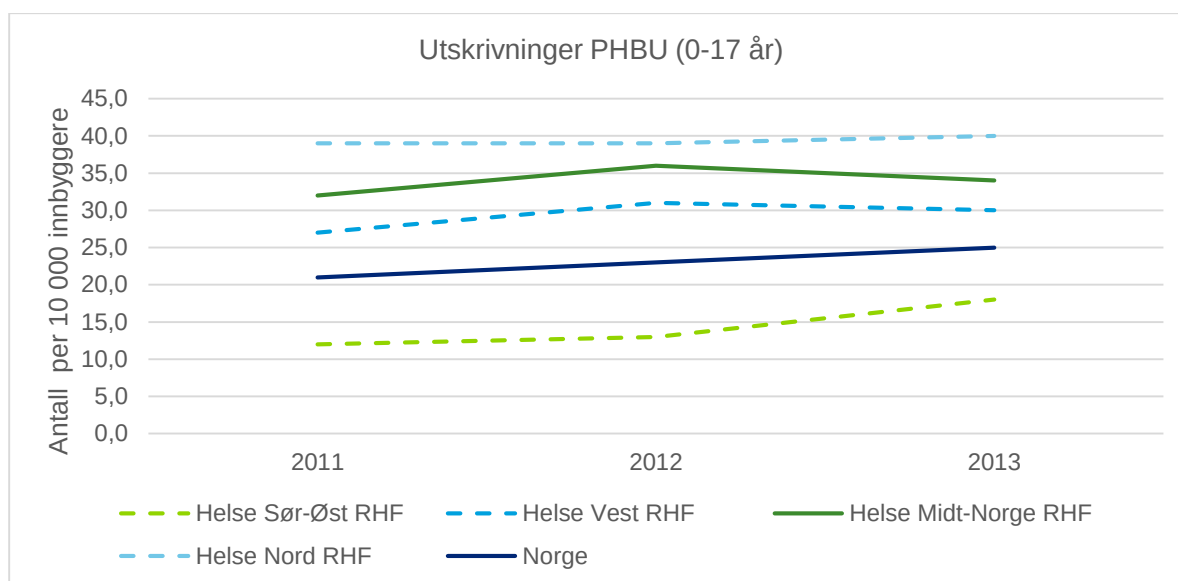
Tabell 9: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR

	2010			2011			2012			2013		
	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt
Møre og Romsdal	335	68	403	350	72	422	347	67	414	350	68	418
St. Olavs-området	344	52	396	364	55	419	358	52	410	360	52	413
Nord-Trøndelag	365	51	416	359	49	408	366	57	423	374	60	433

7.1.3 Utskrivninger

PHBU

Variasjonen mellom regionene var i perioden 2011-2013 stor i antall utskrivninger i PHBU per 10 000 innbygger. De siste årene har vært flest utskrivninger per 10 000 innbygger i Helse Nord. Helse Sør-Øst har hatt færrest for begge gruppene. Helse Midt-Norge RHF lå i 2013 med 34 utskrivninger per 10 000 innbygger i 2013 over landsgjennomsnittet, som var på 25.



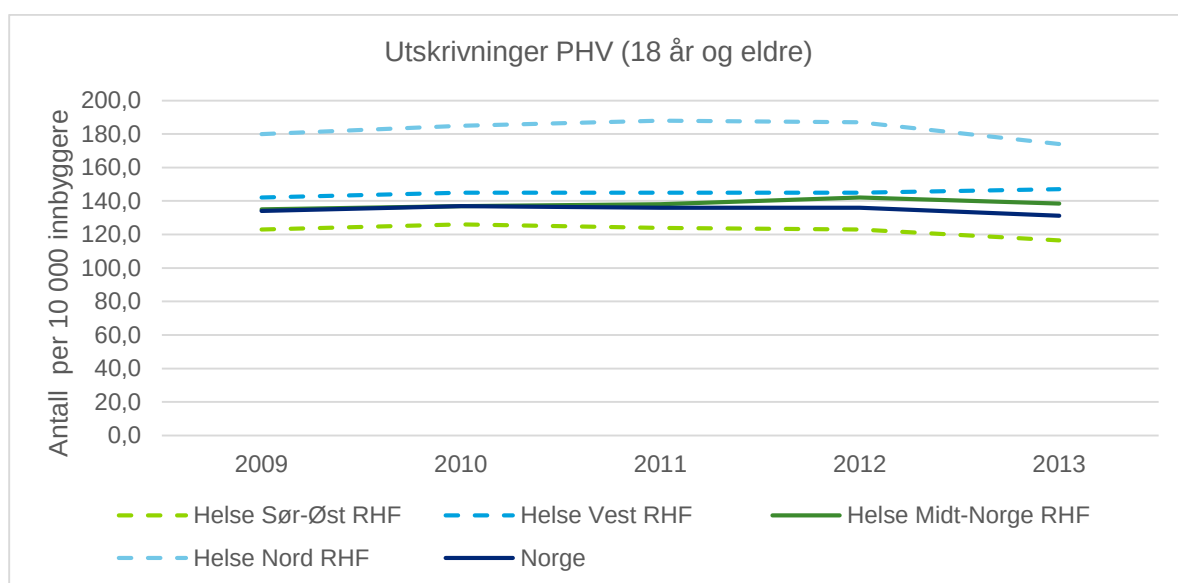
Figur 37: Utskrivninger i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR

Tabell 10: Utskrivninger i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR

	2 011	2 012	2 013
Møre og Romsdal	32	31	32
St. Olavs-området	30	38	31
Nord-Trøndelag	39	40	46

PHV

Antall utskrivinger i PHV per 10 000 innbygger har i Norge vært omtrent uendret i perioden 2009-2013. Dette gjelder også per regionalhelseforetak. I 2013 var det 131 utskrivinger per 10 000 innbygger i Norge, HMN lå noe over med 138. Helse Nord har i hele perioden hatt flest utskrivinger per 10 000 innbyggere (174 i 2013), mens Helse Sør-Øst har hatt færrest (117 i 2013).



Figur 38: Utskrivninger i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR

Innad i Helse Midt-Norge er det noe variasjon i antall utskrivinger per 10 000 innbyggere mellom helseforetakene. Raten er lavest i Nord-Trøndelag (107 i 2013). St. Olavs-området og Møre og Romsdal ligger omtrent likt (hhv. 147 og 144 i 2013).

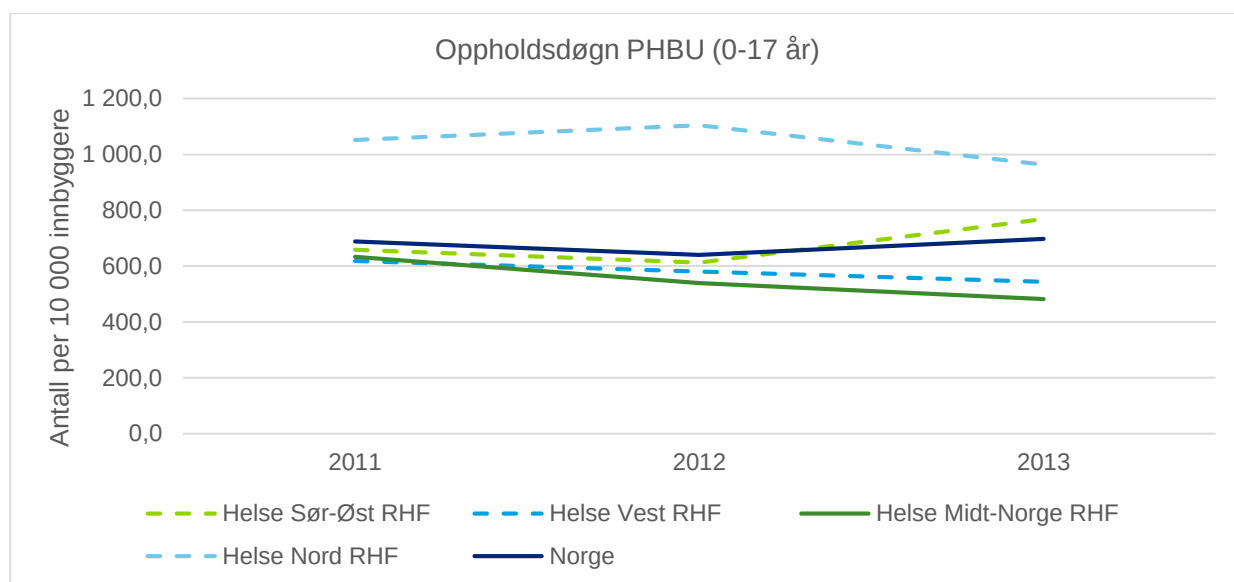
Tabell 11: Utskrivninger i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR

	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Møre og Romsdal	143	141	140	144	144
St. Olavs-området	134	147	150	159	147
Nord-Trøndelag	123	105	110	101	107

7.1.4 Oppholdsdøgn

PHBU

I 2013 var det i gjennomsnitt 697 oppholdsdøgn per 10 000 innbygger i PHBU. Denne raten har i perioden 2011-2013 vært nokså stabil. Helse Midt-Norge RHF hadde 2013 den laveste andelen blant regionalhelseforetakene for både barn og unge (482).



Figur 39: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR

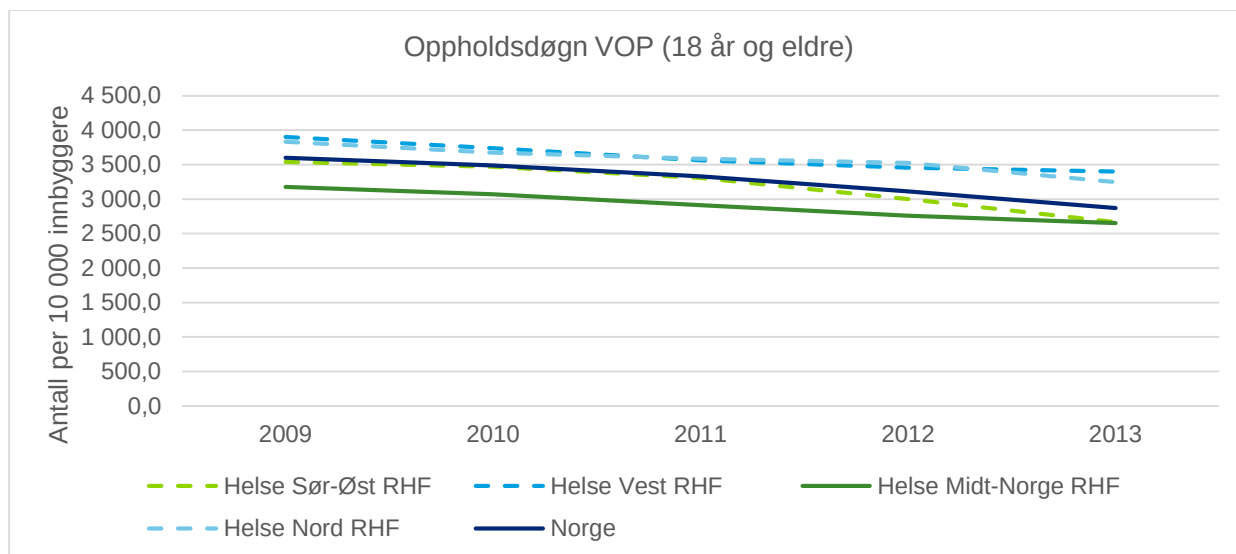
St. Olavs-området har i perioden 2011-2013 redusert antall oppholdsdøgn i PHBU per 10 000 innbygger mye (fra 830 til 531). De andre HF-områdene har ligget stabilt. I 2013 hadde Møre og Romsdal en del lavere andel enn de to andre områdene.

Tabell 12: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR

	2 011	2 012	2 013
Møre og Romsdal	378	344	323
St. Olavs-området	830	681	531
Nord-Trøndelag	691	606	676

PHV

I 2013 var det i snitt 2870 oppholdsdøgn i PHV per 10 000 innbygger. I perioden 2009-2013 har det vært en avtakende trend i alle regionene. Dette er i tråd med tidligere beskrevet trend om vridning fra døgn- til poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern. Helse Midt-Norge RHF hadde 2013 den laveste andelen blant regionalhelseforetakene i 2013 (2652).



Figur 40: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR

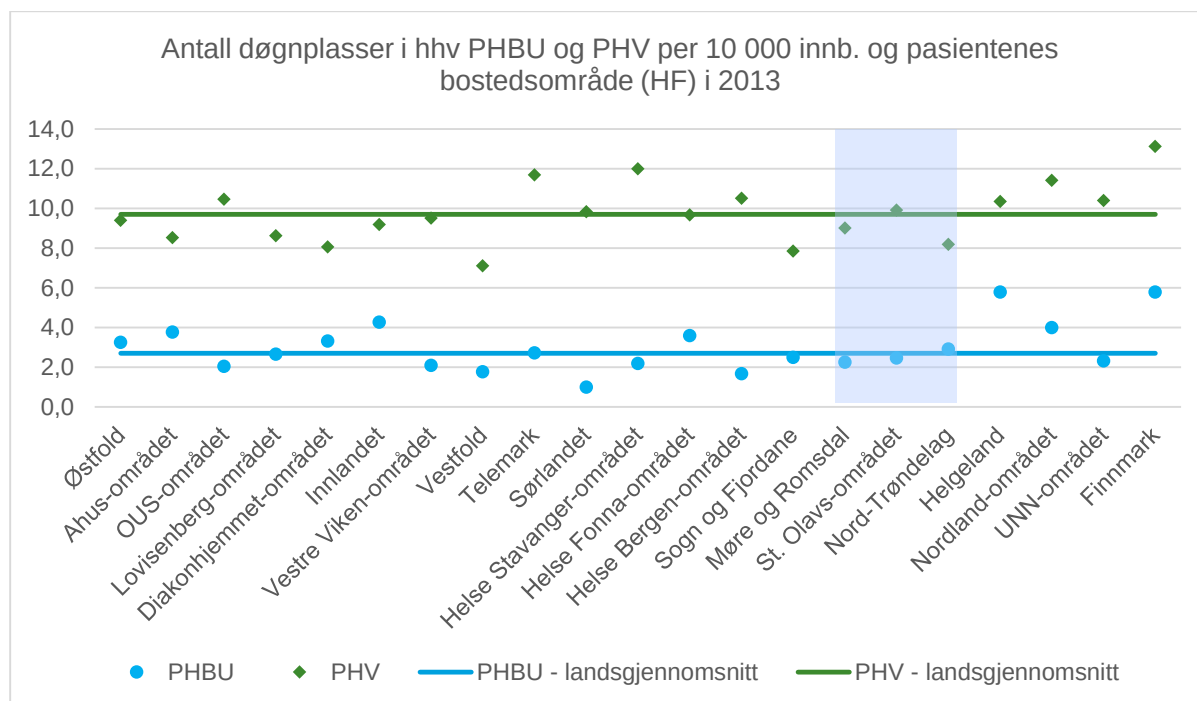
Blant områdene i Midt-Norge, har Nord-Trøndelag lavest antall oppholdsdøgn per 10 000 innbygger i PHV. I alle helseforetakene har raten avtatt i perioden 2009-2013.

Tabell 13: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR

	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Møre og Romsdal	3 149	3 119	2 985	2 946	2 716
St. Olavs-området	3 539	3 514	3 244	3 045	2 903
Nord-Trøndelag	2 433	1 979	2 037	1 749	1 957

8 Kapasitet

På landsbasis var det i 2013 2,7 døgnplasser 10 000 innbyggere i PHBU, mens det i PHV var 8,1 døgnplasser per 10 000 innbyggere.



Figur 41: Antall døgnplasser per 10 000 innb. i det psykiske helsevernet per pasientenes bostedsområde, 2013; Kilde: Helsedirektoratet/SAMDATA

Det er en regional og nasjonal trend, samt bevisst politikk at antall døgnplasser reduseres. Fra 2012 til 2013 har antall døgnplasser i Norge blitt redusert med 4,1 plasser per 10 000 innb. for PHV, mens antallet for PHBU har vært konstant. STO har hatt den største reduksjon av antall døgnplasser for PHV (-6,6 plasser per 10 000 innb.), etterfulgt av HMR (-4,6 plasser per 10 000 innb.). I HNT har det kun vært en reduksjon på 0,9 plasser per 10 000 innb. fra 2012-2013.

Innenfor PHBU i HMN har HNT HF hatt den høyeste dekning med døgnplasser per 10 000 innbyggere (2,9 plasser/10 000 innb.). Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere er i HNT også høyere enn landsgjennomsnittet, mens antallet i de andre helseforetaksområdene er noe lavere. HMR HF har hatt det laveste antall døgnplasser per 10 000 innbyggere i PHBU, og lå i 2013 på 83 % av landsgjennomsnittet.

For PHV har STO HF i 2013 hatt flest antall døgnplasser per 10 000 innbyggere. Antallet ligger noe over landsgjennomsnittet og er på tilsvarende nivå som de andre universitetssykehusområdene. HNT og HMR hadde i 2013 et lavere antall døgnplasser i PHV per 10 000 innbyggere enn landsgjennomsnittet. Antallet er lavest i HNT HF og tilsvarer 85 % av landsgjennomsnittet.

Når man ser på psykologdekning per 10 000 innbyggere i 2012, hadde Helse Midt-Norge RHF en noe lavere dekningsgrad for psykologer enn landsgjennomsnittet når man inkludere både offentlig praksis og private avtalespesialister.

Tabellen nedenfor viser antall psykologer per 10 000 innbyggere ansatt i det offentlige helsevesen og private avtalespesialister per regionalt helseforetak.

Tabell 14: Antall psykologer i offentlig praksis og private avtalespesialister, 2012 og 2013; Kilde: SAMDATA

Helseforetak	Offentlig praksis			Avtalespesialister			Samlet		
	2012	2013	Pst av landsgj. snittet 2013	2012	2013	Pst av landsgj. snittet 2013	2012	2013	Pst av landsgj. snittet 2013
Helse Sør-Øst	1 267	1 323		289	290		1 556	1 613	
Helse Vest	496	520		92	93		587	613	
Helse Midt-Norge	320	340		30	32		350	372	
Helse Nord	243	286		16	18		258	304	
TOTALT	2 325	2 470		426	433		2 751	2 903	
Rate per 10 000 innbyggere									
Helse Sør-Øst	4,5	4,6	96	1,0	1,0	120	5,5	5,7	99
Helse Vest	4,7	4,8	100	0,9	0,9	102	5,5	5,7	100
Helse Midt-Norge	4,6	4,8	100	0,4	0,5	54	5,0	5,3	93
Helse Nord	5,1	6,0	124	0,3	0,4	45	5,4	6,4	112
TOTALT	4,6	4,8	100	0,8	0,8	100	5,4	5,7	100

Sammenlignet med de andre regionalhelseforetakene, hadde HMN, i 2013, samlet sett noe færre årsverk per 10 000 innbygger innenfor PHBU. Innenfor PHV ligger HMN noe høyere enn de største regionene (Helse Sør-Øst og Helse Vest).

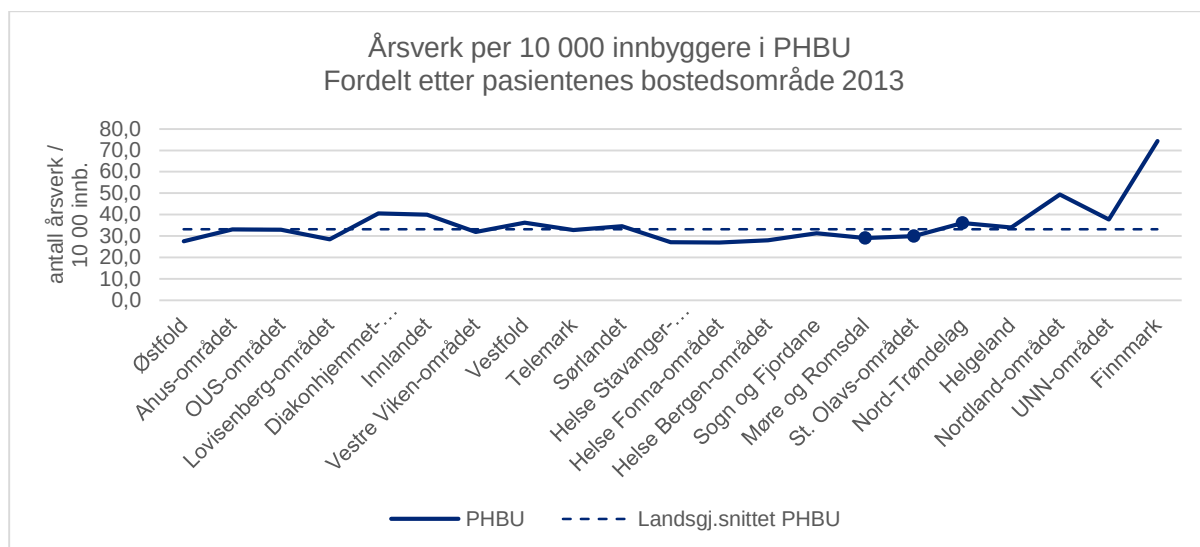
Tabell 15: Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet for barn og unge 2013; Kilde: SAMDATA

Rater per 10 000 innb. 0-17 år	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Leger	3,1	3,8	4,1	4,0
Psykologer	8,1	8,1	6,9	10,4
Syke- og vernepleiere	4,8	4,8	4,5	8,0
Barnevernspedagoger	2,8	1,8	2,5	4,3
Sosionomer	3,0	2,3	2,3	4,6
Annet pers. med høyskoleutd.	2,3	1,4	2,9	3,7
Annet helsepersonell	1,3	1,3	1,1	1,2
Annet personell	8,2	4,6	6,9	10,1
TOTALT	33,6	28,0	31,0	46,1

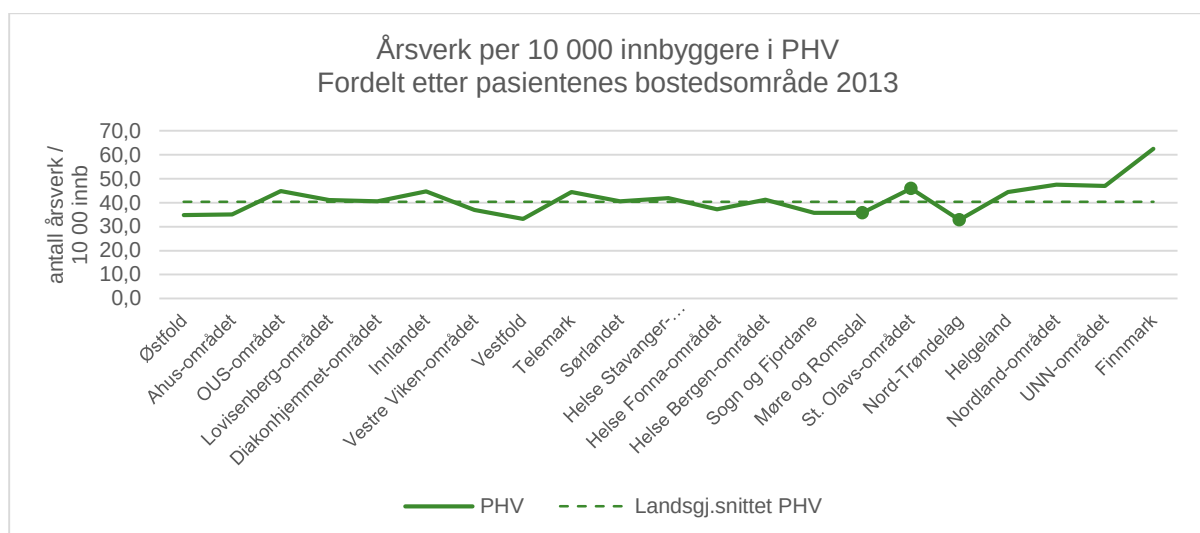
Tabell 16: Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetak 2013; Kilde: SAMDATA

Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Leger	3,6	3,2	3,8	3,9
Psykologer	3,7	3,9	4,3	4,8
Syke- og vernepleiere	15,1	17,5	16,2	16,6
Barnevernspedagoger	0,2	0,2	0,2	1,0
Sosionomer	1,2	1,4	1,3	2,5
Annet pers. med høyskoleutd.	1,8	1,5	2,2	2,5
Annet helsepersonell	4,9	4,9	4,9	5,5
Annet personell	8,6	7,2	7,2	11,2
TOTALT	39,3	39,8	40,2	48,2

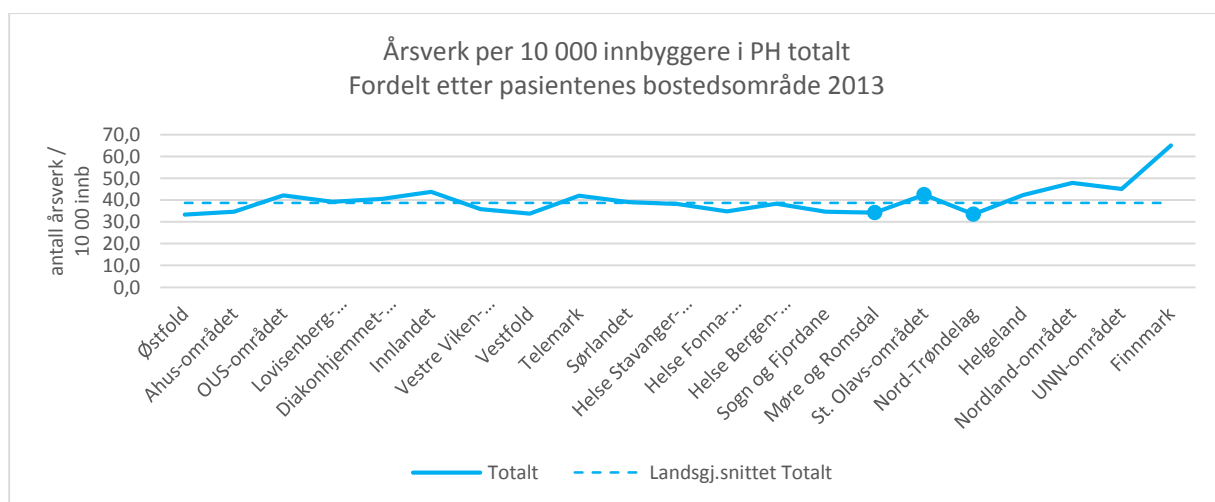
Figurene nedenfor viser dekningsgrad (antall årsverk per 10 000 innbyggere) etter HF-område for hhv. PHBU, PHV og totalt i 2013. Samlet sett (for PHBU og PHV) ligger HNT og HMR noe under landsgjennomsnittet, men STO ligger omtrent på.



Figur 42: Årsverk per 10 000 innbyggere i PHBU, fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013; Kilde: SAMDATA



Figur 43: Årsverk per 10 000 innbyggere i PHV, fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013; Kilde: SAMDATA



Figur 44: Årsverk per 10 000 innbyggere i PH totalt, fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013; Kilde: SAMDATA

9 Kvalitetsindikatorer

Oppdaterte nasjonale kvalitetsindikatorer ble publisert av Helsedirektoratet på Helsenorge.no 7. mai 2015. Disse oppdaterte tallene inneholdt resultater for hele 2014. Presentasjon av tall for ventetid og fristbrudd er presentert i eget kapittel i denne rapporten.

Andre indikatorer som sier noe om kvaliteten er pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Fra 2014 startet pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» som mellom annet har som innsatsområde forebygging av selvmord og forebygging av overdosedødsfall. Det arbeides systematisk med å redusere risikoen for slike uønskede hendelser. Fra 1/1-12 ble spesialisthelsetjenesten pålagt å varsle Statens helsetilsyn om uventede hendelser i behandling av pasientene. I 2014 fikk Statens helsetilsyn 414 varsel. 48 % kom fra psykisk helsevern. Dette førte til 20 stedlige tilsyn hvorav to i psykisk helsevern. Dette kan tyde på en god varslingskultur og samtidig et uttrykk for at selv om helsehjelpen er god skjer uønskede hendelser.

En studie av flere Bruker-spør-bruker undersøkelser har oppsummert brukernes ønsker i til sammen 10 kjennetegn. De to viktigste er respekt og dyktige fagpersoner. En landsdekkende undersøkelse om pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern (Kunnskapssenteret 2014) viser at det er stort forbedringspotensial på flere områder; samarbeid med pårørende, forberedelse på tiden etter utskriving, medvirkning, informasjon, forståelse og mestring av psykiske plager og tro på et bedre liv etter utskriving. I tillegg viser undersøkelsen at det er forbedringsmuligheter når det gjelder hjelp fra kommunen og i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

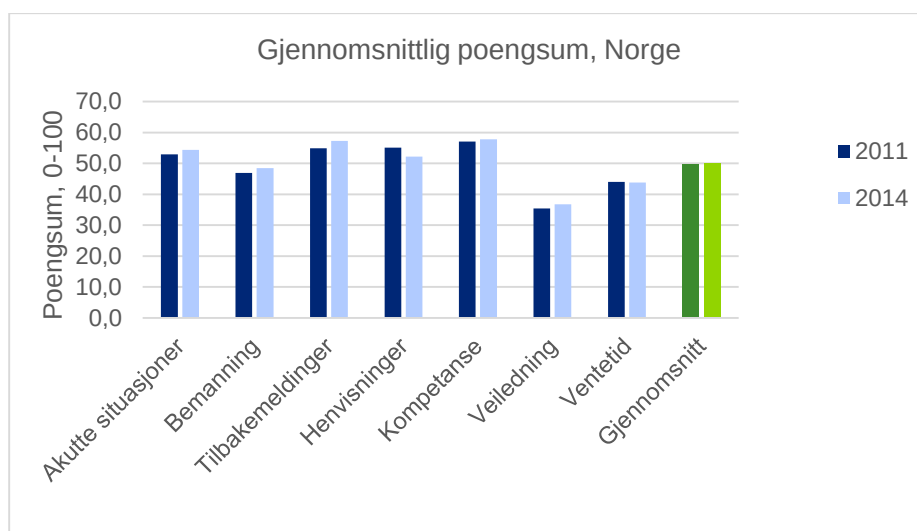
Resten av dette kapittelet oppsummerer resultat på kvalitetsindikatorer publisert av Helsedirektoratet.

9.1 Psykisk helsevern for voksne

9.1.1 Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre

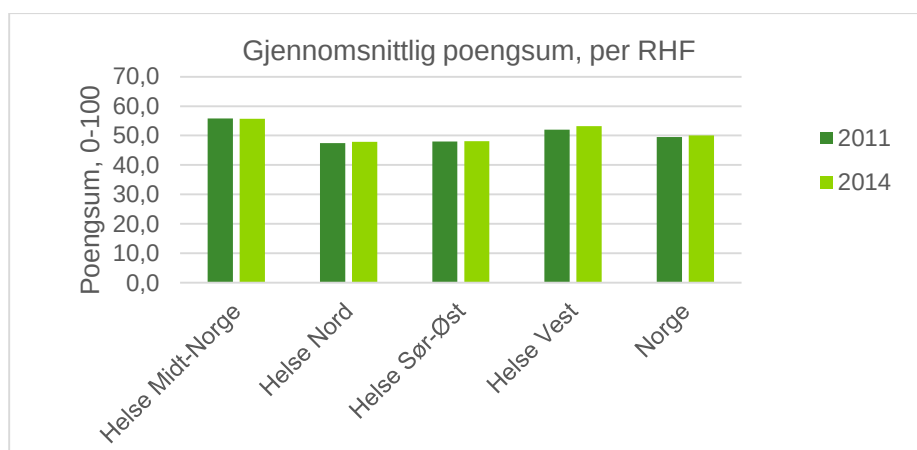
Fastlegene har vurdert distriktpsykiatriske sentre i en nasjonal spørreundersøkelse. Spørsmålene er sammenfattet i sju indekser; Akutte situasjoner, Bemanning, Tilbakemeldinger (Epikrise), Henvisninger, Kompetanse, Veiledning og Ventetid. Indeksresultatene fra spørreundersøkelsen er av Helsedirektoratet regnet om til poeng på en skala fra 0 til 100, der 100 er best.

Den gjennomsnittlige poengsummen samlet for landet varierer mellom 36,8 (Veiledning) og 57,8 (Kompetanse). Et samlet gjennomsnitt av de syv poengsummene gir 50,1. I fem av syv indekser har det vært en økning fra 2011 til 2014. Indeksen Henvisninger skiller seg ut som en indeks der poengsummen har gått ned fra 2011 til 2014 – fra 55,1 til 52,2.



Figur 45: Gjennomsnittlig poengsum, fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre, Norge samlet; Kilde: Helsedirektoratet / Gjennomsnitt er regnet ut av Deloitte

Forskjellen mellom 2011 og 2014 for hvert av RHF-ene er liten, mens forskjellen mellom de ulike RHF-ene varierer. Vurderingene gitt av fastlegene viser at Helse Midt-Norge, med 55,7 i 2014, har en høyere gjennomsnittspoengsum enn de andre RHF-ene. Helse Midt-Norge hadde i 2014 høyest poengsum på seks av syv indekser – Helse Vest hadde bedre poengsum på Ventetid.



Figur 46: Beregnet gjennomsnitt, fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre; Kilde: Helsedirektoratet / Gjennomsnitt er regnet ut av Deloitte

Selv om HMN scorer høyest i gjennomsnitt i Norge, er det fremdeles mye som gjenstår, da 55,7 poeng er godt unna 100. Innad i Helse Midt-Norge er det noen variasjoner innenfor hver indeks. På HF-nivå hadde Helse Nord-Trøndelag høyest gjennomsnittspoengsum (57,1) i 2014. På hver av de ulike indeksene varierer det hvilket HF i Helse Midt-Norge som har høyest score i tillegg til at det er store lokale forskjeller mellom avdelinger innenfor samme HF, men Helse Nord-Trøndelag har ligger høyest på fire av syv indekser. Alle HF-ene i Helse Midt-Norge følger den nasjonale trenden om at poengsummen for Henvisning og Ventetid har gått ned fra 2011 til 2014. På klinikknivå i Helse Midt-Norge var det Ålesund avd. psykiatri (65,1) som hadde høyest poengsum.

Tabell 17: Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre, 2011 og 2014; Kilde: Helsedirektoratet / Gjennomsnitt er regnet ut av Deloitte

		Akutte situasjoner		Bemanning		Tilbakemeldinger		Henvisninger	
		2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
HMR	Helse Møre og Romsdal HF	*56,45	55,1	*48,05	48,5	*58,7	58,8	*68,0	63,2
	Kristiansund sykehus, psykiatrisk avd.	58,8	57,8	41,8	50,8	56,8	57,3	68,1	63,5
	Molde, psykiatrisk avd.	67,1	58,5	50,0	45,2	53,5	49,0	62,7	56,9
	Volda sjukehus, psykiatrisk avdeling	50,7		43,9		64,2		73,5	
	Ålesund, avd. psykiatri	49,0		53,1	63,6	61,2	71,8	68,9	72,4
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF	51,8	54,8	57,8	60,4	57,7	63,0	63,2	62,5
	DPS Kolvareid				46,5				72,7
	DPS Stjørdal	56,7	52,5	63,4	63,7	66,9	65,3	69,7	61,8
	Levanger, Psykiatrisk klinikk	57,4		64,1	65,6	54,2	60,3	59,1	65,5
	Namsos, Psykiatrisk klinikk		37,5	46,5		54,4	47,9	62,7	
STO	St Olav HF		65,6		56,2		60,7		58,2
	St. Olavs Hospital	64,6		54,4		60,5		58,9	
	St. Olavs Hospital, DPS Nidaros	58,7	60,3	52,5	51,1	59,0	56,0	50,8	48,5
	St. Olavs Hospital, DPS Orkdal	61,4	63,8	49,2	52,6	61,9	58,9	67,3	62,9
	St. Olavs Hospital, DPS Tiller	73,4	73,1	60,0	64,2	61,3	67,6	61,6	67,2
		Kompetanse		Veiledning		Ventetid		Gjennomsnitt	
		2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
HMR	Helse Møre og Romsdal HF	*63,0	62,7	*45,7	42,7	*49,3	47,5	*55,7	54,1
	Kristiansund sykehus, psykiatrisk avd.	66,8	64,8	50,2	50,0	47,1	45,3	55,7	55,6
	Molde, psykiatrisk avd.	58,9	58,2	38,6	42,6	45,4	40,9	53,7	50,2
	Volda sjukehus, psykiatrisk avdeling	67,6		56,9		49,3		58,0	
	Ålesund, avd. psykiatri	60,8	68,8	41,0	48,7	54,5		55,5	65,1
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF	62,3	67,0	34,8	42,5	50,0	49,2	53,9	57,1
	DPS Kolvareid		70,8		43,8		59,4		58,6
	DPS Stjørdal	71,7	66,0	43,3	45,5	50,8	44,6	60,4	57,1
	Levanger, Psykiatrisk klinikk	59,4	71,4	27,7	39,1	48,3	57,3	52,9	59,9
	Namsos, Psykiatrisk klinikk	58,2		36,4	33,3	51,3		51,6	39,6
STO	St Olav HF		63,7		45,6		44,2		56,3
	St. Olavs Hospital	63,8		48,5		45,9		56,7	
	St. Olavs Hospital, DPS Nidaros	60,8	56,8	36,9	34,4	38,7	39,3	51,1	49,5
	St. Olavs Hospital, DPS Orkdal	59,7	68,8	59,8	58,9	58,2	54,5	59,6	60,1
	St. Olavs Hospital, DPS Tiller	69,9	69,0	52,6	51,1	44,8	44,0	60,5	62,3

*Poengsummene til HMR HF for 2011 er gjennomsnittet av poengsummene til Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF.

9.1.2 Tvangsinnleggelser

Om kvalitetsindikatoren Tvangsinnleggelser, skriver Helsedirektoratet følgende:

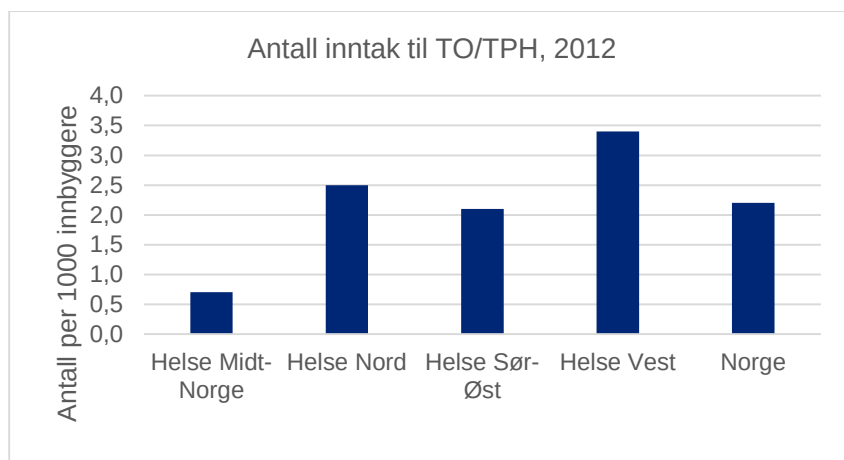
«Tvangsinnleggelser er et alvorlig inngrep i personlig frihet. Derfor er det viktig å følge med på bruk av tvang og begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig. I Norge er det et mål i helsepolitikken at tvangsbruken skal reduseres og kvalitetssikres.»

Norge har, sammenlignet med andre land, for hyppig bruk av tvang innen psykisk helsevern. Å oppnå økt frivillighet i utredning og behandling innen PH har vært et mål helt fra starten av opptrappingsplanen 1999 – 2006. Unødvendig tvangsbruk skader pasienter og pårørendes tillit til hjelpeapparatet.

Tallene for antall tvangsinnleggelser er sist oppdatert i 2012. Helsedirektoratet presiserer at tallene må tolkes med varsomhet, da det er noen mangler i registreringer – spesielt for OUS og i Helse Midt-Norge.

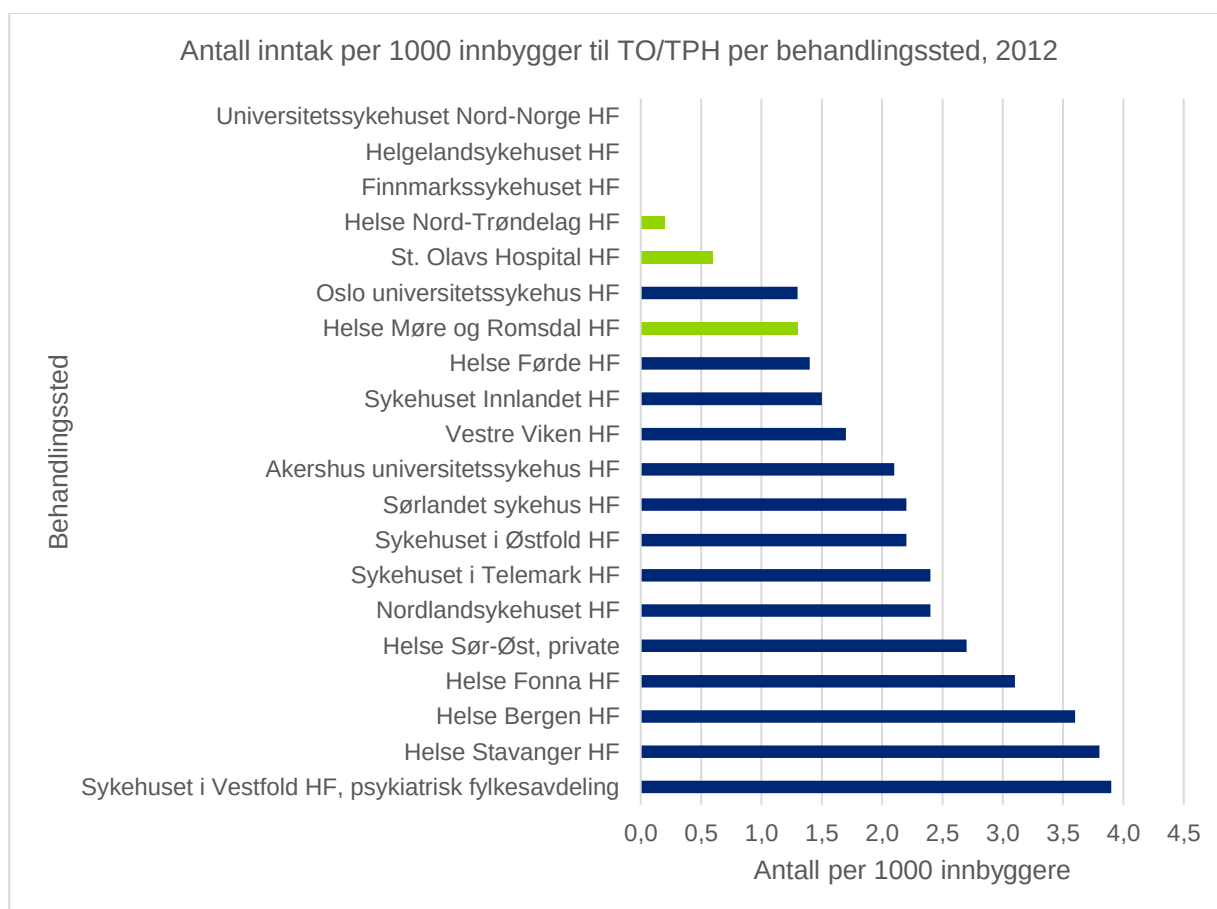
Ut fra de registrerte tallene, var det i gjennomsnitt 2,2 inntak til TO (tvungen observasjon) / TPH (tvungen psykisk helsevern) per 1000 innbygger i Norge i 2012. Helse Vest har høyest rate (3,4), mens Helse Midt-Norge har ut fra tallene lavest (0,7).

Rapporteringen på tvang, § 3.2 og §3.3. har blitt bedre fra 2014. RHF-et ser nå at HMN ikke skiller seg like mye fra resten av landet som det gjorde tidligere. Det er fremdeles for stor variasjon i bruken av tvang og det skal arbeides videre med å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern i HMN.



Figur 47: Antall inntak til TO (tvungen observasjon) / TPH (tvungen psykisk helsevern) per 1 000 innbyggere, 2012; Kilde: Helsedirektoratet

Ut fra tallene har helseforetakene Helse Nord-Trøndelag, St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal hatt hhv. 0,2, 0,6 og 1,3 TO/THP per 1 000 innbygger i 2012. De er dermed alle blant de helseforetakene i Norge som hadde færrest TO/TPH per 1 000 innbygger ifølge de registrerte tallene fra 2012.



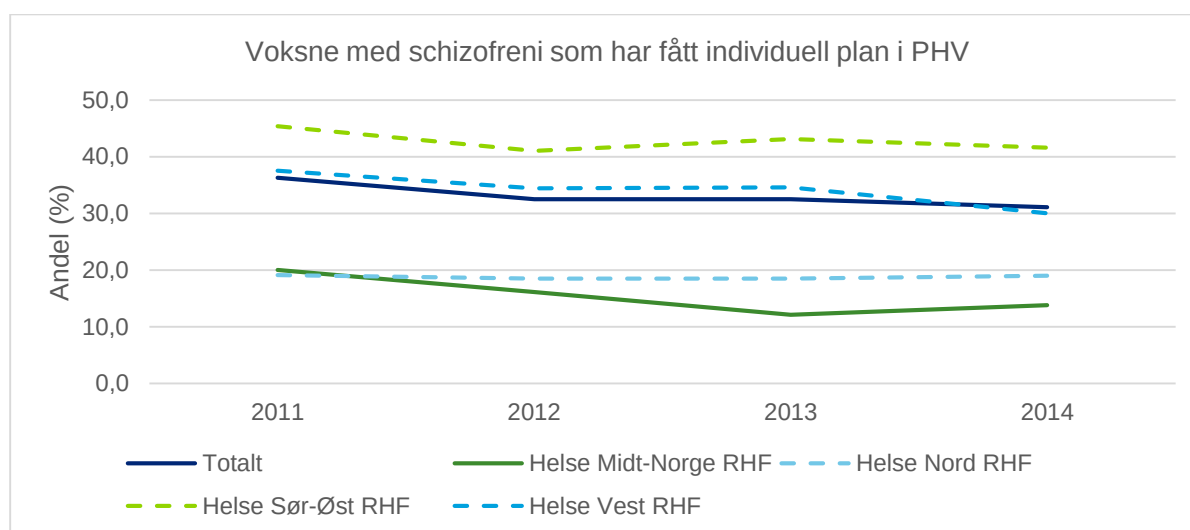
Figur 48: Antall inntak til TO/TPH per 1000 innbyggere per helseforetak (behandlingssted), 2012; Kilde: Helsedirektoratet

Tallene for hhv. TO og TPH skal tolkes forsiktig, siden Helsedirektoratet vurderer datakvaliteten som dårlig.

9.1.3 Individuell plan (IP) for de med diagnose schizofreni

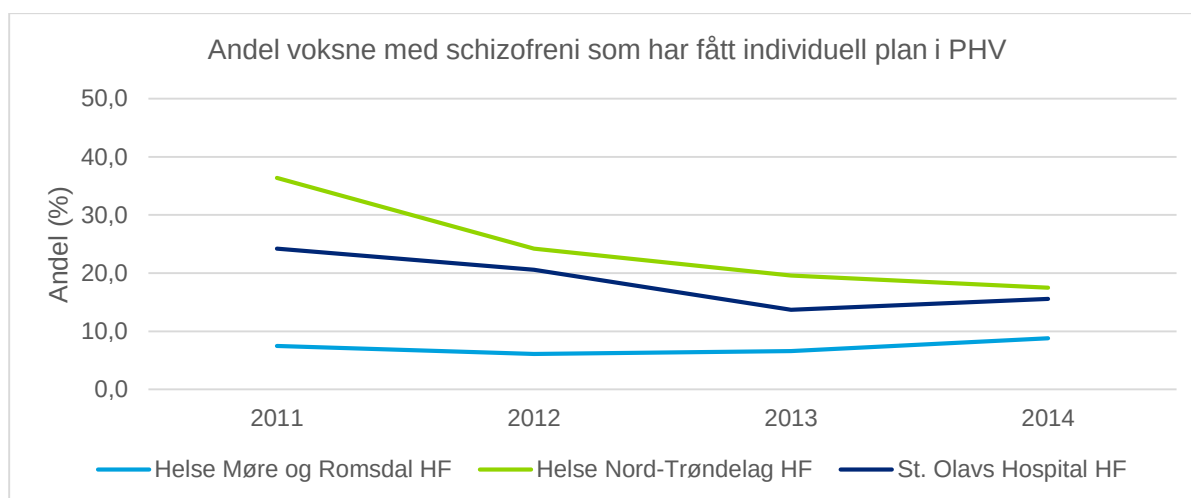
Denne kvalitetsindikatoren viser hvor stor andel av voksne pasienter med diagnosen schizofreni som har fått en individuell plan av det psykiske helsevernet. Individuell plan er et av de viktigste virkemidlene for å sikre at pasienter som trenger det, tilbys koordinerte og forutsigbare tjenester. Per i dag måles IP som kvalitetsindikator i Helsedirektoratet kun for schizofreni, men det hadde vært hensiktsmessig å se på IP for barn og unge, samt eldre.

I perioden 2011-2014 har andelen med diagnose schizofreni som har fått individuell plan i Norge gått noe ned (fra 36,3 % til 31,1 %). Andelsverdien varierer veldig mellom de regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst har i hele perioden hatt høyest andelsverdi og i 2014 var denne 41,6 %, mens Helse Midt-Norge har hatt lavest i omtrent hele perioden (20,0 % i 2011 og 13,8 % i 2014). Dette kan komme av at noen IP-er ikke blir registrert, som for eksempel hvis pasienten behandles av ACT eller at IP-en er utarbeidet i kommunene. I HNT har vi hatt en helt bevisst politikk på at det er kommunen som skal "eie" IP-en, og om den opprettes hos oss tar kommunen senere over - og da blir den ikke oppdatert i vårt system og rapporteres da sannsynligvis som ikke-eksisterende. Dette kan også være tilfelle i de andre HF. Dataene her blir dermed vanskelig til å stole på - men det er et høyst betimelig innspill ifht at IT-verktøyene er for dårlige!



Figur 49: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan i psykisk helsevern per RHF og totalt i Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Innad i Helse-Midt Norge hadde HMR den laveste andelen i 2014, med 8,8 %. Dette HF-et har ligget lavest i hele perioden fra 2011-2014, men har siden 2012 hatt en liten økning i andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan. HNT har høyest andel i 2014, med 17,5 %, men dette HF-et har hatt en avtagende trend fra 2011, da andelen var 36,4 %. I 2014 var andelsverdien for STO 15,6 %.



Figur 50: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan i psykisk helsevern per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

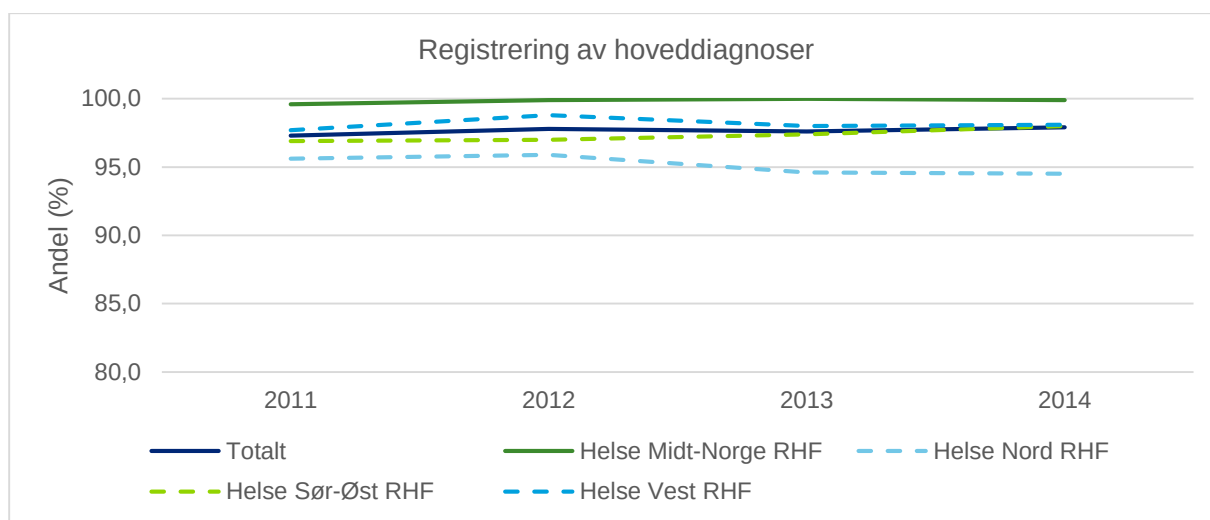
Av klinikkene i Helse Midt-Norge var det kun Namsos Psykiatrisk Klinikk og Brøset i 2014 som lå over gjennomsnittet i Norge i andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan. Tallene varierer veldig mellom klinikkene i Helse Midt-Norge, uavhengig av HF.

Tabell 18: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan i psykisk helsevern per klinikk i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund sykehus, psykiatrisk avd.	11,1	0,0	0,0	0,0
Helse Møre og Romsdal, Molde, psykiatrisk avd.	20,0	29,2	21,9	21,7
Helse Møre og Romsdal, Volda sjukehus, psykiatrisk avdeling	0,0	0,0	0,0	5,0
Helse Møre og Romsdal, Ålesund, avd. psykiatri	2,0	0,0	1,5	5,4
Helse Nord-Trøndelag, DPS Kolvereid	25,0	33,3	25,0	0,0
Helse Nord-Trøndelag, DPS Stjørdal	11,1	20,0	11,1	0,0
Helse Nord-Trøndelag, Levanger, Psykiatrisk klinikk	25,0	0,0	14,8	6,7
Helse Nord-Trøndelag, Namsos, Psykiatrisk klinikk	87,5	45,5	36,4	42,9
St. Olavs Hospital, DPS Nidaros	24,1	18,4	13,9	7,9
St. Olavs Hospital, DPS Orkdal	30,0	31,8	19,2	26,7
St. Olavs Hospital, DPS Tiller	14,7	10,8	10,3	10,9
St. Olavs Hospital, psykisk helsevern, avd. Brøset	62,5	42,9	50,0	50,0
St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern, Østmarka	22,4	21,1	10,7	16,5

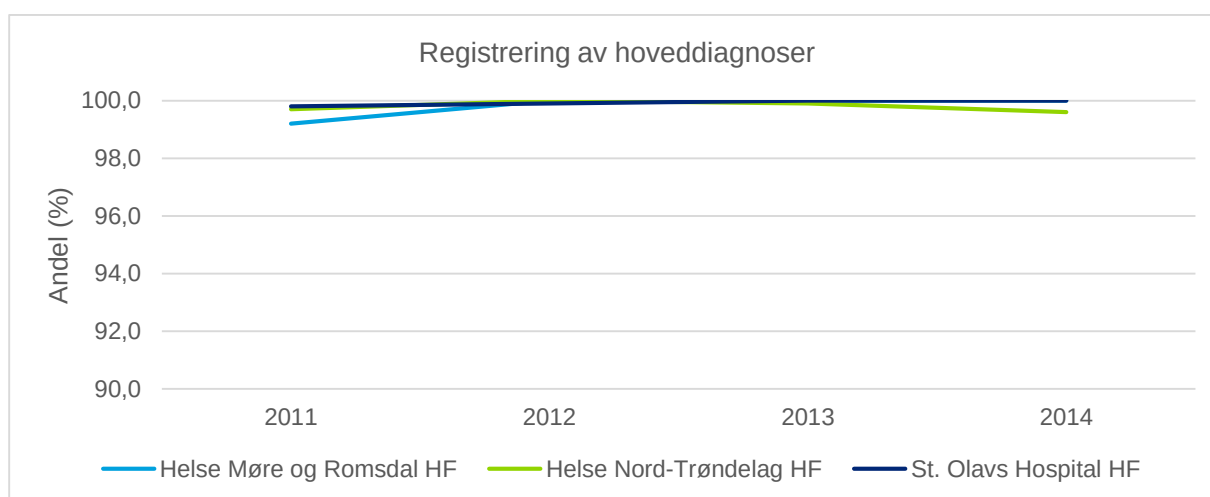
9.1.4 Registrering av hoveddiagnoser

Denne indikatoren viser i hvilken grad hoveddiagnose registreres i pasientens journal og rapporteres til Norsk Pasientregister. Totalt i Norge ble 97,9 % av henvisninger med avsluttet behandling rapportert med hoveddiagnose i 2014. Helse Midt-Norge hadde høyest andel registrerte hoveddiagnoser med 99,9 % i 2014. Alle regionene har ligget relativt stabilt gjennom de siste tre årene.



Figur 51: Andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per RHF og totalt i Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Alle HF-ene i Helse Midt-Norge ligger tett oppunder eller på 100 % i andel registrerte hoveddiagnoser i hele perioden 2011-2014. I 2014 hadde alle klinikkene i HMR og STO 100 % andel registrerte hoveddiagnoser. HNT lå så vidt under, med en total på 99,6 %.



Figur 52: Andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Tabellen nedenfor viser andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per klinikk i HMN.

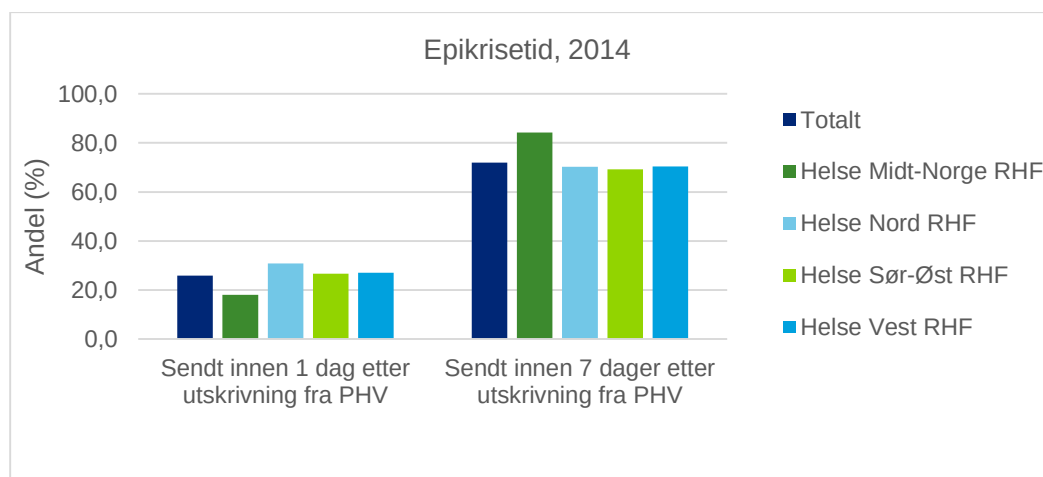
**Tabell 19: Andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per klinikk i Helse Midt-Norge;
Kilde: Helsedirektoratet**

	2011	2012	2013	2014
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund sykehus, psykiatrisk avd.	99,9	100,0	99,9	100,0
Helse Møre og Romsdal, Molde, psykiatrisk avd.	99,9	100,0	100,0	100,0
Helse Møre og Romsdal, Volda sjukehus, psykiatrisk avdeling	94,4	100,0	100,0	100,0
Helse Møre og Romsdal, Ålesund, avd. psykiatri	99,8	100,0	100,0	100,0
Helse Nord-Trøndelag, DPS Kolvereid	100,0	100,0	100,0	98,5
Helse Nord-Trøndelag, DPS Stjørdal	99,7	100,0	100,0	99,8
Helse Nord-Trøndelag, Levanger, Psykiatrisk klinikk	99,9	99,9	99,9	99,5
Helse Nord-Trøndelag, Namsos, Psykiatrisk klinikk	99,4	100,0	99,8	99,8
St. Olavs Hospital, DPS Nidaros	99,8	100,0	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, DPS Orkdal	99,9	99,9	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, DPS Tiller	100,0	100,0	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, Habiliteringstjenesten for voksne	100,0	100,0	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, psykisk helsevern, avd. Brøset	100,0	100,0	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern, Østmarka	99,8	99,8	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge	100,0	100,0	100,0	100,0

9.1.5 Epikrise

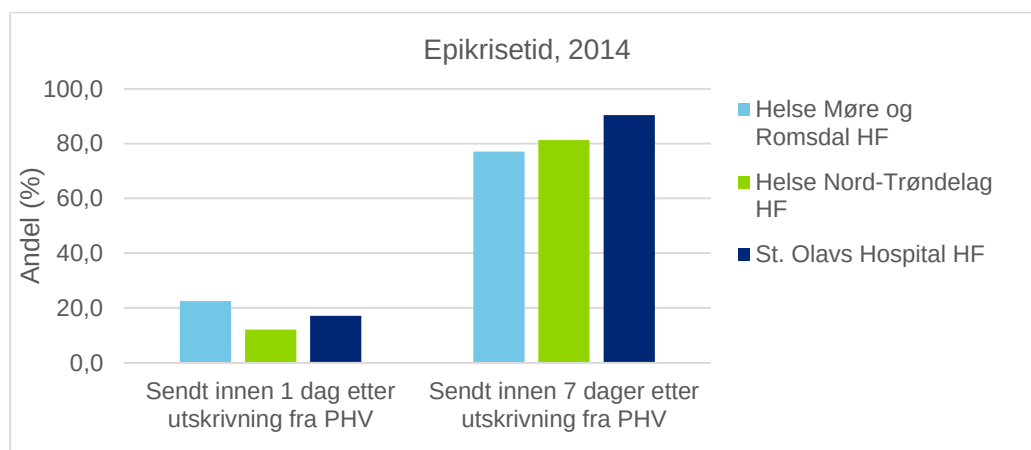
Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ett behandlingssted og øvrig helse- og omsorgstjeneste, og for pasienten kan utsendelse av epikrise være en viktig del av pasientsikkerheten knyttet til avsluttet og videre helsehjelp.

I 2014 hadde Helse Midt-Norge høyest andel epikriser sendt ut etter 7 dager, på 84,2 %. De andre regionale helseforetakene lå på ca. 70 %.



Figur 53: Andel epikriser sendt ut etter 1 og 7 dager per RHF og totalt i Norge i 2014; Kilde: Helsedirektoratet

Innad i Helse Midt-Norge hadde STO høyest andel epikriser sendt ut innen 7 dager, med 90,4 % i 2014. HMR hadde høyest andel epikriser sendt ut etter 1 dag (22, 5%), men har lavest andel i regionen for 7 dager (77,1 %).



Figur 54: Andel epikriser sendt ut etter 1 og 7 dager per HF i Helse Midt-Norge i 2014; Kilde: Helsedirektoratet

På klinikknivå i Helse Midt-Norge er det litt variasjon, men det er kun tre klinikker (en i hvert HF) som ligger under gjennomsnittet i Norge på 77,1 % i andel sendt ut etter 7 dager. Når det gjelder andel som er sendt etter 1 dag, ligger kun fire klinikker over gjennomsnittet i Norge på 25,9 %.

Tabell 20: Andel epikriser sendt ut etter 1 og 7 dager per klinikk i Helse Midt-Norge i 2014; Kilde: Helsedirektoratet

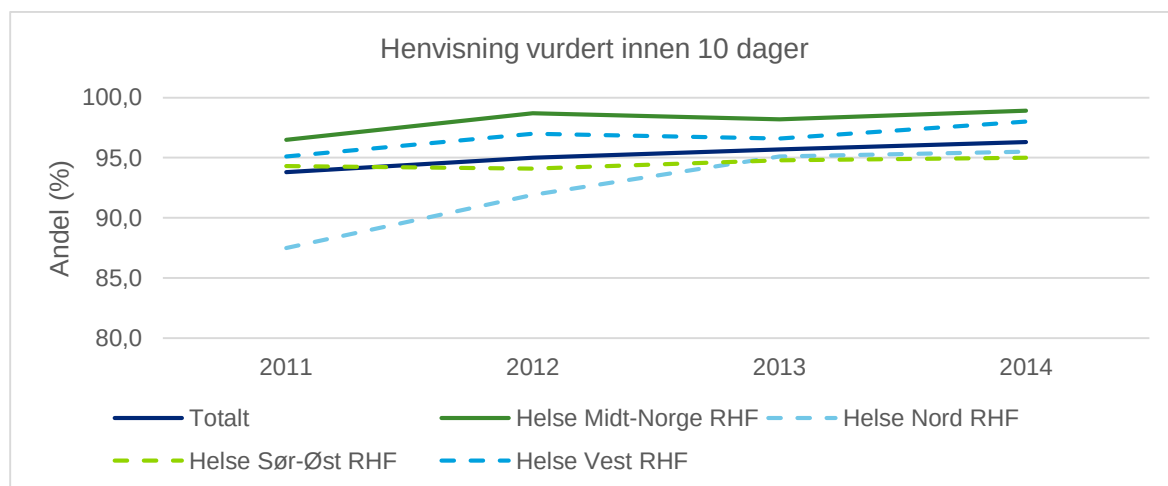
	Sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV	Sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund sykehus, psykiatrisk avd.	36,1	78,6
Helse Møre og Romsdal, Molde, psykiatrisk avd.	21,8	80,0
Helse Møre og Romsdal, Volda sjukehus, psykiatrisk avdeling	15,7	67,0
Helse Møre og Romsdal, Ålesund, avd. psykiatri	21,1	76,6
Helse Nord-Trøndelag, DPS Kolvereid	20,2	70,2
Helse Nord-Trøndelag, DPS Stjørdal	16,8	84,5
Helse Nord-Trøndelag, Levanger, Psykiatrisk klinikk	10,6	80,7
Helse Nord-Trøndelag, Namsos, Psykiatrisk klinikk	9,7	83,5
St. Olavs Hospital, DPS Nidaros	25,3	88,6
St. Olavs Hospital, DPS Orkdal	8,9	90,1
St. Olavs Hospital, DPS Tiller	35,0	93,4
St. Olavs Hospital, psykisk helsevern, avd. Brøset	8,8	82,4
St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern, Østmarka	11,0	90,3
St. Olavs Hospital, Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge	40,0	40,0

9.2 Psykisk helsevern for barn og unge

9.2.1 Henvisning vurdert innen ti dager

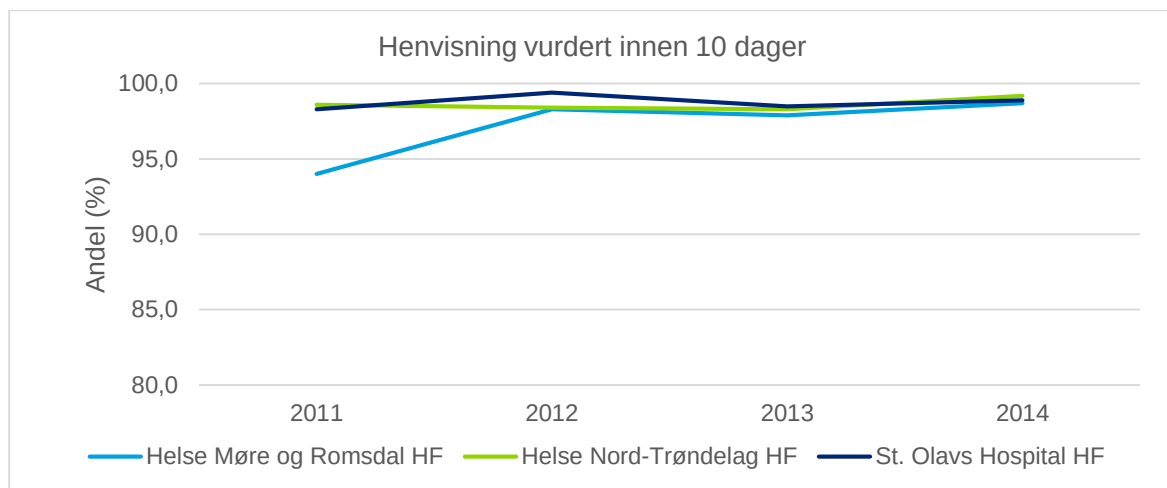
Barne- og ungdomsgarantien er en pasientrettighet og sier blant annet at alle barn og unge skal få sin henvisning i psykisk helsevern vurdert innen 10 dager.

På landsbasis har andelen henvisninger til vurdering innen 10 dager økt noe i perioden 2011-2014, fra 93,8 % til 96,3 %. Gjennom hele perioden er Helse Midt-Norge den regionen som har høyest andel vurdert innen 10 dager, og i 2014 var denne på 98,9 %. Andelen i Helse Midt-Norge har også økt noe i perioden, fra 96,5 % i 2011.



Figur 55: Andel henvisninger vurdert innen 10 dager per RHF og totalt i Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Innad i Helse Midt-Norge har andelen henvisninger vurdert innen 10 dager vært høy og jevn de siste årene. I 2014 var andelen i hhv HMR, HNT og STO på 98,7 %, 99,2 % og 98,9 %.



Figur 56: Andel henvisninger vurdert innen 10 dager per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Blant klinikkene i regionen er det lite variasjon i andel henvisninger innen 10 dager. Alle har en høy andel (over 98 %) og tre av klinikkene har til og med en andel på 100 %.

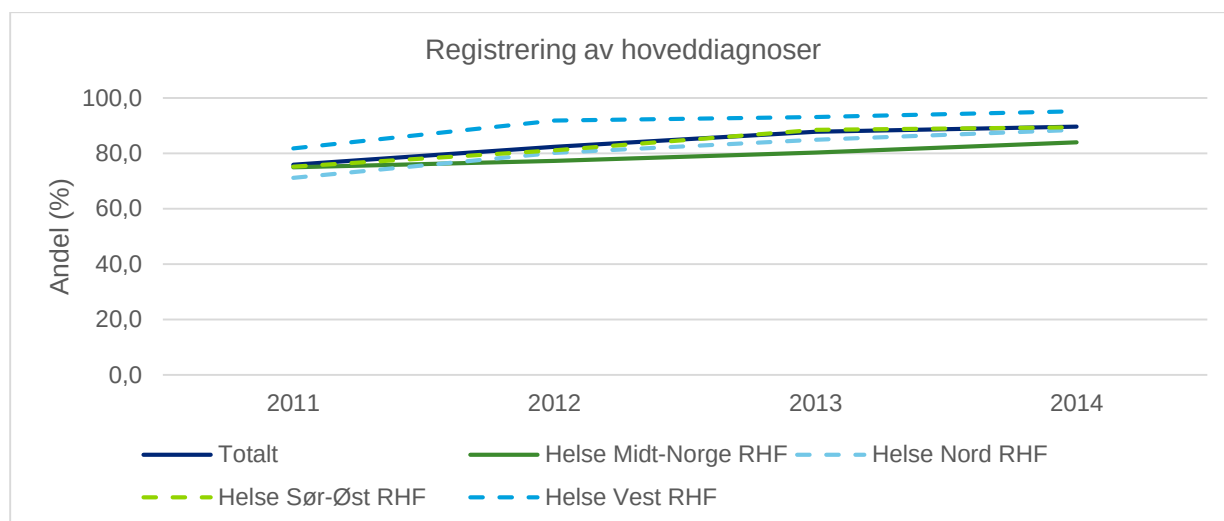
Tabell 21: Andel henvisninger vurdert innen 10 dager per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
Helse Møre og Romsdal, BUP Kristiansund	85,0	98,8	96,7	99,6
Helse Møre og Romsdal, BUP Molde	92,9	98,7	96,8	98,4
Helse Møre og Romsdal, BUP Volda	99,0	97,5	99,0	98,3
Helse Møre og Romsdal, BUP Ålesund	99,7	98,6	99,1	98,9
Helse Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus	100,0	81,8		
Helse Møre og Romsdal, Ålesund, ungdomspsyk. avd.	92,3	95,8		
Helse Nord-Trøndelag, BUP Levanger	98,6	99,1	98,6	98,9
Helse Nord-Trøndelag, BUP Namsos	98,6	96,3	97,6	100,0
St. Olavs Hospital, BUP klinikk	97,9	99,3	98,0	98,7
St. Olavs Hospital, BUP klinikk Fosen	97,7	100,0	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, BUP klinikk Orkdal	100,0	99,5	100,0	100,0

9.2.2 Registrering av diagnose

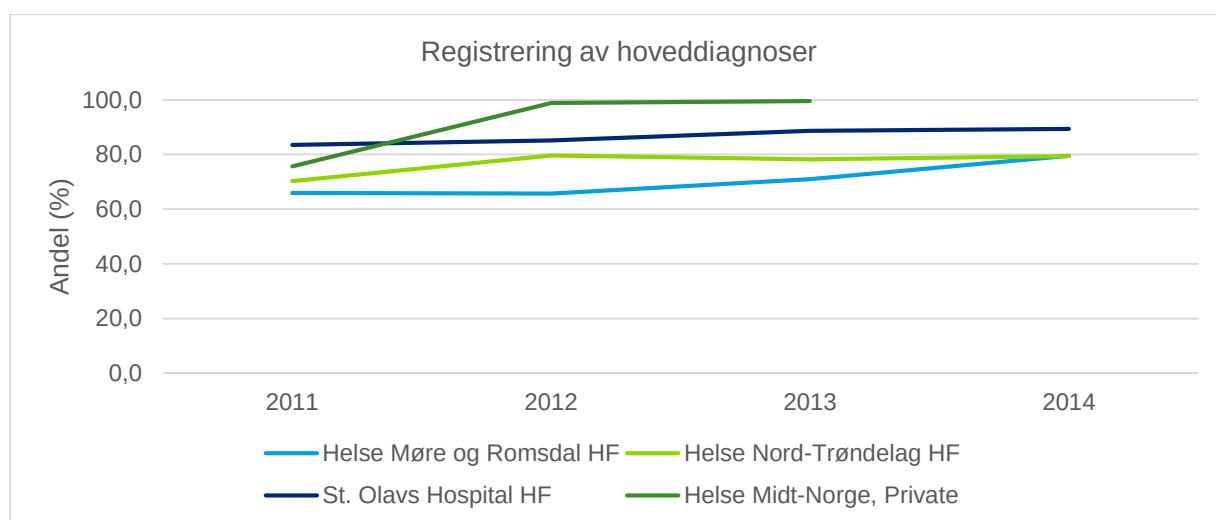
Denne kvalitetsindikatoren viser andelen pasienter i psykisk helsevern for barn og unge som i sin journal har fått registrert hoveddiagnose. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge diagnostiseres pasienten på seks akser, men det er her valgt å kun presentere tall for registrering av hoveddiagnose (akse 1).

I perioden 2011 til 2014 har det på landsbasis vært en svak økning i andelen registrerte hoveddiagnoser, fra 75,8 % til 89,6 %. Alle de regionale foretakene har hatt en økning i perioden, men Helse Vest har hele tiden ligget høyest av RHF-ene, og hadde en andel i 2014 på 95,2 %. Helse Midt-Norge har de siste årene ligget lavest, og hadde en andel på 84,0 % i 2014.



Figur 57: Andel pasienter med registrert hoveddiagnose for barn og unge i psykisk helsevern på RHF-nivå og i Norge totalt; Kilde: Helsedirektoratet

Blant helseforetakene i Helse Midt-Norge har det, som i landet for øvrig, vært en svak økning i perioden 2011-2014 i andelen registrerte hoveddiagnoser for barn og unge. STO har ligget stabilt høyere enn de andre helseforetakene i regionen, og hadde i 2014 (med 89,4 %) omtrent lik andel som gjennomsnitt i Norge totalt (89,6 %). HMR og HNT lå begge så vidt under 80 % i 2014.



Figur 58: Andel pasienter med registrert hoveddiagnose (akse1) for barn og unge i psykisk helsevern på HR-nivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Blant klinikkene er det kun Ålesund, ungdomspsyk. avd. som skiller seg ut med en veldig lav andel registrerte hoveddiagnoser i 2014, med 20 %. Dette kommer av at de bruker et annet datasystem

for innlagte pasienter (PAS) og ikke registrerer i BUP-data. De andre klinikken ligger rundt totalen for sine respektive helseforetak. Høyest andel hadde BUP Fosen med 94,2 % i 2014, noe som likevel var en nedgang fra 99,6 % i 2013.

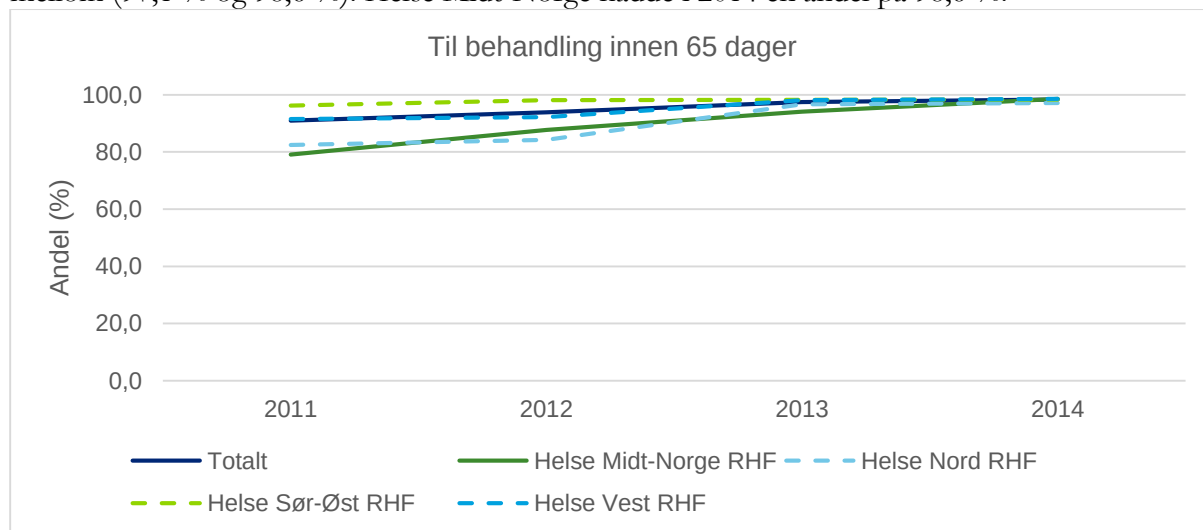
Tabell 22: Andel pasienter med registrert hoveddiagnose (akse1) for barn og unge i psykisk helsevern på klinikknivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
Helse Møre og Romsdal, BUP Kristiansund	61,9	61,8	66,9	
Helse Møre og Romsdal, BUP Molde	64,1	56,6	62,6	77,0
Helse Møre og Romsdal, BUP Volda	63,0	68,6	77,7	78,9
Helse Møre og Romsdal, BUP Ålesund	74,1	79,9	80,6	83,5
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund sjukehus				78,9
Helse Møre og Romsdal, Ålesund, ungdomspsyk. avd.	0,0	20,0	7,7	20,0
Helse Nord-Trøndelag, BUP Levanger	72,0	78,0	78,8	78,7
Helse Nord-Trøndelag, BUP Namsos	64,5	85,2	76,3	81,4
St. Olavs Hospital, BUP klinikk	80,4	84,4	88,8	89,3
St. Olavs Hospital, BUP klinikk Fosen	94,8	98,7	99,6	94,2
St. Olavs Hospital, BUP klinikk Orkdal	91,6	81,9	83,4	88,2

9.2.3 Helsehjelp innen 65 dager

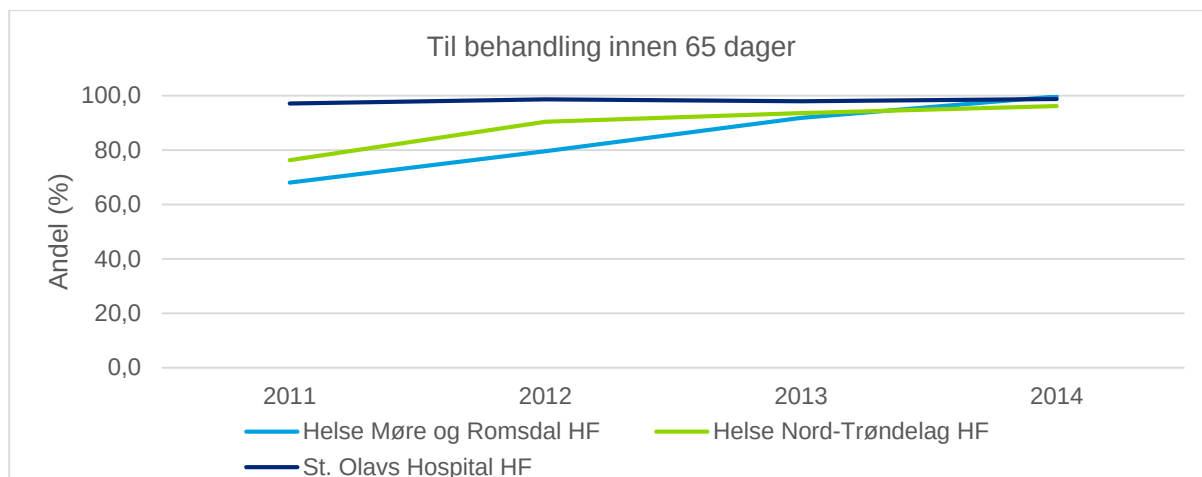
En annen del av barne- og ungdomsgarantien er at barn og ungdom under 23 år med psykisk og/eller rusrelatert lidelse skal få startet helsehjelp/behandling innen 65 dager etter at henvisningen er vurdert.

Andelen som har fått behandling innen 65 dager har på landsbasis økt fra 90,9 % til 98,3 % i perioden 2011 til 2014. I 2011 var spredningen mellom RHF-ene relativt stor (mellom 79,1 % og 96,2 %), der Helse Midt-Norge hadde dårligst andel. I 2014 var RHF-ene mer samlet, og alle lå da mellom (97,1 % og 98,6 %). Helse Midt-Norge hadde i 2014 en andel på 98,6 %.



Figur 59: Andel pasienter som har startet behandling innen 65 dager etter at henvisning er vurdert, barn og ungdom under 23 år i psykisk helsevern, på RHF-nivå og i Norge totalt; Kilde: Helsedirektoratet

STO har i perioden 2011-2014 hatt en stabil andel pasienter til behandling innen 65 dager (mellom 97,1 % og 98,8 %). HMR og HNT har hatt en sterk økning i perioden, der alle helseforetakene hadde en andel over 90 % i 2013 og over 96 % i 2014.



Figur 60: Andel pasienter som har startet behandling innen 65 dager etter at henvisning er vurdert, barn og ungdom under 23 år i psykisk helsevern, på HF-nivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Blant klinikkene i Helse Midt-Norge er det BUP Kristiansund, BUP Volda, BUP Ålesund og BUP Levanger som har stått for den største forbedringen i perioden 2011-2014 når det gjelder andelen pasienter under 23 år som har fått behandling innen 65 dager. I STO har alle klinikkene ligget stabilt høyt gjennom hele perioden.

Tabell 23: Andel pasienter som har startet behandling innen 65 dager etter at henvisning er vurdert, barn og ungdom under 23 år i psykisk helsevern, på klinikknivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
Helse Møre og Romsdal, BUP Kristiansund	58,8	55,9	85,2	100,0
Helse Møre og Romsdal, BUP Molde	90,5	97,7	86,2	99,4
Helse Møre og Romsdal, BUP Volda	38,5	72,8	96,9	100,0
Helse Møre og Romsdal, BUP Ålesund	61,1	76,1	99,4	99,7
Helse Møre og Romsdal, Molde sjukehus				100,0
Helse Nord-Trøndelag, BUP Levanger	69,9	88,2	92,0	95,2
Helse Nord-Trøndelag, BUP Namsos	96,8	96,9	97,9	100,0
St. Olavs Hospital, BUP klinikk	96,3	98,4	98,3	98,6
St. Olavs Hospital, BUP klinikk Fosen	100,0	100,0	98,6	98,6
St. Olavs Hospital, BUP klinikk Orkdal	99,2	99,2	96,4	100,0

10 Samhandling

Samhandling mellom helseforetakene, fagområdene (BUP/VOP), med kommunen og andre fagområder (TSB og somatikk) er viktig for å sikre et så godt tilbud til pasienten som mulig. Gjennom samhandling kan man utnytte de tilgjengelige ressursene på en mer hensiktsmessig måte. Innenfor PH (og TSB) har man helt andre krav om tverrfaglighet enn man har i somatikken.

Spesialisthelsetjenesten skal delta i forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten. En økende del av befolkningen lever med sammensatte lidelser. Denne gruppen har behov for tjenester fra flere spesialiteter og fra ulike tjenestenivå. Det er en betydelig overdødelighet hos pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. En stor del av den økte dødeligheten er knyttet til økt forekomst av og mangelfull oppfølging av somatiske sykdommer med et stort potensial for forebygging. Gjennom bedre samhandling mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB kan man tilby pasienter med sammensatte lidelser et bedre tilbud.

Samhandlingsreformen må gjennomføres også innenfor psykisk helsevern for at pasientene skal få rett behandling, på rett sted, til rett tid. De viktige grepene som ble skissert i reformen var: en klarere og sterkere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegging for tydeligere prioritering.

Helsedirektoratet utga i 2014 veilederen *Sammen om mestring*. Der gir de konkrete råd for utvikling av pasientforløp der kommunenes og spesialisthelsetjenestens tilbud flettes sammen til forløp der overganger og endring av ansvar ikke er merkbart for pasienten.

10.1 Samarbeid med kommunene

Prosjektgruppen opplever at samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene er god, men stadig kan bedres. Utviklingen av samarbeidet med kommunene skjer gjennom administrative samarbeidsutvalg og kliniske/faglige samarbeidsutvalg. Opprettelsen av administrative samarbeidsutvalg følger inngåtte samhandlingsavtaler mellom kommunene og helseforetaket. I tillegg er det opprettet politiske samarbeidsutvalg som skal legge overordnede føringer for styring av samhandling. Samarbeidet rundt pasienter er beskrevet i ulike avtaler. For å utvikle samarbeid rundt pasientgrupper er de kliniske samarbeidsutvalgene av størst betydning. For pasienter innen psykisk helsevern har samhandlingsreformen hittil fått begrenset betydning. De økonomiske insentivene ble gjennomført for pasienter innen somatikk og som følge av dette ble tilbudet til psykiatriske pasienter redusert i noen kommuner. De kliniske/faglige samarbeidsutvalgene er opprettet, men fungerer i varierende grad.

Psykisk helsevern og de ulike enhetene har ulike typer samarbeidsmøter med kommunene på ledernivå for å drøfte og bli enig om samarbeidsformer. Disse har eksistert før samhandlingsreformen og fortsetter videre selv om nye organ opprettes som følge av samhandlingsreformen.

Ambulante akutt-team er satt sammen for å samarbeide med pasient, pårørende og kommuner ved akutt sykdom/akutt forverring/kriser. Disse teamene er viktige i forbindelse med å forberede innleggelse og utvikle alternativ til innleggelse. Mange innleggelser unngås ved å sette inn ambulante akutt-team.

ACT/FACT- team er samarbeidsteam satt sammen av kommunalt ansatte og helseforetaksansatte. De samarbeider om oppfølging av pasienter, pårørende og veiledning til kommunalt ansatte. Det er gjennomført evaluering av ACT-team og det rapporteres kvalitativt bedre oppfølging og bedre

tilfredshet med tjenestetilbudet fra pasientenes side. Det rapporteres også at antall innleggelser i de aktuelle geografiske områdene går ned.

Ambulante tjenester er opprettet i alle helseforetak, det er ulik organisering og ulike arbeidsoppgaver. I HNT gjennomfører de ambulante tjenester ut fra både døgnavdelinger og poliklinikk. Dette kan gi færre brudd i tiltakskjeden, men den ambulante tjenesten blir kanskje ikke gjennomført etter en bestemt modell slik ACT-modellen legger opp til.

En IP er ikke et mål i seg selv, men en IP er en kontinuerlig prosess hvor brukerens/pasientens egne mål og verdier skal være det styrende. Det å bli lyttet til og å kunne påvirke egne tjenester er viktig for de fleste (Helsedirektoratet, 2010) og har stor betydning for opplevd livskvalitet (Innstrand, 2009). For å tilby gode og individuelt tilrettelagte tjenester er det viktig at helse- og omsorgstjenesten kjenner til pasientens/brukerens behov, ønsker og interesser slik at man kan bistå med å nå disse målene. IP anses som et viktig samhandlingsverktøy mellom pasient, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre relevante aktører. Sentrale aktører som kan trekkes inn i IP arbeidet er fastleger, NAV, pårørende, barnevernstjeneste m.fl. Planen skal sikre at pasienter får et tilrettelagt behandling/rehabiliteringsforløp slik at han/hun kan mestre eget liv med og ev. i etterkant av sykdommen. Det er store variasjoner i hvor aktiv kommunene er i å påstarte arbeidet og hvor systematisk IP-arbeidet følges opp av spesialisthelsetjenesten innen det enkelte HF, innad i HF og ved de ulike klinikkene.

10.2 Samhandlingsprosjekter i HMN

Helse Midt-Norge RHF har fordelt midler til samhandlingsprosjekter, faglig utvikling og bedre oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten for 2014. Noe av målet for tildelingen er å bedre arbeidsdeling, flyt og kvalitet i pasientforløpene. Blant delmålene er det skrevet at prosjektene skal bidra til:

- Bedre ressursplanlegging og pasientflyt
- Færre unødige kontroller i spesialisthelsetjenesten
- Færre unødige henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- Forbedringsarbeid for å styrke tjenestetilbudet innen rus og psykiatri
- Oppgaveoverføring mellom forvaltningsnivå og desentralisering av tjenester

Alle de tre helseforetakene i regionen har fått midler til et eller flere prosjekter som omfatter psykisk helsevern. Tabellen nedenfor viser samhandlingsprosjekter innen PH som har fått midler fra HMN i 2014.

Tabell 24: Samhandlingsprosjekter innen PH som fikk midler fra HMN, 2014; Kilde: Hjemmesiden HMN RHF

Helseforetak	Prosjektnavn	Beløp
Helse Nord-Trøndelag HF	Lokale helsetjenester - psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal	500 000
Helse Møre og Romsdal HF	APS (Alderspsykiatriske) virkedager i Sjustjerna Helse og Omsorg	1 700 000
Helse Møre og Romsdal HF	Mission Possible: Psykisk helse barn og unge	1 490 000
Helse Møre og Romsdal HF	Kvalitet i alle ledd - koordinerte utrednings - og behandlingslinjer for barn og unge	200 000
St. Olavs Hospital HF	Psykisk helsevern for pasientgruppe med behov for omfattende og samtidige tjenester	440 000

St. Olavs Hospital HF	Ambulant team for sammensatte lidelser ved Tiller DPS	1 500 000
St. Olavs Hospital HF	Fastlegens kontor, en arena for beslutning og veiledning innen psykisk helsevern	750 000

I tillegg er det mellom BUP-ene i regionene satt i gang flere prosjekt for samhandling, noe som har bidratt til god dialog mellom helseforetakene.

10.3 Regionale samarbeidsorganer

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) har et regionalt ansvar for kompetanse, tjenesteutvikling og forskning for barn og unge. De er en enhet ved NTNU, Det medisinske fakultet. De har oppgaver både innen psykisk helsevern, barnevern og habilitering. De skal sørge for samhandling mellom forskning og klinisk virksomhet. RKBU skal også sørge for kompetanseheving både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.

Regionalt senter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Kompetansesenter Rus – Midt-Norge (KoRus) er regionale kompetansesentre som skal samarbeide med kliniske avdelinger om kompetanseheving og utvikling av tjenestetilbudet.

Helse Midt-Norge RHF og Bufetat region Midt etablerte et forpliktende samarbeid allerede i 2004. Dette samarbeidet ble forankret i en samarbeidsavtale. Samarbeidsavtalen er revidert og undertegnet på nytt i mars 2015.

For å sikre kontinuitet i samarbeidet er det opprettet et regionalt samarbeidsutvalg (RSBU) og lokale samarbeidsutvalg (LSBU). I samarbeidet inngår årlige samlinger og samarbeidsmøter både på overordnet og lokalt plan. Deltakere i RSBU har inntil mars 2015 vært PHBU, TSB, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), Bufetat region Midt og Helse Midt-Norge RHF. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har representert fylkesmannsembetene i regionen fra 2013. Fra mars 2015 er også KoRus og RVTS tatt inn i RSBU.

RSBU utarbeider handlingsplan som gjelder for 2 år. For 2013 – 2015 er det arbeidet mest med lavterskeltilbud til kommunene for tiltak til spe- og småbarn. Bufetat og PHBU har etablert felles spe- og småbarnsteam i alle fylker. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom de offentlige barnevernsinstitusjonene og PHBU i tiliggende helseforetak. Som et resultat av det årelange samarbeidet mellom HMN og Bufetat region Midt ble samarbeidsavtalen knyttet til felles akuttsamarbeid i enkeltsaker realisert høsten 2014 – «Akutten i Nord-Trøndelag». Prosjekt målet er å benytte BUP som plasseringsalternativ i barnevernssaker der barn med behov for hjelp både fra psykisk helsevern og barnevern får et tilbud om innleggelse på BUP for kartlegging før de går over til et nytt tiltak i statlig eller kommunal regi. Bufetat har en koordinerende rolle i samarbeidet.

For ytterligere informasjon om samhandling i Helse Midt-Norge RHF henvises det til egen hjemmeside: <http://www.helse-midt.no/no/Fag/Samhandling/84392/>

10.4 Hva skal til for å sikre videre samhandling?

For å sikre at samhandling skjer, må det legges til rette for samhandling og det må bygges en kultur for samhandling. I dag er mye samhandling avhengig av hvem den ulike behandleren kjenner og ikke og hva den er interessert i. Det er behov for klare føringer for hva som forventes av samhandling og på hvilke arenaer dette skal skje. I noen tilfeller vil det være aktuelt med pålegg for å få noe til å skje. Økonomiske intensiver vil være et virkemiddel for å øke samhandlingen. I tillegg er det viktig at det juridiske og tekniske (IKT) er på plass.

For å få til samhandling på en god måte, må likeverd og gjensidig forståelse mellom de ulike faggruppene, behandlere, og nivåene ligge til grunn. Det er viktig at man har tillitt til vurderinger andre har gjort, slik at man unngår å gjøre ting om igjen. Dette er ikke minst til fordel for pasienten, men også mer ressurseffektivt. For å få den tilliten er det viktig at forventninger og premisser til samhandlingen avklares. Prosjektgruppen mener standardisering og definerte pasientforløp er en vei å gå for å kunne skape mer forståelse og bedre samarbeid mellom behandlingsnivåene. Mye av arbeidet med gode pasientforløp er rettet mot å kvalitetssikre innhold i tilbudet og samarbeid internt i helseforetakene. I Helse Midt-Norge er det arbeidet mye med utvikling av pasientforløp innen somatikk. HMN er tidlig ute med innføring av pakkeforløp innen kreftbehandling. I styringsdokumentet for 2015 etterspurte HMN RHF utvikling og innføring av pasientforløp for psykose og akuttinnleggelse innen TSB, dette arbeidet er satt i gang. Utvikling av flere pasientforløp innen psykisk helsevern er en målsetting. Standardiserte pasientforløp skal sikre pasienten lik tilgang på den samme kvaliteten uansett bosted. Dette blir viktige mål på om spesialisthelsetjenesten har kompetanse, kapasitet og organisering som sikrer den kvalitetsstandarden som det er enighet om å tilby.

Innenfor psykisk helsevern kan standardisering blant annet gjøres ved å bestemme et felles testbatteri. Det er flere internasjonale og nasjonale veiledere for dette, og prosjektgruppen ønsker at et slikt definert testbatteri skal være en del av den regionale planen. Definerte pasientforløp og individuell plan (IP) vil også være en del av standardiseringen og vil bidra til en tydeligere definering av koordinatorrollen. ISO-sertifiseringer vil også være aktuelt å se på her.

Standardisering for bedre samhandling er også relevant for ambulante tjenester. Avklaring av hvem som gjør hva er viktig, og det kan være aktuelt å ha en spesialist til å ta sorteringsrollen og sortere ut tilfeller som skal inn i spesialisthelsetjenesten og hvem som skal få behandling av kommunen. HMR har. Som beskrevet i tabellen tidligere i kapittelet, har HMR hatt et prosjekt gående for ambulant arbeid innenfor alderspsykiatri i syv kommuner som ligger langt unna spesialisthelsetjeneste-tilbudene. Gjennom dette prosjektet har man fått til mye gjennom samhandling. Nå drar spesialisthelsetjenesten ut til disse kommunene med jevne mellomrom og jobber sammen med kommunen og fastlegene. Tilsvarende er gjennomført i HNT (med ekstra-midler), meget vellykket og har ført til betydelig kvalitetsheving i deltagende kommuner.

Prosjektgruppen ser også et behov for standardisering rundt pasientforløpene til de som er i gruppen ungdom og unge voksne. PHBU og PHV må samhandle i disse pasientforløpene og det er viktig å bryte ned skille mellom PHBU og PHV for disse pasientene for tilby den beste behandlingen til hver pasient.

For barn og unge er det en utfordring at viktige samarbeidspartnere i kommunene ikke hører til i helsevesenet. Skole, pedagogisk-/psykologiske tjenester og barnevern er svært viktige samarbeidspartnere for å forebygge, samt gienvinne og bevare god helse for barn og unge. Det er en utfordring at de ulike arbeider under andre lovverk, men det kan også utnyttes til det beste for barna.

11 IKT

Innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF finnes det i dag ulike IKT-systemer som benyttes. Til pasientbehandling benyttes stort sett to typer systemer; Pasientjournal (EPJ – Elektronisk pasient journal) og PAS (Pasientadministrative systemer) til registrering av data som grunnlag for økonomi og statistikk. En har i tillegg støttesystemer til dette som f.eks. Rtg og LAB.

- **DocuLive** utgjør det elektroniske journalsystemet (EPJ) i HMN. Dette systemet brukes som EPJ-system i hele HMN (alle fagområder) med unntak av TSB og PHBU ved STO.
- **BupData** er et standardisert journalsystem og et pasientadministrativt system spesielt utviklet for bruk innen PHBU. Bupdata benyttes kun som PAS i HNT og HMR, mens STO benytter systemet både for pasientadministrasjon og som journalsystem.

Dagens IKT-systemer er ikke tilrettelagt for samhandling. Alle fagområdene i HF-ene forholder seg til et stort antall IKT systemer. De fleste er felles mellom de forskjellige fagområdene. En har delvis med bakgrunn i lover og forskrifter, men også med bakgrunn i etikk og faglig forståelse laget seg forskjellige innsynsbegrensninger mellom de forskjellige fagområders pasientjournal. Dette vanskeliggjør koordineringen og samhandlingen mellom enheter og fagområder. Samarbeid med fastleger, kommunale tjenester og andre HF er heller ikke mulig med dagens IKT-systemer.

IKT-systemene er uoversiktlige og gir ikke samlet oversikt for de ansatte, og det er vanskelig å følge opp og styre med de verktøyene man har tilgjengelig i dag. Både DocuLive og BupData har gamle systemgrunnlag og det er lite videreutvikling av disse systemene. Man kan si at dagens elektroniske journalsystem er basert på «papir og penn»-tankegang. En utnytter dermed ikke potensialet digitalisering muliggjør, som for eksempel:

- Planlegging av utredning og behandling
- Pasient dialog
- Deling av opplysninger
- Bruker støtte
- Gjenbruk av opplysninger

Med et stort geografisk område som man har i HMN, kan IKT være en mulighet for bedre samhandling og kompetansedeling

Generelt om EPJ-system i HMN og anskaffelse av et nytt EPJ-system

Dagens EPJ-system er fra 1986 og det er satt i gang et arbeid for å erstatte det. I Helse Midt-Norges IKT-strategi fra 2012 legges blant annet prinsippene standardisering, informasjonsdeling, beslutningsstøtte og samhandling med kommune/fastlege til grunn for et nytt EPJ-system.

Prosjektet som er satt i gang er både et anskaffelsesprosjekt og et utviklingsprosjekt. Anskaffelsesfasen av prosjektet startet i mai 2015 etter innledende forprosjektfase – der også psykisk helsevern og TSB har vært involvert. Kommunene og fastlegene blir også involvert. Prosjektet forholder seg til stortingsmeldinger og nasjonale føringer om én pasient – én journal.

For prosjektgruppen er det viktig at representanter fra psykisk helsevern og TSB involveres i arbeidet, slik at det nye systemet også er tilrettelagt for deres arbeidsoppgaver og behov. Disse representantene må være tydelige bestillere og konkrete i sine spesifikasjoner til et nytt EPJ-system, slik at behovene til psykisk helsevern og TSB blir ivaretatt. Prosjektgruppen skal ikke lage kravspesifikasjoner som en del av arbeidet med regional plan.

For prosjektgruppen er et av de viktigste kravene til et felles system, tilrettelegging og muliggjøring av samhandling på tvers i regionen, mellom PHBU, PHV, TSB, somatikk og med kommunene og fastlegene. I tillegg er det viktig at det nye systemet åpner for muligheter for nye metoder og behandlingsmåter som vil komme pga ny teknologi. Systemet må også legge til rette for standardisering av journaltekst, i tillegg til å være et nyttig verktøy og beslutningsstøtte for å best mulig ta vare på pasientene.

Det er i dag et eget prosjekt som jobber med åpning av journaler mellom helseforetakene. Det arbeidet har vist seg å være noe mer komplisert enn først antatt på grunn av juridiske utfordringer.

Bruk av IKT i utredning, behandling, m.m

I dag brukes IKT i psykisk helsevern innenfor flere områder. Utvidet bruk av IKT vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse, spesielt i områder der avstandene mellom behandlingsstedene og pasientene er store. I tillegg kan IKT benyttes for å nå de pasientene man i dag har utfordringer med å nå gjennom dagens kontaktpunkt. Det må likevel sikres at det til enhver tid er faglig forsvarlig å bruke IKT i de aktuelle situasjonene.

Prosjektgruppen peker på fire områder hvor bruk av IKT er mest aktuelt; samtaler med pasientene, utdanning, samhandling/veiledning mellom behandlere og til opplæring av pasienter og pårørende. Det er naturlig å se til erfaringer fra Helse Nord på dette området, da det også er en region med store geografiske avstander.

Til samtale med pasientene kan ulike verktøy benyttes. Ved bruk av videobehandling/-samtaler på denne måte, reduserer man reisebehovet både for behandlere og pasienter. I alderspsykiatrien er dette veldig nyttig, da disse pasientene ofte er lite mobile.

Til samhandling og veiledning mellom behandlere ser man i regionen spesielt en mulighet knyttet til vaksamarbeid. Det vil alltid være beslutninger som ikke kan tas over telefon/internett, men dette vil likevel kunne gi en økt sikkerhet og kompetanse i de ulike situasjonene. Ved bruk av telefon/internett/video kan også behandlere i de ulike foretakene lettere benytte seg av kompetansen til de regionale spesialiserte funksjonene.

Til pasient- og pårørendeopplæring er bruk av IKT en stor mulighet for forbedring og økt omfang. Her ligger det store uutnyttede muligheter for egenbehandling, samt informasjonsdeling og samtaler.

Prosjektgruppen ønsker å diskutere dette området videre for å kunne komme med mer konkrete føringer for hva IKT skal brukes til fremover.

12 Fremtidige behov og faktorer som påvirker dette

Helsedirektoratet beskriver i sin rapport «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten»¹ en påvirkende faktorer:

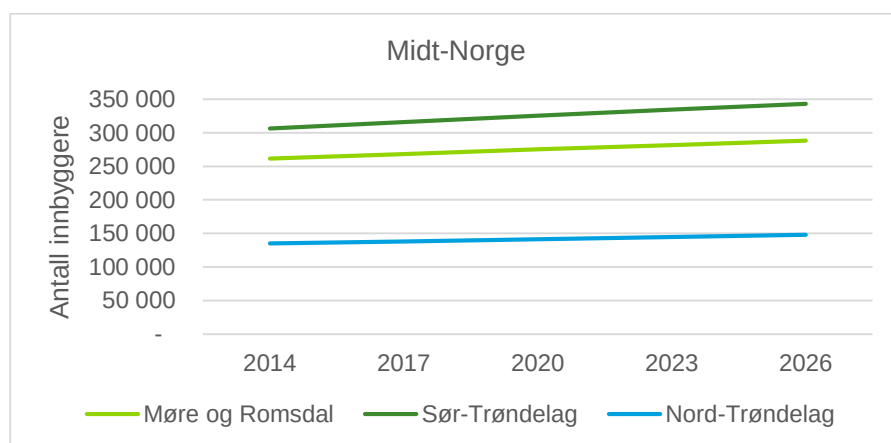
- Demografisk utvikling
- Sykdomsutvikling
- Medisinsk og teknologisk utvikling
- Samhandlingsreformen
- Andre faktorer som påvirker kompetansebehov
 - Helsepolitiske satsningsområder
 - Forhold internt i helsetjenesten
 - Forhold utenfor helsetjenesten

Nedenfor gis det en kort oppsummering av Helsedirektoratets utredning innenfor de ulike områdene.

12.1 Demografisk utvikling

Befolkningsutvikling tilsier en sterk økning i andel eldre: Befolkningen over 67 år vil øke med 64 % fram mot 2030. Andel eldre over 80 år vil øke med 56 %. Utover 2030 vil denne utviklingen fortsette, slik at Norge står ovenfor en varig endring i alderssammensetning. I samme periode vil forsørgerbyrden forverres, noe som gir både økt etterspørsel etter helsetjenesten og redusert tilgang på arbeidskraft.

SSBs framskrivning av befolkningen i de tre fylkene i Midt-Norge, viser at befolkningsveksten blir størst i Sør-Trøndelag. Fra 2014 til 2016 vil det med middel nasjonal vekst være en økning på 12 % i dette fylket mot 10 % og 9 % i hhv. Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. Sør-Trøndelag er også det mest befolkede fylket i regionen med litt over 300 000 innbyggere i 2014 (Møre og Romsdal: 260 000, Nord-Trøndelag: 135 000).

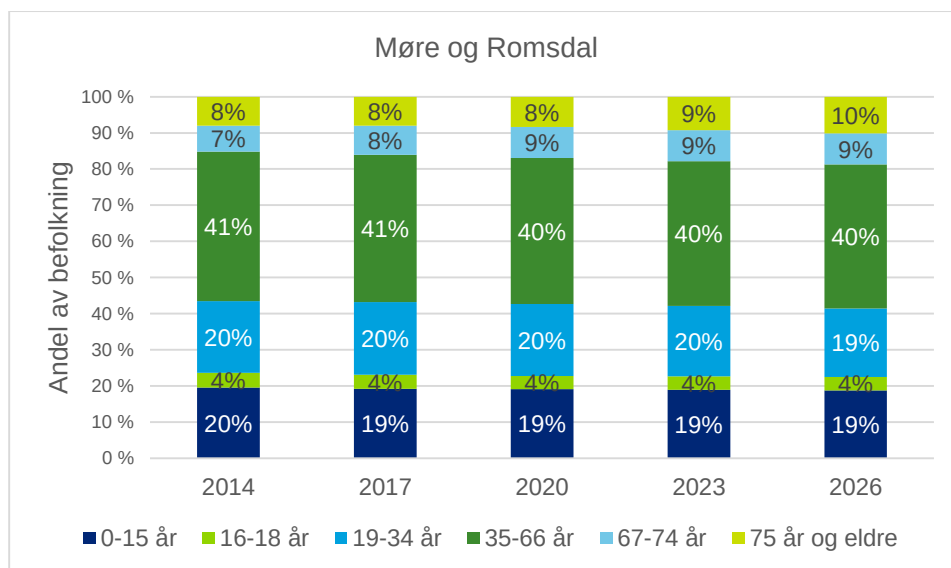


Figur 61: Fremskrevet befolkningsvekst for fylkene i Midt-Norge, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB

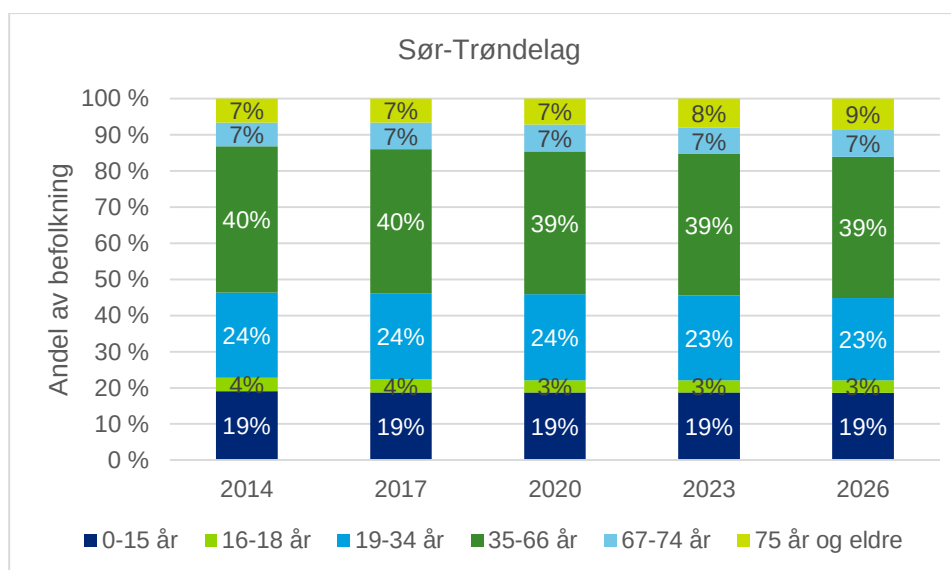
Ser man på alderssammensetningen og fremskrevet alderssammensetning i de tre fylkene, ser man at andelen eldre over 67 år vil øke i alle fylkene. I Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag er alderssammensetningen nokså lik, mens det er i Sør-Trøndelag er en noe lavere andel eldre over 67

¹ Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030>

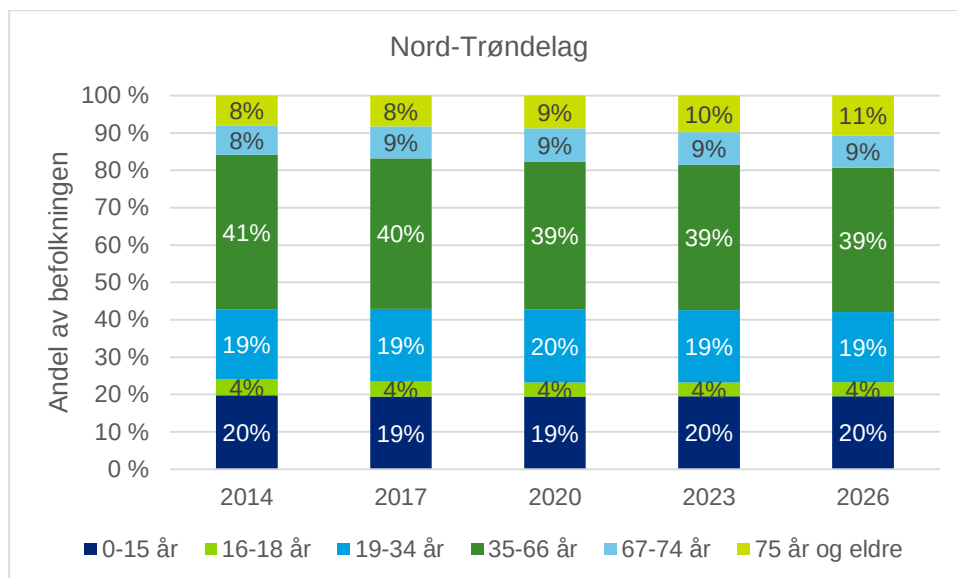
år og en del høyere andel i gruppen med alder 19-34 år. Andelen barn og ungdom (0-18 år) er relativt lik i de tre fylkene, og er fremskrevet til å være det frem mot 2026 også.



Figur 62: Fremskrevet befolkningssammensetning Møre og Romsdal fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB



Figur 63: Fremskrevet befolkningssammensetning Sør-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB



Figur 64: Fremskrevet befolkningssammensetning Nord-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB

12.2 Sykdomsutvikling

Med en såpass sterk økning i andel eldre som befolkningsframskrivingen tilsier, er det naturlig at forekomsten av visse type lidelser vil øke som en indirekte konsekvens av at folk lever lengre. Eldre over 70 år viser seg å ha fem ganger større forbruk av sykehustjenester enn den øvrige befolkningen. Økt levealder er den største risikofaktor for psykiske og somatiske sykdommer.²

Det er grunn til å tro at forekomsten av aldersrelaterte psykiske lidelser vil øke som en konsekvens av en aldrende befolkning. Forekomsten av demens forventes fordoblet som fra ca. 70 000 i 2010 til 140 000 personer med demenssykdom innen 2040³. Nevropsykiatriske følgetilstander etter alvorlig somatisk sykdom blir også mer aktuell som en følge av økt intensivbehandling av svært alvorlige somatiske sykdommer i den eldste aldersgruppen.

Endring av livssituasjonen og eksistensielle problemer knytte til aldring og død kan føre til depresjon. Depresjon hos eldre er dessuten en risikofaktor for andre både somatiske og psykiatriske lidelser. Det antas at det er en underdiagnostisering og underbehandling av depresjon og angst hos eldre, og at dette også gjelder diagnostisering og behandling av psykoser og rusavhengighet.

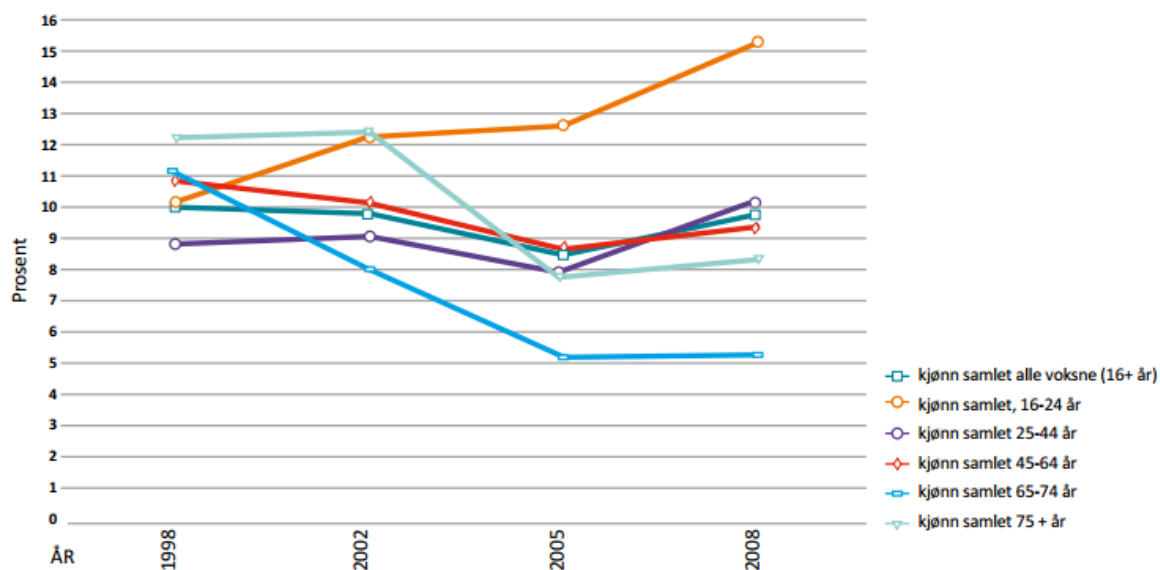
Psykiske lidelser generelt

Folkehelse anslår at ca. halvparten av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Det finnes ikke tydelige holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser og plager har økt, men flere enn tidligere får behandling. Slik det fremkommer av figuren nedenfor er det særlig aldersgruppen 16-24 år som viser den største økningen. Det er også innenfor denne gruppen at forekomsten av psykiske lidelser er størst. Prosjektgruppen opplever også at det er økning blant barn under 16 år. Dersom dette er uttrykk for en reel økning og ikke kan forklares med en lavere indikasjonsstilling, medfører det behov for ytterligere styrking av helsetjenester innen psykisk helsevern for barn og unge voksne.

² Helsedirektoratet "Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030»; <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/190/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030-IS-1966.pdf>

³ Ferri et al: Global prevalens of Dementia: A Deplhi consensus study. Lancet 366, 2112-2117

Figuren nedenfor illustrerer insidensutvikling av psykiske lidelser pr 100 000 innbyggere i perioden 1990 – 2008 fordelt på aldersgrupper.



Figur 65: Insidensutvikling (utvikling i antall nye registrerte tilfeller) av psykiske lidelser pr 100 000 innbyggere i perioden 1990 - 2008 fordelt på aldersgrupper; Kilde: Helsedirektoratet

Om depresjon

Det forventes også en økning av depresjon og angst, delvis som en følge av eldre befolkning, men også generelt i befolkningen. Psykiske problemer er en vesentlig årsak for om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidslivet i Norge. I 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land, og WHO antar at den samlede belastningen med uførhet og for tidlig død på grunn av depresjon vil øke. Depresjon koster totalt sett samfunnet tre-fire ganger mer enn hver av de mest alvorlige sinnslidelsene, henholdsvis schizofreni, bipolar lidelse, og tre ganger så mye som selvmord og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Hver tredje pasient med alvorlig somatisk lidelse har depresjon i moderat grad. Depresjon oppdages sjelden, underbehandles fordyrer bruk av somatiske helsetjenester og svekker rehabilitering.⁴

12.3 Medisinsk og teknologisk utvikling

Medisinsk forskning og utvikling innen nevromedisin, som inkluderer psykiatri, er i rivende utvikling og må forventes å være det også i årene som kommer. Det vil være behov for faglig oppdatering av helsepersonell, deltagelse i forskning og revisjon av pasientforløp og retningslinjer oftere enn i andre spesialiteter. Dette kan kreve ny organisering og det vil komme opp spørsmål om bruken av nye, dyre medisiner og andre behandlingsmetoder. Pasienter og pårørende vil være godt oppdatert på nye muligheter og stille krav om at helseforetakene oppfyller forventningene. Som i andre spesialiteter kan telemedisin, behandlings-app'er ol. også prege driften.

Telemedisin kan defineres som løsninger som gir tilgang på ekspertise, pasientinformasjon og helsehjelp uavhengig av hvor pasient og kompetanse er geografisk lokalisert. Det er et mål at helse-

⁴ Helsedirektoratet "Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030»;
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/190/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030-IS-1966.pdf>

og omsorgstjenester gis så nær pasientens eller brukerens hjem som mulig. Informasjonsteknologi åpner for nye måter å samarbeide på og nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på. Innen psykisk helsevern ligger det til dels uutnyttet potensial innenfor dette område og telemedisin vil være en faktor som påvirker faget i fremtiden.

E-helse er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren. Det overordnede målet for bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren er å understøtte de helsefaglige arbeidsprosessene på en slik måte at det sikrer at det ytes gode tjenester i hele pasientforløpet. Hensiktsmessig bruk av IKT er en sentral forutsetning for å nå de helsepolitiske målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste.

12.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er et svar på blant annet at veksten i spesialisthelsetjenesten har økt de siste årene og dårlig koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Kommunchelsetjenesten vil få et større ansvar både innen forebygging, starten av et behandlingsforløp og mot slutten av selve forløpet. Spesialisthelsetjenestens innsats vil reduseres og vil være fokusert på høyspesialisert utredning og behandling. Ansvarsoverføring vil føre til et større kompetansebehov i kommunene.

Med tanke på helhetlig pasientbehandling og behandlingsforløp er det i fremtiden særlig viktig at tjenestene er godt samordnet og at det er etablert et godt samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen skaffer rammebetingelser for dette samarbeidet og økt samarbeid vil påvirke faget utvikling i fremtiden.

12.5 Andre faktorer som påvirker kompetansebehov

Det finnes en rekke andre faktorer som vil påvirke kompetansebehov innen psykisk helsevern og fagets utvikling i fremtiden.

- Helsepolitiske satsningsområder, herunder blant annet større vekt på forebygging vil ha betydning for psykisk helsevern og kompetansebehovet i både primær- og spesialisthelsetjenesten.
- God ledelse og koordinering på alle nivå i helsetjenesten ser ut til å bli stadig viktigere for å redusere dobbeltarbeid og for å sikre et effektivt behandlingsforløp.
- Pasientrollen vil med all sannsynlighet endre seg betraktelig for en del pasienter. Pasientene kommer til å stille høyere krav til behandling, og valgmulighetene for pasientene kommer til å øke («Fritt behandlingsvalg»)

Det er vanskelig å vurdere hvor mye faktorer som ligger utenfor helsetjenesten vil påvirke kompetansebehov og fagets utvikling i fremtiden, men «*endrede økonomiske rammebetingelser*» og «*økt internasjonalisering*» vil mest sannsynligvis til en viss grad også ha betydning.

12.6 Spesielle forhold i Helse Midt-Norge

Mens Helsedirektoratet har skissert faktorer som vil påvirke kompetansebehov og utvikling i fremtiden på generell basis, finnes det spesielle forhold som vil påvirke PHV i Helse Midt-Norge.

Spesielle forhold knyttet til storbyproblematikk og Trondheim som studentby

Trondheim som stor- og universitetsby vil også i fremtiden ha mange unge mennesker som flytter til og som bor i byen. Denne storbypopulasjon medfører også vesentlig mer rus samt at Trondheim har en del tyngre kriminelle som fordrer tett samarbeid med politi og kriminalomsorg. Kretsfengselet med en av landets to forvaringsenheter krever også ekstra ressurser.

Fremtidig driftsansvar for DPS

Selv om dette vil gjelde alle landets DPSer, vil en eventuell overtagelse av DPSets driftsansvar av kommunen påvirke spesialisthelsetjenesten i HMN i stor grad.

Det ble over lang tid arbeidet med å utforme DPSene i regionen og behandlingstilbudet ble stadig forbedret, slik at DPSene i regionen over tid har fått et større ansvar i pasientbehandlingen og tilbyr helsetjenester nær pasients bosted. Samarbeidet mellom sykehusavdelinger og DPS fungerer godt og en overtagelse og overføring av ansvaret til kommunen vil skape store utfordringer for både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er et kommunalt tilsnitt på en del av DPS-aktivitetene kommunene bør overta på sikt (som for eksempel FACT-team, brukerstyrte senger, avlastningsopphold, rehabilitering) – dette hadde vært en naturlig overføring av oppgaver framfor at det er tenkt de mer spesifikke spesialisthelsetjenestefunksjonene man gjør på de største DPS.

Utvikling av andel flyktninger i HMN

Andelen av innbyggere med flyktningebakgrunn og asylmottak har betydning for behovet for psykisk helsevern. Denne gruppen har ofte psykiske belastninger og andre somatiske sykdommer på grunn av opplevelser i hjemlandet sitt og på grunn av endret livssituasjon. Utvikling av psykisk helsevern i fremtiden bør ta hensyn til behovet for helsetjenesten som denne gruppen har, både innenfor PHBU og PHV.

Utvikling av de regionale tilbudene

Det finnes ulike regionale tilbud i Helse Midt-Norge i dag. For eksempel har Levanger en regional funksjon for spiseforstyrrelser, mens det på Tiller DPS og BUP Saupstad er et regionalt tilbud til hørselshemmede barn og unge og voksne. Om et tilbud skal være regionalt eller lokalt i helseforetakene bør avgjøres med utgangspunkt i antall sykdomstilfeller/pasienter, geografi, behov for behandling lokalt i tillegg til nødvendig spisskompetanse. I mange tilfeller vil det være bedre å flytte kompetanse enn pasienter, og det må også vurderes hvordan man skal tilby ambulante tjenester ved de regionale tilbudene.

Prosjektgruppen mener det bør stilles krav og forventinger til de regionale tilbudene. Det må være tydelig definert fra RHF-et sin side hvilke tilbud og tjenester som skal være regionale og finansiering bør støtte opp under dette. HF-ene må være med å vurdere hvilke regionale tilbud det er behov for, slik at det ikke brukes unødvendig ressurser på dette. Det må stilles krav til forskning og kompetanseutvikling ved de regionale tilbudene. Det må ses på hvordan de regionale tilbudene kan utvikles etter hvert som kompetansen er spredd utover regionen. På enkelte områder er det urealistisk å forvente at slik kompetanse kan bygges opp og vedlikeholdes lokalt da omfanget lokalt vil være for lite til dette, dette gjelder bl.a. tilbudet for hørsel og psykisk lidelse. Ved nye behov, vil man kunne bygge opp et regionalt senter som senere deler kompetanse når området blir større. De regionale tilbudene må med dette være dynamiske.

Prosjektgruppen ser et mulig behov for et regionalt tilbud til sikkerhetspsykiatri for de under 18 år. Det er ikke mange pasienter som har høy voldsrisiko, men må ha et tilbud til de når det kommer. Det kan også vurderes om dette skal være et nasjonalt tilbud. Brøset kan være aktuelt, men må da kanskje få egen junior-avdeling. Det er viktig at fagnettverkene er med på vurdering av hvilke pasienter dette vil være aktuelt for.

Det regionale tilbudet for spiseforstyrrelser i Levanger ses på som et hensiktsmessig tilbud, men det er likevel behov for tilbud ute i helseforetakene også – spesielt for de unge som fremdeles går

på skole andre steder i regionen. Det sentrale å få med her er at finansieringen av en regional funksjon også må være regional - på samme måte som det er for sikkerhetspsykiatrien. Dette vil også muliggjøre mer ambulerende mv for RKSF. Pasienter som er friske nok til å gå på skole skal jo ikke innlegges i den regionale sengeposten, men ha poliklinisk behandling.

Når det gjelder traumer, fremstår det for prosjektgruppen ikke hensiktsmessig med regional poliklinikk, da det er behov for et slikt tilbud ved hvert helseforetak. Når det gjelder regionale sengeposter for traume, må man sikre at de tar imot de dårligste pasientene. Ledernetverket i psykiatri har ikke ønsket regionale akutt plasser for traume og understreker at tilbudet bør være et elektivt tilbud for de dårligste pasientene og at behandlingen må skje i nært samarbeid med lokalt behandlingsmiljø.

Helse Midt-Norge er eneste region uten et regionalt nettverk/enhet for alderspsykiatri. Prosjektgruppen ser det som relevant å vurdere et tilbud her, for eksempel et kompetansesenter. Behandlingen av eldre bør i høyest mulig grad skje lokalt, og det er også kommunene som gjør mye av utredningen av eldre.

13 Internasjonale utviklingstrekk

Helsedirektoratet har i mai 2015 utgitt en rapport som ser på internasjonalt perspektiv på psykisk helse «*Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*».⁵

Nedenfor gis det en kort sammenfatning i form av hovedbudskapet. For nærmere informasjon henvises det til selve rapporten.

- Forekomst av psykiske plager og lidelser i Norge er på nivå med andre vest-europeiske land, men det er indikasjoner på økt forekomst blant unge
- Økte rettigheter og klarere prioritering av psykisk helse
 - Norge var tidlig ute med en egen pasientrettighetslov og har på linje med de fleste andre land egen lov om psykisk helse
 - Norge er blant landene i Europa som bruker størst andel av det totale helsebudsjettet på psykisk helse
- Målet er lokalt baserte tjenester med satsning på forebygging, tidlig hjelp, helhetlig fokus og med støtte fra spesialiserte tilbud i sykehus
 - Utviklingen fra institusjonsomsorg til lokalt baserte tjenestetilbudet
 - Norge har et bredt tilbud av lokalt baserte tjenester for mennesker med psykiske lidelser
- Brukermedvirkning for bedre kvalitet
 - Formalisering av pasientenes rett til medvirkning både på individ- og systemnivå gjennom lovverket
- Indikasjoner på god dekning av døgnplasser i psykisk helsevern
- Tilgjengelig data viser god dekning av psykiatere og psykiatriske sykepleiere i Norge

Når det gjelder tjenestekvalitet, så er det vanskelig å måle på tvers av landene.

⁵ Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>

14 Forslag til utvalg av områder som prioriteres i videre planarbeid

Fase1-rapporten skal inkludere en oversikt over forbedringsområder rangert fra *svært lite* til *svært stort*, en forbedringsmatrise, for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge.

Identifisert forbedringspotensial					
	Svært lite	Lite	Noe	Stort	Svært stort

Vurderingen ble gjort i det siste møte før sommerferien, men er ikke endelig. Vurderingen skal betraktes som et utgangspunkt for hvilke områder det kan forventes at fase2-rapporten kommer med konkrete tiltak til. Med utgangspunkt i tidligere diskusjoner i prosjektgruppen, ble det gjort følgende vurdering av forbedringsområder for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge:

Vurdering av forbedringspotensial for kartlagte områder	Svært lite	Lite	Noe	Stort	Svært stort
Organisering og tjenestetilbud					
LMS, opplæring av pasienter/pårørende					
Brukermedvirkning					
Bemanning og rekruttering					
Opplæring og kompetanse					
Tjenesteforbruk					
Kapasitet (personell og døgnplasser)					
Kvalitetsindikatorer (pasienterfaringer, opplevd kvalitet og effektmål)					
Samhandling (internt, med kommune og private)					
IKT					

Figur 66: Vurdering av forbedringspotensial for kartlagte område innen psykisk helsevern, prosjektgruppen PHV; 2015

Kommentarer til vurderingen:

- *Organisering og tjenestetilbud:*
 - Et stort forbedringspotensial i hvordan man organiserer seg og tjenestetilbudet til pasientene, men løsningen er ikke nødvendigvis flytting av bokser og piler i et organisasjonskart
- *LMS og opplæring av pasienter og pårørende:*
 - Her varierer det litt fra område til område (både faglig og geografisk), men store forbedringsmuligheter
- *Brukermedvirkning*
 - Vurdert til *store* forbedringsmuligheter
- *Bemannings og rekruttering:*
 - Innenfor noen fagfelt og i noen områder (spesielt distriktene) vurderes dette som så kritisk at man vurderer forbedringspotensialet som *svært stort*
- *Tjenesteforbruk:*
 - Vi kan påvirke hvor mye som henvises videre og hvordan man sorterer i første linje, samt hvordan man benytter seg av døgnet versus poliklinikk
- *Kapasitet og tilgjengelighet*
 - Rammene her er ganske satt. Dette henger sammen med tjenesteforbruket, og det er større muligheter for forbedring på tjenesteinnholdet
- *Kvalitetsindikatorer:*
 - Svært store forbedringsmuligheter for hva som skal være de nasjonale og ikke minst de regionale kvalitetsindikatorene
- *Samhandling:*
 - Forbedringsmuligheter både for samhandling mellom foretakene, fagmiljøene, med kommunene og fastlegene
- *IKT:*
 - Forbedringsmuligheter for journalsystem, men også for bruk av IKT i behandling, samhandling og opplæring

15 Referansedokumenter

- Nasjonal Helse – og omsorgsplan (2011 – 2015)/ ny helse- og sykehusplan
- Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet 2014
- Unødvendige innleggelser, utskrivingsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene, Sintefrapport 2013
- Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009), Forskningsrådet 2009
- St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid – og/eller samhandlingsavtalene
- Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunen og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, Sosial- og helsedirektoratet 2006
- Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 2013, Helsedirektoratet – NPR 2014
- Organisering og praksis i ambulante akutt-team ved distriktpsikiatriske sentre, Helsedirektoratet 2014
- Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2013, Helsedirektoratet – NPR 2014
- Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013, Helsedirektoratet 2014
- Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester, Helsedirektoratet 2008
- Barn av foreldre med psykisk lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser, Folkehelseinstituttet 2011
- Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende, Helsedirektoratet 2012
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, Helsedirektoratet 2008 – noe nyere?
- Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet, Helsedirektoratet 2010
- Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge, Helsetilsynet 2012
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017, Helsedirektoratet 2014
- Behandlingsforløp i det psykiske helsevernet for barn og unge – varighet og omfang av poliklinisk behandling, Helsedirektoratet 2011
- Landsdekkende tilsyn BUP tilsynsmelding 2014
- 100 råd som fremmer recovery, NAPHA 2015
- Samdata for spesialisthelsetjenesten 2014
- Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2014
- Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud
- Bedre kvalitet – økt frivillighet HOD 2012 – 2015 st.m. nr 26
- Fremtidens primærhelsetjeneste 2014 – 2015 utgitt mai 2015
- Program for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2007 - 2010
- Helse på barns premisser
- Gunnar Morkens m fl artikkel i legetidsskriftet

16 Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1: Antall private avtalespesialister og årsverk innen Psykiatri etter arbeidssted, 2015; Kilde Helse Midt-Norge RHF.....	19
Tabell 2: Antall avtalespesialister innen "Klinisk psykologi" per HF-område i HMN, 2015; Kilde: Helse Midt-Norge RHF.....	20
Tabell 3: Antall oppholdsdøgn, oppholdsdager og polikliniske konsultasjoner per institusjon i HMN, 2013; Kilde: Helsedirektoratet/SAMDATA.....	22
Tabell 4: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHBU etter behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde Helsedirektoratet.....	30
Tabell 5: Andel fristbrudd innen PHBU per behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet	31
Tabell 6: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter i PHV etter behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde Helsedirektoratet.....	33
Tabell 7: Andel fristbrudd innen PHV etter behandlingssted i HMN, 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet	34
Tabell 8: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR.....	42
Tabell 9: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR.....	44
Tabell 10: Utskrivninger i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR	45
Tabell 11: Utskrivninger i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR	46
Tabell 12: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR.....	46
Tabell 13: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR.....	47
Tabell 14: Antall psykologer i offentlig praksis og private avtalespesialister, 2012 og 2013; Kilde: SAMDATA	49
Tabell 15: Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet for barn og unge 2013; Kilde: SAMDATA	49
Tabell 16: Årsverk etter personellkategori i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetak 2013; Kilde: SAMDATA	49
Tabell 17: Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre, 2011 og 2014; Kilde: Helsedirektoratet / Gjennomsnitt er regnet ut av Deloitte	53
Tabell 18: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan i psykisk helsevern per klinikk i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet	56
Tabell 19: Andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per klinikk i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	58
Tabell 20: Andel epikriser sendt ut etter 1 og 7 dager per klinikk i Helse Midt-Norge i 2014; Kilde: Helsedirektoratet	60
Tabell 21: Andel henvisninger vurdert innen 10 dager per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	61
Tabell 22: Andel pasienter med registrert hoveddiagnose (akse1) for barn og unge i psykisk helsevern på klinikknivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	63

Tabell 23: Andel pasienter som har startet behandling innen 65 dager etter at henvisning er vurdert, barn og ungdom under 23 år i psykisk helsevern, på klinikknivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet64

Tabell 24: Samhandlingsprosjekter innen PH som fikk midler fra HMN, 2014; Kilde: Hjemmesiden HMN RHF.....66

Figur 1: Interessentanalyse for fase 1 som viser hvem som skal involveres og informeres 9

Figur 2: Interessentanalyse for fase 2 som viser hvem som skal involveres og informeres 9

Figur 3: Vurdering av forbedringspotensial for kartlagte område innen psykisk helsevern, prosjektgruppen PHV; 2015 12

Figur 4: Tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge RHF, 2013; Kilde: Helsedirektoratet/SAMDATA 2013; Deloitte egensammenstilling14

Figur 5: Organisasjonskart - Klinikk for psykisk helsevern, Helse Møre og Romsdal HF, 2012; Kilde: Hjemmesiden Helse Møre og Romsdal HF, 2015 16

Figur 6: Organisasjonskart – Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Møre og Romsdal HF, 2015; Kilde: Avdelingssjef Manuela Strauss.....17

Figur 7: Divisjon Psykisk helsevern, St. Olavs Hospital HF, 1.3.2014; Kilde: Hjemmesiden St. Olavs Hospital HF, 2015 18

Figur 8: Psykiatrisk klinikk Helse Nord-Trøndelag HF; Kilde: Hjemmesiden Helse Nord-Trøndelag, 2015, Deloitte egen framstilling19

Figur 9: Antall pasienter i det psykiske helsevernet for hhv. barn og unge og voksne 2009-2013, landsbasis; Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2013.....21

Figur 10: Antall polikliniske konsultasjoner i hhv. PHBU og PHV (inkl. priv. avtalesp.) per HF-område i HMN, 2010 - 2013; Kilde: SAMDATA (aktivitet), SSB (befolkning).....23

Figur 11: Antall døgnpasienter i hhv. PHBU og PHV per HF-område i HMN, 2010 - 2013; Kilde: SAMDATA (aktivitet), SSB (befolkning)23

Figur 12: Kostnader inkl. avskrivninger, etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel, Psykisk helsevern for barn og unge; Kilde: SSB24

Figur 13: Kostnad per pasient PHBU etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 201425

Figur 14: Kostnad per konsultasjon PHBU etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 201425

Figur 15: Kostnader inkl. avskrivninger, etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel, Psykisk helsevern for voksne; Kilde: SSB26

Figur 16: Kostnad per pasient PHV etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 201427

Figur 17: Kostnad per konsultasjon PHV etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 201427

Figur 18: Kostnad per oppholdsdøgn PHV etter helseforetak, 2013; Kilde: SAMDATA 2014.....28

Figur 19: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHBU 2012-2014 per RHF; Kilde: Helsedirektoratet.....29

Figur 20: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHBU 2012-2014 per HF; Kilde: Helsedirektoratet.....	30
Figur 21: Utvikling av andel fristbrudd PHBU per RHF 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet	31
Figur 22: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHV 2012-2014 per RHF; Kilde: Helsedirektoratet.....	32
Figur 23: Gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart for rettighetspasienter innen PHV 2012-2014 per HF i HMN; Kilde: Helsedirektoratet.....	32
Figur 24: Andel fristbrudd innen PHV per RHF, 2012-2014; Kilde: Helsedirektoratet.....	33
Figur 25, Årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år i det psykiske helsevernet, NPR	37
Figur 26, Totale årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge, NPR	38
Figur 27, Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre i det psykiske helsevernet, NPR	38
Figur 28, Totale årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre i det psykiske helsevernet for voksne, NPR	39
Figur 29: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR.....	40
Figur 30: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR.....	40
Figur 31: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR.....	41
Figur 32: Døgnpasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR.....	41
Figur 33: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år i det offentlige psykiske helsevernet for barn og unge; Kilde: NPR.....	42
Figur 34: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre totalt i det offentlige psykiske helsevernet og hos avtalespesialister for voksne; Kilde: NPR.....	43
Figur 35: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i det offentlige psykiske helsevernet for voksne; Kilde: NPR.....	43
Figur 36: Polikliniske pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre hos avtalespesialister for voksne; Kilde: NPR	44
Figur 37: Utskrivninger i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR.....	45
Figur 38: Utskrivninger i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR	45
Figur 39: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for barn og unge. Per 10 000 innbyggere 0-17 år; Kilde: NPR	46
Figur 40: Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre; Kilde: NPR	47
Figur 41: Antall døgnplasser per 10 000 innb. i det psykiske helsevernet per pasientenes bostedsområde, 2013; Kilde: Helsedirektoratet/SAMDATA.....	48
Figur 42: Årsverk per 10 000 innbyggere i PHBU, fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013; Kilde: SAMDATA	50
Figur 43: Årsverk per 10 000 innbyggere i PHV, fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013; Kilde: SAMDATA	50
Figur 44: Årsverk per 10 000 innbyggere i PH totalt, fordelt etter pasientenes bostedsområde 2013; Kilde: SAMDATA	50

Figur 45: Gjennomsnittlig poengsum, fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre, Norge samlet; Kilde: Helsedirektoratet / Gjennomsnitt er regnet ut av Deloitte	52
Figur 46: Beregnet gjennomsnitt, fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre; Kilde: Helsedirektoratet / Gjennomsnitt er regnet ut av Deloitte	52
Figur 47: Antall inntak til TO (tvungen observasjon) / TPH (tvungen psykisk helsevern) per 1 000 innbyggere, 2012; Kilde: Helsedirektoratet.....	54
Figur 48: Antall inntak til TO/TPH per 1000 innbyggere per helseforetak (behandlingssted), 2012; Kilde: Helsedirektoratet.....	54
Figur 49: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan i psykisk helsevern per RHF og totalt i Norge; Kilde: Helsedirektoratet	55
Figur 50: Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan i psykisk helsevern per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet	56
Figur 51: Andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per RHF og totalt i Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	57
Figur 52: Andel pasienter i psykisk helsevern med registrert spesifisert hoveddiagnose per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	57
Figur 53: Andel epikriser sendt ut etter 1 og 7 dager per RHF og totalt i Norge i 2014; Kilde: Helsedirektoratet	59
Figur 54: Andel epikriser sendt ut etter 1 og 7 dager per HF i Helse Midt-Norge i 2014; Kilde: Helsedirektoratet.....	59
Figur 55: Andel henvisninger vurdert innen 10 dager per RHF og totalt i Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	60
Figur 56: Andel henvisninger vurdert innen 10 dager per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet	61
Figur 57: Andel pasienter med registrert hoveddiagnose for barn og unge i psykisk helsevern på RHF-nivå og i Norge totalt; Kilde: Helsedirektoratet	62
Figur 58: Andel pasienter med registrert hoveddiagnose (akse1) for barn og unge i psykisk helsevern på HF-nivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet	62
Figur 59: Andel pasienter som har startet behandling innen 65 dager etter at henvisning er vurdert, barn og ungdom under 23 år i psykisk helsevern, på RHF-nivå og i Norge totalt; Kilde: Helsedirektoratet	63
Figur 60: Andel pasienter som har startet behandling innen 65 dager etter at henvisning er vurdert, barn og ungdom under 23 år i psykisk helsevern, på HF-nivå i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	64
Figur 61: Fremskrevet befolkningsvekst for fylkene i Midt-Norge, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	71
Figur 62: Fremskrevet befolkningssammensetning Møre og Romsdal fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	72
Figur 63: Fremskrevet befolkningssammensetning Sør-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	72
Figur 64: Fremskrevet befolkningssammensetning Nord-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	73
Figur 65: Insidensutvikling (utvikling i antall nye registrerte tilfeller) av psykiske lidelser pr 100 000 innbyggere i perioden 1990 - 2008 fordelt på aldersgrupper; Kilde: Helsedirektoratet	74
Figur 66: Vurdering av forbedringspotensial for kartlagte område innen psykisk helsevern, prosjektgruppen PHV; 2015	79

