

Delrapport - Fase 2

# Regional plan for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2016-2020

Dato 19/04/2016  
Versjonsnr. 1.0

Godkjent av Kjell Åsmund Salvesen  
Dato 19/04/2016



# INNHALDSFORTEGNELSE

BEGREPSAVKLARING OG FORKORTELSER.....	3
1 INNLEDNING.....	4
1.1 BAKGRUNN OG MANDAT FOR PLANARBEIDET.....	4
1.2 MÅL FOR PROSJEKTET.....	4
1.3 ORGANISERING AV ARBEIDET.....	5
1.4 OPPBYGNING AV RAPPORTEN.....	6
2 SENTRALE FØRINGER.....	7
2.1 NASJONALE FØRINGER.....	7
2.2 REGIONALE FØRINGER.....	7
3 OPPSUMMERING AV TILTAK.....	9
KAP. 4 FELLES TILTAK FOR PHBU OG PHV.....	9
KAP. 5 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (PHBU).....	9
KAP. 6 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (PHV).....	10
KAP. 7 FELLES TILTAK FOR TSB OG PSYKISK HELSEVERN.....	10
4 FELLES TILTAK FOR PHBU OG PHV.....	12
4.1 FORSKNING, INNOVASJON OG FAGUTVIKLING.....	12
4.2 KOMPETANSE, KAPASITET OG KVALITET.....	16
4.3 BRUKERMEDVIRKNING.....	20
5 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (PHBU).....	22
5.1 REGIONALE FUNKSJONER OG SPESIALFUNKSJONER.....	22
5.2 AKUTT/MOTTAK.....	25
5.3 ELEKTIV BEHANDLING.....	27
5.4 REHABILITERING/OPPFØLGING.....	29
6 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (PHV).....	30
6.1 REGIONALE FUNKSJONER OG SPESIALFUNKSJONER.....	30
6.2 AKUTT/MOTTAK.....	34
6.3 ELEKTIV BEHANDLING.....	36
6.4 REHABILITERING/OPPFØLGING.....	40
7 FELLES TILTAK FOR TSB OG PSYKISK HELSEVERN.....	43
7.1 INTRODUKSJON.....	43
7.2 BESKRIVELSE AV TILTAK.....	44
8 VEDLEGG.....	49
8.1 VEDLEGG 1: FORSKNING, INNOVASJON OG FAGUTVIKLING.....	49
8.2 VEDLEGG 2: FASE1-RAPPORT.....	51
8.3 VEDLEGG 3: SIKKERHETSPSYKIATRI-RAPPORT.....	51

## Begrepsavklaring og forkortelser

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
BUP	Barne- og ungdomspsykiatri
VOP	Voksenpsykiatri
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV	Psykisk helsevern for voksne
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
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
LMS	Lærings- og mestringscenter
RVTS	Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
ACT	Assertive community treatment

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og mandat for planarbeidet

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.

Dokumentet *Prosjektoppdrag, Psykisk helsevern, Regional Plan 2016-2020, Versjon 2.0* beskriver prosjektet og mål for prosjektet.

Nåsituasjonsbeskrivelsen av psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (fase1-rapporten) ble levert styringsgruppen i endelig versjon i september 2015. Fase1-rapporten ligger vedlagt.

Denne rapporten (fase2-rapporten) inneholder prosjektgruppens forslag til regional plan og anbefalinger på tiltak i henhold til områder som ble pekt ut som prioriterte områder i arbeidet med nåsituasjonsbeskrivelsen.

## 1.2 Mål for prosjektet

Oppsummert fra prosjektoppdraget er følgende mål for regional plan og fase2-rapporten:

Formålet med å utarbeide ny plan for psykisk helsevern (PH) er å ha en strategi som omsetter nasjonale og regionale føringer til god utvikling av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i Midt-Norge.

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. 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 god og samordnet akutt-tjeneste, elektiv utredning og behandling samt rehabilitering, der ressursene blir utnyttet på best mulig måte i samhandling mellom offentlige og private aktører (eks. avtalespesialister, fritt behandlingsvalg, NAV).

### 1.2.2 Resultatmål

Resultatmålet i fase 2 er å ha et utarbeidet utkast til regional plan for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge. Regional plan skal blant annet beskrive:

- utvikling av standardiserte pasientforløp som gir lik kvalitet og tilgjengelighet i hele regionen
- pasienter og pårørendes deltakelse i utforming av tjenestetilbudet
- god utnyttelse av ressursene og bærekraftig økonomi, der psykisk helsevern har større vekst enn somatikk og der veksten er størst innen DPS og PHBU
- indikatorer for å følge utvikling og måloppnåelse
- behovet for kunnskapsutvikling, utdanning og forskning
- bruk av IKT for dokumentasjon, administrasjon og behandling/pasientkontakt

Rapporten er ikke strukturert direkte etter resultatmålene, men innholdet er likevel dekket fullt ut.

### 1.3 Organisering av arbeidet

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

Styringsgruppen har ansvar både for TSB-prosjektet og PH-prosjektet. Programleder og programstøtte fra Deloitte er også felles for begge prosjektene. Prosjektgrupeledere og rådgivere fra HMN RHF Avdeling for helsefag, forskning og utdanning deltar i styringsgruppemøter. Prosjektene har ikke egne referansegrupper, men har innhentet innspill fra blant annet kommunene og tillitsvalgte ut fra problemstilling.

Følgende prosjektgruppe, med medlemmer fra alle HF-ene, ble etablert for prosjektet:

Navn	Enhet	E-post
Randolf T. Vågen	Prosjektgrupeleder, HMN	randolf.terje.vagen@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 Klæbo 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 Aanonsen	STO	Chris.Margaret.Aanonsen@stolav.no
Dag Stormbo (fase 1)	STO (tillitsvalgt, Akademikerne)	Dag.Stormbo@stolav.no
Lindy Jarosch-von Schweder (fase 2)	STO (tillitsvalgt, Akademikerne)	Lindy.Jarosch-von.Schweder@stolav.no

#### Kommunal involvering i planarbeidet

Erfaringer med planarbeid i regi av Helse Midt-Norge RHF er at kommunale representanter ikke kan uttale seg på vegne av flere. Muligheter for samarbeid varierer ut fra hvilket helseforetak det gjelder, hvilke kommuner det gjelder og hvilken geografi og demografi som gjelder. I dette arbeidet med regionale planer for TSB og psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, ble kommunal deltakelse og mulighet for påvirkning utført ved et møte med kommuneregioner i kartleggingsfasen (fase 1). I utviklingen av selve planen har to administrative samarbeidsutvalg blitt presentert for problemstillingene fra fase 1 og kommet med innspill.

For å kunne legge føringer for HF-enes samarbeid med kommunene, har veilederen «*Sammen om mestring*»<sup>1</sup> blitt brukt som veiledende for gjensidige forventninger. Dette arbeidet skal gjennomføres ved hjelp av faglige samarbeidsutvalg og administrative samarbeidsutvalg. Rapporten fra planarbeidet sendes på høring til kommunene.

## 1.4 Oppbygning av rapporten

Denne rapporten starter med sentrale nasjonale og regionale føringer som er retningsledende for psykisk helsevern-arbeidet i Helse Midt-Norge.

Alle tiltakene som er utformet i dette arbeidet er listet opp i kapittel 3. Videre følger et kapittel med felles tiltak for PHBU (psykisk helsevern for barn og unge) og PHV (psykisk helsevern for voksne) innenfor områdene forskning, innovasjon og fagutvikling, kompetanse, kapasitet og kvalitet og brukervedvirkning. Videre følger tiltak innenfor hhv PHBU og PHV, hvor tiltakene er strukturert etter behandlingsområdene regionale funksjoner og spesialfunksjoner, akutt/mottak, elektiv behandling og rehabilitering.

Kapittel 7, Felles tiltak for TSB og psykisk helsevern, inneholder tiltak som er felles for fase2-rapportene til psykisk helsevern og TSB. Tiltakene i dette kapitlet er utformet med bakgrunn i felles diskusjoner mellom begge prosjektgruppene.

---

<sup>1</sup> IS-2076: Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Helsedirektoratet 2014

## 2 Sentrale føringer

### 2.1 Nasjonale føringer

«Den gyldne regel» om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en høyere årlig vekst enn somatikken er vedtatt og førende helsepolitikk fra regjeringen i Norge.

Fra nasjonale styrende dokumenter er det også vektlagt at det skal satses på DPS og BUP i psykisk helsevern. Dette er også beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) som ble lagt frem november 2015. Denne planen gir viktige føringer for videre utvikling av psykisk helsevern i planperioden.

Oppdatert, evidensbasert kunnskap om hva som har best virkning både på den enkelte og som gir best kost-nytte effekt må være førende i psykisk helsevern, som for alle andre fag.

Helse Midt-Norge får årlige føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet. Helse- og omsorgsdepartementet stiller i oppdragsdokumentet til disposisjon de midlene Stortinget har bevilget for kommende år. Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre oppgavene og styringskravene innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentet.

Andre nasjonale føringer for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten:

- Meld. St. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
- Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB
- «Sammen om mestring» - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)

### 2.2 Regionale føringer

De førende retningslinjene fra Helse Midt-Norge RHF er gjennom visjon, verdier og mål uttrykt på følgende måte:

#### **Visjonen:**

*«Sammen med deg for din helse»*

#### **Verdiene:**

- Respekt
- Trygghet
- Kvalitet

#### **Målene:**

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- Rett kompetanse på rett tid til rett sted
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Økonomisk bærekraft

I regionens arbeid med å nå hovedmålene i Strategi 2020 er arbeidet konsentrert til hovedstrategiene «Bedre pasientsikkerhet og kvalitet» og «Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom». Disse hovedstrategiene skal realiseres gjennom:

1. Sterkt fokus på å utvikle pasientens helsetjeneste
2. Ta i bruk pasientens egne ressurser
3. Standardisering og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser støttet av hensiktsmessige IKT-løsninger
4. Bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten
5. Videreutvikle tverrfaglige, kompetente og bærekraftige fagmiljøer
6. Systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet

Ved en gjennomgang av Strategi 2020 i 2013 ble det tatt noen strategiske grep, og følgende ble vedtatt som prioriteringsområder fremover:

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling



### 3 Oppsummering av tiltak

Denne rapporten beskriver en rekke tiltak for å utvikle psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF i planperioden 2016-2019.

De mest sentrale områdene med tiltak som prosjektgruppen mener må prioriteres høyest er:

- Forskning, innovasjon og fagutvikling (se tiltakene i kapittel 4.1)
- Kompetanse, kapasitet og kvalitet (spesielt tiltak 1-3 i kapittel 4.2)
- Utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) (gjelder flere tiltak)
- Samhandling – internt i HF-ene, mellom HF-ene og med kommunen (gjelder flere tiltak)
- Brukermedvirkning (se tiltak i kapittel 4.3)

I dette kapittelet er alle tiltakene i denne rapporten oppsummert. Innenfor hvert område, med unntak av felles tiltak for TSB og PH, er tiltakene beskrevet i prioritert rekkefølge.

#### Kap. 4 Felles tiltak for PHBU og PHV

##### **Forskning, innovasjon og fagutvikling**

1. Sikre at implementering av nye behandlingsmåter skjer i henhold til en helhetlig strategi
2. Sikre kontinuerlig faglig oppdatering av ansatte
3. Sørg for klinisk og pasientnær forskning og fagutvikling ved alle klinikker
4. Styrke og strukturere samarbeidet mellom helseforetakene og universitet/høgskole
5. Sikre innovasjon av arbeidsformer og tjenestetilbud

##### **Kompetanse, kapasitet og kvalitet**

1. Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse
2. Sikre tilstrekkelig kapasitet og utnyttelse av kapasiteten i alle HF
3. Utvikle og tydeliggjøre bruksområder for e-helsetjenester
4. Forbedre og sikre spesialisthelsetjenestens tilbud til flyktninger
5. Sikre tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og hørselshemming

##### **Brukermedvirkning**

1. Sikre god pasientmedvirkning i behandlingen
2. Opprette egne brukergrupper for psykisk helsevern i alle HF, samt sørge for brukerrepresentasjon fra brukerorganisasjonene innenfor psykisk helsevern i alle brukerutvalg
3. Sikre brukerinvolvering i pasientforløpsarbeidet

#### Kap. 5 Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

##### **Regionale funksjoner og spesialfunksjoner:**

1. Opprette regional ressursgruppe med kompetanse på voldsriskovurdering for barn og unge og vurdering av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer
2. Utarbeide regional beredskapsplan for sikkerhetspsykiatri
3. Innføre regionalt veiledningsteam innenfor spiseforstyrrelser, samt øke alle klinikkenes kompetanse på området
4. Etablere kompetansenettverk for barn og unge med psykose

##### **Akutt/mottak:**

1. Opprettholde kapasitet til akutt drift (poliklinikk og døgn)
2. Utvikle akuttsamarbeid med Bufetat og barnevern i alle HF

**Elektiv behandling:**

1. Sikre bred kompetanse på spesialisthelsetjenestenivå og hensiktsmessig bruk av ambulante tjenester
2. Benytte utpekte arbeidsgrupper til å utarbeide regional omforent behandlings- og utredningspraksis på områder hvor det er behov for dette
3. Tydeliggjøre ansvarsfordelingen for utviklingshemmede med psykiske lidelser

**Rehabilitering/oppfølging:**

1. Sikre god oppfølging gjennom godt samarbeid med kommunene og sikre at oppgavene fordeles riktig og ressursene brukes riktig på alle nivåer

**Kap. 6 Psykisk helsevern for voksne (PHV)****Regionale funksjoner og spesialfunksjoner:**

1. Regionale funksjoner skal evalueres jevnlig for å vurdere om det er behov for tilbudet
2. Opprette døgnplasser til utviklingshemmede med psykisk lidelser og utfordrende atferd
3. Styrke sikkerhetspsykiatritilbudet
4. Sikre kapasitet og finansiering av Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)
5. Sikre tilbudet innenfor habilitering, traumer og eldre med psykiske lidelser

**Akutt/mottak:**

1. Innføre regionale retningslinjer for krav til kvalitet i akutfunksjonen
2. Sørg for sammenheng i behandlingsløpet etter akuttbehandling

**Elektiv behandling:**

1. Bedre tilrettelegging for bruk av ambulante tjenester
2. Utvikle, tydeliggjøre og implementere pasientforløp
3. Bedre rammebetingelser for målrettet dagbehandling
4. Videreutvikle medikamentfrie behandlingstilbud
5. Øke kvaliteten på dokumentasjon både i og fra spesialisthelsetjenesten
6. Bedre samarbeidet med avtalespesialistene

**Rehabilitering**

1. Samarbeid rundt oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten for å få til et optimalt rehabiliteringsforløp og optimal bruk av ressursene
2. Sikre god rehabilitering gjennom forankring hos brukerne, i pasientforløp og individuell plan
3. Legge til rette for bedre samhandling internt i helseforetakene

**Kap. 7 Felles tiltak for TSB og psykisk helsevern**

- Etablere et strukturert samarbeid forankret i ledelsen
- Utrede behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker
- Etablere praksis for kommunikasjon og konsultasjon fremfor henvisninger mellom fagfeltene
- Bestemme og implementere felles prosedyre for pasienter som innlegges etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte avdelinger/seksjoner i psykisk helsevern
- Tydeliggjøre og avklare behov for ny rettighetsvurdering ved overgang mellom TSB og psykisk helsevern

- Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB
- Fortsette med og videreutvikle internundervisning og kompetansedeling på tvers av fagfeltene

## 4 Felles tiltak for PHBU og PHV

### 4.1 Forskning, innovasjon og fagutvikling

#### 4.1.1 Tiltak 1: Sikre at implementering av nye behandlingsmåter skjer i henhold til en helhetlig strategi

##### Utfordringsbildet

Psykisk helsevern er i stor utvikling innen psykologisk, sosial og biologisk forståelse og behandlingsmetoder. Det er viktig at ny kompetanse, faginsikt og behandlingsmåter blir tatt i bruk i klinikkene.

En utfordring i dag er at det tar for lang tid før nye behandlingsmetoder blir implementert. I tillegg blir nye behandlingsmåter i noen tilfeller innført på grunn av enkeltpersoners initiativ, fremfor gjennom en helhetlig plan. Det er et lederansvar å bestemme og ta ansvar for hva som skal implementeres.

##### Tiltak

- Ansvarlig ledelse ved klinikkene skal ha en overordnet strategi og målsetting om innføring og evaluering av nye behandlings- og utredningsmetoder.
- Nye utrednings- og behandlingsmetoder skal være gjennomgått med hensyn til faglig kvalitet og kost-nytte før implementering.
- Utvikling og implementering av pasientforløp skal benyttes som en metode for å sikre rask og god faglig begrunnet implementering av nye behandlingsmåter.

##### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Forskning og fagutvikling kommer pasientene til gode når de implementeres i behandlingen. En helhetlig strategi for implementering av nye behandlingsmåter sikrer kvalitetssikring av behandlingsmåtene.

#### 4.1.2 Tiltak 2: Sikre kontinuerlig faglig oppdatering av ansatte

##### Utfordringsbildet

Det er forbedringsmuligheter knyttet til å ha en overordnet kompetanseplan i HF-ene, som sikrer adekvat faglig utvikling. Kontinuerlig faglig oppdatering av alle yrkesgruppene er med på å bidra til at nye behandlingsmetoder blir implementert på best mulig måte. Det er ikke like godt tilrettelagt for alle ansatte å sikre seg nødvendige faglige oppdateringer ved de ulike klinikkene.

Både kompetansesentrene og klinikkene driver faglig utvikling i Midt-Norge. Dette er ikke alltid like godt koordinert.

##### Tiltak

- Den ansatte har ansvar for å være faglig oppdatert, men arbeidsgiver har ansvar for å legge til rette for dette gjennom å legge til rette for f.eks. faglig fordypning, deltakelse på kurs og konferanser, forskning og nettverksbygging.
- HF-ene skal ha overordnede kompetanseplaner, og de ansattes individuelle kompetanseplaner må være i samsvar med disse.
- Helse Midt-Norge RHF må gi innspill til Helsedirektoratet om strukturen, mandatet og oppgavene til kompetansesentrene. Aktivitetene og fagutviklingen i kompetansesentrene og klinikkene må koordineres på overordnet nivå.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

De ansatte har bedre forutsetninger for å kunne ta i bruk ny fagutvikling når de selv er faglig oppdatert.

De samlede ressursene utnyttes på best mulig måte i fagutvikling og implementering gjennom overordnet koordinering av fagutvikling i klinikker og kompetansesentre.

#### **4.1.3 Tiltak 3: Sørg for klinisk og pasientnær forskning og fagutvikling ved alle klinikker**

##### **Utfordringsbildet**

Forskning og fagutvikling er pålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten, likeverdig med pasientbehandling og opplæring av personell, pasienter og pårørende. Fokus på nødvendig klinisk drift, særlig på små og desentraliserte enheter med liten bemanning, kan komme i konflikt med å skulle prioritere tid til forskning. En annen utfordring er manglende overordnet og helhetlig plan for fagutvikling og forskning på de ulike klinikkene. Sammenlignet med somatikken er antall ledere med forskningsbakgrunn lav i psykisk helsevern, noe som kan være med å påvirke forskningsaktiviteten ved klinikkene.

For å kunne komme frem til klinisk relevante og pasientnære forskningstemaer, er klinisk erfaring innen psykisk helsevern en forutsetning nyutdannede ofte mangler.

I Helse Midt-Norge har det vært lite forskning og fagutvikling innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, sammenlignet med voksenpsykiatrien.

##### **Tiltak**

- HF-ene skal sørge for at alle klinikkene er tilknyttet fagavdelinger for forskning og utvikling (FoU) og driver klinisk og pasientnær forskning og fagutvikling. Ledere må sørge for at forskning og fagutvikling skjer i henhold til en overordnet plan.
- Forskning i BUP skal prioriteres.
- HF-ene skal satse på rekruttering av kliniske spesialister til forskning i klinikkene, både på PhD- og post.doc-nivå. Det må vurderes tiltak for å gjøre det mer attraktivt for spesialister å søke denne type stillinger.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Hovedformålet med økt klinisk relevant og pasientnær forskning er å kunne tilby bedre pasientbehandling på sikt. Dette skjer blant annet gjennom at den kliniske praksisen i enheten generelt styrkes av at det drives forskning inkludert faglig oppdatering i enheten, samt anvendelse av den nye kunnskapen som fremkommer. I tillegg til egen forskning, vil klinikere som driver forskning gi bedre og raskere vurdering av kvaliteten av andres nye forskningsresultater, behandlingsmetoder og utredningsverktøy.

#### **4.1.4 Tiltak 3: Styrke og strukturere samarbeidet mellom helseforetakene og universitet/ høyskole**

##### **Utfordringsbildet**

I «Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020»<sup>2</sup> er det beskrevet at det er behov for samarbeid på alle nivå mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren (UH-

---

<sup>2</sup> Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020, vedlegg til styresak HMN RHF 90-15 (2015)

sektoren) for å kunne håndtere spesialisthelsetjenestens utfordringer. Universitetssykehuset i Trondheim, som er et formelt samarbeid mellom St. Olavs Hospital og NTNU v/det medisinske fakultet, gir store muligheter for samarbeid mellom sektorene, men det er også behov for samarbeid med andre forskningsaktører i regionen. Resten av NTNU, andre høyskoler/universitet i regionen og SINTEF har store ressurser som helsetjenesten har behov for å samarbeide med. Forskningssamarbeidet mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge og UH-sektoren har ikke vært særlig omfattende innenfor psykisk helsevern til nå.

### **Tiltak**

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene skal etablere et strukturert samarbeid med relevante universitet/høyskoler i regionen. Samarbeidsavtaler ol. må være på plass og operasjonaliseres slik at alle klinikere føler i sin hverdag at de arbeider i et samspill mellom helseforetak og universitet/høyskole.
- Samarbeidet med universitet/høyskole skal benyttes til å påvirke innholdet i helsefagutdanningene, slik at nyutdannede innehar nødvendig og relevant klinisk kompetanse etter endt utdanning.
- Ansatte i HF-ene skal samarbeide om forskning sammen med universitet/høyskole i de tilfellene hvor det er aktuelt. Dette gjelder på tvers av sektorene, men også på tvers av fagfeltene innenfor helseforetakene. For å følge opp dette tiltaket skal det etableres indikatorer som måler sammensetning i forskningsprosjektene «As-One-faktor» som gir uttrykk for tverrfagligheten i forskningsprosjektene.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Et strukturert og operasjonalisert samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF/helseforetakene og UH-sektoren vil bidra til bedre forskning, utdanning og fagutvikling i regionen. Dette vil igjen bidra til økt kvalitet i helsetjenestene gjennom mer klinikk- og pasientnær forskning.

#### **4.1.5 Tiltak 4: Sikre innovasjon av arbeidsformer og tjenestetilbud**

### **Utfordringsbildet**

Med innovasjon i Helse Midt-Norge<sup>3</sup> menes utvikling av nye produkter, tjenester eller organisasjonsformer som bidrar til en styrket helsetjeneste i form av økt kvalitet, forbedrede arbeidsprosesser og økt sikkerhet for pasienter og ansatte. Gjennom dette skapes en merverdi. Satsingsområder for innovasjon er pasientsikkerhet og kvalitet, metoder for implementering av ny kunnskap, forbedringsprosjekter (logistikk, IKT, samhandling, standardiserte pasientforløp) og å utnytte potensialet i kliniske innovasjonsstudier.

### **Tiltak**

- I eksisterende og nye forsknings- og utviklingsprosjekter skal potensialet for innovasjon identifiseres og konkretiseres.
- Pasientenes innspill og ideer til forbedring skal tas vare på og gi muligheter for systematisk utvikling av nye arbeidsformer.
- Gjennom regionale konferanser i psykisk helsevern bør regional og lokal forskning, god praksis og nye arbeidsformer formidles og deles.
- Fagledernettsverk og ledernettsverk må initiere regionalt samarbeid om innovasjon.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

---

<sup>3</sup> Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016-2020, vedlegg til styresak HMN RHF 90-15 (2015)

Ved å ta vare på potensialet og videreformidle forskning og fagutvikling, og dyrke fram gode ideer fra pasienter og ansatte kan utviklingen av produkter, tjenester og nye organisasjonsformer gis bedre muligheter og skje raskere.

## 4.2 Kompetanse, kapasitet og kvalitet

### 4.2.1 Tiltak 1: Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse

#### Utfordringsbildet

Det er stadig økende krav til subspesialisering i spesialisthelsetjenesten, samtidig som det behov for generell spesialistkompetanse. Dette stiller krav til kompetansen til de ansatte i spesialisthelsetjenesten og behovet for etter- og videreutdanning hos alle yrkesgrupper vil øke.

Som belyst i fase1-rapporten, har Helse Midt-Norge lavere antall leger og psykologer totalt per innbygger enn landsgjennomsnittet. Dette gjelder både innenfor PHBU og PHV. Innad i Helse Midt-Norge er det varierende hvor mange lege- og psykologspesialister som er tilknyttet de ulike klinikkene. Det oppleves utfordrende å rekruttere nok lege- og psykologspesialister, særlig på mindre steder.

#### Tiltak

- HF-ene skal sørge for å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse ved alle klinikkene. Dette må gjøres gjennom aktiv og strukturert rekruttering, samt ivaretagelse og videreutvikling av de ansatte man har. Samarbeid mellom helseforetakene i regionen må etableres.
- Det skal legges til rette for at alle yrkesgrupper kan få nødvendig etter- og videreutdanning for å tilfredsstillende spesialisthelsetjenestens krav til samlet kompetanse.
- Hvert HF bør ha samme antall psykologer og leger per innbygger som lands gjennomsnittet i landet.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Tilstrekkelig og riktig kompetanse ved alle klinikkene vil bidra til å kunne drive behandling av tilfredsstillende og gjerne fremragende kvalitet i hele regionen på en kostnadseffektiv måte. Sikring av en tilstrekkelig kompetanse i spesialisthelsetjenesten vil gi økt effektivisering på grunn av større differentialdiagnostisk kunnskap og bredere behandlingskompetanse som vil kunne redusere tidsbruk i utredning og behandling. Dette vil videre kunne gi økt kapasitet ved bedre gjennomstrømning av pasienter.

### 4.2.2 Tiltak 2: Sikre tilstrekkelig kapasitet og utnyttelse av kapasiteten i alle HF

#### Utfordringsbildet

Fase1-rapporten beskriver varierende kapasitet i Helse Midt-Norge av døgnplasser for PHBU og PHV og Helse Midt-Norge RHF har totalt sett lavere døgnplasskapasitet enn landsgjennomsnittet. Prosjektgruppen erfarer at kapasitetstall registrert i nasjonale registre ikke stemmer med faktisk kapasitet. Dette er utfordrende når viktige beslutninger tas på bakgrunn av disse tallene.

Det er en ønsket utvikling at behandlingstilbudene i psykisk helsevern får en vridning til mer ambulant og poliklinisk behandling. Dette reduserer noe av behovet for døgnplasser. Det er viktig å finne den rette balansen mellom ambulante tilbud, poliklinikk og døgntilbud. Ambulante tjenester bidrar til at flere kan få behandling og at færre har behov for innleggelse, men er samtidig mer ressurskrevende. Ved ambulant tilbud er det viktig å sikre samarbeid og ikke overlapp med kommunale tilbud. I dag er det store variasjoner mellom HF-ene om når ambulant behandling gis.

#### Tiltak



- Helse Midt-Norge RHF skal sammen med HF-ene gjennomføre en analyse av samlet kapasitet (ambulant, poliklinikk, dag og døgn) innenfor psykisk helsevern. Analysen må se på hvordan man best mulig kan utnytte den samlede kapasiteten og ikke ambulant-, poliklinisk-, dag- og døgnkapasitet hver for seg.
- Videre er det et lederansvar å utnytte den totale kapasiteten på mest mulig hensiktsmessige måte gjennom å tenke hele pasientforløp fremfor silotankegang om ambulant-, poliklinisk-, dag- og døgnkapasitet hver for seg. Den totale kapasiteten innenfor hvert HF skal være på nasjonalt nivå.
- Fagledernetverkene bør i samarbeid med spesialisters vurdering utforme retningslinjer for bruk av ambulante tjenester, slik at ressursene i HF-ene kan utnyttes til det beste for alle pasientene.
- Alle helseforetak skal ha et vaktssystem som sikrer pasienten spesialistvurdering innen 24 timer ved innleggelse.
- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene skal sikre at kapasitet som rapportertes til nasjonale registre samsvarer med faktisk kapasitet.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Med en gjennomgang av den totale kapasiteten i hvert HF og en justering av samlet kapasiteten til et nasjonalt nivå sikrer Helse Midt-Norge at pasientene får et likeverdig tilbud i alle HF i regionen. Samtidig gis HF-ene mulighet for tilpasninger av de ulike omsorgsnivåene etter lokale forhold. Tydelige retningslinjer bidrar til mer hensiktsmessig utnyttelse av den samlede senge- og ressurskapasiteten. Viktige beslutninger tas på bakgrunn av registrert kapasitet, og det er derfor viktig at denne stemmer med faktiske tall.

## **4.2.3 Tiltak 3: Utvikle og tydeliggjøre bruksområder for e-helsetjenester**

### **Utfordringsbildet**

De siste årene har det skjedd en stor utvikling innen digital teknologi og befolkningen er i økende grad fortrolig med å forholde seg til kommunikasjon via mobil, nettbrett og PC (e-verktøy). Bruk av telekommunikasjon og e-helse-verktøy kan bidra til å minske forskjellene i tilbudet på grunn av geografiske avstander. Utfordringen er å få utnyttet de mulighetene som ligger i bruk av datateknologi/ telekommunikasjon til hva som er det beste for pasientene uten at det går på bekostning av pasientsikkerheten.

### **Tiltak**

- Det skal etableres regionale retningslinjer for bruk av e-terapi og telekommunikasjon. Fordeler, gevinster og risiko med bruk av e-verktøy må beskrives. Regionale retningslinjer skal bygge på nasjonale føringer/retningslinjer.
- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene skal gjøre tilgjengelig og implementere verktøy som anbefales i retningslinjer.
- Ansatte skal oppfordres til bruk av telekommunikasjon der det er hensiktsmessig og trygt, i tillegg til at de skal oppfordres til å bidra til utvikling av nye områder for bruk av e-verktøy.
- Telekommunikasjon skal utnyttes bedre som hjelpemiddel for samarbeid med kommuner og legevaktslege/fastlege

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Med tydelige retningslinjer for bruk av e-verktøy, får behandlere et mer bevisst forhold til mulige verktøy de kan bruke og når de bør bruke dem. Gjennom regionale retningslinjer blir teknologiske verktøy kvalitetssikret. Tydeliggjøring av hensiktsmessig bruk av telekommunikasjon kan bidra til å bedre kontakten mellom pasientene, samarbeidspartnerne og spesialisthelsetjenesten, og dermed løse den aktuelle utfordringen på laveste mulig omsorgsnivå.

#### 4.2.4 Tiltak 4: Forbedre og sikre spesialisthelsetjenestens tilbud til flyktninger

##### Utfordringsbildet

Flyktningetilstrømmingen til Norge, inkludert Midt-Norge, er større høsten 2015 enn den har vært på lang tid. Flyktninger har erfaringer i sitt liv som kan være årsak til psykiske lidelser. Dette vil på sikt skape et behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og deriblant psykisk helsevern. Asylsøkere har rett til de samme helsetjenestene fra kommunene og spesialisthelsetjenesten som den øvrige befolkningen. RVTS og RKBU har kommunale oppdrag knyttet til kompetanse på området. Nærmeste helseforetak blir ofte de nærmeste veiledere for kommunene.

##### Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF og alle helseforetak skal følge utviklingen i flyktningssituasjonen i sitt område og legge planer sammen med kommunene ut fra lokale forhold.
- HF-ene skal ta initiativ til et strukturert samarbeid med kompetansesentrene for mer effektiv bruk av ressurser i arbeidet med kompetanseutvikling og forebyggende tiltak i kommunene.
- Det skal i tiden fremover kontinuerlig vurderes om ressurser er riktig fordelt i tilbudet til flyktninger.
- Ansatte som skal yte tjenester til fremmedspråklige skal ha kompetanse på praktisk bruk av tolk.

##### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom en gjennomarbeidet plan, står spesialisthelsetjenesten bedre rustet til å ta hånd om de flyktningene som måtte ha behov for vurdering og/eller behandling. En felles plan med kompetansesentrene sikrer også at dette gjøres på en omforent måte og at man derfor tilbyr et likeverdig tilbud i hele regionen.

#### 4.2.5 Tiltak 5: Sikre tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og hørselshemming

##### Utfordringsbildet

St. Olavs Hospital har regionalfunksjon knyttet til døve/døvblinde og hørselshemmede pasienter med psykiske lidelser for barn og unge og voksne ved henholdsvis BUP Saupstad og Tiller DPS. Disse er tenkt å ha direkte pasientkontakt/ kliniske oppgaver, samarbeid med kommunene, nettverksbygging regionalt og bistå de kliniske miljøene lokalt.

Basert på anslag fra internasjonale studier av forekomst av psykiske lidelser blant sterkt hørselshemmede og døve, bør langt flere henvises til både lokale poliklinikker og de regionale enhetene. Prosjektgruppen erfarer at denne gruppen pasienter henvises sent sammenlignet med hørende og har store sammensatte vansker. Underrepresentasjon fra Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag indikerer at oppmerksomheten rundt denne pasientgruppen er lavere utenfor Trondheims-området. Dette kan komme av at ressursene ved de regionale enhetene ikke har kapasitet til å gjennomføre alle oppgavene knyttet til samarbeid med kommunene, nettverksbygging regionalt og bistå de kliniske miljøene lokalt. Det er mangelfull forskningsaktivitet på dette området.

##### Tiltak

- BUP Saupstad og Tiller DPS skal fortsatt ha en regional funksjon i Helse Midt-Norge for hørselshemmede og døve/døvblinde med psykiske lidelser.

- BUP Saupstad og Tiller DPS skal ha tilstrekkelig kapasitet til å ivareta den regionale oppgavene de har knytte til hørsel som også innebærer å bistå med kompetansedeling til de andre klinikkene.
- HF-ene skal sørge for at kompetansen på hørselshemmede og døve/døvblinde økes ved alle klinikkene. Alle klinikkene skal ha tilstrekkelig informasjon om tilbudet ved BUP Saupstad og Tiller DPS, for å kunne henvise de pasientene som har behov for det.
- De regionale enhetene skal samarbeide om å drive forskning og fagutvikling på området, samt utvikle behandlingstilbudet etter faglige anbefalinger og i samarbeid med brukerorganisasjonene for innspill og evaluering.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Med økt kapasitet ved de regionale tilbudene for hørselshemmede og døve/døvblinde med psykiske lidelser, får man større mulighet til å gjennomføre mer nettverksbygging, utvikle kompetanse lokalt, behandle flere pasienter innen målgruppen i regionen og redusere sårbarheten ved enheten. Med høyere total regional kompetanse på området vil flere pasienter få et riktigere og bedre behandlingstilbud.

## 4.3 Brukermedvirkning

### 4.3.1 Tiltak 1: Sikre god pasientmedvirkning i behandlingen

#### Utfordringsbildet

Pasientmedvirkning og brukerorientering blir stadig mer fremhevet i helsetjenesten. Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere pasient og pårørende. Brukermedvirkning har en egenverdi og en behandlingmessig verdi for pasientene. Samvalg er et norsk avløserord for det engelske «shared decision making» og er en betegnelse på avgjørelser som tas av behandler og pasient i fellesskap, også kalt veiledet valg, og er arbeidsprosessen for å komme frem til avgjørelsen.

Ressursknapphet vil være en aktuell problemstilling i tiden fremover når antall pasienter øker, mens ressurstilgangen til helsepersonell ikke øker i takt med antallet. Dette vil føre til at det vil bli større behov for egenaktivitet i behandlingen.

Brukermedvirkning for pasienter på tvungent psykisk helsevern kan gi spesielle utfordringer, men er spesielt viktig for å kunne sikre redusert og riktig bruk av tvungent vern. Et overordnet mål er frivillighet i all behandling.

Pasienter og pårørende bruker ofte helseforetakenes hjemmesider når de skal skaffe seg informasjon om diagnoser og behandlingstilbudet innenfor psykisk helsevern. Mye av informasjonen på Helse Midt-Norge RHF og HF-ene sine nettsider er ikke oppdatert på flere år. Det pågår nå en nasjonal prosess for utvikling og oppdatering av nettsidene til RHF-ene og HF-ene i Norge.

#### Tiltak

- Behandlingsplan utarbeides og evalueres sammen med pasienten og eventuelt pårørende der det er relevant.
- Pasientens, de pårørendes og nærmiljøets ressurser må aktiveres gjennom behandlingstilbudet (Recovery-tankegang).
- Det må legges en strategi i hvert HF for å sikre redusert og mer riktig bruk av tvunget vern. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med kontrollkommisjonene og Fylkesmannsembetene.
- Fagutvikling og forskning rundt tvunget psykisk helsevern og tiltak for å optimalisere bruken av dette iverksettes i hvert HF.
- Helse Midt-Norge og HF-ene må sørge for å oppdatere nettsidene i henhold til nasjonal prosess på utvikling av nettsidene til helseforetakene. Nettsidene må oppdateres jevnlig.

#### Gevinst ved gjennomføring av tiltak

Pasientmedvirkning og samvalg kan bidra til økt motivasjon for pasienten knyttet til gjennomføring av behandling. I tillegg vil behandlingen i mange sammenhenger bli bedre og mer tilpasset pasientens behov ved større grad av pasientmedvirkning, brukerorientering og involvering av pårørende.

Egenaktivitet i behandlingen kan bidra til å stimulere pasientenes evne til å mestre eget liv og øker følelsen av livsmestring. I tillegg er egenaktivitet og selvhjelp fordelaktig ut fra et ressursperspektiv ved at ressursene kan benyttes mer effektivt og til flere pasienter.

Kontinuerlig bevissthet rundt bruk av tvunget vern og brukermedvirkning i tilknytning til dette vil bidra til å heve standarden på tilbudet.

Oppdaterte nettsider vil bidra til at pasientene og de pårørende får bedre informasjon om valg, muligheter og rettigheter de har. I tillegg vil kvalitetssikret informasjon bidra til bedre forståelse av egen lidelse og forberede pasienten bedre på hvordan behandlingen foregår.

#### **4.3.2 Tiltak 2: Opprette egne brukergrupper for psykisk helsevern i alle HF, samt at det bør legges til rette for brukerrepresentasjon fra brukerorganisasjonene innenfor psykisk helsevern i alle brukerutvalg**

##### **Utfordringsbildet**

Regionalt brukerutvalg (RBU) er brukerutvalget tilknyttet Helse Midt-Norge RHF. De tre HF-ene i HMN har egne brukerutvalg i tillegg. Disse brukerutvalgene består av representanter fra brukerorganisasjoner hovedsakelig tilknyttet somatiske sykdommer.

For å sikre brukermedvirkning på systemnivå har som eksempel STO opprettet en egen brukergruppe tilknyttet Divisjon Psykisk helsevern. Denne brukergruppen består av representanter fra ulike brukerorganisasjoner med tilknytning til erfaringer og problemstillinger innen psykisk helse.

##### **Tiltak**

- Det må opprettes egne brukergrupper for psykisk helsevern i alle HF i Helse Midt-Norge, der dette ikke finnes fra før. Brukergruppene skal tilknyttes HF-ene sine brukerutvalg. Størrelse på brukergruppe må tilpasses lokalt.
- Klinikkene innen psykisk helsevern skal involvere brukergruppen i arbeid knyttet til utvikling og endring av behandlingstilbudet.
- Det bør være minst en representant for brukerorganisasjonene for psykisk helsevern sine målgrupper i brukerutvalget til Helse Midt-Norge RHF, samt i brukerutvalgene til alle HF-ene.

##### **Gevinst ved gjennomføring av tiltak**

Ved å opprette egne brukergrupper for psykisk helsevern, samt sikre brukerrepresentasjon i brukerutvalgene, sørger HF-ene og RHF-et for at utviklingen av spesialisthelsetjenesten skjer i henhold til behovet til pasientene og de pårørende innenfor psykisk helsevern.

#### **4.3.3 Tiltak 3: Sikre brukerinvolvering i pasientforløpsarbeidet**

##### **Utfordringsbildet**

HF-ene i Helse Midt-Norge er i gang med utforming og implementering av standardiserte pasientforløp (også kalt pakkeforløp) innenfor psykisk helsevern. Standardiseringen skal sikre lik behandlingskvalitet og tilgang på behandling for alle pasienter.

##### **Tiltak**

- HF-ene må sikre at brukere (pasienter og pårørende) involveres i utformingen av pasientforløp. Brukerne, gjennom brukerorganisasjonene, brukergrupper og/eller brukerutvalg, bør inkluderes i alle fasene i prosessen med utviklingen av pasientforløpene.

##### **Gevinst ved gjennomføring av tiltak**

Brukerinvolvering i utformingen av pasientforløp er viktig for å sikre at pasientenes og de pårørendes behov og rettigheter blir ivaretatt i pasientforløpene. Brukerrepresentantene har brukerkunnskap og dermed en annen kunnskap enn klinikerne. Dette er viktig kunnskap som kan

bidra til å øke kvaliteten på pasientforløpene, bedre/lettere informasjon ut til befolkningen og brukerne.

## **5 Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)**

### **5.1 Regionale funksjoner og spesialfunksjoner**

Avdelingssjefer til BUP-avdelinger i Helse Midt-Norge har jobbet med regionale funksjoner de siste årene. Det har blitt diskutert en felles forståelse for faget og noen prinsipper for BUP-tilbudet i Helse Midt-Norge, blant annet at barn skal ha et behandlingstilbud nært hjemstedet sitt og at det er kompetansen som skal flyttes.

#### **5.1.1 Tiltak 1: Opprette regional ressursgruppe med kompetanse på voldsrisikovurdering for barn og unge og vurdering av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer**

##### **Utfordringsbildet**

Det er gjennom et START AV-prosjekt i regionen foretatt en opplæring innen bruk av kartleggingsverktøy for voldsrisikovurderinger. Prosjektet er i avslutningsfasen per november 2015. Kompetansen innen feltene risikovurderinger for sedelighet og vold er betydelig økt i HMN gjennom implementering av START AV og undervisning om barn med skadelig seksuell atferd.

##### **Tiltak**

- Det dannes en regional ressursgruppe bestående av de ressurspersonene hvert HF har innenfor voldsrisikovurdering for barn og unge. Denne ressursgruppen skal ha et tett samarbeid med Brøset, RVTS (Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), og Statens barnehus. Det er ønskelig at ressursgruppen også består av representanter fra Bufetat (Stjørdal ungdomssenter).
- Samme nettverk skal forvalte kompetansen på seksuelle atferdsproblemer hos barn og ungdom og vurderinger av dette.
- Det må lages et regionalt pasientforløp for vurdering og behandling av voldsatferd (både knyttet til aggresjon og sedelighet).
- Regionalt lederforum for PHBU utarbeider målsetting og en funksjonsbeskrivelse for ressursgruppen.

##### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Etablering av en regional ressursgruppe for vurdering og behandling av voldsatferd (både knyttet til aggresjon og sedelighet) vil være viktig for å sikre videre implementering av START AV-prosjektet. En regional ressursgruppe vil styrke kvaliteten på det kliniske arbeidet og bidra til regionalt samarbeid mellom helseforetakene og samhandling med andre instanser utenfor spesialisthelsetjenesten.

#### **5.1.2 Tiltak 2: Utarbeide regional beredskapsplan for sikkerhetspsykiatri**

##### **Utfordringsbildet**

I oktober 2014 ble en ansatt drept på en institusjon i Vollen i Asker. En 15 år gammel jente som bodde på institusjonen erkjente å ha begått drapet. Slike hendelser skjer veldig sjelden, men saken fra 2014 har vist at det kan skje.

I dag finnes det ingen egne døgnplasser tilsvarende sikkerhetspsykiatri-nivået for ungdom i Helse Midt-Norge.

### **Tiltak**

- Det må utarbeides en felles regional beredskapsplan i form av et regionalt standardisert pasientforløp som beskriver et kvalitativt godt tjenestetilbud, ansvarsfordeling og samarbeid rundt farlige unge pasienter. Bufetat bør delta i arbeidet.
- Det må kunne aktiveres en regional døgnplass om nødvendig. Planen må beskrive hvordan man sikrer barnepsykiatrisk kompetanse knyttet til denne døgnplassen.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Et regionalt standardisert pasientforløp for ungdom skal sikre at den unge får et riktig og godt tjenestetilbud og samtidig unngå at en situasjon med en farlig psykiatrisk pasient under 18 år blir utrygg for de ansatte.

### **5.1.3 Tiltak 3: Innføre regionalt veiledningsteam innenfor spiseforstyrrelser, samt øke alle klinikkens kompetanse på området**

#### **Utfordringsbildet**

Rapporten «*Regional funksjon for barn og unge med spiseforstyrrelser*» ble lagt frem i 2014. I rapporten er det lagt frem ulike tiltak for å heve kompetansen og sikre et godt tjenestetilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser.

I Helse Midt-Norge finnes det et regionalt tilbud til pasienter over 16 år med spiseforstyrrelser. RKFS (Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser) er organisert under Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger i Nord-Trøndelag og tilbyr behandling i Stjørdal og Levanger. Et tilsvarende regionalt tilbud finnes ikke for pasienter under 16 år.

### **Tiltak**

- Alle poliklinikker skal ha ansatte med spesialutdanning innen spiseforstyrrelser.
- Det etableres et regionalt veiledningsteam på spiseforstyrrelser
  - Prosjektgruppen viser for øvrig til rapporten for ytterligere konkretisering av tiltaket.
- Det skal utvikles et felles pasientforløp for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i regionen. Dette bør utarbeides av de ulike ressursgruppene i fellesskap. Denne må sees i sammenheng med pasientforløp for voksne med spiseforstyrrelser, særlig gjelder dette aldersgruppen 16-18 (20) år.
- Helse Midt-Norge skal starte et regionalt kompetansehevingsprogram i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF).
- Alle PHBU i HF-ene skal lage forpliktende samarbeidsavtaler med barneavdelingene rundt oppfølging av spiseforstyrrelser.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved gjennomføring av tiltakene beskrevet over sikrer Helse Midt-Norge en tilfredsstillende minimumskompetanse på spiseforstyrrelser for barn og unge på alle behandlingseenhetene i regionen. Gjennom et regionalt veiledningsteam og felles regionalt pasientforløp sikres likeverdig behandling til alle.

#### **5.1.4 Tiltak 4: Etablere kompetansenettverk for barn og unge med psykose**

##### **Utfordringsbildet**

Prosjektgruppen ble bedt om en vurdering av behovet for regionale sengeplasser til unge pasienter med psykose. Deres konklusjon er at det ikke er behov for egne regionale sengeplasser til unge pasienter med psykose i Helse Midt-Norge. De fleste psykosepasientene håndteres av klinikkene i dag, men det finnes enkelttilfeller hvor det hadde vært behov for mer erfaring og kompetanse, spesielt ved håndtering av medikamentelt behandling.

##### **Tiltak**

- Det må etableres et regionalt kompetansenettverk for barn/unge med psykose som styres av avdelingsledere i BUP.
- Hvert HF skal sørge for å ha en ressursgruppe knyttet til psykose, som har ekstra kompetanse på feltet.
- Det skal utarbeides standardisert pasientforløp for psykoser hos barn og unge.

##### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved å etablere et regionalt kompetansenettverk for unge med psykose, sikres det at Helse Midt-Norge har spesialkompetansen som er nødvendig. Ved å ikke opprette egne regionale døgnplasser, sørger man for at alle barn og unge får et behandlingstilbud i nærheten av der de bor.



## 5.2 Akutt/mottak

### 5.2.1 Tiltak 1: Opprettholde kapasitet til akutt drift (poliklinikk og døgn)

#### Utfordringsbildet

Helseforetakene er lovpålagt å ha et akutt tilbud i psykisk helsevern til barn og unge. Akuttpsykiatrisk drift er i all hovedsak poliklinisk virksomhet innen BUP, oftest i tett samarbeid med kommunale instanser. Gode rutiner for akutte vurderinger og øyeblikkelig hjelp funksjon er viktig. På grunn av ulik befolkningstetthet i regionen, er det behov for ulik organisering av akutt tilbudet i de ulike HF-ene.

Prosjektgruppen mener at alle HF-ene ivaretar organisering av akutt tilbudet i psykisk helsevern til barn og unge på en god måte i dag, selv om det gjøres noe forskjellig.

#### Tiltak

- Det må avsettes nok ressurser til videreføring av akutt driften som finnes i dag, da dette er en drift som må ivaretas og ressurser må tas fra annen virksomhet dersom det mangler.
- Ordningen med ambulant akuttvirksomhet på dagtid må opprettholdes. Innen BUP i Helse Midt-Norge er dette en tjeneste som tilbys mellom kl. 08.00 og 15.30 på hverdager, og det er ikke stort nok pasientgrunnlag til en utvidet virksomhet (ettermiddag/helg). Vurderinger skjer da i vakt system, og det er etablert gode rutiner for time neste dag. Ambulant akuttvirksomhet er i noen tilfeller viktige behandlingstiltak.
- Det må være nok døgnplasser innen akuttpsykiatri og mulighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Døgnplasser innen akuttvirksomhet for barn og ungdom brukes mye til å avklare kompliserte psykiatriske tilstander, som senere behandles poliklinisk. Pasienter som bor langt fra helseinstitusjon må ofte legges inn for et kort opphold for å lettere få gjort en god vurdering av tilstanden. Dette er mer effektivt faglig og økonomisk, enn om en har akutte polikliniske vurderinger av slike pasienter. Derfor er antallet døgnplasser innen barne- og ungdomspsykiatrien ikke bare et spørsmål om folketall, men også om hvor spredt bosettingen er.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved å sikre nok ressurser (personell og døgnplasser) til å opprettholde dagens aktivitet innenfor akutt drift, vil Helse Midt-Norge ha et akutt tilbud som tilfredsstillende faglige krav, demografiske behov og er tilpasset vår region på best mulig måte.

### 5.2.2 Tiltak 2: Utvikle akuttsamarbeid med Bufetat og barnevern i alle HF

#### Utfordringsbildet

I mange akuttsituasjoner for barn og unge må spesialisthelsetjenesten samarbeide med Bufetat og barnevernet. Høsten 2014 etablerte HNT, Bufetat region Midt-Norge og kommunene Levanger, Steinkjer og Midtre Namdal samkommune et samordnet akutt- og utredningstilbud for barn og unge i Nord-Trøndelag. Dette er et pilotprosjekt, og alle kommunene i Nord-Trøndelag skal inviteres til å delta i samarbeidet eller pilotperioden, som er ferdig i utgangen av 2016. Foreløpig er erfaringene fra prosjektet gode og det har blitt etablert gode tverretatlige samarbeid.

#### Tiltak

- Med utgangspunkt i evalueringen av pilotprosjektet i Nord-Trøndelag, må de andre HF-ene utrede muligheten for å opprette tilsvarende samarbeidsprosjekt knyttet til akutt- og utredningstilbudet mellom spesialisthelsetjenesten, Bufetat og barnevern i kommunene.

- Erfaringer fra dette akuttsamarbeidet kan benyttes videre til andre samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, Bufetat og kommunalt barnevern.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Gjennom et samlet akutt- og utredningstilbud får barn og unge et mer helhetlig tilbud i akutte situasjoner. Med tverretattlig samarbeid med bestemte rutiner begrenses tid og ressurser brukt i akutte situasjoner til et minimum. Dermed sikres pasientene en rask avklaring og eventuelt tilbud om videre behandling/oppfølging.

## 5.3 Elektiv behandling

### 5.3.1 Tiltak 1: Sikre bred kompetanse på spesialisthelsetjenestenivå og hensiktsmessig bruk av ambulante tjenester

#### Utfordringsbildet

Elektiv/poliklinisk behandling utgjør størstedelen av behandlingen innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er derfor viktig at denne delen av behandlingen er tilrettelagt på en måte som er til det beste for pasientene og som gjør at flest mulig får den behandlingen de skal ha på rett tid og sted.

Det har de siste årene vært økt fokus på ambulant behandling. Ambulant behandling er mer ressurs- og tidskrevende enn vanlig poliklinisk behandling. I tillegg gir ambulant behandling ikke like god uttelling som ordinær poliklinisk behandling, da det behandles færre pasienter i løpet av en dag.

Nasjonale føringer tilsier at kommunene vil i tiden fremover få større ansvar for barn og unges psykiske helse og behandling av dette. Det betyr at det vil bli en endring i spesialisthelsetjenestens oppgaver.

#### Tiltak

- Alle poliklinikker skal ha bred allmennpsykiatrisk kompetanse på spesialisthelsetjenestenivå, som ivaretar endringen knyttet til fremtidige oppgaver som følge av at mer behandling skal ivaretas av kommunehelsetjenesten. Se kapittel 5.1.1 for ytterligere spesifiseringer.
- Alle HF må ha en plan for hvordan ivareta mer lavfrekvente sykdomstilstander som krever mer spesialisert kompetanse. Det må også, ved behov, være mulig å benytte denne spesialisert kompetansen på tvers av HF.
- Det må gjennomføres en regional gjennomgang av bruken av ambulante tjenester. Samarbeidet med kommunene må bygge på denne gjennomgangen og justeres i samarbeid med kommunene. Kapasiteten må tilpasses denne type tjenester og ta hensyn til at tjenesten er mer ressurs- og tidskrevende enn ordinær poliklinisk behandling.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Bred allmennpsykiatrisk kompetanse ved klinikkene vil sikre at spesialisthelsetjenesten kan utføre de oppgavene den skal ut fra nasjonale retningslinjer og pasientenes behov. Ambulante tilbud vil gi et bedre tilrettelagt tilbud ut fra pasientens behov. Gjennom tiltakene beskrevet over vil spesialisthelsetjenesten kunne gi barn og unge et bedre og mer likeverdig elektivt behandlingstilbud i Helse Midt-Norge.

### 5.3.2 Tiltak 2: Benytte utpekte arbeidsgrupper til å utarbeide regional omforent behandlings- og utredningspraksis på områder hvor det er behov for dette

#### Utfordringsbildet

Det er variasjoner, både nasjonalt og regionalt, i behandlingstilbudet til enkelte pasientgrupper innenfor BUP. Det er behov for en felles gjennomgang for utvikling og samkjøring av behandlingstilbudet til disse gruppene.

Opprettelse av egen arbeidsgruppe som kommer med anbefaling til utvikling av behandlingstilbudet, viste seg i spiseforstyrrelsesarbeidet å være en hensiktsmessig måte for å få en felles og samkjørt utvikling av behandlingstilbudet og kompetansen i Helse Midt-Norge.

## **Tiltak**

- Regionalt lederforum må sette sammen arbeidsgrupper som gjør en grundig gjennomgang og anbefaling av hvordan BUP skal håndtere ulike pasientgrupper. Arbeidsgrupper skal etableres for følgende pasientgrupper:
  - Begynnende personlighetsforstyrrelser hos barn og unge.
  - Ikke-medikamentell behandling av ADHD.
  - Barn og unge med bekymringsfullt skolefravær, funksjonsfall og risiko for uførhet i ung alder.
- Denne metoden bør benyttes videre for andre pasientgrupper for utvikling av behandlingsmetoder i Helse Midt-Norge. Regionalt lederforum må kontinuerlig vurdere, ut fra samfunnsendringer og faglig utvikling, behovet for etablering av slike arbeidsgrupper for andre pasientgrupper.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Opprettelse av slike arbeidsgrupper vil gi felles tiltak for utvikling og forbedring av behandlingstilbudet til ulike grupper pasienter, i tillegg til at det vil bidra til fagutvikling og kompetanseutvikling i regionen på aktuelle og relevante temaer.

### **5.3.3 Tiltak 3: Tydeliggjøre ansvarsfordelingen for utviklingshemmede med psykiske lidelser**

#### **Utfordringsbildet**

Psykisk utviklingshemmede er en gruppe med høyere risiko for utvikling av psykiske lidelser. Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser er en utsatt gruppe med uklare ansvarsforhold mellom habiliteringstjenesten, BUP og kommunehelsetjenesten som fører til ulike utrednings- og behandlingstilbud til denne gruppen i regionen.

#### **Tiltak**

- Helse Midt-Norge RHF må benytte fagledernetverk for barn (som består av pediatri, barnehabilitering og BUP) til å tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom habiliteringstjenesten, BUP og kommunehelsetjenesten knyttet til utredning og behandlingen av psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser.

#### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

En slik tydeliggjøring av ansvarsforholdet vil bidra til bedre samhandling og vil sikre at denne pasientgruppen får et helhetlig og sammenhengende utrednings- og behandlingstilbud i alle HF i Helse Midt-Norge.

## 5.4 Rehabilitering/oppfølging

### 5.4.1 Tiltak 1: Sikre god oppfølging gjennom godt samarbeid med kommunene og sikre at oppgavene fordeles riktig og ressursene brukes riktig på alle nivåer

#### Utfordringsbildet

Behandlingsforløp innen BUP-poliklinikk omfatter allerede i stor grad en rehabiliteringstankegang ved å skape en meningsfull hverdag for pasient og familie og støtte opp under mestring og økt funksjonsevne. Dette forutsetter samarbeid med kommunale instanser, også noe utenfor de klassiske helsetjenestene (f.eks. PPT, barnevern, skole, barnehage). Samarbeidet må organiseres med utgangspunkt i samhandlingsavtaler. Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har et implementeringsansvar for dette. I noen tilfeller er det en utfordring å få til en samtidighet i tjenestetilbudet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudet ved overgangen ved 18 år er også nevnt som særlig vanskelig.

#### Tiltak

- Eksisterende samhandlingsavtaler må implementeres.
- Det må gjøres en gjennomgang i regionen knyttet til overgangene mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder kalibrering av inntaksvurdering, vurdering av avslutningstidspunkt og avtaler med kommunehelsetjeneste om oppfølging av sammensatte vansker.
- Internt i de ulike HF-ene må det sikres godt samarbeid slik at pasienter og kommunale tjenester kan forholde seg til en samlet spesialisthelsetjeneste.
- Spesialisthelsetjenesten må sørge for opplæring av pasienter og foresatte, dette inkluderer også det offentlige systemet rundt barn og unge. Store pasientgrupper må få opplæringstilbud på nærmeste behandlingssted, tilbud til pasienter/pårørende med sjeldnere diagnoser kan fordeles i regionen. Alle HF må ha en kurskalender på sine nettsider.
- Overgangen mellom PHBU og PHV må avklares og beskrives.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom bedre samhandling med de ulike aktørene kan spesialisthelsetjenesten legge til rette for god oppfølging og rehabilitering under og etter behandling. Dette vil også sikre mer effektive og sømløse overganger, hvor man unngår unødvendig bruk av ressurser på avklaringer mellom omsorgsnivåene.

## **6 Psykisk helsevern for voksne (PHV)**

### **6.1 Regionale funksjoner og spesialfunksjoner**

#### **6.1.1 Tiltak 1: Regionale funksjoner skal evalueres jevnlig for å vurdere om det er behov for tilbudet**

##### **Utfordringsbildet**

I Helse Midt-Norge er det noen regionale behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. I tillegg finnes det flere ulike spesialpoliklinikker i helseforetakene som ikke er regionale funksjoner. Spesialpoliklinikkene (regionalt tilbud eller ikke) opprettes enten på grunn av et behov for spesialkompetanse eller som en videreføring av forskningsprosjekt. Forskningsprosjekt kan ha inklusjonskriterier som ikke samsvarer med forventningene til en spesialpoliklinikk.

##### **Tiltak**

- Regionalt fagledernetverk utarbeider føringer for opprettelse, evaluering og avvikling av regionale funksjoner.
- Spesialpoliklinikker etableres ut fra pasientbehov, med klare målsettinger og ved beslutning fra ledelsen. Samarbeid med resten av tjenestetilbudet avklares.
- Forskningsprosjekter med klinisk spesialtilbud må forankres i ledelsen, og samarbeid med andre aktuelle avdelinger må avklares med starttidspunkt, sluttdato og prosjektevaluering.
- Regionale funksjoner må ha forutsigbar finansiering.

Målet med de fleste regionale tilbud bør være at kompetansen overføres til lokale helseforetak, slik at det ikke er behov for det regionale tilbudet etter en tid. Dette gjelder ikke hvis antall pasienter er så få eller hvis kompetanse/bygningsbehov er så spesielt at det ikke er hensiktsmessig med eget tilbud i alle HF.

##### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Dette tiltaket sikrer at pasienter med særlige behov har tilgjengelighet til kompetanse og den kvalitet i tjenestetilbudet de har bruk for og at ressurser knyttet til slike funksjoner er best mulig utnyttet til det beste for pasientene i Helse Midt-Norge.

#### **6.1.2 Tiltak 2: Opprette døgnplasser til utviklingshemmede med psykisk lidelser og utfordrende atferd**

##### **Utfordringsbildet**

Parallelt med utarbeidelsen av regional plan for psykisk helsevern er det gjort en utredning av behandlingstilbudet til mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemming og autister med psykiske lidelser og utfordrende atferd. Tidligere regionale planer innen habilitering og psykisk helsevern har etterlyst et tilbud. Utredningen bekrefter at det er behov for 4 plasser og at det er St. Olavs Hospital HF som best kan påta seg denne oppgaven.

##### **Tiltak**

- Det opprettes 2 regionale døgnplasser ved St. Olavs Hospital HF, v/Østmarka fra 1. september 2016. Dette skal økes til 4 plasser i 2018.
- Tjenestetilbudet skal utvikles i samarbeid mellom helseforetakene i regionen og kommuner.
- Prosjektgruppen støtter tiltaket om opprettelse av regionale døgnplasser til voksne utviklingshemmede med psykisk lidelser og utfordrende atferd

## **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Opprettelse av døgnplasser til mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemning og autister med psykiske lidelser og utfordrende atferd sikrer et likeverdig tjenestetilbud til pasienter som ikke har hatt et spesielt tilrettelagt tilbud om innleggelse i Helse Midt-Norge tidligere. Gjennom et eget regionalt tilbud legges det til rette for et bredere samarbeid innen regionen.

### **6.1.3 Tiltak 3: Styrke sikkerhetspsykiatritilbudet**

#### **Utfordringsbildet**

Parallelt med utarbeidelsen av regional plan for psykisk helsevern har det pågått et eget arbeid om sikkerhetspsykiatri og rapporten «*Sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge*» er sendt ut på høring høsten 2015. Det er uavklarte forventninger til samarbeid og klarheter rundt pasientforløp mellom resten av psykisk helsevern og Regional sikkerhetsavdeling.

Tiltakene fra rapporten «*Sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge*» er oppsummert i følgende punkter:

- *Dagens Brøset-miljø med Sentral fagenhet, kompetansesenteret og sikkerhetspsykiatri må holdes samlet.*
- *Pågående salgsprosess tilsier at Sikkerhetspsykiatrien må ut av Brøset-eiendommen.*
- *Helse Midt-Norge skal aktivt arbeide for at det etableres kap 4A-1 enhet i tilslutning til sikkerhetspsykiatrien ved STO.*
- *Det bør opprettholdes sikkerhetsforsterkede enhet i HMR, fortrinnsvis i Ålesund.*
- *Det bygges ikke sikkerhetsforsterket avdeling i HNT i denne planperioden.*
- *STO skal ha ansvar for gjennomgående systemer i sikkerhetspsykiatriske forløp i regionen.*
- *Kompetanse organiseres slik at miljøene er faglig robuste, stabile og samtrente.*
- *Økonomien må være stabil og forutsigbar og tilpasset aktivitetstoppene.*
- *Beredskapsplan for ungdom 15-18 år må utarbeides.*

#### **Tiltak**

- Tiltakene fra rapporten «*Sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge*» gjennomføres med følgende forutsetninger.
- Kompetanse på vurdering av voldsrisiko inngår i allmenn kompetanse psykiatere og flere spesialister i klinisk psykologi skal ha. Det må være en selvfølge at fagfolk kan dette og behovet bør dekkes i HF-ene gjennom tilsetting av nok fagfolk.

## **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Anbefalingene fra rapporten «*Sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge*» bidrar til et best mulig tilbud til pasientene i Helse Midt-Norge som har behov for sikkerhetspsykiatri. Ved gjennomføring av tiltakene fra sikkerhetspsykiatri-rapporten får Helse Midt-Norge et tilbud innenfor sikkerhetspsykiatri som tilfredstiller dagens krav og som derfor tar vare på sikkerheten og tryggheten til pasienten og de ansatte.

At alle DPS-er kan ta imot pasienter på tvungent vern, vil sikre en pasientflyt til det beste for pasientene. Bedret kompetanse hos flere ansatte på voldsrisikovurdring kan danne grunnlag for å forebygge voldsbruk på et tidlig tidspunkt.

### **6.1.4 Tiltak 4: Sikre kapasitet og finansiering av Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)**

#### **Utfordringsbildet**

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) i HNT har siden 2003 gitt et behandlingstilbud for pasienter med spiseforstyrrelser i Midt-Norge. Dette gjelder pasienter over 16 år. Oppdraget om regionale behandlingssentra for behandling, forskning og kompetanseutvikling på spiseforstyrrelser er gitt fra nasjonalt hold.

Det er planlagt, etter vurderingsarbeid av nedsatt arbeidsgruppe, at det i 2016 skal utarbeides et standardisert regionalt pasientforløp for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser som har behov for en døgninnleggelse. Implementering av dette pasientforløpet vil stille krav til døgnkapasiteten i regionen. Per i dag er det kun RKSF som kan tilby pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser et spesialisert døgntilbud i Midt-Norge.

RKSF har store utfordringer knyttet til uforutsigbar finansiering, da drift i dag er basert på gjestepasientinntekter. De fleste av pasientene kommer fra opptaksområdene til STO og Helse Møre og Romsdal.

### **Tiltak**

- Det bør i planperioden gjennomføres en behovskartlegging av døgnkapasiteten i forbindelse med behandling av alvorlig spiseforstyrrelser.
- Det skal sikres tilstrekkelig døgnkapasitet ved RKSF, slik at de kan ivareta regionens behov for døgnbehandling til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Dette inkluderer de som har behov for tvungent vern.
- RKSF bør i planperioden blir rammefinansiert, der det tas høyde både for regionens kliniske og forskningsmessige behov.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved å sikre finansiering og kapasitet ved RKSF, vil Helse Midt-Norge RHF ha tilbud med tilstrekkelig volumkompetanse til å kunne tilby et spesialisert og strukturert behandlingsprogram tilpasset pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.

## **6.1.5 Tiltak 5: Sikre tilbudet innenfor habilitering, traumer og eldre med psykiske lidelser**

### **Utfordringsbildet**

Dette tiltaket omhandler habilitering, traumer og eldre med psykiske lidelser. Se felles tiltak for PHBU og PHV om tiltak for hørselshemmede, samt tiltak over om døgnplasser til psykisk utviklingshemmede.

#### *Habilitering*

Det er overhyppighet av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning, autismspekterlidelser og andre funksjonshemninger. Samarbeidet mellom habiliteringstjenester og psykisk helsevern er ikke godt nok og pasientenes behov for kompetanse blir ikke godt nok ivaretatt. Situasjonen er også beskrevet i Regional plan for habilitering, 2014 - 2020.

#### *Traumer*

Det pågår et prosjekt med regionalt tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser med bakgrunn i traumer ved Divisjon Psykisk helsevern, St. Olavs Hospital HF. Traumepoliklinikken ble opprettet etter en evaluering av tilbudet ved Betania Malvik i 2009, og ble utvidet med døgntilbud i 2014 da HMN flyttet dette fra Betania Malvik til Divisjon Psykisk helsevern. Prosjektet, som nå er inne i det andre av 5 år, drives nå med følgeforskning i den hensikt å gi beslutningsgrunnlag med tanke på videre drift. Det finnes samtidig betydelig kunnskap i alle helseforetak på behandling av traumelidelser.



### *Eldre med psykiske lidelser*

I Norge får vi i årene fremover en befolkning med stadig større andel eldre. Dette gjør også alderspsykiatri til et satsningsområde i helsesektoren. For eksempel vil antall eldre med demens øke betydelig fremover. Helsedirektoratet har uttrykt at å styrke tilbudet til de eldre med psykiske lidelser og demens er nødvendig.

## **Tiltak**

### *Habilitering*

- Psykisk helsevern må videreutvikle sin kompetanse på psykiske lidelser hos habiliteringstjenestens målgrupper og videreutvikle strukturert samarbeid med habiliteringstjenestene, også der disse ikke inngår i organisasjonen psykisk helse.

### *Traumer*

- Alle helseforetak samarbeider om prosjektet om regionale tjenester ved alvorlige psykiske lidelser med bakgrunn i traumer, slik at det skapes et best mulig beslutningsgrunnlag for vurdering av videre tilbud. Alle helseforetak må inviteres til evaluering av prosjektet.
- Arbeidet med kompetanseutvikling på utredning og behandling av traumer videreføres. Regional ressursgruppe «Med fokus på traumer» gis i mandat å bidra til fortsatt kompetanseheving i regionen.

### *Eldre med psykiske lidelser*

- Utredning og behandling av eldre med alderspsykiatriske lidelser bør få fortsatt målrettet fokus i alle helseforetak. Det er viktig at dette skjer som et samarbeid mellom psykisk helsevern, geriatri, nevrologi og farmakologi. Samarbeid med TSB og flere fagfelter innen somatikk utvikles på spesielle problemstillinger.
- Prosjektgruppen anbefaler at det etableres et kompetansenettverk innenfor alderspsykiatri.
- Behovet for, og muligheten til, å opprette et kompetansesenter for alderspsykiatri i regionen må utredes.

## **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Å sette inn riktig kompetanse til pasientgrupper med spesielle behov eller til små pasientgrupper er viktig for å kunne gi et likeverdig tjenestetilbud. Riktig kompetanse legger til rette for raskere bedring hos pasienten og til bedre livskvalitet både under og etter behandling.

## 6.2 Akutt/mottak

### 6.2.1 Tiltak 1: Innføre regionale retningslinjer for krav til kvalitet i akutfunksjonen

#### Utfordringsbildet

Akutfunksjonen i psykisk helsevern består av akuttposter på sykehusnivå og akuttjenester i DPS med kriseinnleggelser og ambulante akutt-team. Det er viktig at riktig beslutning tas så raskt som mulig, både for pasienten selv og de som skal følge opp pasienten videre. For å ha et tilfredsstillende akutttilbud til pasientene, er det viktig at riktig kompetanse er til stede, enten det er innen ambulante tjenester eller det er i mottak ved akuttavdeling. Prosjektgruppens erfaring er at det er for stor variasjon i kvaliteten på tjenestetilbudet i akuttsituasjon.

#### Tiltak

- Det skal utarbeides et regionalt standardisert pasientforløp/retningslinjer for å sikre mindre variasjon og god kvalitet på vurderinger ved spørsmål om akuttinnleggelse. Hvert HF skal ha et tydelig akuttforløp for pasienter med behov for akutt vurdering og eventuell innleggelse.
- Akutte kriser må kunne behandles i ambulante akutt-team når innleggelse ikke er nødvendig.
- Den delen av akuttforløpet som omhandler samarbeid med kommunale tjenester og fastlege må utarbeides i samarbeid gjennom Faglig samarbeidsutvalg.
- Det bør være en viss kjønnsfordeling ved akuttpostene.
- Alle ansatte i akuttmottak skal ha spesifikk og kontinuerlig opplæring på å ta imot pasienter på måter som fremmer ro og trygghet og reduserer fare for vold, så vel som unødvendig bruk av tvang og makt. Kompetanse på krisehåndtering er spesielt viktig i akuttjenesten.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

At riktig vurdering blir gjort så tidlig som mulig i alle forløp er avgjørende for resten av forløpet. Dette er viktig for å få mest mulig effektive tjenestetilbud til pasientene og for å få god ressursutnyttelse. Med en viss kjønnsbalanse og god opplæring i håndtering av akuttsituasjonen, økes sikkerhet og trygghet for pasienter og ansatte både i akutte ambulante tjenester og i akutte døgnenheter.

### 6.2.2 Tiltak 2: Sørg for sammenheng i behandlingsløpet etter akuttbehandling

#### Utfordringsbildet

Det er tidvis dårlig samarbeid mellom enheter ved overflytting av pasienter. Det fører til at det i noen tilfeller ikke er pasientens behov og plan for videre behandling og oppfølging som avgjør hva som utgjør neste trinn i pasientforløpet. Pasienter opplever mange overganger og behandlingsforløpet har dårlig sammenheng.

#### Tiltak

- Rutiner og avtaler for overføring av pasienter må utarbeides og avklaringer må forankres i ledelsen. Det må legges til rette for færreste mulig overganger/flyttinger/skifte av behandlere. Herunder må bruken av ambulante tjenester tas inn i vurderingene. En kultur for samarbeid og definisjon av *våre* pasienter etableres.
- Det utarbeides en behandlingsplan i samarbeid med pasienten raskt etter innleggelse.
- Rutiner for samarbeid med BUP, TSB, habilitering og somatikk må utarbeides der dette mangler.
- En krisemestringsplan som beskriver tiltak ved forverring utvikles sammen med pasienten for utskrivelse.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved å planlegge behandlingsløpet tidlig, sørger man for en god intensivitet i behandlingen ved at både pasient og behandlere har klare mål og milepæler. Pasienten er forberedt på overganger og forstår hensikten. Interne standardiserte pasientforløp hindrer uhensiktsmessige ad hoc-overflyttinger av pasienten og man unngår unødvendig ressursbruk til avklaringer underveis. Hvis diskusjonene og uenigheter er tatt på overordnet nivå og nedfelt i prosedyrer eller retningslinjer, vil pasientene oppleve bedre forhold og avdelingene vil spare tid ved hver overflytting.

## 6.3 Elektiv behandling

### 6.3.1 Tiltak 1: Bedre tilrettelegging for bruk av ambulante tjenester

#### Utfordringsbildet

Mengden ambulansert virksomhet varierer mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge. Fra 2016 er det foreslått at klinikkene vil få høyere vektet PH-aktivitet for ambulante tjenester. Ambulante tjenester er mer ressurskrevende enn poliklinisk arbeid, samtidig som det kan bidra til å hindre innleggelse. Ambulante tjenester er fortsatt under utvikling og øker i omfang, både med og uten bruk av spesifikk modellutforming.

#### Tiltak

- Alle helseforetak skal kunne tilby ambulante tjenester der pasientens behov tilsier det.
- Ambulante tjenester skal også kunne utføres av andre enn faste ansatte i ambulante team, og brudd i behandlingskontinuitet for pasienten må unngås i størst mulig grad. Ansatte tilknyttet faste ambulante team må kunne ta stasjonære polikliniske konsultasjoner ved behov. Det er viktig å underbygge fleksible driftsformer.
- Ambulante tjenester bør veies opp mot ressursbruk ved alternativt tjenestetilbud.
- Helse Midt-Norge RHF skal legge grunnlag og arbeide for at økonomien understøtter tiltak som er mest effektivt for pasienten.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved å legge til rette for riktig bruk av ambulante tjenester kan pasientene til enhver tid få det tilbudet som er mest tilpasset deres behov. Ved å sørge for at alle behandlere får mulighet til å drive ambulansert ved behov, samtidig som at definerte ambulante team kan utføre stasjonær poliklinisk behandling, utnyttes ressursene på den mest effektive måten.

### 6.3.2 Tiltak 2: Utvikle, tydeliggjøre og implementere pasientforløp

#### Utfordringsbildet

Variasjon i tjenestetilbudet vises gjennom tallmateriale fra driften av virksomhetene, pasientene mener det varierer ut fra hvilken behandler de får, og ansatte i helseforetakene vet at behandlingsmåten er forskjellig innen avdelinger, mellom avdelinger og mellom helseforetak. Helse Midt-Norge er i gang med utforming av standardiserte pasientforløp innenfor psykisk helsevern. Pasientforløp er viktig for å få til en systematisert utredning og behandling, monitorere framdrift og fremskaffe data for kvalitetssikring. Standardiseringen skal sikre likeverdig tjenestetilbud for alle pasienter.

#### Tiltak

- Et pasientforløp i psykisk helsevern skal beskrive hva utredning, diagnostisering, behandlingen og oppfølging skal bestå i. Et anslag på gjennomsnittlig ressursforbruk og antall timer til behandling skal gis i standardiserte pasientforløp. Enkeltpasienter kan likevel ha individuelle behov som gjør at det tar færre eller flere timer.
- Alle DPS-er i Helse Midt-Norge skal være godkjent for tvungent psykisk helsevern. Dette er viktig for å kunne gi et godt tilbud til pasienter på alle typer tvungent vern, uavhengig om det er basert på administrativt vedtak eller dom.
- Evaluering og justering av behandlingen ved fastsatte milepæler er den viktigste konsekvensen av definerte timetall i pasientforløpene.
- Det er viktig at pasientens behov for oppfølging for somatisk risiko eller somatisk lidelse beskrives i forløpene.

- Når og hvordan man skal involvere barn som pårørende skal beskrives i pasientforløpene.
- For å få størst mulig effekt av standardiserte pasientforløp, skal det samtidig jobbes med strukturering og organisering av arbeidsprosesser.
- Det skal legges ut informasjon om standardisert pasientforløp på alle helseforetak og regionalt helseforetak sine nettsider.
- Standardiserte pasientforløp som utvikles regionalt skal implementeres i alle helseforetak.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

En tydelig kommunikasjon av hva standardiserte pasientforløp er, vil trygge pasienten på at det er et kvalitets- og pasientsikkerhetstiltak. Standardiserte pasientforløp vil trygge alle ansatte og ledere på at de vet hva deres tjenestetilbud skal inneholde og at det blir mindre variasjon i hva pasienten får av tilbud. Indikert tidsforbruk og sikring av evaluering og justering innen rimelig tid kan motivere både behandlere og pasienter til å gjennomføre behandlingen mest mulig effektivt og med høyest mulig kvalitet innen de rammene som finnes. Ved implementering av standardiserte pasientforløp sikrer man at pasienten får riktig, faglig oppdatert behandlingen og oppfølging, og at overgangene mellom ulike omsorgsnivå eller fagfelt skjer uten forsinkelser i behandlingen.

### **6.3.3 Tiltak 3: Bedre rammebetingelser for målrettet dagbehandling**

#### **Utfordringsbildet**

Dagbehandling er et godt behandlingstilbud til mange pasienter, men benyttes ikke så ofte i dag. Det er i dag lite økonomiske insentiver for å drive dagbehandling fremfor døgn- og poliklinisk behandling. Dagbehandling bør utføres når dette er det beste tilbudet for pasienten og det finnes evidens og erfaring for at tiltaket er godt. Dagtilbud i spesialisthelsetjenesten må fungere ut fra de oppgaver spesialisthelsetjenesten har og ha en annen funksjon enn kommunale dagtilbud. På grunn av geografiske forhold kan dette tjenestetilbudet være vanskelig å benytte for alle pasienter.

#### **Tiltak**

- HF-ene skal tilby dagbehandling der dette er det mest effektive tilbudet for pasienten.
- Helse Midt-Norge RHF skal legge grunnlag og arbeide for at økonomien understøtter tiltak som er mest effektiv for pasienten

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Å erstatte noen av innleggelsene med dagbehandling er ressurseffektivt og bør benyttes når dette inngår i pasientens behandlingsplan. Dagbehandling og samtidig god kontakt med kommunale tjenester vil trygge pasienten i overgangen og gir mulighet for god livskvalitet ved å bo hjemme.

### **6.3.4 Tiltak 4: Videreutvikle medikamentfrie behandlingstilbud**

#### **Utfordringsbildet**

Noen pasienter med psykiske lidelser ønsker å bli frisk/ bli bedre/ lære å leve med sin sykdom uten å ta medikamenter eller med så lite bruk av legemidler som mulig. I disse tilfellene ønsker de å prøve ut om samtalerterapi, pasient- og pårørendeopplæring, samt støttetiltak i hjemmemiljø som kan gi dem tilfredsstillende bedring. Mange typer medisiner gir uønskede bivirkninger.

Medikamentfri behandling og minst mulig bruk av medisiner er en del av behandlingstilbudet man har i dag i psykisk helsevern. Det er ønske om et større fokus på dette, og det er gitt i oppdrag fra HOD gjennom oppdragsdokumentet å utvikle medikamentfrie behandlingstilbud. I eget brev fra HOD i november 2015 ble det spesifikt bedt om opprettelse av enhet/post øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling.

## **Tiltak**

- Hvert helseforetak skal implementere og videreutvikle bruken av forsvarlige medikamentfrie behandlingstilbud. Beskrivelse av medikamentfrie behandlingstilbud inngår som naturlig del av alle pasientforløp.
- Nye medikamentfrie eller medikamentreduserende behandlingstilbud bør gjennomføres og monitoreres som fagutviklings- og forskningsprosjekter.
- Som en del av behandlingsplan for alle pasienter innenfor psykisk helse, må det gjøres legemiddelgjennomgang med fastlagte mellomrom.
- Generelt for medisinbruk innen psykisk helsevern skal hvert helseforetak gjennomføre internundervisning og kursing av fastleger/allmennleger omkring «8 aksjonspunkter» etter modell fra Helse Sør-Øst.
- Det opprettes egen enhet/post øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling i samarbeid med brukerorganisasjonene innen 1. juni 2016.

## **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved å beholde og videreutvikle medikamentfri behandling som en del av det øvrige behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten får pasienten mulighet for valg og medvirkning i eget behandlingsopplegg. Jevnlig vurdering av medisinbruk vil bidra til å unngå unødvendig bruk av medisiner og feilmedisinering. En egen enhet/post der personalet får dette som spesifikk arbeidsoppgave vil sikre et tilbud ut fra det valget som pasienten gjør og at dette tilbudet får en god faglig utvikling.

### **6.3.5 Tiltak 5: Øke kvaliteten på dokumentasjon både i og fra spesialisthelsetjenesten**

#### **Utfordringsbildet**

En av kvalitetsindikatorerne som benyttes av Helsedirektoratet er epikrisetid. Som beskrevet i fase 1-rapporten, hadde Helse Midt-Norge i 2014 lavest andel epikriser sendte innen 1 dag etter utskrivning, men hadde høyest andel av helseregionene etter 7 dager. Kvaliteten på epikrisene er etter det prosjektgruppen erfarer varierende. Kvalitet kan blant annet defineres ut fra hva mottakeren har behov for. Behovet kan være at det kommer til rett tid og at det inneholder det de har bruk for til videre oppfølging. Mange av journalene til pasientene i psykisk helsevern inneholder informasjon som ikke er nødvendig, mens andre viktige opplysninger mangler. Bruk av EPJ Doculive innebærer en viss standardisering av dokumentasjon. Videre utvikling av dokumentasjon ønskes å være enda mer standardisert.

#### **Tiltak**

- Hvert HF er ansvarlig for at gjeldende standarder, regler og god skikk for utforming av journal og epikriser følges.
- HF-ene er ansvarlige for at journalene er av høy kvalitet. Det må være fokus på dette i fagmiljøet og journalanalyser bør gjennomføres.
- Nytt journalsystem må tilpasses nevnte behov for standardisering av journaler og epikriser.

#### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Standardisering av epikrise og annen dokumentasjon kan øke kvaliteten i tjenesten samtidig reduserer unødvendig tid brukt på journalføring og epikriseskriving. Gjennom en standard for journalføring sikres det at kun nødvendig informasjon tas med i journalen, samt at denne struktureres på en hensiktsmessig måte. Dette vil føre til mer effektiv journalskriving, samt at det er lettere for en etterfølgende behandler å finne nødvendig informasjon om pasienten.

### **6.3.6 Tiltak 6: Bedre samarbeidet med avtalespesialistene**

#### **Utfordringsbildet**

Helse Midt-Norge har flere avtalespesialister som gir behandling til mennesker med psykiske lidelser. Disse skal kunne ta imot alle typer pasienter, men flere har spesialkompetanse på ulike områder. Det er relativt færre avtalespesialister (psykiatere og psykologspesialister) i Helse Midt-Norge sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det er ønskelig med mer kontakt mellom avtalespesialistene og helseforetakene både faglig og driftsmessig.

#### **Tiltak**

- Det skal utarbeides en oversikt over spesialfeltene/spesialkompetansen og kapasiteten til de ulike avtalespesialistene som har avtale med HMN. Denne legges på HMN RHF sine hjemmesider.
- Avtalespesialister skal rapportere aktivitet og følge pasientforløp på samme måte som resten av spesialisthelsetjenesten.
- Det skal settes i gang samarbeidsprosjekter med mål om bedre samarbeid rundt inntak og prioritering av pasienter og en bredere faglig kontaktflate mellom avtalespesialister og resten av spesialisthelsetjenesten.

#### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved bedre samarbeid kan ressursene utnyttes bedre. Samtidig sikres en bedre kunnskap om hverandre når avtalespesialistene inngår i faglige fellesskap. Med en bedre oversikt over spesialkompetansen og kapasiteten til avtalespesialistene, kan helseforetakene og fastlegene henvise til avtalespesialistene på en mer målrettet måte. Ved lik rapportering fra helseforetak og avtalespesialister vil dette kunne gi oversikt over drift og pasientgjennomstrømning.

## 6.4 Rehabilitering/oppfølging

Rehabilitering av akutte og forbigående lidelser ivaretas oftest som del av primærbehandlingen. Ved tyngre psykiatriske lidelse er dette et omfattende arbeid som både bør starte tidlig, etableres og gjennomføres i spesialisthelsetjenesten under behandling (døgn, poliklinisk eller ambulant) og føres videre etter avsluttet akutt episode eller innleggelse. Ideelt bør rehabiliteringsarbeidet starte umiddelbart etter at man ser hvilken tilstand det dreier seg om, i alle fall så snart man vet at pasienten vil ha behov for rehabilitering. Rehabilitering må skje hovedsakelig i kommunen, men spesialisthelsetjenesten må være aktiv i å forberede pasientene og sette i gang prosessen i 2.-linje for overføring til 1.-linjen. Etter en fase med rehabiliteringstiltak kan pasientens behov fremdeles være slik at spesialisthelsetjenesten og kommunale tiltak må samordnes over lang tid.

### 6.4.1 Tiltak 1: Samarbeid rundt oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten for å få til et optimalt rehabiliteringsforløp og optimal bruk av ressursene

#### Utfordringsbildet

Noen få pasienter med svært krevende lidelser tar store ressurser og er vanskelig å gi et tilfredsstillende tilbud til. Samhandlingsreformen tydeliggjør at det som kan gjøres i kommunen skal gjøres der. Det finnes avtaler om samarbeid på et overordnet nivå mellom HF-ene og kommunene, disse er lite kjent og anvendt i daglig samarbeid. Samhandlingen med kommunene er i hovedsak god, med det er variasjoner i regionen. Pasientene ønsker pasientnære tilbud der det er mulig. I dag tilbyr spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten noen overlappende tjenester og noen pasienter faller utenfor fordi «man tror noen andre ordner det». Det er ulike og til dels motstridende forventninger til hverandre. Det er et mål at kommunene får mest mulig praktisk faglig støtte uten at pasienten flyttes mellom nivåene.

#### Tiltak

- Det skal gjennomføres en tydelig ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten ut fra de avtaler som gjelder for samhandlingsreform. Gjennom samarbeid og avklaring om hva det forventes av samarbeidspartnere vil roller avklares og tydeliggjøres.
- Det skal utarbeides pasientforløp sammen med kommunene ut fra de anbefalinger som står i veilederen *Sammen om mestring* (Hdir 2015). Dette arbeidet skal startes i 2016 og første forløp som utarbeides må være *hovedforløp 3: alvorlige og langvarige problemer/lidelser*. Dette er arbeid som gjøre sammen med TSB. Videre følger utvikling av:
  - *Hovedforløp 1, som omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarig*
  - *Hovedforløp 2, som omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige milde problemer/lidelser*
- Fastlegene må være involvert i pasientens behandling i hele forløpet.
- Veiledning til fastleger og kommunale tjenester er avklaring som må gjøres gjennom forløpsarbeid.
- Primær- og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om pasient- og pårørendeopplæring og avklare hvem som har ansvar for hvilke oppgaver.
- Spesialisthelsetjenesten skal tilby en struktur, en tilgjengelighet og et utvalg av tjenestetyper som hjelper kommunene og fyller de behovene for kompetanse som pasienter har. Ambulant virksomhet, poliklinikk, dagbehandling og døgnplasser er nødvendig og bør brukes fleksibelt.
- Dersom tvang er en del av rehabiliteringen må denne forvaltes av spesialisthelsetjenesten. Kommune og spesialisthelsetjeneste må også samarbeide med politi og påtalemyndighet. Når det gjelder personer dømt til psykisk helsevern, skal disse ha samme tilbud som andre pasienter og ut fra sitt behov.



### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Gjennom tydeligere ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten oppnås bedre ressursutnyttelse i rehabiliteringen. Dette vil kunne hindre at pasienter faller utenfor fordi man tror at «de andre gjør det». Ved at kommunene har mest mulig styring på rehabilitering får pasientene et nært rehabiliteringstilbud som kjenner de lokale tilbudene. Dette understøtter recovery-tenkning der mobilisering av pasientens ressurser, mestring og god livskvalitet er det mest sentrale.

#### **6.4.2 Tiltak 2: Sikre god rehabilitering gjennom forankring hos brukerne, i pasientforløp og individuell plan**

##### **Utfordringsbildet**

For å få til et godt rehabiliteringsløp, er det nødvendig at brukeren/pasienten involveres og tar ansvar. Dette er en utfordring de gangene rehabilitering delvis skjer under tvang. Pasientorganisasjonene påpeker at brukermedvirkning må vektlegges så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Individuell plan ses på som et sentralt redskap for å få til dette. Det er viktig at arbeidet fokuserer på mestring, god livskvalitet og friskfaktorer.

##### **Tiltak**

- Rehabilitering skal beskrives i behandlingsplan og individuell plan (IP), og disse bør etableres i samarbeid mellom pasient og behandler tidlig i behandlingen. Kommunene skal involveres i arbeidet med IP der deres tjenester inngår.
- Ved utarbeidelse av standardiserte pasientforløp for psykisk helsevern, skal rehabilitering være en del av disse.
- Også der pasienten er underlagt tvang skal det være brukermedvirkning på de områdene der dette kan gjennomføres.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Gjennom forankring i behandlingsplan, IP og i pasientforløpene, sikrer man at rehabiliteringsarbeidet starter med en gang og i samarbeid med brukeren og kommunen. På den måten legger man til rette for at pasienten har størst mulig forutsetninger for hele tiden å jobbe mot å gjenetablere en tilværelse med god livskvalitet.

#### **6.4.3 Tiltak 3: Legge til rette for bedre samhandling internt i helseforetakene**

##### **Utfordringsbildet**

Pasienter med psykiske lidelser har overhyppighet av somatiske lidelser. Flere undersøkelser viser at gjennomsnitt levealder for mennesker med psykiske lidelser er 15 – 20 år kortere enn resten av befolkningen. Pasienter med psykisk lidelser får ikke tilbud om vanlige helsefremmende og forebyggende tiltak, eksempelvis røykesluttkurs. Pasienter med somatiske lidelser og funksjonshemninger har psykiske lidelser som er underkjent. De blir ikke henvist til psykisk helsevern fordi «de har nok fra før». Mange pasienter med psykisk lidelse har rusmiddelproblemer, dette omhandles i egen kapittel.

##### **Tiltak**

- Alle standardiserte pasientforløp skal inneholde plan for somatisk oppfølging.
- Pasientens behandlingsplan og IP skal inneholde plan for somatisk oppfølging.
- Psykisk helsevern skal initiere et bredere og mer strukturert samarbeid med somatiske avdelinger, herunder nevrologi.

- Psykisk helsevern skal initiere et strukturert samarbeid med farmakologiske avdelinger/farmakologisk kompetanse for å sikre bred vurdering av pasienters bruk av mange typer medikamenter samtidig.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Ved et godt og variert samarbeid mellom flere spesialiteter internt i helseforetakene kan pasienter med sammensatte lidelser og sammensatte behov møtes på en bedre og mer målrettet måte. Ved bedre oppfølging tverrfaglig og fra flere spesialiteter kan sykkelighet og bivirkninger forebygges. Dette vil i neste omgang redusere behov for helsetjenester.

## 7 Felles tiltak for TSB og psykisk helsevern

*«Det er ikke mine eller dine pasienter. Det er våre pasienter.»*

### 7.1 Introduksjon

Dette kapittelet er felles for fase2-rapportene (regional plan) til TSB og psykisk helsevern (PH).

Under arbeidet med regional plan for TSB og PH ble det opprettet en egen arbeidsgruppe som skulle diskutere forslag til tiltak på temaet samhandling mellom TSB og PH. Denne arbeidsgruppen bestod av representanter fra begge prosjektgruppene og alle HF.

Tiltakene som er tatt med i dette kapittelet er utformet på bakgrunn av denne arbeidsgruppens arbeid, samt etterfølgende diskusjoner i felles prosjektgruppemøte for begge prosjektgruppene. I tillegg er samhandling mellom TSB og psykisk helsevern et tema som begge prosjektgruppene har diskutert gjennom hele prosjektperioden. Innspill fra disse diskusjonene er også tatt med i beskrivelsene av tiltakene. Tiltakene er ikke skrevet i prioritert rekkefølge.

I tillegg til tiltakene som er beskrevet i dette kapittelet, finnes det tiltak i både PH- og TSB-rapporten som bidrar til styrking av samhandlingen mellom de to fagfeltene. For eksempel kan det nevnes at det er beskrevet tiltak om utforming og implementering av pasientforløp (blant annet rusakutt) som involverer blant annet både TSB og PH.

For samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB finnes det ulike retningslinjer og veiledere. Den mest sentrale er "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)".

Videre er følgende veiledende dokumenter for denne pasientgruppen under utarbeidelse:

- *«Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10».*  
Utarbeidet av Helsedirektoratet. Under ferdigstillelse etter høring (per november 2015).
- *«Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer».*  
Omtalt som "Gjennomføringsforskriften". Utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Under ferdigstillelse etter høring (per november 2015).
- *«Forslag til endringer i psykisk helsevernloven - kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rommingshjelpemiddel.»*  
Utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Høring fram til 08.01.2016.

Opptil halvparten av pasienten i psykisk helsevern har også er rusproblem, og tilsvarende andel ruspasienter som har en psykisk lidelse er enda høyere. Et godt samarbeid mellom disse to fagfeltene er derfor helt nødvendig for å kunne gi pasientene riktig behandling.

## 7.2 Beskrivelse av tiltak

### 7.2.1 Tiltak 1: Etablere et strukturert samarbeid forankret i ledelsen

#### Utfordringsbildet

Etter prosjektgruppens erfaring er samarbeidet mellom TSB og psykisk helsevern i regionen godt, men enkeltsaker skaper vansker som det benyttes mye ressurser på å løse. Samarbeidet avhenger i noen tilfeller av enkeltpersoners kontakt seg imellom.

Dagens refusjonssystem fungerer ikke som insentiv for samhandling mellom fagfeltene.

#### Tiltak

- HF-ene i Helse Midt-Norge må sørge for at det etableres et forankret og strukturert samarbeid mellom TSB og psykisk helsevern (BUP og VOP).
- Samarbeid er et lederansvar, men samarbeidet må operasjonaliseres på behandlernivå – ikke bare eksistere i form av formelle samarbeidsavtaler.
- Ledelsen ved klinikkene må beskrive hva som er et faglig fellesansvar. Det må også tydeliggjøres hvilken plikt behandlerne har i å delta aktivt i samhandling, ansikt til ansikt, på tvers av fagfeltene. De ansatte ved klinikkene må uttrykke hvordan de vil at et slikt samarbeid skal struktureres, for eksempel i form av faste jevnlig samarbeidsmøter.
- Ledelsen ved klinikkene må sørge for at organiseringen av arbeidet og styringen av ressursbruken utformes på en måte som muliggjør og understøtter aktiv samhandling.

#### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Strukturerte og forankrede samarbeidsarenaer bidrar til at fagfeltene møtes jevnlig og kan etablere gode relasjoner. Etablerte samarbeidsarenaer vil bidra til å senke terskelen for å rådføre seg med behandlere fra de andre fagfeltene. Det er til det beste for pasientene at TSB og PH har et godt samarbeid, slik at de sammen kan tilby det beste for pasientene.

### 7.2.2 Tiltak 2: Utrede behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker

#### Utfordringsbildet

Det er rundt 50 innleggelses i Helse Midt-Norge etter §§ 10.2 og 10.3 i HOTL pr. år. Det var behov for kortere eller lengre ivaretagelse for under 10 % av disse i psykisk helsevern under dette lovverket i 2014, og halvparten av disse innleggelsene handlet om bistand til atferdsvanskelige. TSB ivaretar i løpet av året mange ROP-pasienter med atferdskrevende problematikk, både innlagt etter tvangsparagraf og frivillig. Flere av disse ville også ha hatt behandlingmessig nytte av et forsterket døgntilbud over kortere eller lengre tid i behandlingsforløpet. Med ROP-pasienter menes her pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse.

I notat til fagdirektøren 30.12.2013 kom en regional arbeidsgruppe, bestående av representanter fra alle HF (PH og TSB), det daværende rusforetaket med aktuell driftsavtaleenhet og Helse Midt-Norge, med anbefaling om å utrede tiltak for pasienter med atferdsvansker:

*«Arbeidsgruppa vurderer at det mangler et faglig godt tilpasset tilbud i regionen for særskilt atferdskrevende pasienter innlagt etter §§ 10.2 og 10.3. Dette gjelder pasienter som har behov for rammer over tid som «ligger mellom» sikkerhetspost og de mest tilrettelagte poster for tvang innen psykisk helsevern og TSB for øvrig. Antallet pasienter tilsier at en regional organisering er mest aktuell ved en evt. etablering av slike plasser. Det anbefales en videre utredning for evt. slike regionale plasser.»*

Denne arbeidsgruppas arbeid hadde forankring i regionalt lederforum rus-psykiatri.

### **Tiltak**

- Helse Midt-Norge må iverksette den regionale arbeidsgruppens anbefaling fra 2013 om utredning av regionale plasser for ROP-pasienter med særskilt vanskelig atferd. I utredningen bør det vurderes flere aktuelle tiltak:
  - Opprettelse av et eget nytt tilbud.
  - Videreutvikling og styrking av eksisterende tilbud.
  - Organisering av tverrfaglige kompetanseteam som bistår i aktuelle saker.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Gjennom en utredning av behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker, skaffer Helse Midt-Norge seg et beslutningsgrunnlag på om det er hensiktsmessig å opprette et slikt tilbud, samt hvilken form et slikt tilbud skal ha. Et eget tilbud for denne pasientgruppen vil kunne gi mer stabile omstendigheter for denne typen pasienter i de mest intense periodene. Atferden til denne typen pasienter kan også prege miljøet på enhetene på en måte som reduserer behandlingsutbyttet for medpasienter uten tilsvarende atferdsvansker.

## **7.2.3 Tiltak 3: Etablere praksis for kommunikasjon og konsultasjon fremfor henvisninger mellom fagfeltene**

### **Utfordringsbildet**

Prosjektgruppene erfarer at henvisninger brukes i for stor grad fremfor konsultasjoner mellom psykisk helsevern og TSB.

ROP-retningslinjen legger opp til at TSB må styrke sin kompetanse innen psykisk helsevern, slik at de i større grad kan ivareta pasientenes helhetlige behov. Tilsvarende er det en føring i retningslinjen om at psykisk helsevern må styrke sin kompetanse på rusproblematikk, slik at de i større grad kan vurderer og håndtere rus.

Spesielt er det av prosjektgruppene erfart at det er varierende kompetanse blant TSB-ansatte på å vurdere og håndtere suicidalitet. Tilsvarende er det erfaringer om at PH-ansatte har varierende kompetanse på å oppdage rus. Det er behov for et minimumskompetansenivå på disse feltene hos alle ansatte.

### **Tiltak**

- Det må etableres som en del av praksisen at man først konsulterer det andre fagområdet og får råd, før man eventuelt blir enige om en henvisning videre til et annet behandlingstilbud.
- Samarbeidet må fortsette etter at det er henvist videre, slik at man kan utføre integrert og samtidig behandling så lenge det er nødvendig.
- Det er viktig at å sikre samarbeidet selv om behandlingen skjer på to ulike enheter over en begrenset tidsperiode.
- Alle ansatte i TSB må ha kompetanse på suicidalitet.
- Av og til vil det være akutte situasjoner i TSB der rammene i psykisk helsevern er nødvendig for å beskytte/ skjerme pasienten, men dette er unntaket. I slike tilfeller skal psykisk helsevern bistå TSB til den akutte situasjonen er avverget.
- Alle ansatte i psykisk helsevern må ha kompetanse på å oppdage og behandle rusproblemer hos pasientene.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Det er en fordel for pasienten å få mest mulig av behandlingen på samme sted, og at problemer som oppstår i størst mulig grad kan håndteres der man er. Pasientene vil med innføring av dette tiltaket få en mer helhetlig og sammenhengende behandling. Bistand fra PH til TSB i spesielt akutte situasjoner kan bidra til å hjelpe pasienten, da rammene ved en PH-enhet kan roe pasienten på en annen måte enn en TSB-enhet kan.

#### **7.2.4 Tiltak 4: Bestemme og implementere felles prosedyre for pasienter som innlegges etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte enheter i psykisk helsevern**

##### **Utfordringsbildet**

Innleggelse etter HOTL §§ 10-2 og 10-3 ivaretas i hovedsak av institusjoner innen TSB utpekt av de regionale helseforetakene. Lovverket er tilrettelagt slik at også psykisk helsevern kan ivareta innleggelse etter HOTL §§ 10-2 og 10-3, dersom pasientens behov tilsier det, jf. Lov om psykisk helsevern § 1-1a. Helse Midt-Norge har pekt ut enheter i psykisk helsevern som skal ivareta innleggelse etter HOTL.

Pasienter i regionen innlagt etter Helse- og omsorgstjenestelovens (HOTL) §§ 10-2 og 10-3, med samtidige psykiske vansker, må sikres et pasientforløp som ivaretar pasientens sammensatte behov gjennom tilbakeholdelsesfasen.

Det er behov for å etablere og implementere en felles regional prosedyre for å ivareta denne gruppen tvangspasienter. I oktober 2015 ble det sendt ut et forslag på høring til alle HF-ene om en slik regional prosedyre. Denne er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av kontaktpersoner fra Helse Midt-Norge RHF og alle HF-ene.

##### **Tiltak**

- Helse Midt-Norge må bestemme og HF-ene må implementere en felles regional og forankret prosedyre for pasienter som innlegges etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte enheter i psykisk helsevern.
- Den regionale prosedyren må følges opp gjennom en årlig evaluering i den etablerte arbeidsgruppen, som har utarbeidet forslag til prosedyre.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

En felles og forankret prosedyre vil bidra til at TSB og psykisk helsevern samarbeider tett seg imellom og at de løser sine oppgaver i nær dialog med kommunene, som er ansvarlig for vedtaket, i forbindelse med denne typen tvangspasienter. Dette vil sikre et helhetlig og forutsigbart pasientforløp som ivaretar pasientens behov i ulike faser av tilbakeholdet.

#### **7.2.5 Tiltak 5: Tydeliggjøre og avklare behov for ny rettighetsvurdering ved overgang mellom TSB og psykisk helsevern**

##### **Utfordringsbildet**

En pasient i et utrednings- eller behandlingsforløp innenfor spesialisthelsetjenesten skal som hovedregel (etter retningslinjer fra Helsedirektoratet) ikke rettighetsvurderes ved videre henvisning. Dette gjelder både ved henvisning til annen avdeling i samme helseforetak, eller henvisning til annet helseforetak. Ny rettighetsvurdering skal kun gjøres ved ny sykdomstilstand.

Etter prosjektgruppens erfaring er det i enkelte tilfeller knyttet noe usikkerhet til om pasienten har ny sykdomstilstand i overgangen mellom TSB og PH, og derfor skal rettighetsvurderes på nytt. ROP-retningslinjene kan på dette punktet tolkes ulikt. Det er derfor behov for en avklaring fra Helse Midt-Norge om i hvilke tilfeller pasienter skal rettighetsvurderes på nytt i overgangen mellom TSB og psykisk helsevern.

### Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF må utarbeide en tydeliggjøring av rutinene for rettighetsvurdering i situasjoner hvor dette er uklart i overgangen mellom psykisk helsevern og TSB.
- Denne tydeliggjøringen må utformes i samarbeid med fagpersoner fra regionen.
- Tydeliggjøringen må formidles til relevante enheter i Helse Midt-Norge.

### Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom en felles forståelse av rutinene unngås unødvendig tid til avklaringer rundt enkeltsaker.

### 7.2.6 Tiltak 6: Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB

*Dette tiltaket er tilsvarende som Tiltak 1 under «Ungdom og unge voksne» i TSB-rapporten.*

#### Utfordringsbildet

Det er en utfordring å nå de yngste rusmiddelavhengige, og dette er en pasientgruppe som trenger en egen metodisk tilnærming for rekruttering og fullføring av behandling. Pasientene befinner seg ofte i gråsonen mellom barnevern, BUP og TSB. Barn og unge i barnevernsinstitusjon har stor overhyppighet av psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Mange i denne gruppen er sårbare og har ingen sterk tilknytning i rusmiljøene. Rusmiddelavhengighet kan være en del av en problematikk når den unge er henvist til BUP, men hvor omfang ikke avdekkes under utredning. BUP har behov for å styrke sin kompetanse på rusmiddelavhengighet, og TSB har behov for å styrke sin kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri.

I april 2015 ble det signert en rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF. Rammeavtalen beskriver samarbeid mellom partene knyttet til tiltak ovenfor barn og ungdom, fagutvikling og opplæring og utdanning.<sup>4</sup>

### Tiltak

- HF-ene må i et samarbeid mellom BUP og TSB utvikle et behandlingstilbud i form av et eget pasientforløp til de yngste ruspasientene (under 18 år). Pasientforløpet må tydeliggjøre ansvarsfordeling mellom BUP og TSB og inneholde følgende elementer:
  - BUP skal kontaktes for å ha samtale med den unge og sine foresatte ved første tilfelle av akutt avgiftning ved somatisk avdeling. Ved flere episoder må BUP koble inn egen spisskompetanse på rus eller kontakte TSB i eget HF for samarbeid for å bestemme behovet for eventuelle videre tiltak.
  - TSB skal kunne tilby behandling over tid på barnevernsinstitusjonene og i BUP-klinikkene (døgn, dag og poliklinikk). Tilbudet til denne pasientgruppen bør være differensiert med tanke på tid og innhold.
- Både BUP og TSB må opparbeide seg mer kompetanse på hverandres områder.
- BUP og TSB i hvert HF bør ha en egen samarbeidskontakt som kontaktes ved behov for samtidig behandling fra BUP og TSB til denne pasientgruppa.

<sup>4</sup> Rammeavtale mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten region Midt-Norge (Bufetat) og Helse Midt-Norge RHF (2015), <http://www.helse-midt.no/no/Fag/Samhandling/84392/>

- BUP og TSB skal ha avtaler og jevnlig kontakt med barneverntjenesten for å kunne tilby undervisning til personell og de unge i institusjonen, samt eventuelt utredning og behandling.
- Det må samarbeides med barneverninstitusjoner og barnevernstjenesten om bruk av kartleggingsredskap og oppfølging av unge som viser seg å være i risiko. Til dette skal rammeavtalen mellom Bufetat region Midt-Norge og HMN RHF være et utgangspunkt.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

De yngste ruspasientene (under 18 år) trenger kompetansen som BUP og TSB til sammen sitter på. I tillegg vil videre samarbeid med barnevernstjenesten og skoler bidra til at barna blir tatt vare på der de er og at deres problemer oppdages, behandles og følges opp på en best mulig måte. Dette vil gi de yngste et mer helhetlig behandlingstilbud. Samtidig kan et rusbehandlingstilbud utenfor ordinær døgntilbud i TSB bidra til å hindre de yngste fra å rekrutteres inn i tynge rusmiljøer.

## **7.2.7 Tiltak 7: Fortsette med og videreutvikle internundervisning og kompetansedeling på tvers av fagfeltene**

### **Utfordringsbildet**

Behandlere i BUP, VOP og TSB har alle behov for tilførsel og oppdatering av kompetanse innenfor de andre tjenesteområdene. Internundervisning på tvers av de ulike spesialitetene skjer til en viss grad i dag. I dag må de som skal bli legespesialister i rus ha erfaring fra psykiatri, men dette kravet gjelder ikke andre veien.

BUP, VOP og TSB tilbyr alle undervisning og opplæring mot primærhelsetjenesten. I tillegg tilbyr kompetansesentrene egne opplæringstilbud. Ofte blir disse opplæringstilbudene organisert hver for seg, og i noen tilfeller tilbys det overlappende tilbud.

### **Tiltak**

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene må sørge for at fagfeltene fortsetter å dele kompetanse seg imellom, slik at alle ansatte i alle tjenesteområdene er faglig oppdatert og har oversikt over behandlingsmåter og tilbud som finnes for pasientene i hele spesialisthelsetjenesten.
- HF-ene må utnytte mulighetene som ligger i rotasjonen av leger og psykologer i spesialisering til å dele kompetanse og sørge for at ansatte får kompetanse innenfor både TSB og psykisk helsevern.
- Individuelle utdanningsplaner og kompetanseplaner må utarbeides for alle og disse må brukes aktivt. Ledelsen må være liberale med å tillate permisjoner, slik at ansatte som har det som en del av sin utdannings- eller kompetanseplan kan hospitere i andre fagfelt.
- Fagfeltene må koordinere seg imellom og samarbeide om opplæringstilbudet mot primærhelsetjenesten. Dette må også gjøres i samarbeid med kompetansesentrene.

### **Gevinster ved gjennomføring av tiltak**

Når alle behandlerne i psykisk helsevern og TSB innehar en viss tverrfaglig kompetanse, kan flere pasienter behandles uten at det medfører mye henvisninger og flytting mellom enheter. For at pasientene skal få det beste behandlingstilbudet, er det viktig at behandlerne er oppdatert på hvilke behandlingstilbud som finnes innenfor de ulike spesialitetene.

Det er bedre utnytting av ressursene hvis fagfeltene kan koordinere og samarbeide om undervisning og opplæring til primærhelsetjenesten, i stedet for å tilby overlappende opplegg.



## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: Forskning, innovasjon og fagutvikling

Dette er en nåsituasjonsbeskrivelse innenfor forskning, innovasjon og fagutvikling, da dette ikke ble dekket i fase1-rapporten. I denne fase2-rapportene er det lagt frem tiltak innenfor forskning, innovasjon og fagutvikling i kapittel 4.

#### 8.1.1 Utvikling i psykisk helsevern

Psykiske lidelser utgjør en stor andel av den samlede sykdomsbyrden i befolkningen. Dette avspeiles i det kommunale sosial- og helsetjenestetilbudet og antall konsultasjoner i allmennpraksis, i tillegg til at det krever en stor del av spesialisthelsetjenestens ressurser. Psykisk sykdom er også årsaken til en stor del av samfunnets trygdeytelser.

Psykiske lidelser forstås best som bio-psyko-sosiale tilstander, med noe ulik vektlegging av de tre faktorene for ulike diagnosegrupper. Det har tradisjonelt blitt lagt mest vekt på de psykologiske og sosiale forhold ved lettere psykiske lidelser og biologiske forhold ved alvorlige psykiske lidelser.

Psykoterapeutisk behandling av flere lidelser er effektivt og skånsomt, og sosiale tiltak er ofte essensielt for rehabilitering av pasienter. Innenfor psykoterapi skjer det mye viktig internasjonal forskning som bidrar til god fagutvikling og mer effektive behandlingsmetoder.

Forskning innenfor de biologiske faktorene har vært krevende på grunn av manglende kunnskap om de avanserte systemene i hjernen. Dette er nå i endring og fagfeltet opplever en økning i biologisk kunnskap som grunnlag for å forstå og behandle psykiske lidelser.

Kunnskapen om vitenskapelig fundert forståelse (sammenheng mellom psykologisk, sosiologisk og biologiske forhold) for psykiatriske lidelser er nå i stor utvikling og allerede stor. Tverrfaglighet er viktig i psykisk helsevern som i mange andre medisinske fag.

#### 8.1.2 Eksempler på forskning, innovasjon og fagutvikling i Midt-Norge

1. januar 2016 slo NTNU seg sammen med høyskolene i Ålesund, Gjøvik og Sør-Trøndelag. Høgskolen i Nord-Trøndelag ble fra samme dato en del av Nord Universitet, en sammenslåing av Høgskolen i Nesna, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Universitetet i Nordland. I tillegg er også Høgskolen i Molde en helsefaglig utdannings- og forskningsinstitusjon i regionen.

Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) er et forskningscenter tilknyttet NTNU og er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Samlingen inneholder store mengder materiale som kan bidra til ytterligere kunnskap om psykisk helse.

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Midt-Norge) er et felles forsknings- og utviklingssenter som ivaretar problemstillinger knyttet til barn og unges psykiske helse, omsorg, utvikling og tjenestebehov i regionen. Senteret er en del av Det medisinske fakultet ved NTNU og driver med forskning og fagutvikling, samt undervisning og formidling av dette til fagfolk som jobber med barn og unges psykiske helse og/eller barnevern. RKBU holder til i Trondheim, Ålesund og Levanger. RKBU får sitt oppdrag hovedsakelig fra Helsedirektoratet og deler av mandatet er rettet mot kommunene. I tillegg har RKBU fått i oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF å etablere en ressursenhet for forskning, fagutvikling, kompetanseheving og innovasjon innen habilitering for både barn/unge og voksne (RHAB). De ivaretar også det regionale oppdraget rundt autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

Psykologisk institutt ved NTNU er kjent for sin forskning på blant annet kognitiv terapi, metakognitiv terapi og psykoterapi og har hatt fremragende tilbud på blant annet OCD (tvangslidelse). Også søvnforstyrrelser og traumer er lidelser hvor det har vært utviklet fruktbare samarbeidsprosjekter mellom helseforetakene og universitetet. Det er lang tradisjon for slik forskning i Midt-Norge.

Det er stor fremgang i forskningen på nevromedisin, men det gjenstår fortsatt mye før all kunnskapen har direkte klinisk anvendelse. Midt-norske forskningsmiljøer innen nevromedisin (biologisk og psykologisk) samarbeider med anerkjente grupper både nasjonalt og internasjonalt. Ved Norwegian Brain Center, som er en del av NTNU, er flere av landets mest anerkjente forskere på nevromedisin tilknyttet. Innen biomedisin er forskning på hukommelse/demens og Alzheimer viktige satsningsområder ved NTNU og miljøet er også kjent i landet for sine studier på andre biologiske forklaringer på psykisk lidelse (som epilepsi og immunaktivitet).

Midt-Norge er en region med mye kompetanse og fagutvikling i rettspsykiatri med et av landets kompetansesentre på feltet, domstoladministrasjonen i Trondheim, mange rettspsykiatere, samt tett samarbeid om fagutvikling mellom helse, politi, domstol og kriminalomsorg. I tillegg blir lokalt prøveprosjekt (MRE) i regionen nå nasjonalt og Trondheim har landets eneste professorat i rettspsykologi/-psykiatri. Også innen sikkerhetspsykiatri i klinikk har Midt-Norge en sentral rolle innenfor faglig utvikling og kompetanse. Det søkes nå om opprettelse av landets første rettspsykiatriske institutt i Trondheim tilknyttet St Olavs Hospital og NTNU.

## **8.2 Vedlegg 2: Fase1-rapport**

Fase1-rapport: Regional plan psykisk helsevern, Helse Midt-Norge (2015) ligger vedlagt som eget dokument.

## **8.3 Vedlegg 3: Sikkerhetspsykiatri-rapport**

Rapport: «Sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge» (2015) ligger vedlagt som eget dokument.