

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2016/17 - 183/2016

Deres ref.:

Dato:
18.01.2016**Innkalling til styremøte for Helse Nord-Trøndelag 25. januar 2016**

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte **mandag 25. januar 2016 kl. 1130**. Møtet finner sted på Quality Hotel Grand, Steinkjer.

AGENDA

- Sak 01/2016** **Regional plan for Psykisk Helsevern og regional plan for Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) for Rusmiddelavhengighet for planperioden 2016 - 2020**
- Sak 02/2016** **Styrets retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte**
- Sak 03/2016** **Orienteringssaker:**
1. **Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 18.11.15**
2. **Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 17.12.15**
3. **Orientering om fremdrift årsoppgjør 2015 – styrets årsberetning og årsregnskap**
4. **Kvalitet og pasientsikkerhet**
5. **Andre orienteringer**
- Sak 04/2016** **Eventuelt**
- Sak 05/2016** **Godkjenning og signering av protokoll**

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.Arne Flaata
Adm. direktør
sign.Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

**Sak 01/2016 Regional plan for Psykisk Helsevern og regional plan for Tverrfaglig
Spesialisert Behandling (TSB) rusmiddelavhengighet for planperioden 2016 -
2020**

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	25. januar 2016	01/2016
Saksbeh:	Kathinka Meirik	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/17	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag tar orienteringen om Regional plan for TSB og regional plan for Psykisk Helsevern, til orientering.

Styret slutter seg til de tiltak som planene peker på og beslutter å sende saken videre til Styret i Helse Midt-Norge RHF for godkjenning.

SAKSUTREDNING:

**Sak 01/2016 Regional plan for Psykisk Helsevern og regional plan for Tverrfaglig
Spesialisert Behandling (TSB) rusmiddelavhengighet for planperioden 2016 -
2020**

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

- 1) Regional plan for TSB
- 2) Regional plan for psykisk helsevern

Utrykte vedlegg i saksmappen

Ingen

BAKGRUNN

Helse Midt- Norge har til høring Regional plan for TSB og Regional plan for Psykisk helsevern. Psykiatrisk klinikk og Barne- og familieklinikken i Helse Nord- Trøndelag har vært med i arbeidet med utarbeidelsen av disse planene. Planene skal opp for Styret i Helse Midt- Norge i mars 2016, og skal i styrene i de ulike HF som beslutningssak og orienteres om i Brukerutvalg, før behandling i HMN sitt styre.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Høringsutkastene til Regional plan for TSB og Regional plan for Psykisk helsevern, angir retning, prioriterte områder og tiltak/forbedringstiltak i videreutvikling av tilbudet i regionen.

De regionale planene og «*Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*» vil sammen med veiledere, retningslinjer og oppdragsdokument til Helse Midt-Norge RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet, være sentrale for at tiltakene følges opp i planperioden.

Planene peker på noen felles regionale tiltaksområder:

- Forskning, innovasjon og fagutvikling
- Kompetanse, kapasitet og kvalitet
 - Herunder øke kompetansen flyktninger
- Brukermedvirkning
- Opprette egne brukergrupper for psykisk helsevern i alle HF, samt sørge for brukerrepresentasjon fra brukerorganisasjonene innenfor psykisk helsevern i alle brukerutvalg

For Helse Nord- Trøndelag har klinikkene satt opp følgende prioriterte oppgaver:

For BUP:

- Opprusting regionalt arbeid med bl.a. ressursgruppe ifht voldsriskovurdering B/U, regionalt veiledningsteam i spiseforstyrrelser, kompetansenettverk for B/U med psykose, og tydeliggjøre ansvarsfordelingen for utviklingshemmede med psykiske lidelser.
- Etablering av regionale fora for samstemming av praksis både ifht diagnostikk, samarbeid med kommuner mv.
- Opprettholde kapasitet til akuttdrift (poliklinikk og døgn)
- Utvikle akutt samarbeid med Bufetat og barnevern i alle HF ad modum BUP Levanger.

For VOP:

- Opprette døgnplasser til utviklingshemmede med psykisk lidelser og utfordrende atferd

- Fortsatt ikke egne sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i HNT
- Rammefinansiering og styrking av RKSF
- Videreutvikle medikamentfrie behandlingstilbud
 - Foreløpig ikke med egne døgnplasser i HNT

For TSB:

- Ungdom og unge voksne
- Overgang mellom omsorgsnivåene (dag, døgn og poliklinikk innenfor TSB)
- Samhandling mellom TSB og somatikk
 - Vakttelefon etablert
- Sikre lokalsykehusstilbud i alle HF

Felles tiltak TSB og psykisk helsevern:

- Utrede behovet for egne regionale døgnplasser til ROP-pasienter med særskilte atferdsvansker

HELHETLIG DRØFTING

De regionale planene gir retning, prioriteringer og føringer for det videre arbeidet regionalt og lokalt innen rus og psykiatri. Helse Nord- Trøndelag følger opp planene gjennom videre regionalt samarbeid og tiltak lokalt i tråd med disse planene.

Delrapport - Fase 2

Regional plan for psykisk helsevern 2016-2020

Dato	09/01/2015
Versjonsnr.	0.93
Godkjent av	XX
Dato	XX/XX/XXXX



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 mestringssenter
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 gi 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. Prosjektgruppeleder 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. Prosjektgruppeledere 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	Prosjektgruppeleder, 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 Aanondsen	STO	Chris.Margaret.Aanondsen@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*»¹ 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 brukermedvirkning. 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.

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

2 Sentrale føringer

2.1 Nasjonale føringer

«Den gylne 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)

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. Sørge 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. Styrke 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 døgnet)
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 akuttfunksjonen
2. Sørge 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: Sørge 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 ungdoms-psykiatrien, 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»² er det beskrevet at det er behov for samarbeid på alle nivå mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren (UH-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-Norge³ 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.

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

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

- 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

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.
- Det skal legges til rette for at alle yrkesgrupper kan få nødvendig etter- og videreutdanning for å tilfredsstille 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: Styrke 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 bruker-organisasjonene 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 behandlingsmessig 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 tvungen psykisk helsevern kan gi spesielle utfordringer, men er spesielt viktig for å kunne sikre redusert og riktig bruk av tvungen 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 tvungen vern. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med kontrollkommisjonene og Fylkesmannsembetene.
- Fagutvikling og forskning rundt tvungen 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 tvungen 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 sørge 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 skal 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.
- 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 behandlingsenhetene 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 akutttilbud 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 akutttilbudet i de ulike HF-ene.

Prosjektgruppen mener at alle HF-ene ivaretar organisering av akutttilbudet 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 vaktssystem, 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 akutttilbud 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 kommune-helsetjenesten 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.

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.

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 uklarheter 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 4.A-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 tilfredsstiller 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, autismespekterlidelser 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 kompetansheving 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 akuttfunksjonen

Utfordringsbildet

Akuttfunksjonen 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: Sørge 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 før 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 ambulant 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 innleggelser. 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 effektiv 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 ambulant 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. Enkelpasienter 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 samtalerapi, 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 medisinerbruk 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 medisinerbruk 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 rusmiddelp problemer 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 sykелighet 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 ferdigstilling 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 ferdigstilling etter høring (per november 2015).
- *«Forslag til endringer i psykisk helsevernloven - kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlige gjenstandar og rømmingshjelpemiddel.»*
Utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Høring fram til 08.01.2016.

Opptil halvparten av pasienten i psykisk helsevern har også et 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 jevnlige 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 innleggelser 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 behandlingsmessig 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

Innleggelser 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 innleggelser 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 innleggelser 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.⁴

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.

⁴ 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 i hvert HF bør ha en egen samarbeidskontakt som kontaktes ved behov for samtidig behandling fra BUP og TSB til denne pasientgruppa.
- 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 barneverntjenesten 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 barneverntjenesten 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 døgnbehandling 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 forskningssenter 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.

Delrapport - Fase 1

Regional plan for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB)

Prosjektgruppeleder

Terje Haaland

Dato

23/09/2015

Versjonsnr.

1.2

Godkjent av

Kjell Asmund
Salvesen (Fagdirektør
HMN RHF)

Dato

23/09/2015



INNHALDSFORTEGNELSE

BEGREPSAVKLARING OG FORKORTELSER.....	4
1 INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN.....	5
1.2 STRATEGISK FORANKRING	6
1.3 MÅL FOR PROSJEKTET	6
1.4 KRITISKE SUKSESSFAKTORER	7
1.5 FREMDRIFTSPLAN.....	8
1.6 ORGANISERING	8
1.7 KOMMUNIKASJONSPLAN.....	11
2 OPPSUMMERING	12
3 ORGANISERING AV TJENESTETILBUDET	15
3.1 DET OFFENTLIGE TSB-TILBUDET	15
3.2 DET PRIVATE TSB-TILBUDET	16
4 AKTIVITET, KOSTNADER, VENTETID OG FRISTBRUDD.....	18
4.1 AKTIVITET	18
4.2 KOSTNAD.....	20
4.3 VENTETID OG FRISTBRUDD	21
5 LMS, OPPLÆRING AV PASIENTER/PÅRØRENDE OG BRUKERMEDVIRKNING	27
5.1 LMS.....	27
5.2 OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE.....	27
5.3 BRUKERMEDVIRKNING	28
5.4 BRUKER- OG PÅRØRENDEORGANISASJONER.....	28
6 BEMANNING/REKRUTTERING OG UTDANNING/KOMPETANSE	28
7 TJENESTEFORBRUK.....	32
7.1 INNLEGGELSER.....	32
7.2 OPPHOLDSDØGN.....	33
7.3 POLIKLINISKE KONSULTASJONER.....	34
7.4 PASIENTER.....	35
8 KAPASITET	37
8.1 DØGNPLASSER	37
8.2 BEMANNING.....	38
9 KVALITETSINDIKATORER	40
9.1 ANDEL EPIKRISER SENDT UT ETTER EN OG SYV DAGER	40
9.2 BRUDD PÅ VURDERINGSGARANTIE.....	42
9.3 REGISTRERING AV HOVEDDIAGNOSE.....	43
9.4 PASIENTERFARINGER.....	45
10 SAMHANDLING.....	47
10.1 BRUK AV PRIVATE INSTITUSJONER.....	47
10.2 REGIONALE SPESIALFUNKSJONER OG SAMHANDLINGSORGAN.....	47
10.3 SAMHANDLING MED PSYKISK HELSEVERN OG SOMATIKK.....	48
10.4 SAMHANDLING MED KOMMUNENE	48
11 TEKNOLOGI	50
11.1 JOURNALSISTEM.....	50
11.2 BRUK AV IKT/E-HELSE OG TELEMEDISIN.....	50
12 FREMTIDIGE BEHOV OG FAKTORER SOM PÅVIRKER DETTE.....	51
12.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING	51
12.2 SYKDOMSUTVIKLING.....	53
12.3 MEDISINSK OG TEKNOLOGISK UTVIKLING	53
12.4 SAMHANDLINGSREFORMEN	54
12.5 ANDRE FAKTORER SOM PÅVIRKER KOMPETANSEBEHOV	54
13 UTVIKLINGSTREKK.....	55
13.1 ALKOHOL.....	55
13.2 VANEDANNENDE MEDIKAMENTER OG ILLEGALE STOFFER	55

13.3	NYTT OMRÅDE.....	56
14	FORSLAG TIL UTVALG AV OMRÅDER SOM PRIORITERES I VIDERE PLANARBEID	57
15	OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER.....	58

Begrepsavklaring og forkortelser

TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet
RHF	Regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
HMN	Helse Midt-Norge
HMR	Helse Møre og Romsdal
HNT	Helse Nord-Trøndelag
STO	St. Olavs Hospital
ROP	Rus og psykiatri
PUT	Psykiatrisk ungdomsteam
LMS	Lærings- og mestringssenter
KoRus Midt-Norge	Kompetansesenter Rus – Midt-Norge
HEMIT	Helse Midt-Norge IT
EPJ	Elektronisk pasientjournal
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
PH	Psykisk helsevern
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV	Psykisk helsevern for voksne

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

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

TSB, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, omfatter tilbud som døgntilbud, dagbehandling og polikliniske tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven. Tverrfagligheten er essensiell i rus- og avhengighetsbehandling, noe som viser seg gjennom WHOs utgangspunkt om at rusmiddelavhengighet er en biopsykososial lidelse. Dette innebærer at man både i forståelsen av problemene og i de hjelpetiltakene man tilbyr, bør legge vekt på både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Sentrale biologiske forhold er for eksempel at rusmidler virker inn på hjernens belønningssystemer og på kroppens organer. Sentrale psykologiske forhold er knyttet til blant annet læring, motivasjon, emosjoner, psykisk helse, identitet og personlighet. Sentrale sosiale forhold er knyttet til familie, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, boforhold og sosial inkludering/ekskludering.

Prosjektgruppen stiller seg også bak beskrivelsen til Helse Vest HF av avhengighet og behandling av avhengighet:

«Avhengighet er ofte et kronisk problem som kjennetegnes av stor fare for tilbakefall tidlig i endringsforløpet og en langsiktig økt risiko for tilbakefall gjennom hele forløpet. Det betyr likevel ikke at avhengighet har alle de samme kjennetegnene som andre kroniske medisinske lidelser, som f.eks. høyt blodtrykk, diabetes og astma. Utviklingen av kroniske medisinske lidelser kan nok til en viss grad påvirkes gjennom endret adferd, men stopper ikke opp av at man slutter med en spesiell adferd. Slik er det derimot med avhengighet. Avhengighet er altså ikke en kronisk medisinsk lidelse.

I mange tilfeller har avhengighet likevel så mange likhetstrekk med en kronisk medisinsk lidelse at det bør behandles på samme måten som slike lidelser. Denne forståelsen ligger også til grunn i Meld. St. 30 (2011–2012), der det står at rusavhengighet bør forstås som en kronisk sykdom som krever behandling og oppfølging over lang tid. Stortingsmeldingen sier videre at en slik forståelse gjør det nødvendig å organisere tjenestene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene på samme måte som for pasienter med kroniske sykdommer.»¹

Det har vært en stor utvikling i behandlingstilbudet innen rusfeltet siden rusreformen i 2004. Styret for Helse Midt-Norge besluttet da å organisere døgnstilbudene i regionen i et eget rusforetak (Rusbehandling Midt-Norge HF). Formålet med dette var å samle og styrke et fragmentert fagfelt, tilpasse behandlingen kravene til spesialisthelsetjenesten og tilpasse kapasitet og kvalitet etter befolkningens behov. Organiseringen i eget rusforetak skulle være midlertidig, og gjennom denne organiseringen sørget Helse Midt-Norge for en stor satsing på rusfeltet i perioden frem til 2014 både med hensyn til kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet. Rusforetaket ble fusjonert med de øvrige helseforetakene 1/1-2014 med målsetting om å styrke tilbudet til mennesker med sammensatte lidelser, videreutvikle TSB som eget fagområde, skape tettere integrering mot somatikk og psykisk helsevern og tilrettelegge for tettere samhandling med kommunenes satsning på rusfeltet.

Det har i flere tiår vært en politisk uttrykt målsetting om at psykisk helsevern og rusbehandling skal være prioriterte innsatsområder innenfor spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern startet i 1998 og gikk fram til 2006. Bemanningen innen psykisk helsevern (PH) ble betydelig styrket i de årene. Etter dette har det stagnert, til tross for at oppdragsdokumenter stadig har fortalt at PH skal prioriteres. En prioritering av PH og TSB har ikke i tilstrekkelig grad vært

¹ Helse Vest RHF: Regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015-2019

beskrevet, somatikken har mange økonomiske drivere og helseforetakene har derfor ikke greid å holde de politiske prioriteringene like høyt. Oppdragsdokumentet for 2015 gir et mer detaljert mål: Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (hver for seg) enn for somatikk på regionnivå. Dette er kalt den «gylne regel». Innen psykisk helsevern skal distriktpspsykiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Helse Midt-Norge skulle rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 1. mars 2015. Til nå er den «gylne regel» ikke innfridd i Helse Midt-Norge.

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet som startet i 2007 hadde blant annet som mål å gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv. I tillegg skulle planen sikre mer tilgjengelige tjenester for de som trenger dem – når de trenger dem. Planen la videre opp til et faglig løft, både innenfor forebygging, behandling og oppfølging og inneholder tiltak for å bedre samhandlingen da dette er en av de største utfordringene rusfeltet står overfor. Videre var økt brukerinnflytelse et sentralt perspektiv. Pårørende, herunder også barn og søsken av rusmiddelavhengige, skulle bli bedre ivaretatt. Regjeringen har bebudet en ny opptrappingsplan for rusfeltet i løpet av 2015.

Samhandlingsreformen har også ført til endring og bedring i tjenestetilbudet, men her er det fortsatt et potensiale for å kunne øke tilgjengelighet og kvalitet. De formelle samarbeidsorganene mellom HF-ene, med kommunene, administrative og faglige, er viktige i den videre utviklingen av et helhetlig tilbud. Planarbeidet skal styre mot å oppnå Rett behandling - til rett tid - til riktig pasient.

1.2 Strategisk forankring

Regional plan for TSB skal være forankret i Helse Midt-Norges visjon, verdigrunnlag, Strategi 2020 og styringsbudskap gitt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom nasjonale strategier, oppdragsdokument og foretaksprotokoll samt styresakene som er vist til i prosjektoppdraget (HMN styresak: 37/12, 55/13).

Spesialisthelsetjenesten for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) i Helse Midt-Norge må bygges opp på en slik måte at vi klarer å møte fremtidens utfordringer som sikrer god kvalitet og effektivitet i tjenesten, innenfor vedtatte økonomiske rammer. Dette er bakgrunnen for at det startes et arbeid med å utarbeide en regional plan for TSB i perioden 2016-2020. Planen skal være retningsgivende i arbeidet med å videreutvikle fagområdet i regionen.

Dokumentet *Prosjektoppdrag, Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, Regional Plan 2016-2020, Versjon 4.1* beskriver prosjektet og mål for prosjektet. Det viktigste er oppsummert her i innledningen av denne rapporten.

1.3 Mål for prosjektet

Prosjektet skal utarbeide strategi og retning for styring som omsetter nasjonale og regionale føringer til god utvikling av tjenestetilbudet innen TSB i Midt-Norge.

- I Fase 1 skal det skaffes oversikt over status. Kartlegging, utredning og analyser av en rekke områder vil gi utgangspunkt for å se om utviklingen har vært i tråd med nasjonale og regionale føringer, blant annet om kravene i opptrappingsplanen er imøtekommet, men også gjennomføringen av krav i oppdragsdokumenter i etterkant av opptrappingsperioden. Fase 1 vil legge basis for at arbeidet i fase 2 skal skje på et omforent faktagrunnlag.
- Fase 2 bygger på resultatene fra Fase1 og skal foreslå strategier og veivalg med konkrete forbedringstiltak for videreutvikling av tilbudet innen TSB i regionen.

1.3.1 Effektmål

Det skal etableres en enighet om regionalt samarbeid og regionale funksjoner. Spesialisthelsetjenestens rolle skal tydeliggjøres slik at denne, sammen med kommunale tilbud, tjenester fra frivillige organisasjoner og øvrige relevante aktører, sikrer pasienter og pårørende en helhetlig, sammenhengende, tilgjengelig og koordinert tjeneste.

Pasienter i TSB skal ha tilgang til kvalitativt gode og samordnede tjenester, der ressursene blir utnyttet på best mulig måte i samhandling mellom offentlige og private aktører.

Planen skal synliggjøre satsningsområder og nye tiltak, og beskrive hvordan disse skal prioriteres. Den skal også beskrive/understøtte bevaringsområder.

1.3.2 Resultatmål

Resultatmål i Fase 1:

- Statusbeskrivelse
 - Aktivitet, kostnader, ventetid
 - Organisering og tjenestetilbud
 - Bemanning/rekruttering og kompetanse
 - Tjenesteforbruk
 - Kapasitet
 - Kvalitetsindikatorer, inkludert pasienterfaringer/opplevd kvalitet og effektmål
 - Samhandling mellom offentlige og private aktører, internt i helseforetakene og med kommunene
 - Teknologi
 - Utviklingstrekk Europa/Norge
- En beskrivelse av framtidig behov og hvilke faktorer som påvirker dette
- Forslag til et utvalg av områder som prioriteres i videre planarbeid.
- Beskrive effektmål for TSB
- Beskrive elementer fra pasientforløpsutvikling, forskning mv

Resultatmål i Fase 2:

- Beskrive tiltak som gir god kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen, koordinerte og helhetlige spesialisthelsetjenester på utvalgte områder
- Beskrive pasienter og pårørendes deltakelse i utforming av tjenestetilbudet
- Beskrive god utnyttelse av ressursene og bærekraftig økonomi, der psykisk helsevern og TSB har større vekst (hver for seg) enn somatikk
- Tydeliggjøre indikatorer for å følge utvikling og måloppnåelse
- Vurdere behovet for kunnskapsutvikling og forskning
- Utkast til regional plan for TSB i Helse Midt-Norge

1.4 Kritiske suksessfaktorer

For at Helse Midt-Norge skal få en regional plan for TSB for 2016-2020 som gjør at pasientene innenfor TSB får bedre tilgang til kvalitativt gode og samordnede tjenester, må følgende faktorer ivaretas:

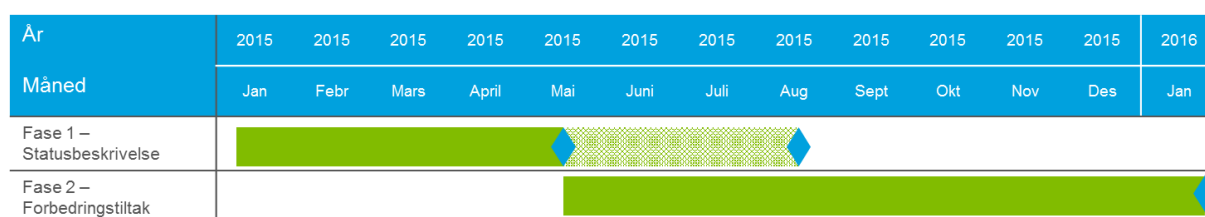
- Prosjektgruppens medlemmer og regionens klinikker må bidra med informasjon og innspill
- Foreslåtte tiltak må være økonomisk gjennomførbare i gjeldende planperiode
- Prosjektgruppens arbeid og prioriterte områder må kommuniseres til alle involverte og interessenter som beskrevet i kommunikasjonsplanen

- Det må være tett involvering av de aktuelle fagmiljøene og øvrige interessenter gjennom hele prosjektet for å sikre forankring og eierskap
- Prosjektet er avhengig av faste kontaktpersoner fra fagmiljøene
- Prosjektgruppen må ha tilgjengelig relevante data for analyse

1.5 Fremdriftsplan

Prosjektet er delt i to faser. Arbeidet med å få frem statusbeskrivelsen (fase 1) er gjort i første halvdel av 2015. Sommeren 2015 ble benyttet til å utforme fase-1-rapporten, mens arbeidet med fase 2 startet i mai. Prosjektet avsluttes i januar 2016 med behandling av fase-2-rapport i Helse Midt-Norge RHF.

Figuren nedenfor gir en overordnet oversikt over fremdriftsplanen.



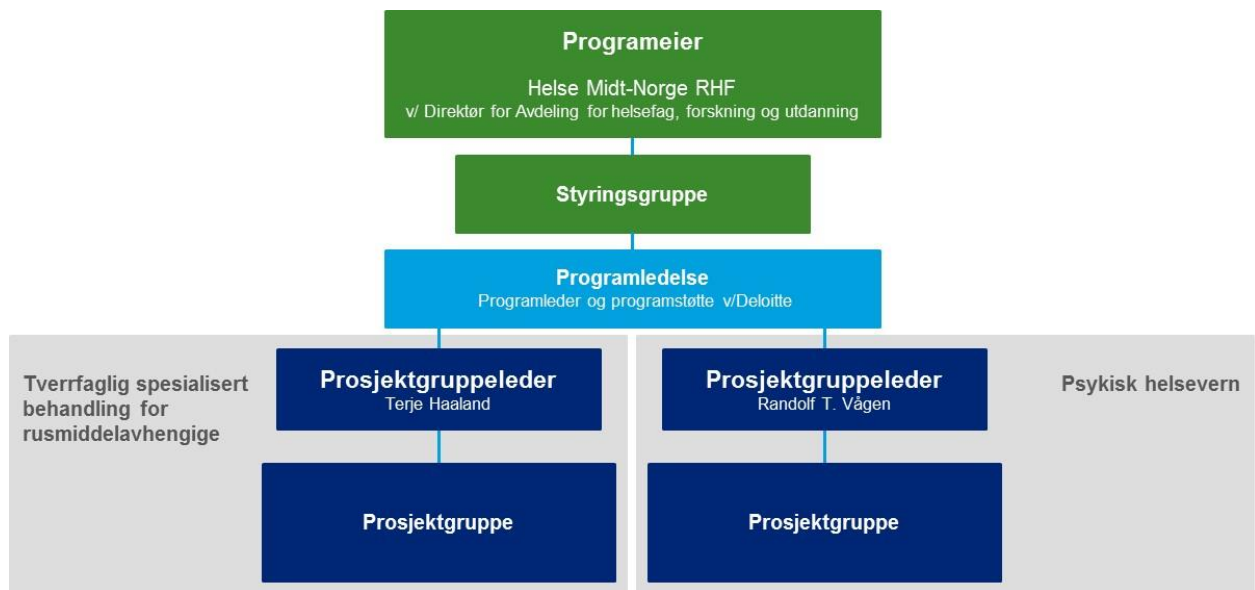
1.6 Organisering

Prosjektet, sammen med tilsvarende planarbeidsprosjekt for psykisk helsevern er en del av et felles program. Begge prosjektene eies av programeier som er Helse Midt-Norge RHF v/Direktør for Avdeling for helsefag, forskning og utdanning, Kjell Åsmund Salvesen.

Prosjektgruppeleder for TSB-prosjektet er Terje Haaland, Seniorrådgiver Seksjon for analyse og pasientkoordinering (SAP), St. Olavs Hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.

Styringsgruppen har ansvar både for TSB-prosjektet og psykisk helsevern-prosjektet. Programadministrator og programstøtte fra Deloitte er også felles for begge prosjektene. Prosjektgruppeledere og rådgivere fra Avdeling for helsefag, forskning og utdanning deltar i styringsgruppemøter, i tillegg til prosjektgruppemøtene.

Prosjektorganisasjonene er skissert i figuren nedenfor:



Følgende prosjektgruppe er etablert for TSB-prosjektet:

Navn	Enhet	E-post
Terje Haaland	St Olav, prosjektleder	terje.haaland@stolav.no
Erik Holm	Brukerrepresentant	erik.holm@rio.no
Aase Grebstad	HMR	aase.grebstad@senneset.net / aase.grebstad@helse-mr.no
Nina Burkeland	St Olav (PH)	nina.annie.burkeland@stolav.no
Helge Haarstad	St Olav (Somatikk)	helge.haarstad@stolav.no
Ingunn Pernille Mundal (frem til august 2015)	HMR (PH)	ingunn.ernille.mundal@helse-mr.no
Marit Gyldenskog (fra august 2015)	HMR (PH)	Marit.Gyldenskog@helse-mr.no
Kristin Øien Kvam	NKS Kvamsgrindkollektivet AS	kristin@kvamsgrind.no
Kristin Tømmervik	St Olav (KoRus/FoU)	kristin.tommervik@stolav.no
Kristin Haltbrekken	HNT	kristin.haltbrekken@hnt.no
Unni Korshavn	St Olav	unni.korshavn@stolav.no
Nils Håvard Dahl	HNT (PH)	nils.h.dahl@hnt.no
Roar Skolseg	Tyrilistiftelsen Høvringen	roar@tyrili.no
Trond Andreassen	Lade Behandlingssenter Blå Kors	trond.andreassen@ladebs.no
Kari Nerland	Tillitsvalgt	kari.nerland@helse-mr.no
Elise Solheim	HMN RHF	elise.solheim@helse-midt.no

Følgende styringsgruppe er etablert for prosjektet:

Navn	Enhet	E-post
Kjell Åsmund Salvesen prosjekteier	Helse Midt-Norge RHF	kjell.asmund.salvesen@helse-midt.no
Liv Sjøvold	St Olavs, PH	liv.sjovold@stolav.no
Ketil Gaupset	HMR, PH	ketil.landevag.gaupset@helse-mr.no

Kathinka Meirik	HNT, PH	kathinka.meirik@helse-nordtrondelag.no
Kristin Smedsrud	St Olavs, TSB	Kristin.Holum.Smedsrud@stolav.no
Ole Lørvik	HMR, TSB	ole.lorvik@helse-mr.no
Torunn Aurstad	HNT, TSB	torunn.aurstad@helse-nordtrondelag.no
Kristin Wall	Representant for de private TSB klinikkene	kristin.wall@ladebs.no
Anne- Bjørg Nysæter	St Olavs, PH, barn og unge	anne.bjorg.nyseter@stolav.no
Ove Økland	HMR, PH, barn og unge	ove.okland@helse-mr.no
Tina Bjørsvik	HNT, PH barn og unge	TinaBjorsvik.Eilertsen@helse- nordtrondelag.no
Ellen Wøhni	Konserntillitsvalgt	ellen.wohni@helse-midt.no
Randulf Søberg	Konserntillitsvalgt	Randulf.soberg@helse-midt.no
Arthur Mandal	Brukerrepresentant	arthma@gmail.com

1.7 Kommunikasjonsplan

I forbindelse med utarbeidelsen av regional plan for psykisk helsevern og TSB, er det utarbeidet en felles kommunikasjonsplan av Helse Midt-Norge RHF v/ kommunikasjonsrådgiver Hanne Sterten og prosjektgruppenes rådgivere fra RHF-et. Denne kommunikasjonsplanen inneholder en interessentanalyse for hver av de to fasene i prosjektene, samt en tiltaksplan for kommunikasjonen ut fra prosjektene.

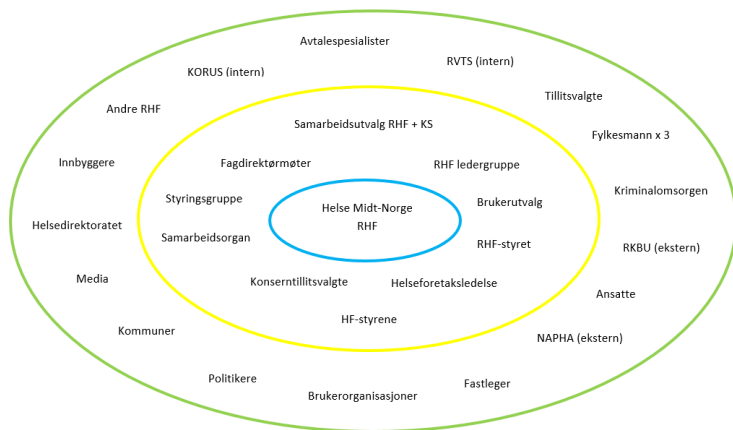
Kommunikasjonsplanen oppsummert

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

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

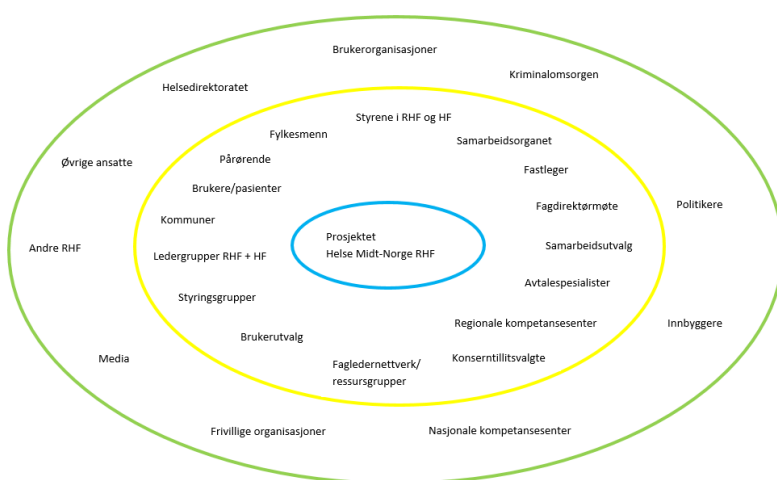
Figurene under viser interessentanalysen for hhv fase 1 og fase 2 av prosjektet.

Fase 1:



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

Fase 2:



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

2 Oppsummering

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

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

Avslutningsvis har prosjektgruppen foretatt en prioritering av områder skal gi føringer til videre arbeid i fase 2. For disse områdene skal det utarbeides konkrete tiltak, som bør føre til varig forbedring av tjenestetilbudet, og som skal beskrives i en handlingsplan.

Tjenestetilbudet for TSB i Helse Midt-Norge består av både offentlige og private ideelle klinikker. Noen av de offentlige klinikkene er organisert som egne TSB-klinikker i HF-ene, mens andre er tilknyttet klinikker for psykisk helsevern. De tre private klinikkene er tilknyttet Helse Midt-Norge RHF gjennom driftsavtaler.

Generelt er etterspørselen etter helsetjenester innen TSB stadig økende. I perioden 2007-2013 har den totale aktiviteten innenfor TSB i Norge økt. Økningen kommer av en mer enn dobling i antall konsultasjoner per 10 000 innbygger over 18 år (fra 43 i 2007 til 91 i 2013). Aktivitetsøkningen er betydelig, men det har også i denne perioden skjedd en økning i kvalitet på registreringen av aktivitet. Samtidig med aktivitetsøkningen har det skjedd en vridning fra døgn- til poliklinisk behandling.

I Norge har driftskostnader til TSB per 10 000 innbygger økt fra 7 mill. kr i 2009 til 8 mill. kr i 2014. Helse Midt-Norge RHF ligger under landsgjennomsnittet, og hadde i 2014 driftskostnader på 87 % av landsgjennomsnittet. I følge Magnussenutvalgets rapport fra 2008 skal driftskostnadene knyttet til TSB i Helse Midt-Norge ligge på 91,6 % av landsgjennomsnittet.

Innen TSB har den generelle utviklingen av ventetid og fristbrudd vært positiv de siste årene. Ved utgangen av 3. tertial 2014 hadde HMN den korteste gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter innen TSB. Til tross for denne positive utviklingen er ventetiden for innleggelser innen TSB mye høyere enn for poliklinisk behandling, og utviklingen av ventetiden for innleggelser viser en økende trend. Andel fristbrudd er i HMN på et nivå med de andre helseregionene og den har gått ned i perioden 2011-2014. Innad i Helse Midt-Norge RHF er det stor variasjon mellom helseforetakene i andelen fristbrudd.

Lærings- og mestringssenteret (LMS) har et regionalt oppdrag med avdelinger i alle tre HF-områdene i Helse Midt-Norge. De kliniske enhetene yter selv opplæring av pasienter, men LMS har et strukturert samarbeid med opplæringskoordinatorer ved klinikkene i regionen med mål om å videreutvikle tilbudet de pårørende får ved klinikkene. Det legges betydelig vekt på at deltakelse fra pårørende skal ivaretas i hele behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Pårørendetilbudet er så langt i ulik grad integrert i de tre HF-ene.

Bemanningen i Helse Midt-Norge innenfor TSB er tilstrekkelig og er bedre enn den har vært tidligere, men det er fremdeles utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde leger og psykologer (inkl. spesialister). Med nye retningslinjer med høyere krav til bemanning, samt mål om vekst vil dagens bemanning ikke være tilstrekkelig.

Tilbudet innen TSB er overordnet lett tilgjengelig i Helse Midt-Norge, men tilgjengelighet varierer mellom fylkene. For mange nordtrøndere der døgnbehandlingstilbud ikke har vært/er tilgjengelig innen eget fylke. Nettopp dette med avstand er det betydelig hinder for mange, og dette kan delvis forklare at nordtrøndere har høyt forbruk av polikliniske tjenester og lavt på innleggelser. Helse Midt-Norge har økt sin totale kapasitet av døgnplasser med 6 plasser i perioden fra 2008 – 2013. Økningen har skjedd ved de private institusjonene. Kapasiteten ved de offentlige enheter har gått ned i perioden. Av de regionale helseforetakene har Helse Midt-Norge RHF den nest høyeste dekningsgraden i bemanning i TSB, målt i årsverk innen TSB målt per 100 000 voksne innbygger.

Tjenesteforbruket innenfor polikliniske tjenester i Helse Midt-Norge er i underkant av 20 % lavere enn for Norge totalt sett. Det har i perioden 2010-2013 vært en økning i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger, både i regionen og i landet for øvrig. Innenfor oppholdsdøgn og innleggelser ligger forbrukstallene i Helse Midt-Norge omtrent på landsgjennomsnittet.

Helse Midt-Norge RHF scorer bra når det gjelder kvalitetsindikator «Andel epikriser sendt ut etter en/sju dager». Utviklingen av «Andel brudd på vurderingsgarantien» har vært god de siste årene, selv om HMN sin andel ligger noe over landsgjennomsnittet. Her finnes det store regionale forskjeller og STO har høyest andel brudd av vurderingsgarantien. Resultater fra undersøkelser på pasienterfaringer i 2013 og 2014 viser at HMN har store forbedringsmuligheter innenfor områdene behandling og forberedelse til tiden etter utskrivning.

I Helse Midt-Norge RHF er samarbeidet innenfor TSB godt mellom de ulike helseforetakene. En av grunnene til dette er at det var et eget regionalt helseforetak for rus frem til 1/1-14, og at HF-ene etter dette valgte å videreføre flere av de innarbeidede samarbeidstiltakene. I regionen finnes det ulike samarbeidsorgan, samt regionale spesialfunksjoner. Samarbeidet med de private ideelle klinikkene i HMN er også godt. I praksis opptrer disse institusjonene på lik linje i tjenestetilbudet som de andre klinikkene i helseregionen.

I dag brukes det ulike journalsystemer (Rusdata, DocuLive og SOMA) i Helse Midt-Norge. Den største utfordringen med journalsystemene er at det ikke er mulig å åpne journaler på tvers av klinikk eller fagfelt, noe som gjør samarbeid om pasientene utfordrende og unødvendig tidkrevende. Det er også en utfordring knyttet til å åpne journaler på tvers av HF-ene. Dette er spesielt et problem i de regionale tilbudene, der pasienter behandles i Helse Midt-Norge uavhengig av helseforetak.

Prosjektgruppen peker på forbedringsmuligheter innenfor bruk av e-helseverktøy som støtte til behandlingen. Prosjektgruppens erfaring er at pasientene er opptatt av bruk av e-helse, og det ses som nødvendig at spesialisthelsetjenesten kobler seg på dette.

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

Prosjektgruppen har kommet frem til følgende prioriterte områder, hvor gruppen mener det bør foreslås tiltak for i regional plan for TSB i Helse Midt-Norge RHF 2016-2019:

- Alkohol
- Gravide og småbarn
- Barn i tilknytning til rusavhengige
- Ungdom og unge voksne
- Overgang mellom omsorgsnivåene
- Samhandling med/mellom
 - Somatikk

- Psykisk helsevern
- Kommunene (primærhelsetjenesten)
- Helseforetakene
- Pasienter med både rus- og avhengighetsproblemer og psykiske lidelser (tvang/vold, ROP, traume, spiseforstyrrelser)
- Sentralisering vs desentralisering, regionale tilbud og ambulante tjenester

Innenfor alle de prioriterte områdene vil det være aktuelt å se på muligheter for standardiserte behandlingsløp, IKT og e-helse, samt LMS, pasient-/pårørendeopplæring og brukermedvirkning.

3 Organisering av tjenestetilbudet

Frem til 1. januar 2014 var Rusbehandling Midt-Norge HF et eget helseforetak under Helse Midt-Norge RHF. Rusbehandling Midt-Norge HF omfattet behandlingssentrene i Møre og Romsdal, samt Trondheimsklinikkene (ungdom, voksen, poliklinikk og LAR). TSB i Nord-Trøndelag har hele tiden vært organisert under Helse Nord-Trøndelag HF og var ikke en del av Rusbehandling Midt-Norge HF, men de to helseforetakene hadde et samarbeid om døgntilbudet. Fra 1. januar 2014 ble Rusbehandling Midt-Norge HF avviklet og enhetene i Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag ble organisert under hhv Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF på samme måte som resten av spesialisthelsetjenesten i de fylkene.



Figur 3: Tjenestetilbudet TSB i Helse Midt-Norge RHF

Tjenestetilbudet for TSB i Helse Midt-Norge består av både offentlige og private ideelle klinikker.

3.1 Det offentlige TSB-tilbudet

Helse Møre og Romsdal HF

- Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling

Klinikken er geografisk fordelt på to avdelinger; Molde behandlingssenter og Ålesund behandlingssenter. Samlet sett inneholder klinikken et breitt spekter av tilbud; akuttbehandling, dagbehandling, poliklinisk behandling, legemiddelassistert behandling (LAR), Raskere Tilbake og døgntilbud/utgreiing av ulik lengde/innhold, herunder innlegging på tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven. Klinikken kan ta imot pasienter etter §12 Gjennomføring av straff i institusjon i straffegjennomføringsloven. Klinikken yter også tjenester utenfor egen klinikk, bl.a. inn mot arbeidsliv, fengsel, psykisk helsevern, kommunale tjenester og somatiske sykehus.

- ROP
ROP(rus- og psykiske lidelser)-teamene i Helse Møre og Romsdal HF er organisert under Klinik for psykisk helsevern. Det finnes fire ROP-team i HF-et; Kristiansund, Molde, Volda og Ålesund. Disse er tilknyttet sine respektive DPS-er. Målgruppen er pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse.

St. Olavs Hospital HF

- Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin
Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har to døgnavdelinger og en allmenruspoliklinikk (som også er regionalt kompetansesenter for LAR-behandling i regionen). Klinikken tilbyr akuttbehandling, døgn- og dagbehandling, utredning, poliklinikk og ambulant virksomhet. Kompetansesenter rus - Midt-Norge er en avdeling i klinikken, og har i tillegg til kompetansesenterfunksjoner også ansvar for en FOU-seksjon og LMS-seksjon. Psykiatrisk ungdomsteam sin virksomhet er samlokalisert med klinikken.
- PUT
PUT (Psykiatrisk Ungdomsteam) ligger under Nidaros DPS og er en del av Divisjon psykisk helsevern i St. Olavs Hospital HF. PUT deler lokaler med klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. Klinikken tilbyr samtaleterapi og oppfølging. Målgruppen er ungdom og unge voksne i alderen mellom 15 og 30 år, som har psykiske problemer og avhengighet av rusmidler. Klinikken tilbyr også behandling for spilleavhengighet.

Helse Nord-Trøndelag HF

- Avdeling for rus og avhengighet (ARA)
ARA er organisert under Klinik for psykisk helsevern i Helse Nord-Trøndelag HF. Avdelingen består av poliklinikker ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos, samt en seksjon for døgnbehandling ved Sykehuset Levanger som skal gi tilbud til befolkningen i hele Nord-Trøndelag. Seksjon døgn tilbyr 6-8 ukers innleggelse for utredning og behandling av rusrelaterte lidelser. Døgnposten har seks plasser til disposisjon. I tillegg er det akutt-tilbud for målgruppen ved psykiatrisk klinikk.

3.2 Det private TSB-tilbudet

Helse Midt-Norge RHF har driftsavtaler med tre private ideelle institusjoner; Lade BehandlingsSenter, N.K.S Kvamsgrindkollektivet AS og Tyrilistiftelsen. Den største delen av pasientene fra Helse Midt-Norge som behandles hos Tyrilistiftelsen, er på Tyrili Høvringen. Tyrili Høvringen, Lade BehandlingsSenter og N.K.S Kvamsgrindkollektivet AS er alle lokalisert i Trondheimsområdet.

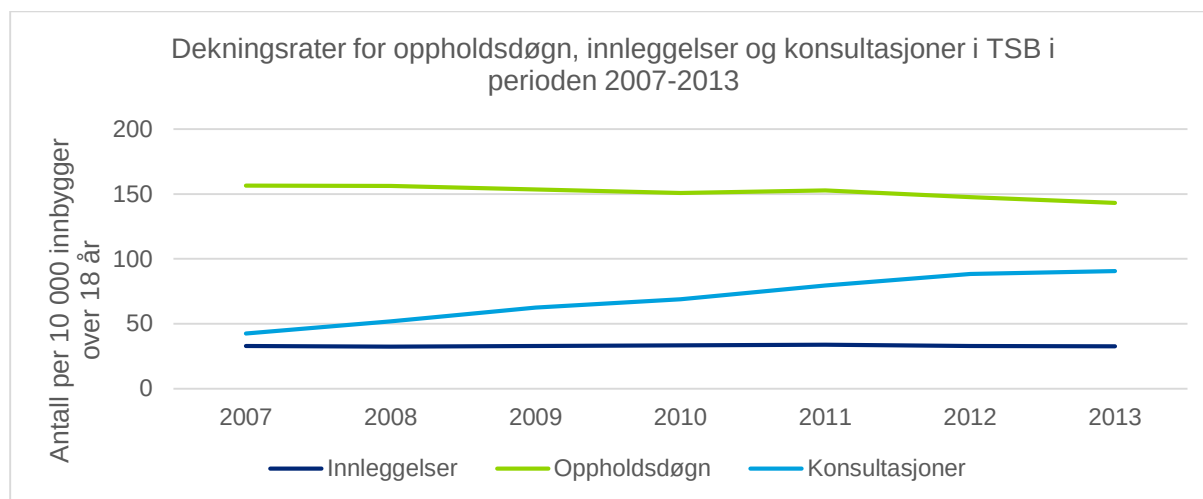
- N.K.S. Kvamsgrindkollektivet AS
N.K.S. Kvamsgrindkollektivet AS er en av de private enhetene innen TSB i Midt-Norge. Enheten tilbyr et helhetlig behandlingsopplegg for unge voksne med sammensatte lidelser, herunder rusmiddelavhengighet. Det gis behandling /ambulant oppfølging i Poliklinisk team i for- og etterkant av døgnbehandling. Kvamsgrindkollektivet er et regionalt tilbud.
- Tyrilistiftelsen
Tyrilistiftelsen, en ideell organisasjon som tilbyr helhetlig, integrert behandling og oppfølging i TSB. Tyrili har pasienter med og uten LAR og/eller annen medikasjon. Aldersgruppen på Høvringen er fra 18 år og oppover, både kvinner og menn. Høvringen har tilbud om korttids- og langtidsbehandling for voksne. Pasientene følges opp ambulant i for- og etterkant av døgninnleggelser.

- Lade BehandlingsSenter Blå Kors

Lade BehandlingsSenter er den største av de private enhetene for TSB i Helse Midt-Norge og gir et bredt spekter av tilbud; poliklinikk, utredning, døgn- og dagbehandling. Blant annet tilbyr Lade BehandlingsSenter behandling innenfor tiltaket «Raskere tilbake», et tilbud om raskere spesialistbehandling for personer som går på sykepenger eller som står i fare for sykemelding av helsemessige årsaker. Institusjonen har i tillegg flere regionale funksjoner, herunder døgntilbud for gravide og småbarnsforeldre samt skjermingspost for pasienter på tvang.

4 Aktivitet, kostnader, ventetid og fristbrudd

4.1 Aktivitet



Figur 4: Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner i TSB i Norge i perioden 2007-2013; Kilde: Samdata 2013

I perioden 2007-2013 har den totale aktiviteten innenfor TSB i Norge økt. Økningen kommer av en mer enn doubling i antall konsultasjoner per 10 000 innbygger over 18 år (fra 43 i 2007 til 91 i 2013). I denne perioden har også folketallet i Norge økt, noe som gjør at den reelle aktivitetsøkningen er enda større. Det må tas i betraktning at noe av økningen kan komme av økt kvalitet på registrering av aktivitet. I perioden har antall innleggelser i TSB i Norge ligget stabilt på ca. 33 stk. per 10 000 innbygger over 18 år. Antall oppholdsdøgn har avtatt noe siden 2007, noe som betyr at innleggelsestiden har blitt noe redusert i perioden. Som i resten av spesialisthelsetjenesten i Norge har det skjedd en vridning fra døgn-, til dag- og videre til poliklinisk behandling de siste årene.

I 2013 var det totalt nesten 30 000 pasienter i TSB i Norge. 29 % av disse var i døgnbehandling, mens 94 % var i poliklinisk behandling. Det er noe variasjon mellom helseregionene i andel pasienter som har vært i døgnbehandling. I Helse Nord har så mye som 54 % av pasientene vært i døgnbehandling, mens i Helse Midt-Norge hadde 38 % vært det. Helse Vest og Helse Sør-Øst er nærmere landet som helhet.

Tabell 1: Antall pasienter i TSB i 2013 i Norge og helseregionene; Kilde: Samdata 2013

Bostedsområde	Antall pasienter i TSB i 2013		
	Totalt	I døgnbehandling	I poliklinisk behandling
Norge totalt	29 558	8 552 (29 %)	27 694 (94 %)
Helse Sør-Øst	19 417	4 957 (26 %)	18 360 (95 %)
Helse Vest	5 564	1 615 (29 %)	5 398 (97 %)
Helse Midt-Norge	3 073	1 172 (38 %)	2 840 (92 %)
Helse Nord	1 504	808 (54 %)	1 096 (73 %)

I Helse Midt-Norge var det i 2013 i overkant av 3 000 pasienter i TSB. Omtrent halvparten av disse er bosatt i St. Olavs-området. Blant bostedsområdene i Helse Midt-Norge, var det Møre og Romsdal som har høyest andel pasienter i døgnbehandling (61%). St. Olavs-området og Nord-Trøndelag ligger mer rundt landstotalen på i underkant av 30 %.

Tabell 2: Antall pasienter i TSB i 2013 i Midt-Norge-regionen; Kilde: Samdata 2013

Bostedsområde	Antall pasienter i TSB i 2013		
	Totalt	I døgn-behandling	I poliklinisk behandling
Totalt i Helse Midt-Norge-regionen	3 073	1 172 (38 %)	2 840 (92%)
Møre og Romsdal	776	472 (61 %)	642 (83 %)
St.Olavs-området	1 574	511 (32 %)	1 492 (95 %)
Nord-Trøndelag	723	189 (26 %)	706 (98 %)

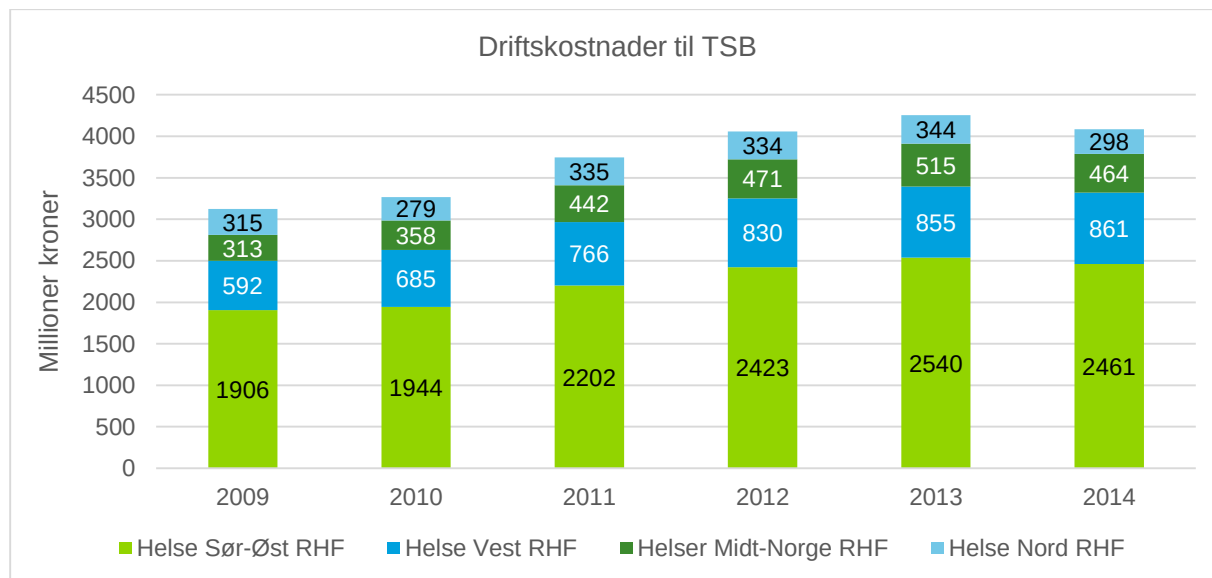
I Helse Midt-Norge ble det i 2013 gjennomført 35 323 konsultasjoner, samt 1743 innleggelser fordelt på 70 699 oppholdsdøgn. Det som i dag heter Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin (i 2013: Trondheimsklinikken) gjennomførte flest konsultasjoner, mens det var Lade Behandlings-Senter som hadde flest innleggelser og oppholdsdøgn.

Tabell 3: Antall innleggelser, oppholdsdøgn og konsultasjoner ved enhetene (offentlige og private) i Helse Midt-Norge RHF i 2013; Kilde: Samdata 2013

	Innleggelser	Oppholdsdøgn	Konsultasjoner
Helse Midt-Norge RHF totalt	1 743	70 699	35 323
Møre og Romsdal HF	678	20 056	6 041
Ålesund Behandlingssenter (tidl. Vestmø)	623	13 431	3 558
Molde Behandlingssenter	55	6 625	2 483
St.Olavs Hospital HF	136	11 518	15 203
Nidaros DPS, PUT	-	-	4 640
Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin (tidl. Trondheimsklinikken)	136	11 518	10 563
Helse Nord-Trøndelag HF	50	1 970	5 837
ARA Levanger	50	1 970	4 207
ARA Namsos	-	-	1 630
Privat	879	37 155	8 242
Lade Behandlingssenter	803	21 279	7 099
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	40	7 802	1 003
Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	36	8 074	140

4.2 Kostnad

De totale driftskostnadene i Norge knyttet til rusmiddeltiltak har økt fra ca. 3 mrd. kr. i 2009 til ca. 4 mrd. kr. i 2014. Kostnadene til TSB i Helse Midt-Norge utgjør omtrent 10 % av de totale kostnadene i landet, og har økt i perioden 2009-2014 i takt med økningen i Norge.

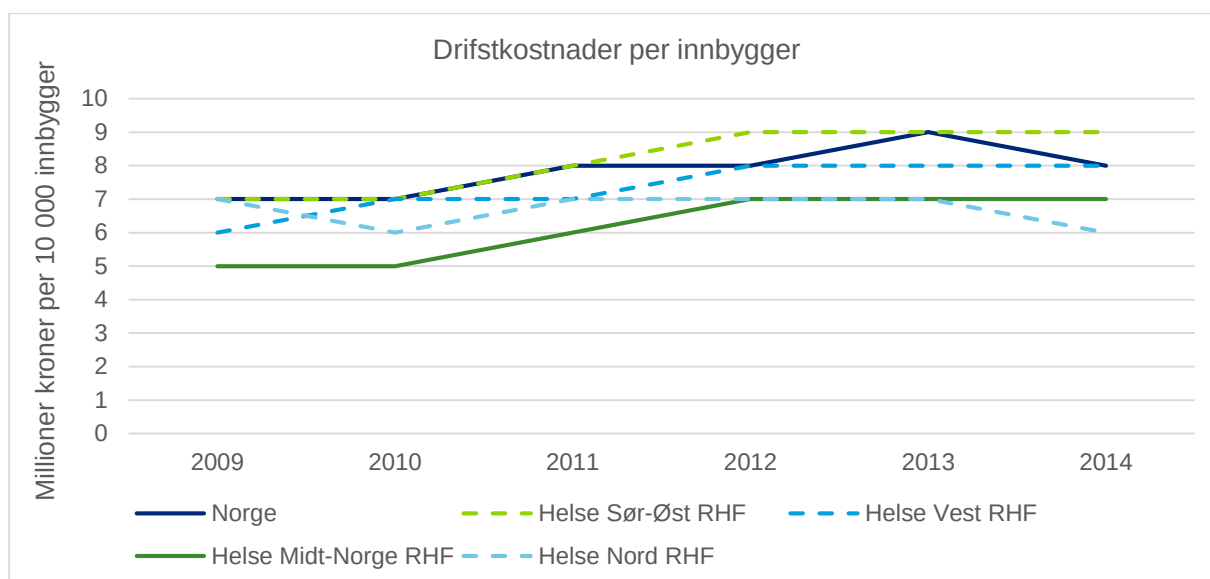


Figur 5: Kostnader inkl. avskrivninger innen funksjonen rusmiddeltiltak (TSB), inkludert statlige funksjoner og private helseinstitusjoner med driftsavtale; Kilde: SSB

Økningen i driftskostnader knyttet til TSB er ikke alene på grunn av befolkningsøkning, men også på grunn av en generell økning i driftskostnader per innbygger. I Norge har driftskostnader til TSB per 10 000 innbygger økt fra 7 mill. kr i 2009 til 8 mill. kr i 2014. Tre av de fire regionale helseforetakene har økt driftskostnadene per 10 000 innbygger i denne perioden. Helse Nord RHF er eneste som ikke har økt. Helse Midt-Norge RHF har lavere kostnader enn landsgjennomsnittet, og hadde i 2014 driftskostnader på 7 mill. kr. per 10 000 innbygger. Dette tilsvarer 87 % av landsgjennomsnittet. Ut fra Magnussenutvalgets rapport fra 2008², skal Helse Midt-Norge ligge på et kostnadsnivå innenfor TSB på 8,4 prosentpoeng under landsgjennomsnittet. Med andre ord er kostnadsnivået for TSB i Helse Midt-Norge for lavt sammenlignet med resten av landet.

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

² NOU 2008: 2: Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak



Figur 6: Kostnader inkl. avskrivninger innen funksjonen rusmiddeltiltak (TSB) per 10 000 innbygger, inkludert statlige funksjoner og private helseinstitusjoner med driftsavtale; Kilde: SSB

Kostnadsnivået er forskjellig i private og offentlige institusjoner, noe som er beskrevet i Helsedirektoratets rapport om ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012.

«Beregninger for 2012 viser at gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn i TSB utgjorde om lag 4 900 kroner dette året. Dette gir en gjennomsnittlig behandlingskostnad per opphold på 195 000 kroner. Om lag en tredjedel av spesialisthelsetjenestens kostnader til behandling av pasienter med rusrelaterte lidelser er knyttet opp mot private stiftelser og ideelle organisasjoner. Kostnadsnivået i døgnavdelingene varierer, men gjennomsnittlig døgnkostnad for TSB-behandling i de private foretakene var lavere enn døgnkostnaden i helseforetakene.»³

Forskjellen på kostnadsnivået mellom private og offentlige enheter kan ses i tabellen under. Der har Helsedirektoratet delt opp i ulike grupper og sammenlignet relativt kostnadsnivå.

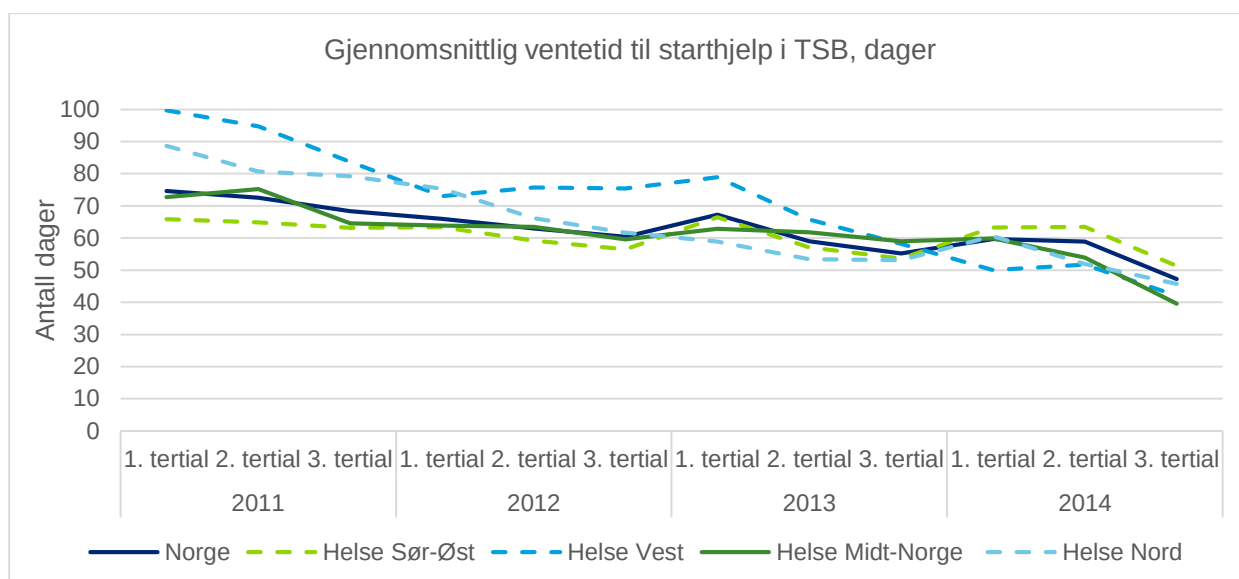
Tabell 4: Aktivitet og kostnader i TSB for 2012. Kostnadsindikatorer basert på totale driftskostnader og angitt for grupper av offentlige og private tilbydere; Kilde: Helsedirektoratet

Gruppe	Kostnad per oppholdsdøgn		Kostnad per opphold		Kostnad per refusjonsberettigede polikliniske konsultasjon	
	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå	Kroner	Relativt kostnadsnivå
Offentlige helseforetak (gruppe 1)	7 386	152	205 083	105	2 496	103
Private med helhetlig tilbud (gruppe 3)	4 061	83	132 615	68	2 429	100
Private med sammensatt tilbud (gruppe 4)	2 665	55	193 858	99	1 905	79
Privat langtidsbehandling (gruppe 5)	3 116	64	309 475	158	1 564	64
Totalt (gruppe 1, 3, 4 og 5)	4 873	100	195 429	100	2 426	100

4.3 Ventetid og fristbrudd

Innenfor TSB har gjennomsnittlig ventetid blitt redusert de siste årene på nasjonalt nivå og innenfor alle de fire regionale helseforetakene. Mot slutten av 2014 hadde Helse Midt-Norge den laveste gjennomsnittlige ventetiden (39,6 dager), mens Helse Sør-Øst hadde høyest (51,3 dager). I Norge totalt var det 47,2 dagers gjennomsnittlig ventetid i 3. tertial i 2014.

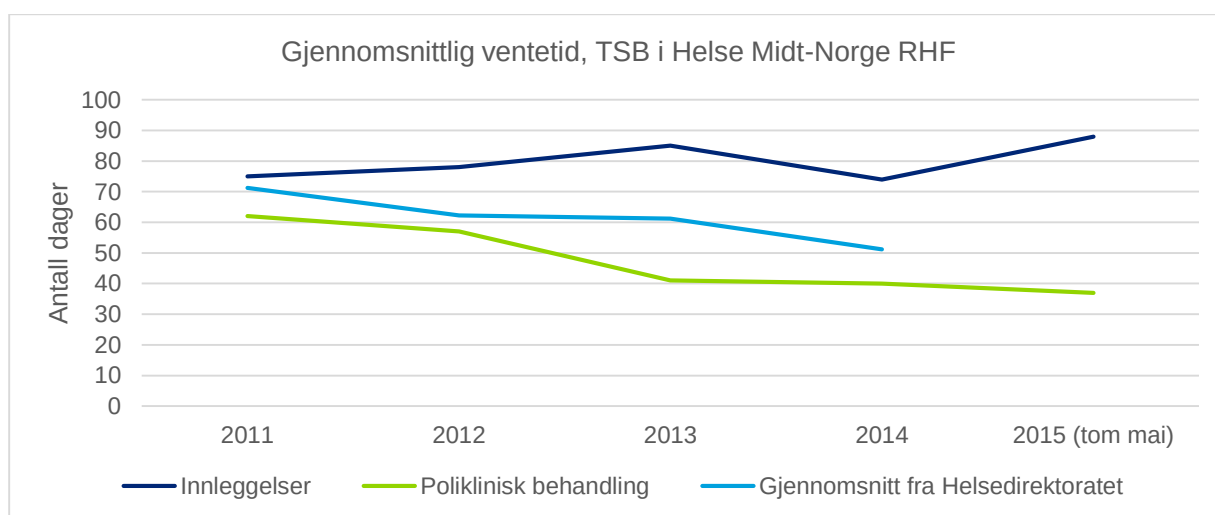
³ Rapport: Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012, Helsedirektoratet



Figur 7: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB nasjonalt og i de regionale helseforetakene; Kilde: Helsedirektoratet

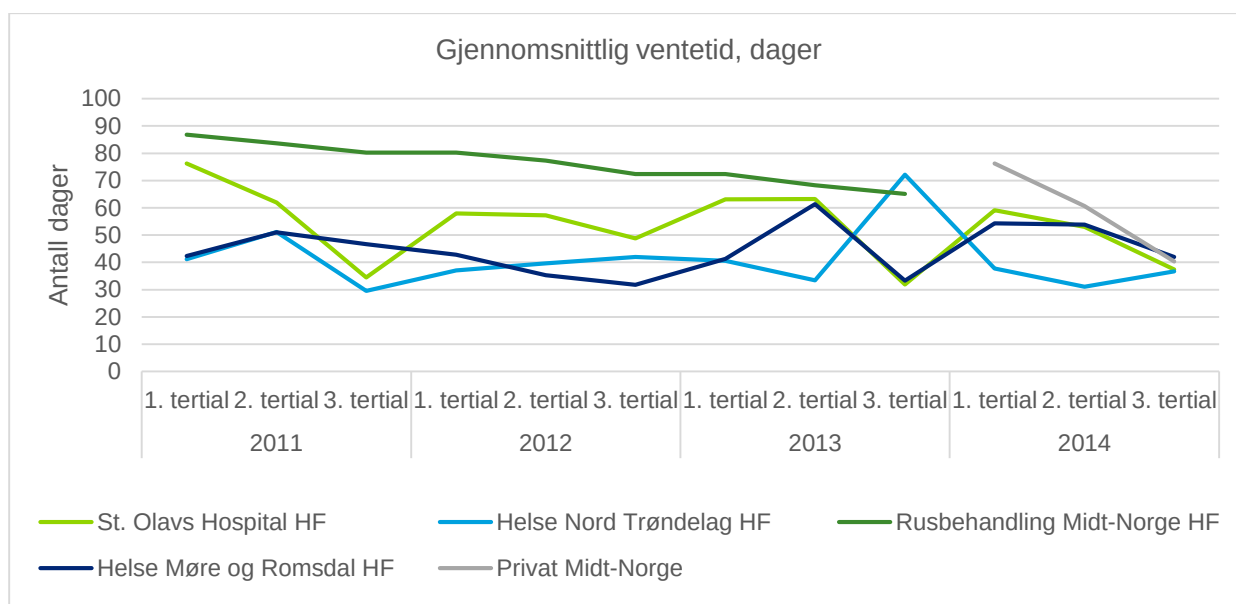
En faktor som er viktig å ta med i vurderingen av gjennomsnittlig ventetid, er forskjellen på ventetid på innleggelse og polikliniske behandlinger slik grafen under viser. I Helse Midt-Norge var den gjennomsnittlige ventetiden til innleggelse i begynnelsen av 2015 over dobbel så lang som for poliklinisk behandling (88 mot 37 dager). Med andre ord er ventetiden på innleggelser over nasjonalt mål om 65 dagers ventetid. Også innenfor innleggelse vil det kunne være ulike lengder på ventetiden og belastningen ved å vente, avhengig om det er avrusning eller langtidsbehandling.

En annen parameter som kan påvirke ventetidstallene er bruken av ulike datasystem og hvordan disse måler ventetiden.



Figur 8: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB i Helse Midt-Norge RHF for innleggelser, poliklinisk behandling samt totalt; Kilde: Helse Midt-Norge RHF og Helsedirektoratet

Når man ser på den gjennomsnittlige ventetiden i Helse Midt-Norge i perioden 2011-2014, må man ta hensyn til omorganiseringen knyttet til avviklingen av Rusbehandling Midt-Norge HF fra 1. januar 2014. Likevel kan man se en tendens i regionen; fra å tidligere ha hatt stor spredning i gjennomsnittlig ventetid, hadde alle HF-ene i regionen i siste tertial i 2014 omtrent samme resultat; mellom 36,7 og 40,4 dager, noe som også er under gjennomsnittet for landet.



Figur 9: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Blant enhetene i Helse Midt-Norge er det en del variasjon i gjennomsnittlig ventetid. Dette kommer blant annet av at noen kun driver poliklinikk, mens andre har døgntilbud eller begge deler. Ålesund sjukehus (kun poliklinikk) hadde kortest ventetid i 2014 (21,3 dager). Molde behandlingssenter hadde av enhetene i oversikten til Helsedirektoratet høyest gjennomsnittlig ventetid i 2014 (70,3 dager), og ved Molde er det både poliklinikk og døgntilbud. Tyrili Høvringen er ikke med i statistikken fra Helsedirektoratet, da Helsedirektoratet kun har tall for alle Tyrili-insitusjonene i Norge samlet. Ser man derimot på statistikken fra Norsk Pasientregister (NPR) for 2015 (tom juni), ser man at ventetid til innleggelser er mye høyere på Tyrili Høvringen enn på andre enhetene i Helse Midt-Norge.

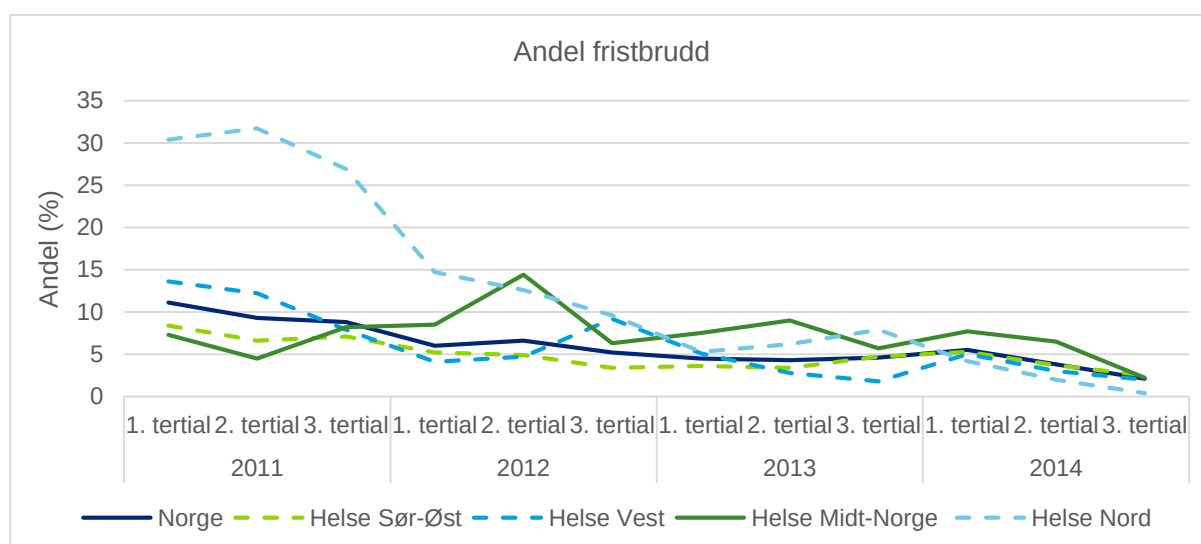
Tabell 5: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB per enhet i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
St. Olavs Hospital HF				
Nidaros DPS	54,8	55,2	52,2	52,9
Trondheimsklinikken		62,2	79,0	45,5
Nidarosklinikken	85,8	206,5		
LAR-Midt	121,6	81,5		
Ungdomsklinikken	50,3	71,4		
Helse Nord-Trøndelag HF				
Sykehuset Namsos	37,3	23,4	30,6	25,8
Sykehuset Levanger	39,2	44,2	57,0	39,3
Helse Møre og Romsdal HF				
Molde sjukehus	36,1	33,7	34,0	29,1
Kristiansund sjukehus	60,4	36,2	59,9	48,9
Ålesund sjukehus	50,1	36,6	36,1	21,3
Volda sjukehus	39,1	60,3	34,8	28,8
Ålesund behandlingssenter	69,2	63,7	64,2	63,4
Molde behandlingssenter	106,3	102,4	60,7	70,3
Privat Midt-Norge				
Lade Behandlingssenter	79,9	80,3	67,9	60,0
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	83,8	51,5	96,5	58,2

Tabell 6: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til innleggelse TSB per enhet/helseforetak i Helse Midt-Norge 2015 tom juni; Kilde: NPR

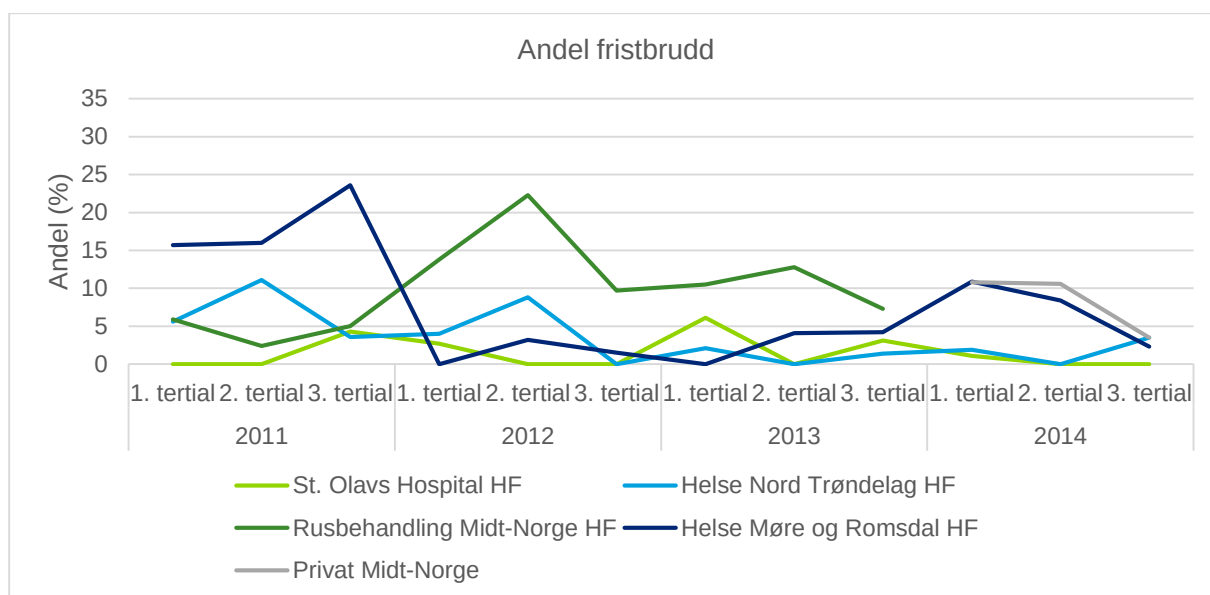
Enhet	2015 (tom juni)
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	38,0
Lade BehandlingsSenter	68,0
Tyrili Høvringen	262,0
Helse Møre og Romsdal HF	81,0
Helse Nord-Trøndelag HF	52,0
St. Olavs Hospital HF	67,0

Måleparameteren andel fristbrudd er definert som andelen pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist. De siste årene har denne andelen gått nedover i Norge, og i 3. tertial i 2014 var andelen 2,1 % (fra 11,1 % 1. tertial 2011). Av de regionale helseforetakene er det Helse Nord RHF som har hatt den største nedgangen i andel fristbrudd. I Helse Midt-Norge RHF avsluttet 2014 med en andel fristbrudd på 2,2 % i 3. tertial, men ser man på hele perioden 2011-2014 er det stor variasjon mellom resultatene og i de to første tertialene i 2014 hadde Helse Midt-Norge RHF den største andelen fristbrudd i Norge.



Figur 10: Andelen pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist i TSB nasjonalt og i de regionale helseforetakene; Kilde: Helsedirektoratet

Innad i Helse Midt-Norge RHF er det stor variasjon mellom helseforetakene i andelen fristbrudd. STO har i hele perioden 2011-2014 ligget lavt, også etter avviklingen av Rusbehandling Midt-Norge HF fra 1/1-14. HMR gikk noe opp etter 1/1-14, noe som indikerer at andelen fristbrudd var høyere blant enhetene i Møre og Romsdal enn i Sør-Trøndelag da de sammen utgjorde Rusbehandling Midt-Norge HF frem til 1/1-14. I HNT, i perioden 2011-2014, har andelen fristbrudd blitt redusert, selv om det er noe variasjon i resultatene.



Figur 11: Andelen pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist i TSB i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF; Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 7: Andelen pasienter (%) registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist i TSB i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
St. Olavs Hospital HF				
Nidaros DPS	1,8	0,9	3,2	0,0
Trondheimsklinikken		0,0	10,7	0,6
Nidarosklinikken	22,2	0,0		
LAR-Midt	3,9	0,0		
Ungdomsklinikken	9,1	0,0		
Helse Nord-Trøndelag HF				
Sykehuset Namsos	8,3	0	2,1	5,1
Sykehuset Levanger	5,7	5,8	0,8	0,9
Helse Møre og Romsdal HF				
Molde sjukehus	4,3	1,1	1,4	3,1
Kristiansund sjukehus	32,8	2,0	3,0	8,8
Ålesund sjukehus	10,7	0,0	2,4	0,0
Volda sjukehus	18,6	7,7	11,1	0,0
Ålesund behandlingssenter	6,6	5,0	7,9	11,4
Molde behandlingssenter	2,3	0,0	7,7	5,9
Privat Midt-Norge				
Lade Behandlingssenter	3,1	23,4	10,9	8,6
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	18,2	0	15,4	0

NPR sin statistikk viser at det i 2014 var totalt 65 fristbrudd for ordinært avviklede pasienter innen TSB i Helse-Midt i 2014. 1/3 av disse var ved poliklinikker. Tyrili var ikke med i statistikken for Helse Midt i 2014, så det reelle totaltallet antas å være en del høyere siden dette tilbudet har lengst ventetid i regionen når det gjelder innleggelser (NPR). Det er derfor grunn til å tro at antall fristbrudd i regionen reelt sett er nærmere 80. De 65 registrerte fristbruddene var i hovedsak for pasienter som skulle til behandling ved Ålesund Behandlingssenter (19 fristbrudd; 16 for innleggelse og 3 poliklinikk) og Lade BehandlingsSenter (32 fristbrudd; 24 for innleggelse og 8 poliklinikk). For Lade sin del skyldtes 10 av fristbruddene kapasitetsmangel ved Tyrili sine driftsavtaleplasser. Ålesund og Lade hadde omtrent lik ventetid på døgntil behandling hhv

gjennomsnittlig 75 og 77 dager for ordinært avviklede pasienter. Disse to er de største klinikkene og har det mest differensierte døgntilbudet i regionen. 11 av de 22 fristbruddene var ved PUT/ROP-team organisert i Psykisk Helsevern. Fristbrudd er en av flere indikatorer på kapasitetsmangel. Statistikken for fristbrudd sammenholdt med ventetidsstatistikk tilsier at det er størst kapasitetsmangel ved enhetene Tyrili Høvringen, Ålesund behandlingssenter og Lade BehandlingsSenter. En skal likevel være oppmerksom på at det finnes faktorer som gjør at fristbrudd er en noe unøyaktig parameter. For eksempel finnes det ulik registreringspraksis, i tillegg til at venting på gruppebehandling kan gi fristbrudd uten at det er mangel på oppfølging eller behandlingstilbud.

5 LMS, opplæring av pasienter/pårørende og brukermedvirkning

5.1 LMS

Lærings- og mestringssenteret (LMS) har et regional oppdrag og er en seksjon ved Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus) som er organisert under Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs Hospital HF. LMS er representert med seksjoner i alle tre HF i regionen. LMS gir ulike opplæringstilbud til pårørende og ansatte både i kommunene og ved klinikkene/sykehusene i de tre fylkene. Eksempler på dette er ulike kurs, temakvelder, informasjonsmøter, mestringsgrupper med mer. Hensikten er at pårørende gjennom opplæring bedre skal mestre sin situasjon, barn som pårørende skal bli ivaretatt på en god måte og fagfolk skal få utvikle sin kompetanse i arbeid med pårørende.

Det er i 2015 utarbeidet en strategisk handlingsplan for LMS (rus/TSB) i Helse Midt-Norge. Denne er utarbeidet i samsvar med Helse Midt-Norge sin handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende 2012-2016.

«Det tilstrebes tett samarbeid med sentrale aktører i de tre helseforetakene på områdene pårørendetiltak og generell LMS-aktivitet. Dette organiseres gjennom møtestruktur, nettverk og praktisk samarbeid. Det er etablert samarbeidsstrukturer med de private aktørene i TSB og med flere kommuner. (...)

Under prosjektperioden som startet i 2006 ble det besluttet at hovedmålgruppen for Lærings- og mestringssenteret er pårørende til rusmiddelavhengige, jfr. Regionalt rusprogram 2005-2010 og «Pasient- og pårørendeopplæring i Rusbehandling Midt-Norge 2006»»⁴

LMS har et strukturert samarbeid med opplæringskoordinatorer ved klinikkene i regionen med mål om å videreutvikle tilbudet de pårørende får ved klinikkene. I tillegg er det i den strategiske handlingsplanen for LMS (rus/TSB) i Helse Midt-Norge beskrevet et mål om mer samarbeid med kommunene i regionen, og da særskilt med tanke på pårørendearbeid ovenfor barn som pårørende. Det er opprettet barneansvarlige i flere kommuner og at det anbefales at flere kommuner i Midt-Norge følger opp slik at det kan etableres et nært samarbeid mellom barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det legges betydelig vekt på at deltakelse fra pårørende skal ivaretas i hele behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Pårørendetilbudet er så langt i ulik grad integrert i de tre HF-ene.

5.2 Opplæring av pasienter og pårørende

Det er både ønskelig og nødvendig at pasienter og pårørende gis mer innflytelse på utvikling av helsetjenester. Å anvende pasient- og brukererfaringer er også tatt inn som en del av forståelsen av kvalitet i TSB. God pasientbehandling skal være basert på kunnskap fra flere kilder, deriblant brukere. Det er etablert et spekter av former for brukermedvirkning i regionen både på regionalt og HF-nivå. Eksempelvis kan nevnes regionalt nettverk for barn som pårørende (nettverk som omhandler barn som pårørende både innen somatikk, psykisk helsevern og TSB. De kliniske enhetene yter selv opplæring av pasienter. Dette er en integrert del av behandlingen og gis i ulike former gjennom individuell tilrettelagt opplæring og gruppeopplæring.

Det legges betydelig vekt på at deltakelse fra pårørende skal ivaretas i hele behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Pårørendetilbudet er så langt i ulik grad integrert i de tre HF-ene.

⁴ Rapport: Strategisk handlingsplan for LMS i Helse Midt-Norge, 2015

5.3 Brukermedvirkning

Klinikkene i regionen involverer brukerrepresentanter og benytter brukermedvirkning i ulike forsknings- og utviklingsprosjekter. Brukermedvirkning skjer både på systemnivå og på individnivå. Omfanget av brukermedvirkning varierer mellom klinikkene. Det pågår en omfattende forløpsstudie (i regi av Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin sin FOU-avdeling) som omfatter pasienter som starter i døgntilbud ved fem klinikker i regionen. Denne inkluderer en brukerevaluering av tilbudet. Klinikkene gjennomfører jevnlig ulike former for brukerevalueringer.

Eksempler på brukermedvirkning i St. Olavs-området er blant annet en egen etablert brukergruppe ved rusklinikken ved St. Olavs Hospital HF. Døgnavdelingene har etablert tiltak for brukermedvirkning ved at de har regelmessige møter med ledelse, samt at det er en fast brukerrepresentant i FOU ved klinikkene. Det legges betydelig vekt på deltakelse fra pårørende i hele behandlingsforløpet for den enkelte pasient.

Det er for øvrig etablert brukerstyrte senger ved flere klinikker. Enkelte klinikker har ansatt erfaringskonsulenter.

Det er brukerrepresentant med i prosjektgruppa for «Regional plan for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling».

5.4 Bruker- og pårørendeorganisasjoner

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

- Adult Children of Alcoholics www.acanorge.org – gruppe i Trondheim
- Al-Anon Familiegrupper www.al-anon.org – flere grupper i regionen
- Anonyme Alkoholikere www.anonymealkoholikere.no – har mange grupper i Midt-Norge
- NA-Norge www.nanorge.org – flere grupper i Midt-Norge
- Landsforbundet Mot Stoffmisbruk www.motstoff.no – flere lokalforeninger i regionen
- LAR-Nett Norge www.larnett.no – har kontaktpersoner i Nord-Trøndelag og Trondheim.
- ProLAR www.prolar.no – alle henvendelser går til sentralledd
- Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon www.rio.no – har kontaktpersoner flere steder i regionen
- Mental Helse www.mentalhelse.no - har fylkeslag i alle 3 fylker og lokallag i flere kommuner
- ADHD Norge www.adhdnorge.no - har fylkeslag i alle 3 fylker og lokallag i flere kommuner
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse www.lpp.no – har flere lokallag i regionen
- Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling www.kbtmidt.no – Regionalt brukerstyrt senter
- Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt Norge www.varres.no – Regionalt brukerstyrt senter

6 Bemanning/rekruttering og utdanning/kompetanse

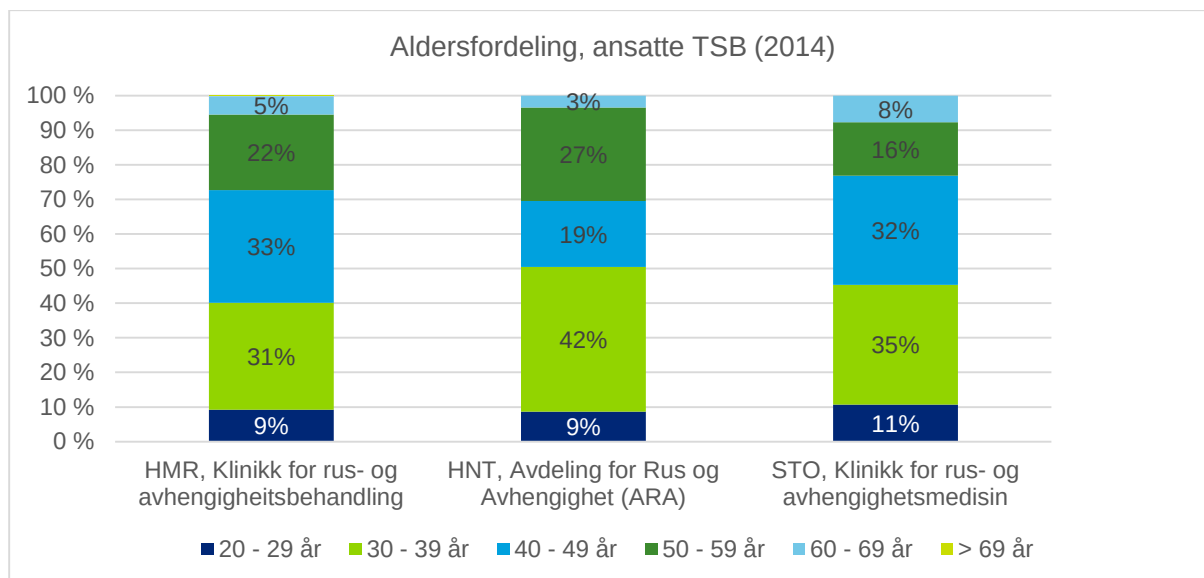
Ut fra tilbakemeldinger fra de ulike klinikkene (både de private og offentlige) er den overordnede bemanningssituasjonen i Helse Midt-Norge TSB tilstrekkelig, men det er udekkede behov for å kunne håndtere vekst og nye retningslinjer for TSB som stiller høyere krav til bemanningen.

Ut fra tilbakemeldinger fra de ulike klinikkene (både de private og offentlige), er det i Helse Midt-Norge en utfordring knyttet til rekruttering av leger, psykologer og spesialister (psykologspesialister og psykiatere). Historisk har dette vært et gjennomgående problem, og selv om noen klinikker rapporterer om at det ikke er like vanskelig å få tak i disse yrkesgruppene som tidligere, er det fremdeles en utfordring. Det er også en opplevd utfordring knyttet til å beholde leger og psykologer (inkl. spesialister) i sine stillinger, spesielt i distriktene. Mer info om bemanningskapasiteten finnes i eget kapittel om kapasitet.

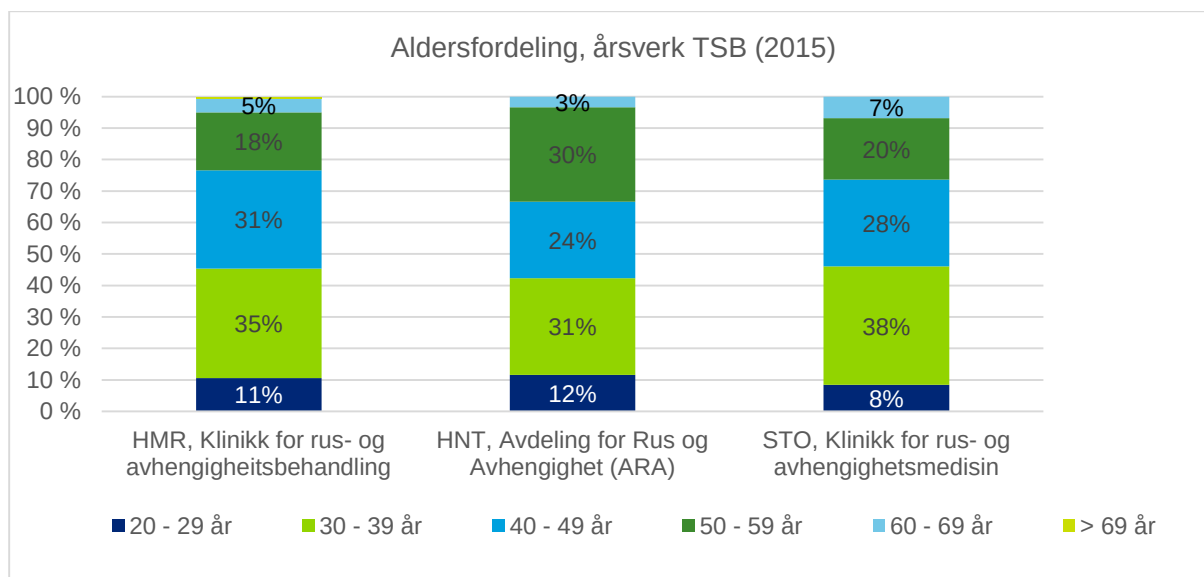
Når det gjelder den tverrfaglige sammensetningen, oppleves det et godt samsvar mellom kompetanse og oppgaver i klinikkene. Utfordringen ligger da i å fylle stillingene. De siste årene har det på flere av klinikkene blitt ansatt flere med helsefaglig bakgrunn enn sosialfaglig for å få opp andelen helsefaglig personell. Dette er et resultat av målet om å kunne ivareta pasientens totale helsesituasjon, innføring av nye tjenester (for eksempel rusakutt), samt en økende bruk av legemidler i behandlingen. Målet til flere av klinikkene er en 50/50-sammensetning av helse- og sosialfaglig personell.

Det har kommet en ny legespesialitet for rus og avhengighetsmedisin, og det forventes at dette vil styrke rekrutteringen av leger til feltet. Med den nye spesialiseringen er det flere leger i LIS-stillinger, noe som gjør at legenes (både LIS og veiledernes) tidsbruk til klinisk arbeid reduseres. Retningsgivende mål for personalsammensetning og tverrfaglighet er noe som kan være aktuelt å drøfte på nasjonalt og regionalt nivå.

I grafen under er aldersfordelingen i 2015 på de offentlige TSB-enhetene fremstilt. På alle tre enhetene er den største aldersgruppen de mellom 30 og 39 år. I HMR, Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, er andelen årsverk besatt av ansatte under 50 år 77 %, i HNT, Avdeling for Rus og Avhengighet er denne andelen 67 %, mens den er 74 % i STO, Klinikk for rus og avhengighetsmedisin. Sammenlignet med 2014 økte andelen ansatte under 50 år på HMR, Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling (fra 73 % til 77 %). På HNT, Avdeling for Rus og Avhengighet og på STO, Klinikk for rus og avhengighetsmedisin ble denne andelen redusert fra 2014 til 2015, hvv fra 70 % til 67 % og 78 % til 74 %. Da vi kun har sammenlignbare data fra disse to årene, er det ikke mulig å si noe om en trend, men det kan være ugunstig og en utfordring, blant annet muligens for å beholde de ansatte, fremover hvis andelen ansatte under 50 år avtar over tid.



Figur 12: Aldersfordeling, årsverk i TSB, 2014. Kilde; Helse Midt-Norge RHF



Figur 13: Aldersfordeling, årsverk i TSB, 2015. Kilde; Helse Midt-Norge RHF

I Helse Midt-Norge er det som nevnt i kapittelet om LMS, et eget kompetansesenter for rus, KoRus. Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus-Midt) er organisert under Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin (STO), men har et regionalt tilbud med avdelinger i Trondheim (hovedkontor), Ålesund og Levanger. KoRus-Midt får sitt hovedoppdrag fra Helsedirektoratet. Kompetansesenteret skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet. KoRus-Midt driver Lærings- og mestringssenteret (LMS) og Seksjon for Forskning og utvikling (FoU) i Midt-Norge.

I denne FoU-seksjonen (med regional funksjon) er det per mars 2015 tilknyttet 8 forskere/stipendiater og undervisningsrådgivere. De viktige forskningsstrategiske målene på rusfeltet er at forskningen skal oppleves som klinisk viktig og nyttig, formidle forskningsresultater (helst nivå 2 tidsskrifter), etablere langsiktige hovedsatsningstemaer, bidra til et internasjonalt perspektiv og styrke forskningssamarbeidet på tvers av fagområdene (psykisk helse voksne og barn, rus, sikkerhets-psykiatri, somatikk). Dagens pågående forskning ved FoU-seksjonen i Helse Midt-Norge er blant annet innenfor temaene:

- Faktorer assosiert med behandlingsutfall ved døgnbehandling
- Effekten av fysisk trening på rusavhengige
- Rus og psykiske lidelser
- Matching av behandlingsbehov og behandlingstilbud
- Behandlingstilfredshet

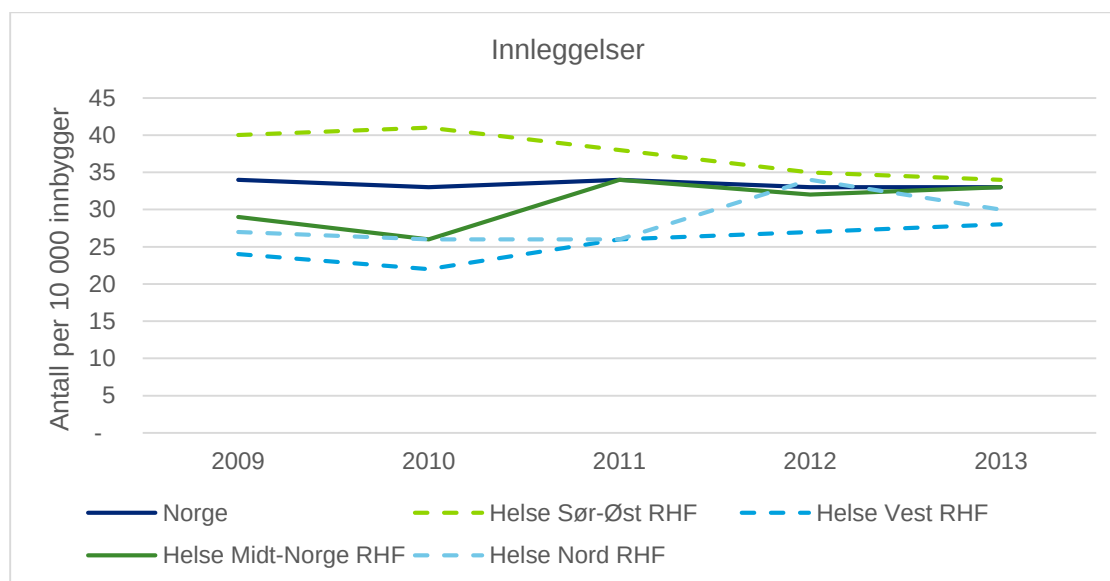
Innenfor forskningsprosjektet *Faktorer assosiert med behandlingsutfall ved døgnbehandling for rusavhengighet* søker man å identifisere faktorer som predikerer behandlingsutfall for pasienter som mottar døgnbehandling for rusavhengighet. Undersøkelsen inkluderer pasienter som starter i døgnbehandling ved fem klinikker (private og offentlige) innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen. Studien vil bidra til mer og bedre kunnskap om noen av de faktorene som er viktige for behandlingsutfall ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I de tre fylkene tilknyttet Helse Midt-Norge er det fem utdanningsinstitusjoner som tilbyr helsefaglig utdanning, spesialisering og videreutdanning; NTNU (Norges tekniske og naturvitenskapelige universitet) i Trondheim, Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), Høgskolen i Ålesund, Høgskolen i Molde og Høgskulen i Volda.

7 Tjenesteforbruk

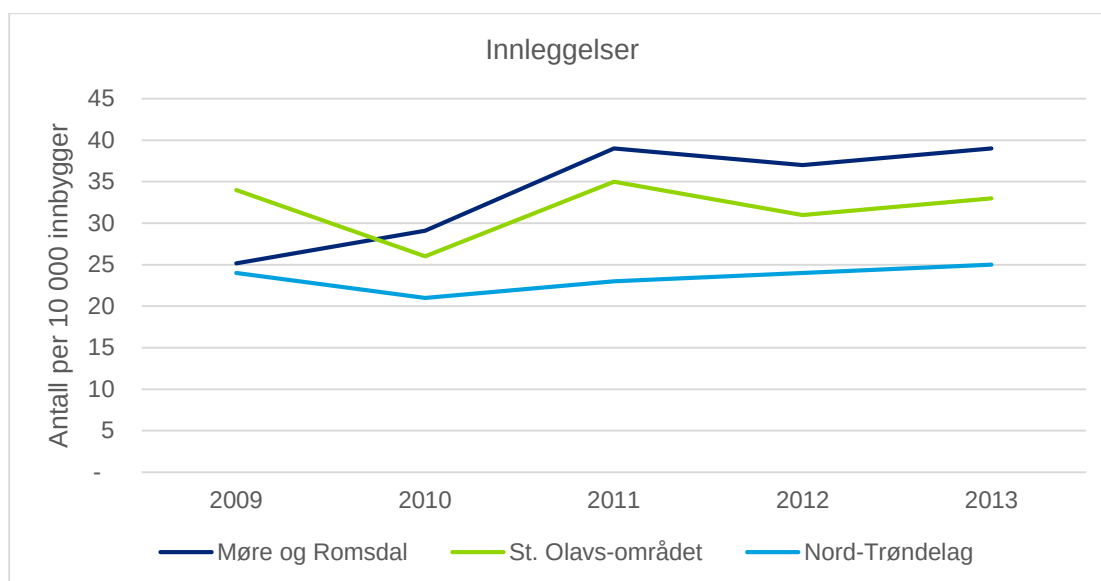
7.1 Innleggelser

I Norge har antall innleggelser i TSB per 10 000 innbygger ligget stabilt på underkant av 35 stk. i perioden 2009-2013. Helse Midt-Norge RHF lå i 2009 og 2010 noe under landsgjennomsnittet, men har siden 2010 hatt et høyere tjenesteforbruk av innleggelser, og lå i 2010-2013 på samme nivå som totalen for Norge. Av de regionale helseforetakene, har Helse Sør-Øst RHF i hele perioden 2009-2013 hatt høyest antall innleggelser per 10 000 innbygger, mens Helse Vest RHF har hatt lavest.



Figur 14: Antall innleggelser i TSB per 10 000 innbygger i Norge totalt og per RHF 2009-2013; Kilde: NPR

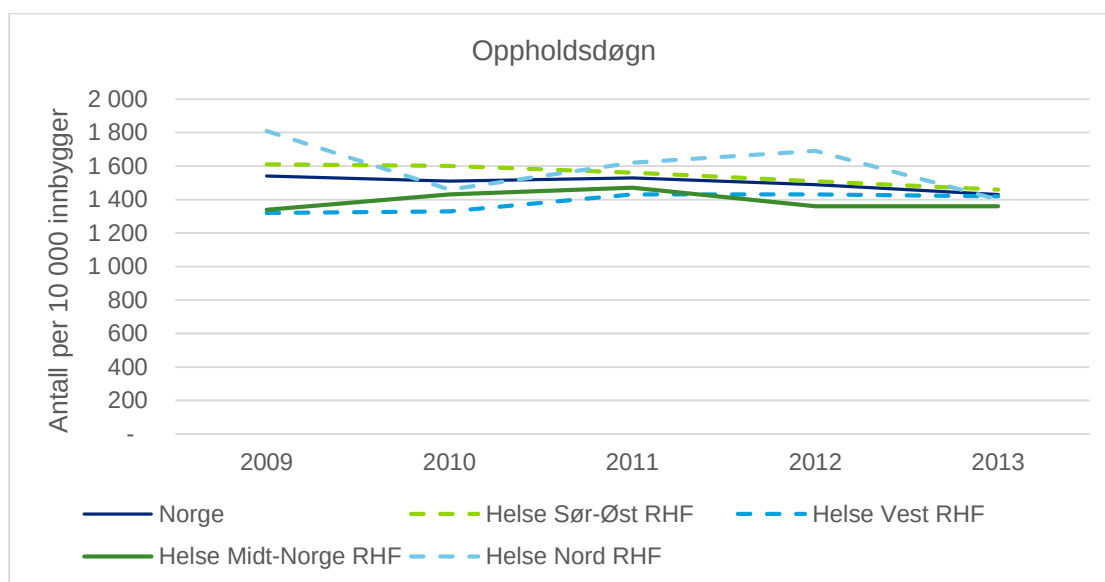
Blant HF-områdene i Helse Midt-Norge, har Møre og Romsdal hatt høyest forbruk av innleggelser i TSB i perioden 2010-2013. Lavest forbruk finner vi i Nord-Trøndelag. Både Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag har i perioden 2010-2013 økt antall innleggelser per 10 000 innbygger, mens St. Olavsområdet har hatt et forbruk som har vært varierende. I 2013 hadde Møre og Romsdal 39 innleggelser i TSB per 10 000 innbygger, St. Olavsområdet 33 stk., mens Nord-Trøndelag hadde 25 stk.



Figur 15: Antall innleggelse i TSB per 10 000 innbygger i områdene i Helse Midt-Norge; Kilde: NPR

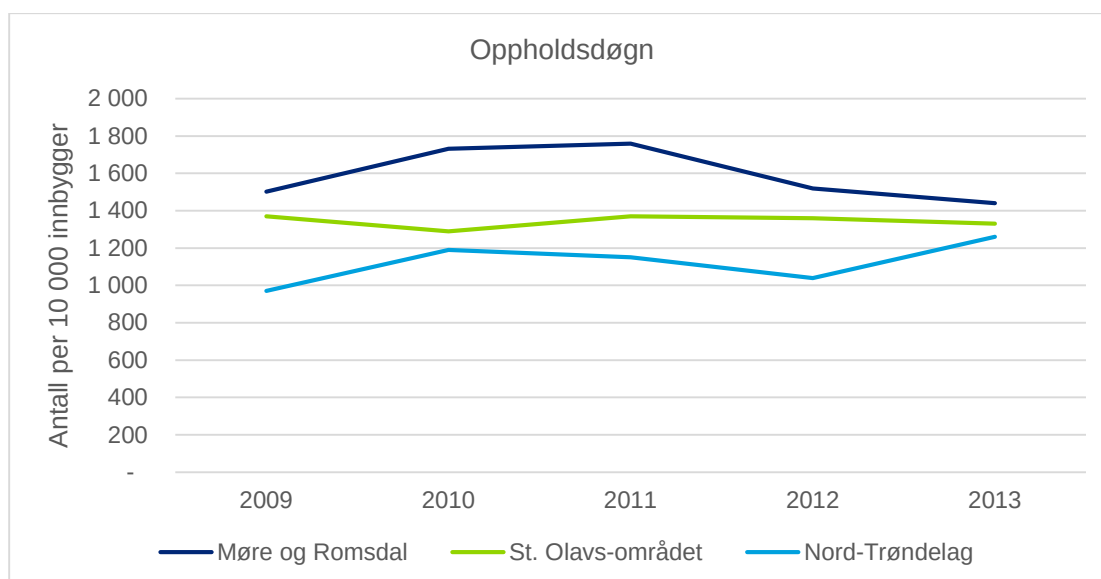
7.2 Oppholdsdøgn

Antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbygger har ikke variert mye i Norge i perioden 2009-2013. I 2013 var antallet 1430 stk. Det har vært noe variasjon innenfor hvert av de regionale foretakene. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har i hele perioden ligget over landsgjennomsnittet, mens Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har ligget noe under. I 2013 hadde Helse Midt-Norge RHF det laveste antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbygger. I 2013 var derimot forskjellen mellom de ulike regionale foretakene veldig liten, og alle lå mellom 1360 og 1460 oppholdsdøgn per 10 000 innbygger.



Figur 16: Antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbygger i Norge og per RHF 2009-2013; Kilde: NPR

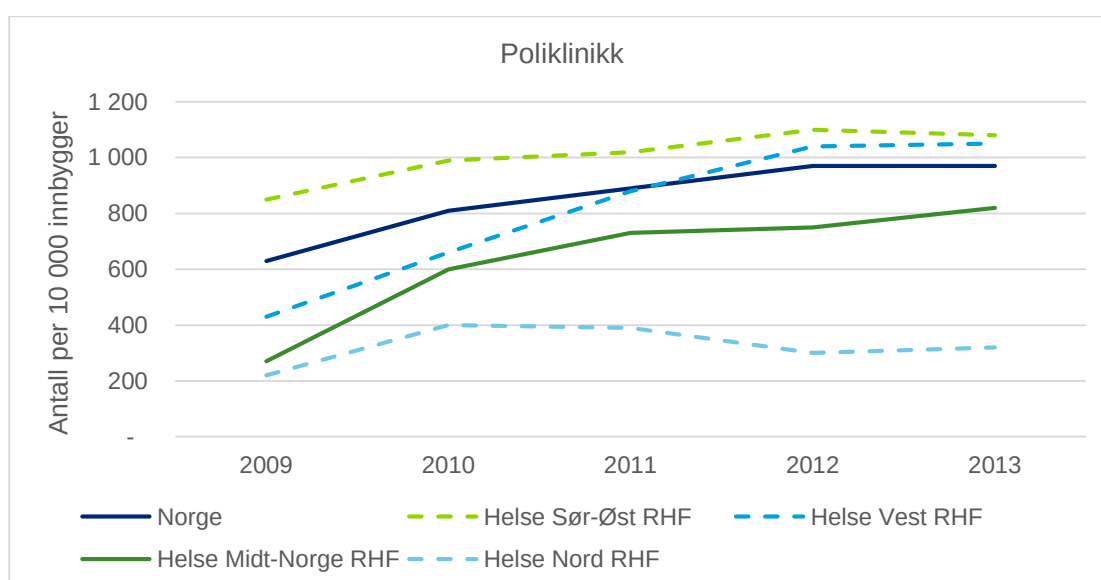
Innad i Helse Midt-Norge er spredningen større enn den er mellom de regionale helseforetakene. Nord-Trøndelag er området som i perioden 2009-2013 har hatt (tilsvarende som for antall innleggelser) færrest antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbygger. Møre og Romsdal har hatt høyest. Forskjellen mellom de tre områdene har blitt mindre de siste årene. I 2013 hadde Møre og Romsdal 1440 oppholdsdøgn per 10 000 innbygger, St. Olavsområdet 1330 stk, mens Nord-Trøndelag hadde 1260 stk.



Figur 17: Antall oppholds-døgn i TSB per 10 000 innbygger i områdene i Helse Midt-Norge 2009-2013; Kilde: NPR

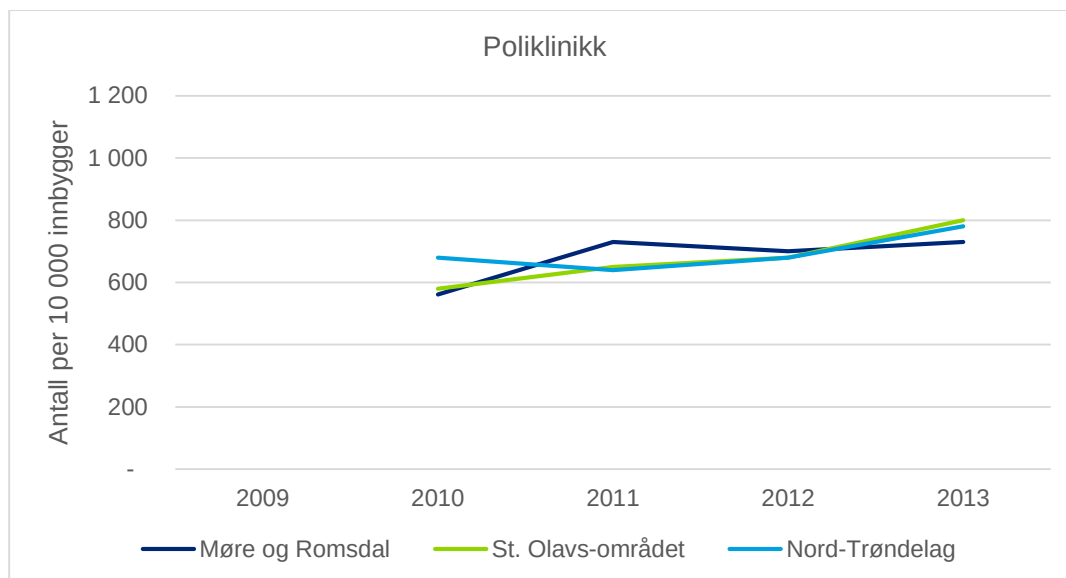
7.3 Polikliniske konsultasjoner

I perioden 2009-2013 har antall polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger i Norge økt fra 670 til 930, noe som tilsvarer en økning på litt over 50 %. Den største økningen har skjedd i Helse Midt-Norge RHF (økning på over 300 % fra 2009-2013) og i Helse Vest RHF (økning på over 240 % fra 2009-2013). Variasjonen mellom de ulike regionale helseforetakene er stor, selv om alle har økt og alle økte mest mellom 2009 og 2010. I 2013 hadde Helse Sør-Øst RHF høyest antall polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger (1080 stk), mens Helse Nord RHF hadde lavest (320 stk). Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde hhv 1050 og 820 polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger i 2013.



Figur 18: Antall polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger i områdene Norge og per RHF 2009-2013; Kilde: NPR

For HF-områdene i Helse Midt-Norge har det ikke vært tilgang på antall polikliniske konsultasjoner fra 2009, men tallene fra 2010-2013 viser at det ikke er stor forskjell mellom områdene og at alle har hatt en økning i perioden. I 2013 hadde Møre og Romsdal 730 polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger, St Olavs området hadde 800 stk. og Nord-Trøndelag hadde 780 stk.



Figur 19: Antall polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger i områdene i Helse Midt-Norge 2009-2013; Kilde: NPR

7.4 Pasienter

Oversikten over antall døgnpasienter i TSB i 2013 viser at det var omtrent 20 stk. per 10 000 innbygger i alle de fire regionale helseforetakene i Norge. Når det gjelder antall polikliniske pasienter per 10 000 innbygger er variasjonen større, men landsgjennomsnittet var i 2013 69 stk. per 10 000 innbygger. Helse Sør-Øst RHF er regionen som trekker opp gjennomsnittet, der var det i 2013 81 polikliniske pasienter i TSB per 10 000 innbygger. Helse Midt-Norge RHF hadde 51 stk.

Tabell 8: Antall døgn- og polikliniske pasienter i TSB per 10 000 innbygger, Norge og per RHF, 2013; Kilde: NPR

	Per 10 000 innbygger i 2013	
	Døgnpasienter	Polikliniske pasienter
Norge	21	69
Helse Sør-Øst RHF	22	81
Helse Vest RHF	20	65
Helse Midt-Norge RHF	21	51
Helse Nord RHF	21	29

I HF-områdene i Helse Midt-Norge var det i 2013 også lite variasjon mtp antall døgnpasienter, men større variasjon i antall polikliniske pasienter per 10 000 innbygger. I Møre og Romsdal var det kun 32 polikliniske pasienter per 10 000 innbygger, mens det i St. Olavs-området og i Nord-Trøndelag var over 60 polikliniske pasienter i TSB per 10 000 innbygger.

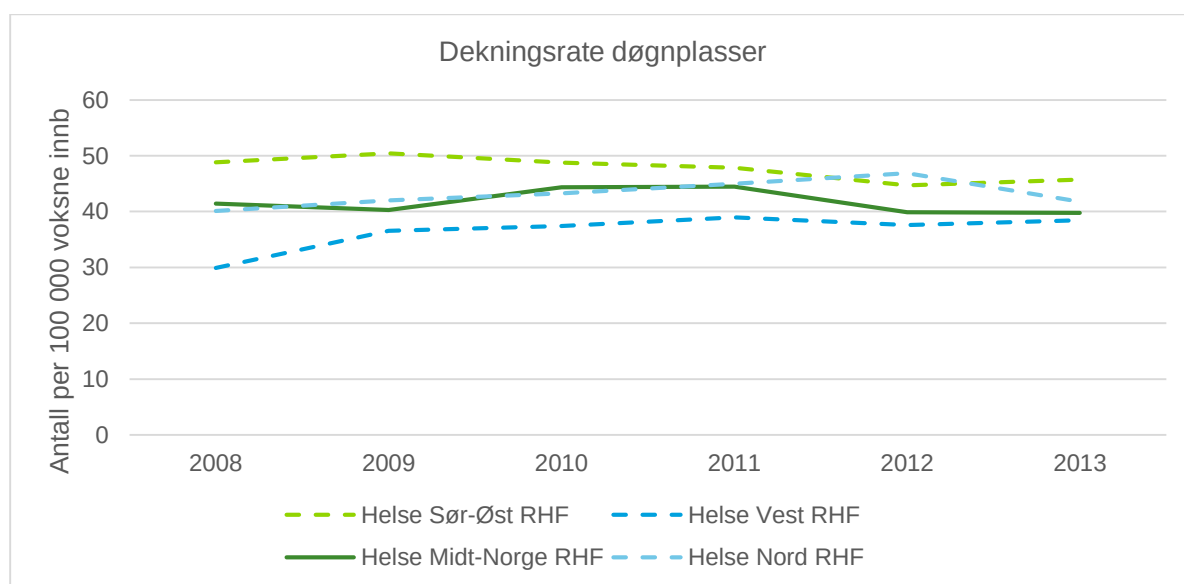
Tabell 9: Antall døgn- og polikliniske pasienter i TSB per 10 000 innbygger, områder i Helse Midt-Norge, 2013; Kilde: NPR

	Per 10 000 innbygger i 2013	
	Døgnpasienter	Polikliniske pasienter
Møre og Romsdal	23	32
St. Olavs-området	21	61
Nord-Trøndelag	18	66

8 Kapasitet

8.1 Døgnplasser

I de fire regionale helseforetakene i Norge var døgnplasskapasiteten i 2013 på mellom 38 og 46 plasser per 100 000 innbygger over 18 år. I 2008 var forskjellen mellom regionen med høyest og lavest rate på 19 døgnplasser, så spredningen mellom de regionale foretakene har blitt redusert i perioden. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2013 40 døgnplasser per 100 000 innbygger, ifølge tall fra Samdata. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har høyere, mens Helse Vest RHF har lavere rate enn Helse Midt-Norge.



Figur 20: Dekningsrate for døgnplasskapasiteten (døgnplasser per 100 000 voksne innb) i regionene; Kilde: Samdata 2013

Ved opptelling i mai 2015 var det totalt i Helse Midt-Norge 214 sengeplasser tilknyttet TSB (inkludert private og offentlige). Over halvparten av sengeplassene (totalt 115 stk.) er tilknyttet de private institusjonene. Lade BehandlingsSenter har 58 plasser, Tyrili Høvringen 35 plasser og NKS Kvamsgrindkollektivet AS 22 plasser. Av de offentlige klinikkene er det Ålesund behandlingssenter som har flest antall sengeplasser (41 stk.), etterfulgt av Klinikk for rus og avhengighetsmedisin ved St. Olavs Hospital HF (34 stk.). Helse Nord-Trøndelag har kun 6 av de 214 døgnplassene i regionen, noe som tilsvarer kun 3 %. Da de private institusjonene i regionen er lokalisert i Trondheimsområdet, er det kun 6 TSB-døgnplasser i nærheten av innbyggerne i Nord-Trøndelag.

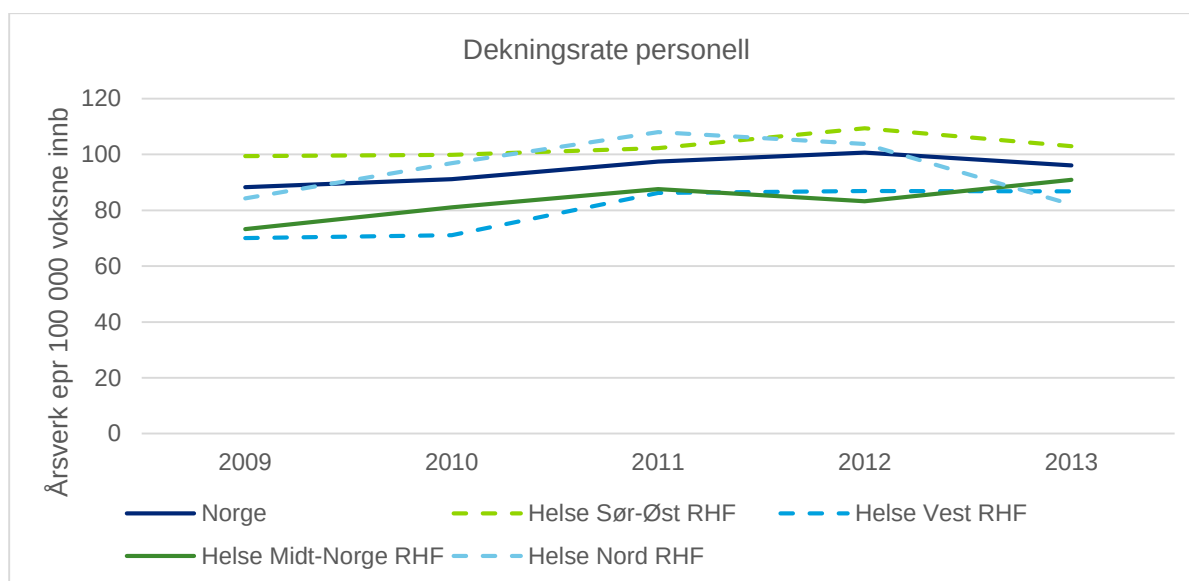
Tabell 10: Antall døgnplasser fordelt per avdeling og klinikk/institusjon i Helse Midt-Norge, 2015; Kilde: SAP, Helse Midt-Norge RHF

Klinikk/institusjon	Avdeling	Antall døgnplasser
Helse Nord-Trøndelag HF		6
Psykisk Helsevern, Avdeling for rus og avhengighet	ARA seksjon døgn	6
St Olavs Hospital HF		34
Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Ungdomsavdeling	17
Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Voksenavdeling	13
Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Rusakutt	4
Helse Møre og Romsdal HF		59
Rus og avhengighetsbehandling, Ålesund behandlingssenter	Avgiftning/akutt/stablisering	14
Rus og avhengighetsbehandling, Ålesund behandlingssenter	Rusakutt	3
Rus og avhengighetsbehandling, Ålesund behandlingssenter	Behandling/utredning	24
Rus og avhengighetsbehandling, Molde behandlingssenter	Klinikkavdeling	18
Private i Helse Midt-Norge		115
Lade Behandlingssenter	Avrusning	18
Lade Behandlingssenter	Utredning	7
Lade Behandlingssenter	Skjermning	7
Lade Behandlingssenter	Klinikk menn	11
Lade Behandlingssenter	Klinikk kvinner	9
Lade Behandlingssenter	AGS	6
Tyrilistiftelsen	Døgnbehandling	35
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	Døgnbehandling	22

Jamfør vurdering av venteliste og fristbrudd i tidligere kapittel, er det i regionen størst kapasitetsmangel ved enhetene Tyrili Høvringen, Ålesund behandlingssenter og Lade BehandlingsSenter. Det er også ved disse enhetene det er størst antall plasser i dag.

8.2 Bemanning

I perioden 2009-2013 økte antall årsverk i Norge i TSB per 100 00 innbygger over 18 år fra 88 til 96. I 2013 hadde Helse Sør-Øst RHF flest årsverk i TSB per 100 000 med 103. Helse Midt-Norge har i hele perioden ligget under gjennomsnittet i landet, og i 2013 var raten der på 91 årsverk i TSB per 100 000 innbygger over 18 år.



Figur 21: Dekningsrate for personell i TSB (årsverk per 100 000 voksne innb) i regionene; Kilde: Samdata 2013

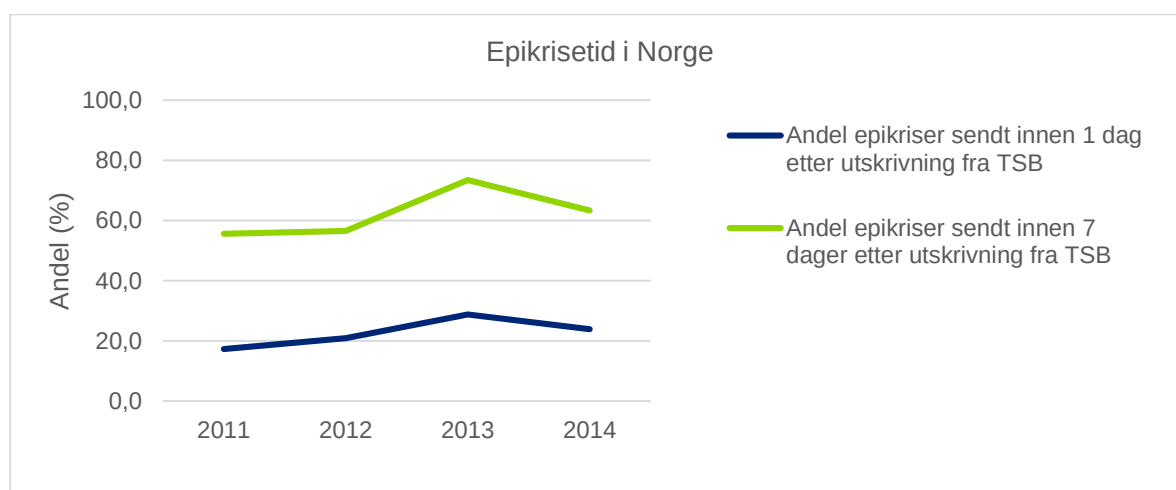
9 Kvalitetsindikatorer

Oppdaterte nasjonale kvalitetsindikatorer ble publisert av Helsedirektoratet på Helsenorge.no 7. mai 2015. Disse oppdaterte tallene inneholdt resultater for hele 2014. Presentasjon av tall for kvalitetsindikatorene ventetid og fristbrudd er presentert i tidligere kapittel i denne rapporten. I tillegg til kvalitetsindikatorene til Helsedirektoratet, har vi i denne rapporten tatt med resultater fra Kunnskapssenterets spørreundersøkelser i 2013 og 2014 for å belyse pasienterfaringer knyttet til døgnopphold.

9.1 Andel epikriser sendt ut etter en og syv dager

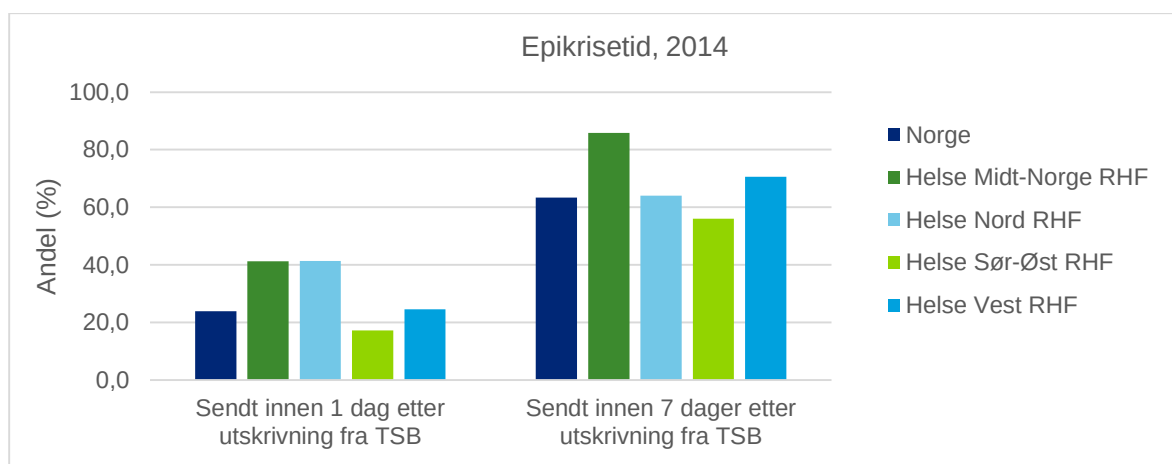
Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten nødvendig oppfølging. Hvis det går lang tid før epikrisen sendes fra sykehuset, svekkes muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging.

I 2014 var andelen epikriser sendt i TSB innen 1 dag i Norge totalt på 23 %. Andelen innen 7 dager var 63 %. Dette var en liten nedgang fra 2013, men totalt i perioden 2011-2014 har det vært en økning.



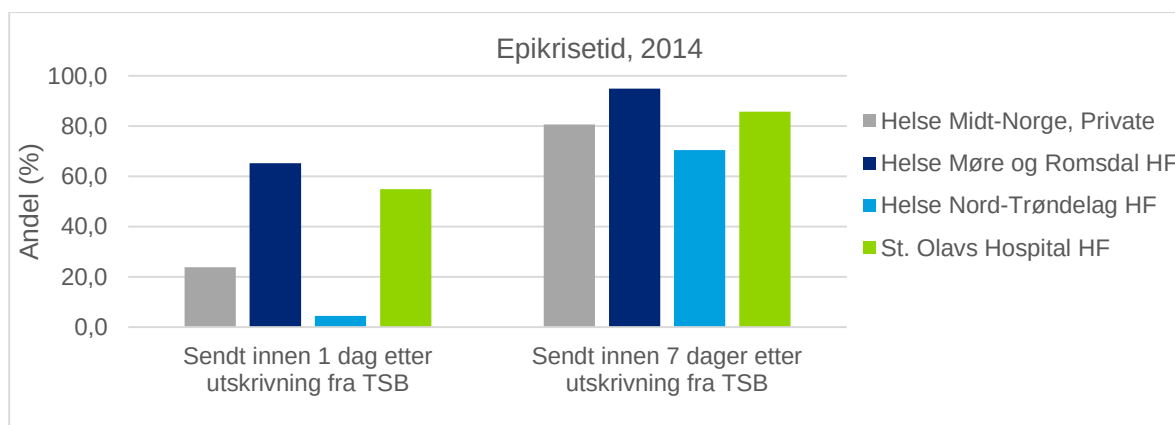
Figur 22: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB i Norge; Kilde: Helsedirektoratet

Av de regionale foretakene har Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF høyest andel epikriser sendt ut etter 1 dag med 41 %. For andelen epikriser sendt ut etter 7 dager, har Helse Midt-Norge RHF den høyeste andelen på 86 %. Helse Sør-Øst RHF har lavest andel for både 1 dag og 7 dager med hhv 17 % og 56 %.



Figur 23: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB i 2014 i Helse Midt-Norge RHF på HF-nivå; Kilde: Helsedirektoratet

Blant HF-ene i Helse Midt-Norge er det noe spredning i epikrisetid, men alle ligger over gjennomsnittet i landet for andelen epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB. Helse Møre og Romsdal HF har de høyeste andelen i 2014 for epikriser sendt innen 1 og 7 dager, mens Helse Nord-Trøndelag HF har den laveste.



Ser man på tallene fra klinikkene, som er utgangspunktet til tallene til hvert HF i Helse Midt-Norge, ser man at tallene per HF kun er representert av tall fra én enhet, med unntak av de private. Helsedirektoratet har ikke publisert tall for Lade BehandlingsSenter eller Molde Behandlingssenter for 2014. I 2013 er det derimot oppgitt tall for Lade og da var andelen epikriser sendt ut innen 1 dag og 7 dager på hhv 23,5 % og 82,3 %. Merk at tallene for Tyrilistiftelsen er samlet for alle deres enheter, og ikke bare for Høvringen (den som ligger i Helse Midt-Norge). Dette betyr også at tallene fra Tyrili ikke er inkludert i tallene for *Helse Midt-Norge, Private* i figuren over.

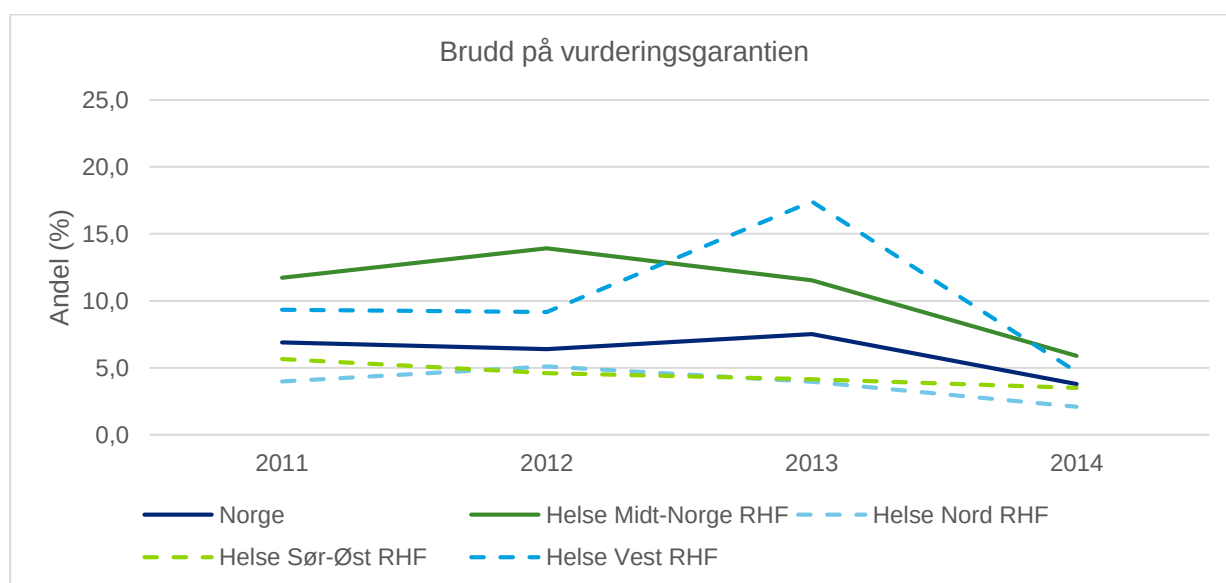
Tabell 11: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB i 2014 i Helse Midt-Norge RHF på klinikknivå; Kilde: Helsedirektoratet

	Andel sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	Andel sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB
Blå Kors Midt og Nord, Lade behandlingssenter BA		
NKS Kvamsgrendkollektivet AS	61,0	70,7
Tyrilistiftelsen, Frankmo, Mesnali, Oslo, Sor og Trondheim	8,5	85,7
Alesund behandlingssenter (tidligere Vestmo behandlingssenter)	65,3	94,9
Molde behandlingssenter (tidligere Veksthuset Molde)		
Helse Nord-Trøndelag, Levanger, Psykiatrisk klinikk	4,5	70,5
St. Olavs hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin	55,0	85,8

9.2 Brudd på vurderingsgarantien

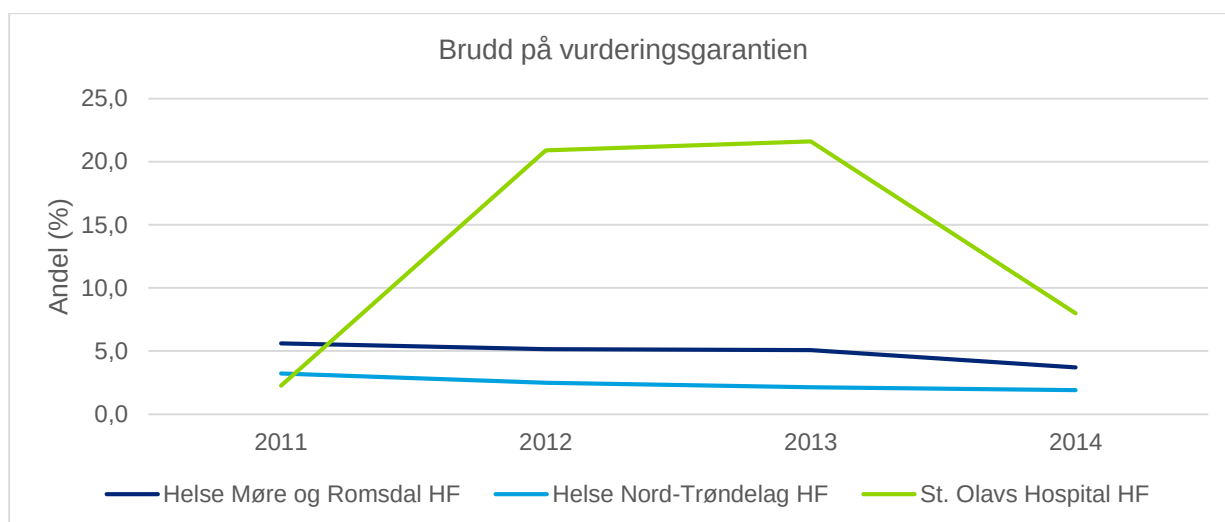
Brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisning ikke er vurdert innen 30 dager (10 dager for unge under 23 år). Vurderingsgarantien er en pasientrettighet og skal sikre at pasienten får behandling innen kort tid etter at problemet er oppdaget.

I Norge har andelen brudd på vurderingsgarantien gått ned i perioden 2011-2014. Fra å ha ligget på over 6 % de tidligere årene, var den i 2014 nede på 3,8 %. En nasjonal økning i 2013 skyldes en stor økning i Helse Vest RHF. Trenden i alle de regionale helseforetakene er at andelen brudd på vurderingsgarantien har totalt gått ned i perioden 2011-2014. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2014 den høyeste andelen brudd på vurderingsgarantien, men også her har denne blitt redusert i perioden. Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF har i hele perioden hatt lavest andel brudd.



Figur 24: Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB; Kilde: Helsedirektoratet

Ser man på helseforetakene i Helse Midt-Norge, ser man at HMR og HNT har hatt en jevn reduksjon i andel brudd på vurderingsgarantien i perioden 2011-2014. I 2014 lå andelen til disse to helseforetakene på hhv 4 % og 2 %. STO har hatt to år med høy andel (over 20 %) brudd på vurderingsgarantien i 2012 og 2013, men i 2014 var denne nede i 8 %. Dette er fremdeles en del over gjennomsnittet i landet. Merk at de private enhetene ikke er inkludert i tallene for de ulike HF-ene innad i Helse Midt-Norge. STO har innført 2 dagers som eget krav for tid til henvisning er vurdert.



Figur 25: Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB i Helse Midt-Norge, HF-nivå; Kilde: Helsedirektoratet

Tabellen under visere andel brudd på vurderingsgarantien for de ulike klinikkene i Helse Midt-Norge. Tabellen bærer preg av at det mangler en del tall, noe som også påvirker tallene presentert i grafene over. Det er en del variasjon mellom de ulike enhetene i regionen, men de aller fleste har i perioden 2011-2014 hatt en andel brudd som er noe under eller omtrent lik som landsgjennomsnittet i perioden. Den høye andelen brudd i 2012 og 2013 i STO skyldes bruddene på DPS Nidaros, men her har altså andel brudd blitt redusert noe i 2014. I 2014 var det to enheter i regionen som hadde 0 % andel brudd; Volda sjukehus og Molde behandlingssenter.

Tabell 12: Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB i Helse Midt-Norge, klinikknivå; Kilde: Helsedirektoratet

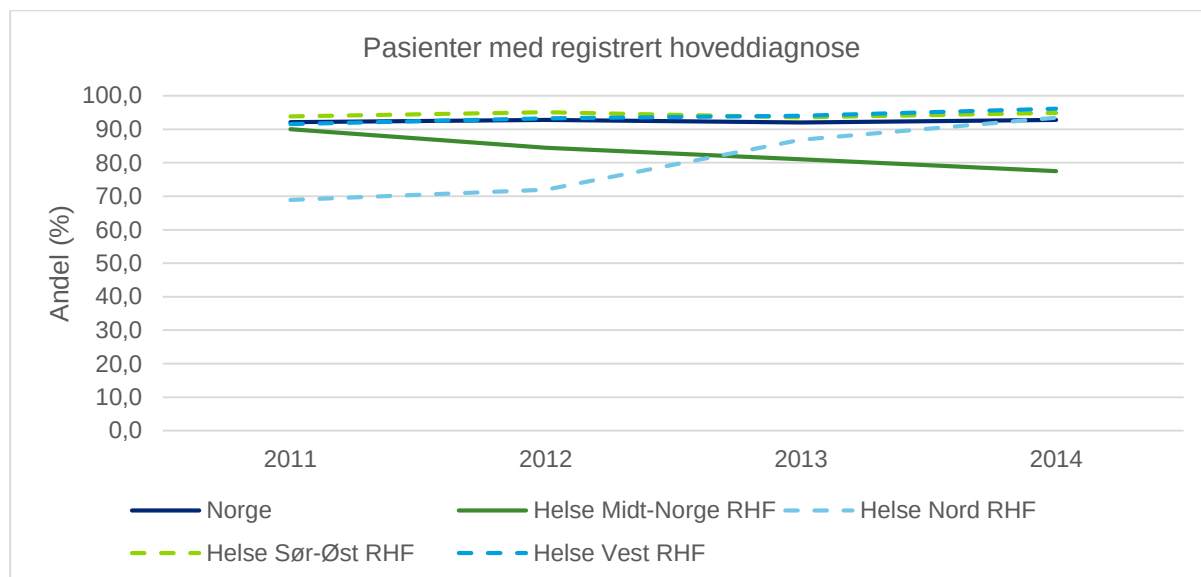
	2011	2012	2013	2014
Blå Kors Midt og Nord, Lade behandlingssenter BA	17,5	18,2		
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	37,9	45,0	43,8	
Tyrilistiftelsen, Frankmo, Mesnali, Oslo, Sor og Trondheim	16,9	15,2	22,7	66,7
Alesund behandlingssenter (tidligere Vestmo behandlingssenter)				4,6
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund sjukehus	5,3	2,5	8,3	5,5
Helse Møre og Romsdal, Molde sjukehus	7,5	7,6	4,5	2,2
Helse Møre og Romsdal, Volda sjukehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Helse Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus	6,3	4,8	2,3	2,6
Molde behandlingssenter (tidligere Veksthuset Molde)				0,0
Sykehuset Levanger	3,8	2,8	2,0	2,1
Sykehuset Namsos	1,7	1,7	2,5	1,4
Helse Midt-Norge, Senter for legemiddelassistert rehabilitering Trondheim	12,6	18,5		
St. Olavs Hospital		0,0	0,0	
St. Olavs Hospital, DPS Nidaros	2,3	21,0	21,7	13,6
St. Olavs hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin				1,6
Helse Midt-Norge, Rusbehandling ungdomsklinikken	21,8	25,0		

9.3 Registrering av hoveddiagnose

Denne indikatoren viser andel pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling.

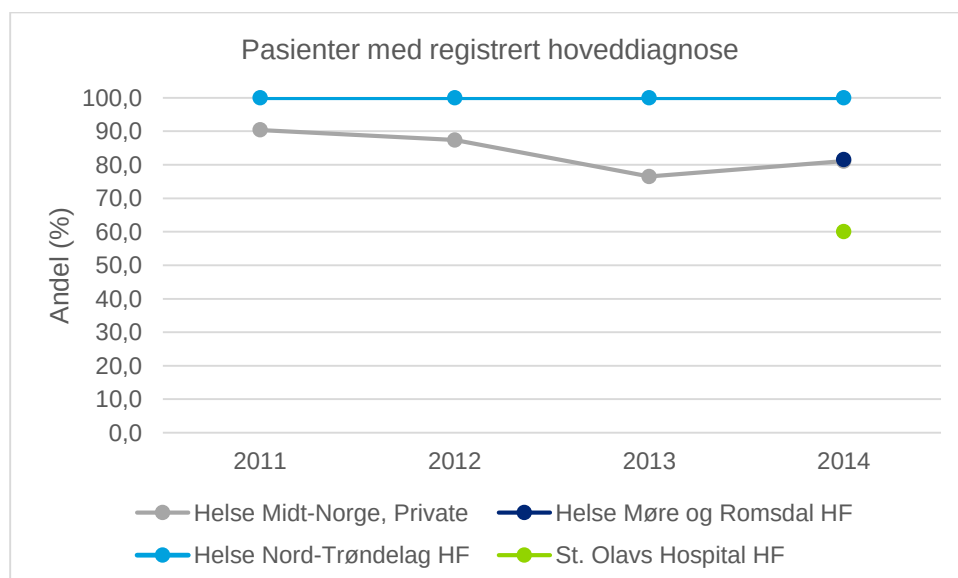
På landsbasis har andelen pasienter med registrert hoveddiagnose holdt seg stabilt mellom 92 % og 93 % i perioden 2011-2014. Helse Midt-Norge RHF er ifølge tallene fra Helsedirektoratet

eneste av de regionale foretakene hvor denne andelen har gått ned i perioden, og er også den regionen med lavest andel registrerte hoveddiagnoser i 2014. Helse Nord RHF har i perioden økt sin andel betraktelig, mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har vært stabile på i overkant av 90 %. Prosjektgruppen påpeker at det kan forekomme feil i registrering av hoveddiagnose pga noen utfordrende systemoppsett i registreringen.



Figur 26: Andel pasienter i TSB som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling; Kilde: Helsedirektoratet

I HMN er det kun HNT og de private hvor man i Helsedirektoratet har tall på andel pasienter med hoveddiagnose i hele perioden 2011-2014. Alle foretakene har derimot tall fra 2014. Det er derfor naturlig å se grafene over og under i sammenheng med tabellen som viser resultatene per enhet. Begge enhetene i HNT (Levanger og Namsos) har hatt en andel registrerte hoveddiagnoser på 100 %. Blant de private har også andelen vært høy, men her har den variert noe mer. STOs klinikk for rus- og avhengighetsmedisin var enheten i HMN med lavest andel i 2014. Med 40,2 % ligger denne klinikken et godt unna landsgjennomsnittet.



Figur 27: Andel pasienter i TSB som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling i Helse Midt-Norge, HF-nivå; Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 13: Andel pasienter i TSB som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling i Helse Midt-Norge, klinikknivå; Kilde: Helsedirektoratet

	2011	2012	2013	2014
Blå Kors Midt og Nord, Lade behandlingssenter BA	90,3	87,1	76,3	
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	92,6	95,8	81,1	83,3
Tyrlistiftelsen, Frankmo, Mesnali, Oslo, Sor og Trondheim	100,0	99,4	92,6	84,7
Alesund behandlingssenter (tidligere Vestmo behandlingssenter)				81,5
Molde behandlingssenter (tidligere Veksthuset Molde)				
Helse Nord-Trøndelag, Levanger, Psykiatrisk klinikk	100,0	100,0	100,0	100,0
Helse Nord-Trøndelag, Namsos, Psykiatrisk klinikk	100,0	100,0	100,0	100,0
St. Olavs Hospital, DPS Nidaros				100,0
St. Olavs hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin				40,2
Helse Midt-Norge, Rusbehandling ungdomsklinikken	53,7			
Helse Midt-Norge, Senter for legemiddelassistert rehabilitering Trondheim	65,1			

9.4 Pasienterfaringer

Helsedirektoratet ga Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) i oppdrag å planlegge og koordinere en undersøkelse om pasienterfaringer med døgnopphold innen TSB som skulle gjennomføres i helseforetakene i 2014. Kunnskapssenteret utførte tilsvarende undersøkelse i 2013. Undersøkelsen ble gjennomført en bestemt dag der alle døgnpasienter på institusjonene den dagen fikk utlevert spørreundersøkelsen. Samlet svarprosent i Norge var 91 %.

Resultatene fra denne undersøkelsen blir mer interessant etter hvert som man gjennomfører undersøkelsen over flere år og resultatene kan sammenliknes over tid. På nåværende tidspunkt har man kun tilgang til resultater fra 2013 og 2014, og det er derfor vanskelig å kunne si noe om trend og eventuelle forbedringer og forverringer i tjenestetilbudet på bakgrunn av pasienterfaringene. Det er også viktig å huske på at resultatene er gjennomsnitt per klinikk, og at det ved noen klinikker er mange flere pasienter enn på andre. Ved klinikker med få pasienter, vil hvert svar telle mer enn ved klinikker med mange pasienter, og det er derfor større usikkerhet knyttet til resultatene fra de mindre klinikkene.

«Undersøkelsen viser at det, ifølge pasientene, er stort forbedringspotensial på flere områder som undersøkelsen dekker. Dette gjelder både institusjonen pasientene var innlagt ved da de besvarte spørreskjemaet, og tidligere erfaringer med ettervern og hjelp fra kommunen. Resultatene er jevnt over dårligere enn hva som er vanlig i Kunnskapssenterets nasjonale brukererfæringsundersøkelser, men resultatene fra årets undersøkelse ved døgninstitusjoner innen TSB sammenfaller i stor grad med resultatene fra fjorårets. Resultater som skiller seg ut positivt er knyttet til måten man ble tatt imot på ved institusjonen, å bli møtt med høflighet og respekt av behandlerne/personalet, og å føle seg trygg ved institusjonen.»⁵

I 2013-rapporten var det også disse tre spørsmålene som fikk best resultat på nasjonalt nivå. Listen over spørsmålene med størst forbedringsområde er på nasjonalt nivå også omtrent lik for 2013 og 2014.

For Helse Midt-Norge er det også svarene på de tre spørsmålene knyttet til måten man ble tatt imot på ved institusjonen, høflighet og respekt av behandlerne/personalet, og å føle seg trygg ved institusjonen hvor resultatet fra 2014 var best. I gjennomsnitt i Helse Midt-Norge var resultatet her hhv 4,0, 4,1 og 3,9 av maksimalt 5 poeng.

⁵ PasOpp rapport Nr 7- 2014, Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014, Kunnskapssenteret

Behandlingen og *Forberedelse til tiden etter utskrivning* er de områdene hvor det i Helse Midt-Norge ble scoret dårligst på i 2014. Det var på spørsmålet om pasientenes opplevelse av at behandler/personalet hadde hjulpet til med praktiske løsninger for tiden etter utskrivning (f.eks. bolig, økonomi, arbeid/skole) hvor det i Helse Midt-Norge var dårligst resultat med 2,4 poeng. Innenfor *Behandling* scoret Helse Midt-Norge lavt på tilfredsstillende tilgang til psykolog (2,6 poeng), hjelpe med psykiske plager (2,8 poeng) og hjelp med fysiske plager eller sykdom (2,8 poeng).

10 Samhandling

10.1 Bruk av private institusjoner

Innenfor TSB i Helse Midt-Norge er det tett samarbeid med private institusjoner. De private ideelle institusjonene er tilknyttet spesialisthelsetilbudet gjennom driftsavtaler med Helse Midt-Norge RHF. I praksis opptrer disse institusjonene på lik linje i tjenestetilbudet som de andre klinikkene i helseregionen. Også i ulike organ, som for eksempel prosjektgruppen for denne regionale planen, inkluderes representanter fra disse institusjonene på samme måte som representanter fra de øvrige klinikkene i regionen.

10.2 Regionale spesialfunksjoner og samhandlingsorgan

I Helse Midt-Norge RHF er samarbeidet innenfor TSB godt mellom de ulike helseforetakene. En av grunnene til dette er at det var et eget regionalt helseforetak for rus frem til 1/1-14, og at HF-ene etter dette valgte å videreføre flere av de innarbeidede samarbeidstiltakene. I regionen finnes det ulike samarbeidsorgan, samt regionale spesialfunksjoner.

Regionalt ledernetttverk for TSB i Helse Midt-Norge ble etablert 1/1-2014, etter at Rusbehandling Midt-Norge HF ble avviklet. Regionalt ledernetttverk består av ledere fra rusklinikkene i regionen, de private avtalepartnerne, KoRus og ROP/PUT-teamene og RHF-et. Mandatet til ledernetttverket er å sikre fagutvikling og god samhandling i regionen, og det arrangeres omtrent seks møter i året.

Seksjon for analyse og pasientkoordinering (SAP) ble etablert 1/1-2014 for å erstatte koordinerende funksjoner i Rusbehandling Midt-Norge HF. Seksjonen administreres av St. Olavs Hospital HF. I mandatet fra opprettelsen står det at seksjonen har ansvar for følgende områder:

- Styre pasientstrøm etter vurdert henvisning (ved komplekse og krevende tilfeller)
- Ressurskoordinering i vanskelige pasientsaker
- Følge opp vurderingsinstansene
- Faglig oppfølging av avtaler med private
- Regionale analyser av aktivitetsdata TSB
- Rådgivning i krevende pasientsaker på generelt nivå

Som tidligere nevnt er Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus-Midt) og derunder LMS og FoU et regionalt samarbeid. Se egne kapitler om LMS og kompetanse.

I Helse Midt-Norge RHF er det fellesregionale tjenestetilbudet knyttet til døgnplasser, og da til funksjoner/kapasitet som ikke tilbys i alle helseforetakene. Private døgnplasser benyttes også som regionale plasser. Totalt i Helse Midt-Norge er det totalt 105 regionale døgnplasser. De fleste av disse (70 stk.) er tilknyttet private institusjoner, mens 35 stk. er tilknyttet de offentlige klinikkene.

Tabell 14: Døgnavdelinger med regionale funksjoner, Helse Midt-Norge; Kilde: SAR, Helse Midt-Norge RHF

Klinikk/institusjon	Avdeling	Antall døgnplasser
St Olavs Hospital HF		17
Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Ungdomsavdeling	17
Helse Møre og Romsdal HF		18
Rus og avhengighetsbehandling, Molde behandlingssenter	Omfattende og spesialisert rehabilitering	18
Private i Helse Midt-Norge		70
Lade Behandlingssenter	Skjerming	7
Lade Behandlingssenter	Avdeling for gravide og småbarnsforeldre	6
Tyrilistiftelsen	Omfattende og spesialisert rehabilitering	35
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	Omfattende og spesialisert rehabilitering	22

10.3 Samhandling med psykisk helsevern og somatikk

I Helse Nord-Trøndelag HF er TSB organisert som en egen avdeling i psykisk helsevern. I Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF er ROP/PUT-teamene organisert under psykisk helsevern. Denne organiseringen bidrar til et godt samarbeidet med psykisk helsevern.

ROP/PUT-teamene i regionen deltar på to årlige vurderingsinstansmøter med hovedvekt på å innarbeide en felles forståelse av vurderingsveilederen. Dette er en arena hvor TSB-tilbudene organisert i psykisk helsevern og øvrige TSB-tilbud blir kjent med hverandre og kan drøfte tiltak for å bedre/utvikle samhandlingen.

I Helse Møre og Romsdal HF er det igjen opprettet faste samarbeidsmøter på ledelsesnivå mellom rus og psykisk helsevern på Sunnmøre, der det blir avholdt fire møter årlig. Deltakerne er avdelingssjefer og seksjonsledere både fra døgnposter, poliklinikker og habilitering. Seksjonsledere fra de mest aktuelle seksjonene deltar også. Ut fra dette initiativet er det også opprettet en arbeidsgruppe som skal planlegge og gjennomføre to fagdager felles for rus og psykisk helsevern på Sunnmøre. Det er også opprettet samarbeid med medisinsk avdeling gjennom blant annet vaksamarbeid og undervisning, der leger ved Ålesund behandlingssenter underviser leger ved medisinsk avdeling. Fra november 2015 planlegges det igjen i Nordmøre og Romsdal et lokalt ledersamarbeid mellom rus, psykiatri og kommune.

I St. Olavs Hospital HF er det lokale samarbeidsutvalg mellom TSB og psykisk helsevern med utgangspunkt i de tre DPS-ene. Kommunene er også representert i disse utvalgene. St. Olavs HF har også etablert et rusakutt-tilbud. Det er opprettet i samarbeid med somatiske avdelinger (medisinsk klinikk ved mottaksavdelingen), og psykisk helsevern. Rusklinikken har etablert en konsultasjonstjeneste for pasienter innlagt i somatiske avdelinger og PH. Det innebærer tilsyn/konsultasjon samme dag eller dagen etter at henvisning mottas. Pasienter som henvises rusakutt eller via konsultasjonstjenesten tilbys sømløs rusbehandling dersom det er behov for det. Det er etablert rusakutt både i HMR og i HNT. I HNT er det også opprettet på tvers av fagområder. Det samme gjelder konsultasjonstjenesten som St. Olav har opp mot somatiske avdelinger og psykisk helsevern. Et slikt tilbud har eksistert ved begge sykehusene i Helse Nord-Trøndelag i mange år.

10.4 Samhandling med kommunene

Samhandlingsreformen setter føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunene, og legger vekt på viktigheten av å ha avtalte behandlingsforløp og forpliktende

samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. I Helsedirektoratets rapport fra 2012, står det følgende om samhandlingsreformen som ble iverksatt 1/1-2012:

«I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov for helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skal dekkes i kommunene – forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre. Dette skal gi dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning i planlegging og organisering av tjenestene med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging. Kommunene må se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med andre samfunnsområder der kommunene har ansvar og oppgaver. En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Et førende prinsipp er å desentralisere det vi kan, og sentralisere det vi må. Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres der dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.»⁶

Andel pasienter med Individuell plan var opprinnelig en høyt prioritert kvalitetsindikator i TSB. Individuell plan er regnet for å være viktig for pasienten skal få riktige tjenester til rett tid. Indikatoren gir også et bilde av omfanget på samarbeidet med kommunene. Etter at hovedansvaret for oppstart av IP i den nye Helse- og omsorgsloven ble lagt til kommunene, ble IP som indikator faset ut i TSB. En IP er ikke et mål i seg selv, men en IP er en kontinuerlig prosess hvor brukerens/pasientens egne mål og verdier skal være det styrende. Det å bli lyttet til og å kunne påvirke egne tjenester er viktig for de fleste (Helsedirektoratet, 2010) og har stor betydning for opplevd livskvalitet (Innstrand, 2009). For å tilby gode og individuelt tilrettelagte tjenester er det viktig at helse- og omsorgstjenesten kjenner til pasientens/brukerens behov, ønsker og interesser slik at man kan bistå med å nå disse målene. IP anses som et viktig samhandlingsverktøy mellom pasient, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre relevante aktører. Sentrale aktører som kan trekkes inn i IP arbeidet er fastleger, NAV, pårørende, barnevernstjeneste m.fl. Planen skal sikre at pasienter får et tilrettelagt behandling/rehabiliteringsforløp slik at han/hun kan mestre eget liv uten avhengighet av rusmidler. Målet har vært at er minst 80 % av aktuelle pasienter skal ha en slik plan, dvs pasienter som har rett på IP og ønsker det. Måloppnåelse var 81 % for 2011 og har falt til 52 % pr juli 2012 da den nye loven trådte i kraft. For 2015 var det pr 1. september 29,1 % som hadde individuell plan ved utskrivning fra døgnbehandling (21,7 for pasienter i poliklinisk behandling).

⁶ Rapport: behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten, En Status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030, Helsedirektoratet

11 Teknologi

11.1 Journalsystem

Som journalsystem brukes Rusdata i dag av alle rusklinikkene i Helse Midt-Norge, med noen unntak. Klinikken som er organisert under psykisk helsevern (Helse Nord-Trøndelag) bruker DocuLive som er systemet til psykisk helsevern. Tyrili bruker SOMA. Rusdata har en del begrensninger, blant annet kan ikke legene bruke systemet til å skrive ut sykemeldinger, internhenvisninger til sykehuset eller resepter slik en kan i andre journalsystem.

HEMIT har i mai 2015 startet anskaffelsesfasen i prosjektet for et nytt felles journalsystem for somatikk, psykisk helsevern og TSB i Helse Midt-Norge. I forprosjektfasen har personer fra psykisk helsevern og TSB vært involvert, og det er HEMITs plan at disse områdene skal involveres videre også.

Innenfor TSB er den største utfordringen med journalsystemene i dag at det ikke er mulig å åpne journaler på tvers av klinikker, foretak eller fagfelt. Dette gjør koordineringen om enkeltpasienter vanskelig. Det pågår et eget prosjekt i HEMIT som arbeider med å kunne åpne journaler på tvers av helseforetakene. Per juni 2015 var status fra dette prosjektet at fremgangen er god, men de har støtt på flere juridiske utfordringer enn først antatt.

Når det gjelder journalsystem og åpning av journaler, er ikke dette noe prosjektgruppen kan lage tiltak for den regionale planen, da dette skjer i regi av HEMIT i allerede igangsatte prosjekter. Likevel er det viktig at prosjektgruppen har poengtert viktigheten av at journalene er åpne på tvers av klinikkene og helseforetakene og etter hvert at det kommer et felles system for alle fagområdene.

11.2 Bruk av IKT/e-helse og telemedisin

I dag brukes videomøter til samarbeidsmøter (f.eks. med kommunene og NAV), samt til ansvarsgruppemøter der behandlere og pasienten avklarer behandlingen videre.

Sporadisk og på behandler/pasientens eget initiativ er det eksempler på at mobilapplikasjoner benyttes som støtte til behandlingen. For eksempel finnes det mobilapplikasjoner der pasienten daglig kan registrere dagsformen/tilstanden. En rapport fra slike applikasjoner sendes behandler i forkant av behandling, noe som gjør selve behandlingen mer effektiv, både ressurs- og utbyttmessig.

Prosjektgruppen ser mulighetene for mer bruk av e-helseverktøy som støtte til behandlingen. For eksempel har noen i gruppen gode erfaringer fra bruk av gitte mobilapplikasjon som støtte til behandlingen. Prosjektgruppens erfaring er at pasientene er opptatt av bruk av e-helse, og det ses som nødvendig at spesialisthelsetjenesten kobler seg på. Et mulig tiltak i planen kan være at fagdirektøren setter ned egen gruppe som ser på ulike verktøy som bør gjøres tilgjengelig som støtte til behandlingen.

12 Fremtidige behov og faktorer som påvirker dette

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

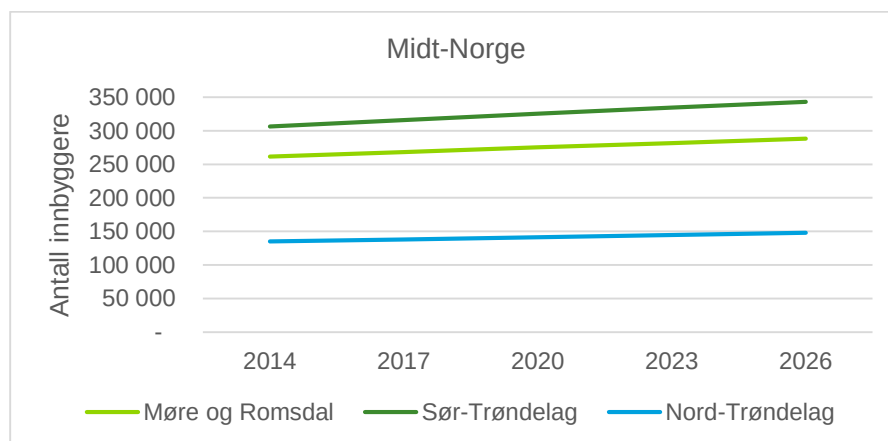
- Demografisk utvikling
- Sykdomsutvikling
- Medisinsk og teknologisk utvikling
- Samhandlingsreformen
- Andre faktorer som påvirker kompetansebehov
 - Helsepolitiske satsningsområder
 - Forhold internt i helsetjenesten
 - Forhold utenfor helsetjenesten

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

12.1 Demografisk utvikling

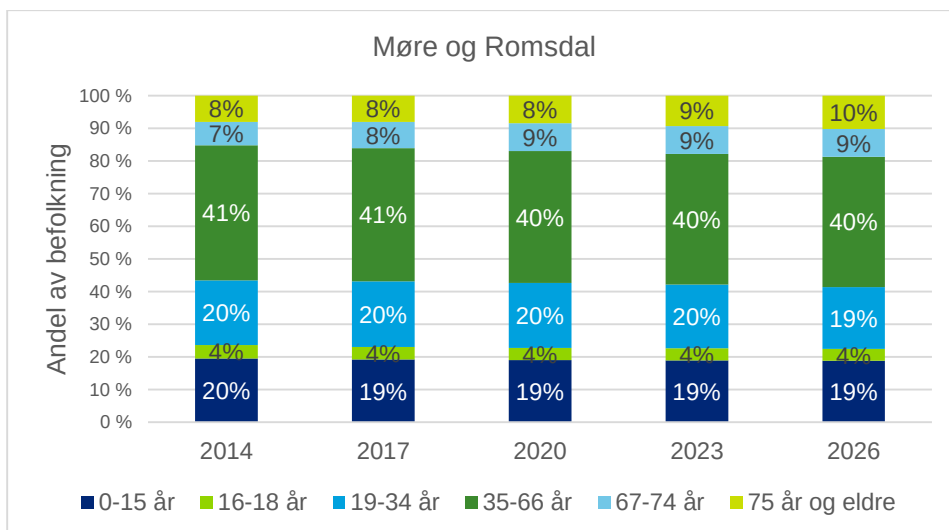
Befolkningsutvikling tilsier en sterk økning i andel eldre: Befolkningen over 67 år vil øke med 64 % fram mot 2030. Andel eldre over 80 år vil øke med 56 %. Utover 2030 vil denne utviklingen fortsette, slik at Norge står ovenfor en varig endring i alderssammensetning. I samme periode vil forsørgerbyrden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

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

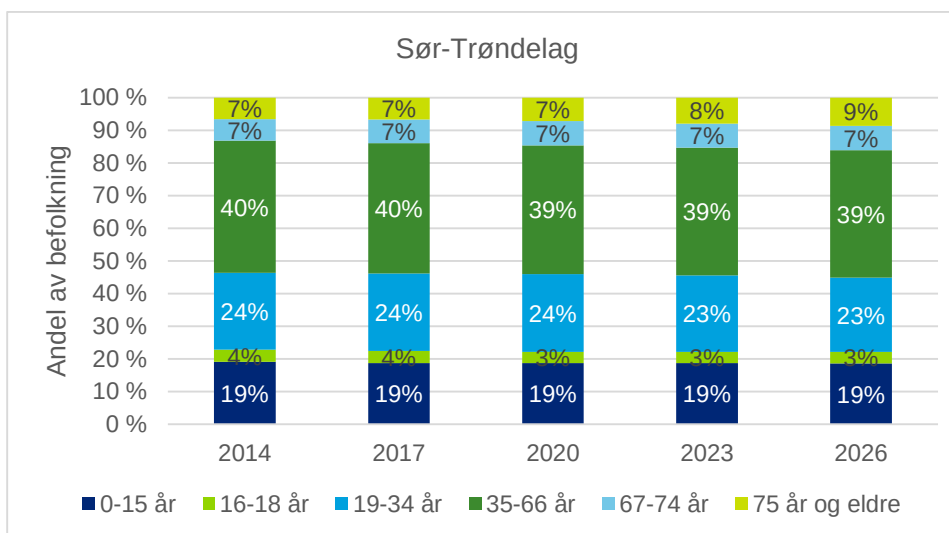


Figur 28: Fremskrevet befolkningsvekst for fylkene i Midt-Norge, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB

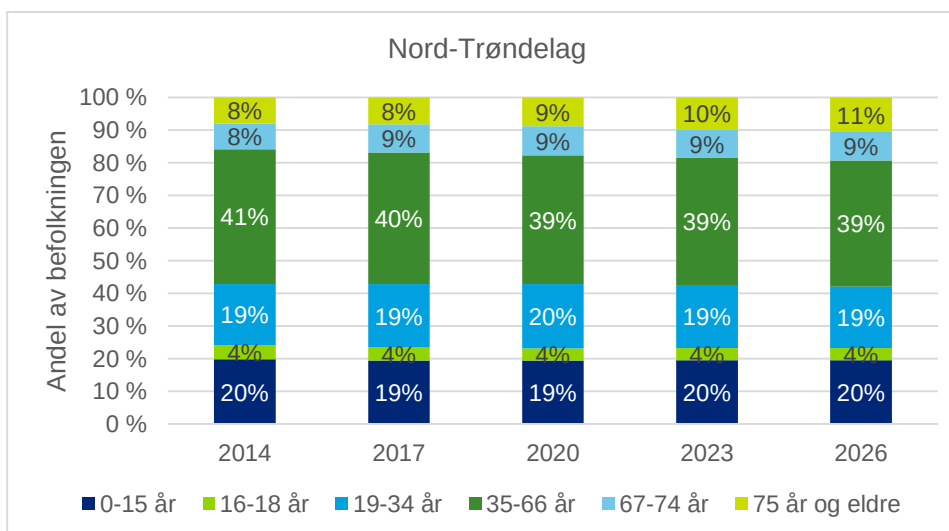
Ser man på alderssammensetningen og fremskrevet alderssammensetning i de tre fylkene, ser man at andelen eldre over 67 år vil øke i alle fylkene. I Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag er alderssammensetningen nokså lik, mens det er i Sør-Trøndelag er en noe lavere andel eldre over 67 år og en del høyere andel i gruppen med alder 19-34 år. Andelen barn og ungdom (0-18 år) er relativt lik i de tre fylkene, og er fremskrevet til å være det frem mot 2026 også.



Figur 29: Fremskrevet befolkningssammensetning Møre og Romsdal fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB



Figur 30: Fremskrevet befolkningssammensetning Sør-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB



Figur 31: Fremskrevet befolkningssammensetning Nord-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB

12.2 Sykdomsutvikling

Rusmiddelrelaterte sykkelighet skaper betydelige folkehelseproblemer og påfører individer helseproblemer som må behandles i helsevesenet. I tillegg er det betydelig dødelighet knyttet til rusmiddelbruk.

Forebygging og behandling av personer med et alkoholproblematikk vil i fremtiden ta en større plass i TSB. Dette begrunnes med økt omsetning av ren alkohol per person over 15 år og økning i antall innleggelser med alkoholrelaterte hoveddiagnoser, som er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 15: Innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser 1999 - 2010; Kilde: Helsedirektoratet

ICD 10 ²	Hoved-diagnose	Kjønn	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Totalt		2505	2594	2500	2903	2960	3099	2950	3585	4206	4418	4327	4482
	Menn		1741	1812	1778	2029	2069	2225	2047	2449	2859	3055	2896	3092
	Kvinner		764	782	722	874	891	874	903	1136	1347	1363	1431	1390
F 100	Akutt intoksikasjon	m (m)	560	633	632	789	818	880	835	1009	1330	1484	1485	1560
		k (f)	409	458	414	472	480	492	500	698	832	836	931	929
F 102, F 104,	Psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse	m (m)	813	848	752	725	706	704	651	745	814	872	757	870
F 107		k (f)	183	193	144	170	144	118	131	159	184	190	219	187
K 700 – K 704,	Alkoholinduserte leverskader	m (m)	309	273	343	466	509	600	520	656	677	660	620	624
K 709		k (f)	160	123	155	221	256	251	259	272	326	335	268	267
I 426	Alkoholisk kardiomyopati	m (m)	32	17	18	16	17	13	9	10	8	6	7	3
		k (f)	4	1	2	2	3	1	2	1	0	0	1	2
K 292	Alkoholisk gastritt	m (m)	27	41	33	33	19	28	32	29	30	33	27	35
		k (f)	8	7	7	9	8	12	11	6	5	2	12	5

Alkoholforbruket blant eldre er i vekst, dette gjelder generelt forbruk og skadelig bruk. I lys av den demografiske utviklingen fremover vil denne utfordringen forsterkes og dette vil påvirke faget utvikling i fremtiden.

Også helseproblemer for tredjeperson, særlig rusmiddelbrukerens barn, partner og øvrige familie vil skape utfordringer i fremtiden.

12.3 Medisinsk og teknologisk utvikling

Selv om den medisinsk-teknologiske utviklingen har vært enorm de siste årene vil utviklingen i årene fremover være av mindre betydning for TSB.

Det som kan anses å ha betydning er utviklingen innenfor «*Telemedisin*». Telemedisin kan defineres som løsninger som gir tilgang på ekspertise, pasientinformasjon og helsehjelp uavhengig av hvor pasient og kompetanse er geografisk lokalisert.

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

«*E-helse*» er også et område som vil påvirke TSB i fremtiden. E-helse er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren. Det overordnede målet for bruk av teknologi i

helse- og omsorgssektoren er å understøtte de helsefaglige arbeidsprosessene på en slik måte at det sikrer at det ytes gode tjenester i hele pasientforløpet. Hensiktsmessig bruk av IKT er en sentral forutsetning for å nå de helsepolitiske målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. I dag finnes det også uutnyttet potensial når det gjelder bruk av IKT i TSB og utviklingen innfor dette vil på virke faget i fremtiden.

12.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er et svar på blant annet at veksten i spesialisthelsetjenesten har økt de siste årene og manglende koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunchelsetjenesten vil få et større ansvar både innen forebygging, starten av et behandlingsforløp og mot slutten av selve forløpet. Spesialisthelsetjenestens innsats vil reduseres og vil være fokusert på høyspesialisert utredning og behandling. Ansvarsoverføring vil føre til et større kompetansebehov i kommunene.

Med tanke på helhetlig pasientbehandling og behandlingsforløp er det i fremtiden særlig viktig at tjenestene er godt samordnet og at det er etablert et godt samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen gir rammebetingelser for dette samarbeidet og økt samarbeid vil påvirke faget utvikling i fremtiden.

12.5 Andre faktorer som påvirker kompetansebehov

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

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

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

13 Utviklingstrekk

I Helse Midt-Norge RHF's styresak 37/12 Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet, ble det presentert utviklingstrekk innen rusfeltet. Disse er gjengitt her.

13.1 Alkohol

Alkohol er det største rusproblemet i Norge, både med hensyn til antall med problemer og omfanget av helsemessige og sosiale konsekvenser. Helsekostnadene knyttet til alkohol i rike land er beregnet til minst 1 % av BNP. Alkohol er den nest viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i vår del av verden. 12 % av den samlede sykdomsbyrden, målt i tap av friske leveår, skyldes alkoholbruk i Europa. Til sammenligning utgjør stoffmisbruk i underkant av 1 % av sykdomsbyrden.

Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) anslår at mellom 5 og 14 % av barn og unge under 18 år lever med foreldre med et risikofylt alkoholforbruk. Alkoholeksponering i fosterliv er den viktigste årsaken til medfødte hjerneskader i Vesten.

Utviklingen i alkoholbruk har store konsekvenser for arbeidsliv; de samlede kostnadene for norsk arbeidsliv er anslått til rundt 12 milliarder kroner årlig.

Fra 1999-2010 har det i Norge vært en økning i antall innleggelser i somatiske sykehus som følge av akutt forgiftning på 132 % og en økning i innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose med 64 %. Når gjennomsnittsforbruket av alkohol øker, øker antall storkonsumenter. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) gir sentrale indikatorer på helseutviklingen både i regionen og nasjonalt. Utvikling fra HUNT 2 til 31 viser:

- Økning i alkoholkonsumet i alle aldersgrupper
- 60 000 voksne i Midt-Norge er i risikozonen for å utvikle avhengighet
- De unge som begynner å drikke tidlig, drikker mer
- Både kvinner og menn over 60 år har doblet sitt inntak målt i ren alkohol

13.2 Vanedannende medikamenter og illegale stoffer

Vanedannende medikamenter er det nest største problemet i Norge målt i antall personer.

Det har vært en betydelig økning i salg av vanedannende medikamenter over en tiårsperiode, i samme periode har det vært en betydelig økning av pasienter med legemidler som hovedmisbruk i behandlingstiltak.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er betegnelsen på den norske ordningen for substitusjonsbehandling (metadon eller tilsvarende medikamenter). Det er ca. 500 pasienter i ordningen i dag. Det har vært en økning på 70 % i LAR i Midt-Norge i perioden 2006-2010. Med bakgrunn i estimat fra Helsedirektoratet, kan det forventes ytterligere økning på 25 % i nær fremtid.

Tendensen for bruk av illegale midler (narkotika) ser ut til å være utflatende de siste årene i Norge. Det var en klar nedgang i overdosedødsfall i landet i årene etter årtusenskiftet og antallet har i de siste årene vært relativt stabilt. Norge er fortsatt i Europatoppen når det gjelder slike dødsfall (248 i 2010 i følge SIRUS). Flere faktorer spiller inn i forebygging; et godt LAR-tilbud er en viktig faktor. Forebygging av overdosedødsfall er et innsatsområde i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen 2011-2013.

13.3 Nytt område

Styrket kunnskap om, og kompetanse i, behandling av pasienter med skader og avhengighet som følge av bruk av anabole steroider er ett av oppdragene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseregionene i 2012. En omfangsundersøkelse i Norge blant 18-19 åringer viser at 2,6 % har brukt/bruker doping.

14 Forslag til utvalg av områder som prioriteres i videre planarbeid

Prosjektgruppen har kommet frem til følgende prioriterte områder, hvor gruppen mener det bør foreslås tiltak for i regional plan for TSB i Helse Midt-Norge HRF 2016-2019:

- Alkohol
- Gravide og småbarn
- Barn i tilknytning til rusavhengige
- Ungdom og unge voksne
- Overgang mellom omsorgsnivåene
- Samhandling med/mellom
 - Somatikk og psykisk helsevern
 - Kommune (primærhelsetjenesten)
 - Helseforetakene
- Rus og psykiske lidelser (tvang/vold, ROP, traume, spiseforstyrrelser)
- Sentralisering vs desentralisering, regionale tilbud og ambulante tjenester

Innenfor alle de prioriterte områdene vil det være aktuelt å se på muligheter for standardiserte behandlingsløp, IKT og e-helse, samt LMS, pasient-/pårørendeopplæring og brukermedvirkning.

Prosjektgruppen har valgt å prioritere de yngre pasientgruppene og de yngre pårørende, da det der det er mest senskader. I de prioriterte områdene som omhandler samhandling, tjenesteoppbygging og alkohol vil tiltak for et bedre pasienttilbud også gagne til eldre (over 65 år).

Når det gjelder standardiserte behandlingsforløp, ser prosjektgruppen det som lite hensiktsmessig å utvikle disse selv som en del av planarbeidet, da dette er veldig tidkrevende arbeid. I planen bør det beskrives tiltak om at slike pasientforløp bør utvikles, for eksempel av en egen arbeidsgruppe. Et eksempel fra regionen på et bra pasientforløp kan være med i planen. St. Olav har laget et standardforløp for rusakutt som kan brukes som eksempel.

15 Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1: Antall pasienter i TSB i 2013 i Norge og helseregionene; Kilde: Samdata 2013	18
Tabell 2: Antall pasienter i TSB i 2013 i Midt-Norge-regionen; Kilde: Samdata 2013	19
Tabell 3: Antall innleggelser, oppholdsdøgn og konsultasjoner ved enhetene (offentlige og private) i Helse Midt-Norge RHF i 2013; Kilde: Samdata 2013	19
Tabell 4: Aktivitet og kostnader i TSB for 2012. Kostnadsindikatorer basert på totale driftskostnader og angitt for grupper av offentlige og private tilbydere; Kilde: Helsedirektoratet 21	
Tabell 5: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB per enhet i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet.....	23
Tabell 6: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til innleggelse TSB per enhet/helseforetak i Helse Midt-Norge 2015 tom juni; Kilde: NPR	24
Tabell 7: Andelen pasienter (%) registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist i TSB i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF; Kilde: Helsedirektoratet	25
Tabell 8: Antall døgn- og polikliniske pasienter i TSB per 10 000 innbygger, Norge og per RHF, 2013; Kilde: NPR	35
Tabell 9: Antall døgn- og polikliniske pasienter i TSB per 10 000 innbygger, områder i Helse Midt-Norge, 2013; Kilde: NPR.....	36
Tabell 10: Antall døgnplasser fordelt per avdeling og klinikk/institusjon i Helse Midt-Norge, 2015; Kilde: SAP, Helse Midt-Norge RHF.....	38
Tabell 11: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB i 2014 i Helse Midt-Norge RHF på klinikknivå; Kilde: Helsedirektoratet.....	41
Tabell 12: Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB i Helse Midt-Norge, klinikknivå; Kilde: Helsedirektoratet	43
Tabell 13: Andel pasienter i TSB som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling i Helse Midt-Norge, klinikknivå; Kilde: Helsedirektoratet	45
Tabell 14: Døgnavdelinger med regionale funksjoner, Helse Midt-Norge; Kilde: SAR, Helse Midt-Norge RHF	48
Tabell 15: Innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser 1999 - 2010; Kilde: Helsedirektoratet.....	53

Figur 1: Interessentanalyse for fase 1 som viser hvem som skal involveres og informeres	11
Figur 2: Interessentanalyse for fase 2 som viser hvem som skal involveres og informeres	11
Figur 3: Tjenestetilbudet TSB i Helse Midt-Norge RHF	15
Figur 4: Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser og konsultasjoner i TSB i Norge i perioden 2007-2013; Kilde: Samdata 2013	18
Figur 5: Kostnader inkl. avskrivninger innen funksjonen rusmiddeltak (TSB), inkludert statlige funksjoner og private helseinstitusjoner med driftsavtale; Kilde: SSB	20
Figur 6: Kostnader inkl. avskrivninger innen funksjonen rusmiddeltak (TSB) per 10 000 innbygger, inkludert statlige funksjoner og private helseinstitusjoner med driftsavtale; Kilde: SSB	21
Figur 7: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB nasjonalt og i de regionale helseforetakene; Kilde: Helsedirektoratet	22
Figur 8: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB i Helse Midt-Norge RHF for innleggelser, poliklinisk behandling samt totalt; Kilde: Helse Midt-Norge RHF og Helsedirektoratet	22
Figur 9: Gjennomsnittlig antall dager ventetid til starthjelp TSB per HF i Helse Midt-Norge; Kilde: Helsedirektoratet	23
Figur 10: Andelen pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist i TSB nasjonalt og i de regionale helseforetakene; Kilde: Helsedirektoratet	24
Figur 11: Andelen pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen frist i TSB i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF; Kilde: Helsedirektoratet	25
Figur 12: Aldersfordeling, årsverk i TSB, 2014. Kilde; Helse Midt-Norge RHF.....	30
Figur 13: Aldersfordeling, årsverk i TSB, 2015. Kilde; Helse Midt-Norge RHF.....	30
Figur 14: Antall innleggelser i TSB per 10 000 innbygger i Norge totalt og per RHF 2009-2013; Kilde: NPR	32
Figur 15: Antall innleggelse i TSB per 10 000 innbygger i områdene i Helse Midt-Norge; Kilde: NPR.....	33
Figur 16: Antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbygger i Norge og per RHF 2009-2013; Kilde: NPR.....	33
Figur 17: Antall oppholdsdøgn i TSB per 10 000 innbygger i områdene i Helse Midt-Norge 2009-2013; Kilde: NPR	34
Figur 18: Antall polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger i områdene Norge og per RHF 2009-2013; Kilde: NPR	34
Figur 19: Antall polikliniske konsultasjoner i TSB per 10 000 innbygger i områdene i Helse Midt-Norge 2009-2013; Kilde: NPR	35

Figur 20: Dekningsrate for døgnplasskapasiteten (døgnplasser per 100 000 voksne innb) i regionene; Kilde: Samdata 2013	37
Figur 21: Dekningsrate for personell i TSB (årsverk per 100 000 voksne innb) i regionene; Kilde: Samdata 2013	39
Figur 22: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB i Norge; Kilde: Helsedirektoratet	40
Figur 23: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB i 2014 i Helse Midt-Norge RHF på HF-nivå; Kilde: Helsedirektoratet	41
Figur 24: Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB; Kilde: Helsedirektoratet	42
Figur 25: Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB i Helse Midt-Norge, HF-nivå; Kilde: Helsedirektoratet.....	43
Figur 26: Andel pasienter i TSB som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling; Kilde: Helsedirektoratet.....	44
Figur 27: Andel pasienter i TSB som har fått registrert hoveddiagnose ved avsluttet behandling i Helse Midt-Norge, HF-nivå; Kilde: Helsedirektoratet	44
Figur 28: Fremskrevet befolkningsvekst for fylkene i Midt-Norge, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	51
Figur 29: Fremskrevet befolkningssammensetning Møre og Romsdal fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	52
Figur 30: Fremskrevet befolkningssammensetning Sør-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	52
Figur 31: Fremskrevet befolkningssammensetning Nord-Trøndelag fylke, Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM); Kilde: SSB	52

Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB)

2016-2020

Dato	07/12/2015
Versjonsnr.	1.0
Godkjent av	Kjell Åsmund Salvesen
Dato	10/12/2015

INNHOILDSFORTEGNELSE

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
1.5 TILTAK FOR UTVIKLING AV TSB I HELSE MIDT-NORGE I PLANPERIODEN	6
2 OM RUS OG AVHENGIGHET	7
2.1 TSB SOM FAGFELT	7
2.2 AVHENGIGHET	7
2.3 UTVIKLINGSTREKK	7
3 SENTRALE FØRINGER	10
3.1 NASJONALE FØRINGER	10
3.2 REGIONALE FØRINGER	10
4 OPPSUMMERING AV TILTAK	12
5 OVERORDNEDE OMRÅDER	14
5.1 FORSKNING OG INNOVASJON	14
5.2 REKRUTTERING	16
5.3 BRUKERMEDVIRKNING	17
6 TILTAK INNENFOR PRIORITERTE OMRÅDER FRA FASE 1	19
6.1 ALKOHOL	19
6.2 GRAVIDE OG SMÅBARNFAMILIER	22
6.3 BARN SOM PÅRØRENDE	25
6.4 UNGDOM OG UNGE VOKSNE	28
6.5 OVERGANG MELLOM OMSORGSNIVÅENE (DAG, DØGN OG POLIKLINIKK INNENFOR TSB)	30
6.6 SAMHANDLING MELLOM TSB OG SOMATIKK	32
6.7 SAMHANDLING MED KOMMUNENE (PRIMÆRHELSETJENESTEN)	33
6.8 REGIONALE TILBUD OG SAMHANDLING OM TSB MELLOM HELSEFORETAKENE	34
7 FELLES TILTAK FOR TSB OG PSYKISK HELSEVERN	37
7.1 INTRODUKSJON	37
7.2 BESKRIVELSE AV TILTAK	38
8 VEDLEGG	44
9 REFERANSELISTE	45



Begrepsavklaring og forkortelser

TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet
RHF	Regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
HMN	Helse Midt-Norge RHF
HMR	Helse Møre og Romsdal HF
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF
STO	St. Olavs Hospital HF
ROP	Rus og psykiatri
PUT	Psykiatrisk ungdomsteam
LMS	Lærings- og mestringssenter
KoRus Midt-Norge	Kompetansesenter Rus – Midt-Norge
HEMIT	Helse Midt-Norge IT
EPJ	Elektronisk pasientjournal
DPS	Distriktpsykiatrisk senter
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
PH	Psykisk helsevern
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV	Psykisk helsevern for voksne
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering



1 Innledning

1.1 Bakgrunn og mandat for planarbeidet

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

Dokumentet *Prosjektoppdrag, Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), Regional Plan 2016-2020, Versjon 4.1* beskriver prosjektet og mål for prosjektet.

Nåsituasjonsbeskrivelsen av TSB-området 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 innenfor 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 TSB og fase2-rapporten:

Prosjektet skal utarbeide strategi og retning for styring som omsetter nasjonale og regionale føringer til god utvikling av tjenestetilbudet innen TSB i Midt-Norge.

Fase 2 bygger på resultatene fra Fase1 og skal foreslå strategier og veivalg med konkrete forbedringstiltak for videreutvikling av tilbudet innen TSB i regionen.

1.2.1 Effektmål

Det skal etableres en enighet om regionalt samarbeid og regionale funksjoner. Spesialisthelsetjenestens rolle skal tydeliggjøres slik at denne, sammen med kommunale tilbud, tjenester fra frivillige organisasjoner og øvrige relevante aktører, sikrer pasienter og pårørende en helhetlig, sammenhengende, tilgjengelig og koordinert tjeneste.

Pasienter i TSB skal ha tilgang til kvalitativt gode og samordnede tjenester, der ressursene blir utnyttet på best mulig måte i samhandling mellom offentlige og private aktører.

Planen skal synliggjøre satsningsområder og nye tiltak, og beskrive hvordan disse skal prioriteres. Den skal også beskrive og understøtte bevaringsområder.



1.2.2 Resultatmål i Fase 2

I fase 2 skal det utarbeides utkast til regional plan for TSB i Helse Midt-Norge som inkluderer å:

- Beskrive tiltak som gir god kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen, koordinerte og helhetlige spesialisthelsetjenester på utvalgte områder
- Beskrive pasienter og pårørendes deltakelse i utforming av tjenestetilbudet
- Beskrive god utnyttelse av ressursene og bærekraftig økonomi, der psykisk helsevern og TSB har større vekst (hver for seg) enn somatikk
- Tydeliggjøre indikatorer for å følge utvikling og måloppnåelse
- Vurdere behovet for kunnskapsutvikling og forskning

1.3 Organisering av arbeidet

Prosjektet, sammen med tilsvarende planarbeidsprosjekt for psykisk helsevern er en del av et felles program. Begge prosjektene eies av Helse Midt-Norge RHF v/fagdirektør Kjell Åsmund Salvesen, Avdeling for helsefag, forskning og utdanning. Prosjektgruppeleder for TSB-prosjektet er Terje Haaland, Seniorrådgiver Seksjon for analyse og pasientkoordinering (SAP), St. Olavs Hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.

Styringsgruppen har ansvar både for TSB-prosjektet og psykisk helsevern-prosjektet. Programleder og programstøtte fra Deloitte er også felles for begge prosjektene. Prosjektgruppeledere og rådgivere fra Avdeling for helsefag, forskning og utdanning deltar i styringsgruppemøter, i tillegg til prosjektgruppemøtene.

Følgende prosjektgruppe har arbeidet med TSB-planen:

Navn	Enhet	E-post
Terje Haaland	STO (SAP), prosjektleder	terje.haaland@stolav.no
Erik Holm	Brukerrepresentant	erik.holm@rio.no
Aase Grebstad	HMR	aase.grebstad@helse-mr.no
Nina Burkeland	STO (PH)	nina.annie.burkeland@stolav.no
Helge Haarstad	STO (Somatikk)	helge.haarstad@stolav.no
Ingunn Pernille Mundal (frem til august 2015)	HMR (PH)	ingunn.pernille.mundal@helse-mr.no
Marit Gyldenskog (fra august 2015)	HMR (PH)	marit.gyldenskog@helse-mr.no
Kristin Øien Kvam	NKS Kvamsgrindkollektivet AS	kristin@kvamsgrind.no
Kristin Tømmervik	STO (KoRus/FoU)	kristin.tommervik@stolav.no
Kristin Haltbrekken	HNT	kristin.haltbrekken@hnt.no
Unni Korshavn	STO	unni.korshavn@stolav.no
Nils Håvard Dahl	HNT (PH)	nils.h.dahl@hnt.no
Roar Skolseg	Tyrilistiftelsen Høvringen	roar@tyrili.no
Trond Andreassen	Lade Behandlingssenter Blå Kors	trond.andreassen@ladebs.no
Kari Nerland	HMR, Tillitsvalgt	kari.nerland@helse-mr.no
Elise Solheim	HMN RHF	elise.solheim@helse-midt.no



1.4 Oppbygning av rapporten

Denne rapporten starter med en introduksjon av rus og avhengighet. Deretter følger sentrale nasjonale og regionale føringer som er retningsledende for TSB-arbeidet i Helse Midt-Norge.

Alle tiltakene som er utformet i dette arbeidet er listet opp i kapittel 4. Her er også en beskrivelse av hvordan de ulike tiltakene er prioritert. Kapittel 5 presenterer overordnede tiltak innenfor forskning og innovasjon, rekruttering og brukermedvirkning. De øvrige tiltakene som er lagt frem i denne rapporten er innenfor områder som ble valgt ut som prioriterte områder av prosjektgruppen i fase1-arbeidet (nåsituasjons-kartleggingen). Noen av tiltakene kunne vært beskrevet innenfor flere av de prioriterte områdene, men det er valgt å beskrive hvert tiltak kun en gang i løpet av rapporten.

Tiltakene i kapittel 7 er felles for fase2-rapportene til psykisk helsevern og TSB. Tiltakene i dette kapittelet er utformet med bakgrunn i felles diskusjoner i felles prosjektmøte der begge prosjektgruppene var til stede.

1.5 Tiltak for utvikling av TSB i Helse Midt-Norge i planperioden

Prosjektgruppen har i arbeidet med denne regionale planen lagt vekt på å lage en plan med konkrete tiltak innenfor de områdene som ble prioritert i fase 1. Med mål om å få gjennomført tiltakene i denne planen i løpet av den relativt korte planperioden (2016-2020), er det av prosjektgruppen lagt vekt på at det verken skal være for mange prioriterte områder eller for mange tiltak innenfor hvert område.

Utover de prioriterte områdene finnes det mange andre viktige områder og igangsatte tiltak og initiativ innenfor TSB som prosjektgruppen mener det er viktig å fortsette med, selv om de ikke er nevnt i denne rapporten.

Dette gjelder for eksempel føringer som er beskrevet i «*Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020*»¹ Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Hovedmålene er tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester som skal nås gjennom reell brukerinnflytelse. Personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig. Det foreslås i opptappingsplanen tiltak/målsettinger om økt tilgang på boliger, tiltaksplasser, økt bruk av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer, ambulante tjenester og økt kompetanse om rus og avhengighetsproblematikk i flere sektorer. Alle skal møte et tilgjengelig og helhetlig tjenesteapparat.

Denne regionale planen og «*Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*» vil sammen med andre veiledere og retningslinjer (som for eksempel oppdragsdokument til RHF-et fra Helse- og omsorgsdepartementet) danne grunnlaget for de årlige oppdragsdokumentene fra Helse Midt-Norge RHF til HF-ene i planperioden. I disse oppdragsdokumentene vil tiltakene fra denne planen, der det er behov for det, ytterligere spesifiseres og konkretiseres.

¹ Helse og omsorgsdepartementet: Prop. 15 S, Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)



2 Om rus og avhengighet

2.1 TSB som fagfelt

TSB, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, omfatter tilbud som døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientenes rettigheter går fram av pasientrettighetsloven.

Tverrfagligheten er essensiell i rus- og avhengighetsbehandling, noe som viser seg gjennom WHO's utgangspunkt om at rusmiddelavhengighet er en biopsykososial lidelse. Dette innebærer at man både i forståelsen av problemene og i de hjelpetiltakene man tilbyr, bør legge vekt på både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Sentrale biologiske forhold er for eksempel at rusmidler virker inn på hjernens belønningssystemer og på kroppens organer. Sentrale psykologiske forhold er knyttet til blant annet læring, motivasjon, emosjoner, psykisk helse, identitet og personlighet. Sentrale sosiale forhold er knyttet til familie, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, boforhold og sosial inkludering/ekskludering. I tillegg er det viktig å ta hensyn til hvordan kultur påvirker oss, ut fra hvordan bruk av alkohol og andre rusmidler i økende blir sosialt akseptert og etter hvert blir en del av våre rusmiddelvaner.

2.2 Avhengighet

Om avhengighet og behandling av dette:

«Avhengighet er ofte et kronisk problem som kjennetegnes av stor fare for tilbakefall tidlig i endringsforløpet og en langsiktig økt risiko for tilbakefall gjennom hele forløpet. Det betyr likevel ikke at avhengighet har alle de samme kjennetegnene som andre kroniske medisinske lidelser, som f.eks. høyt blodtrykk, diabetes og astma. Utviklingen av kroniske medisinske lidelser kan nok til en viss grad påvirkes gjennom endret adferd, men stopper ikke opp av at man slutter med en spesiell adferd. Slik er det derimot med avhengighet. Avhengighet er altså ikke en kronisk medisinsk lidelse.

I mange tilfeller har avhengighet likevel så mange likhetstrekk med en kronisk medisinsk lidelse at det bør behandles på samme måten som slike lidelser. Denne forståelsen ligger også til grunn i Meld. St. 30 (2011–2012), der det står at rusavhengighet bør forstås som en kronisk sykdom som krever behandling og oppfølging over lang tid. Stortingsmeldingen sier videre at en slik forståelse gjør det nødvendig å organisere tjenestene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene på samme måte som for pasienter med kroniske sykdommer.»²

2.3 Utviklingstrekk

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmisbruk i kommunen. BrukerPlan gir kunnskap om kjent rus- og psykisk helseproblematikk blant mottakere av kommunale helse-, velferds- eller omsorgstjenester. 47 kommuner i Midt-Norge har gjennomført BrukerPlan-kartlegging i 2015. BrukerPlan er en viktig del av den nye opptrappingsplanen for rusfeltet.

² Helse Vest RHF: Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2015-2019



Datamaterialet er under analyse. Et interessant funn er at unge mellom 18-25 år med rusrelaterte vansker vurderes å være like belastet i forhold til dagliglivsfungering som mennesker med rusproblemer som er 10-15 år eldre.

I Helse Midt-Norge RHF's styresak 37/12 «*Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet*»³, ble det presentert utviklingstrekk innen rusfeltet. Disse er gjengitt her sammen med noe ny og oppdatert informasjon. Der informasjonen er oppdatert er nye kilder referert til.

2.3.1 Alkohol

Alkohol er det største rusproblemet i Norge. Det er estimert at 17 % av befolkningen har et risikofylt alkoholbruk⁴, noe som har store helsemessige og sosiale konsekvenser.

Helsekostnadene knyttet til alkohol i rike land er beregnet til minst 1 % av BNP. Alkohol er den nest viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i vår del av verden. Globalt dør 2,5 millioner årlig av alkoholmisbruk hvorav 9 % (om lag 225 000) er unge mennesker i alderen 15 – 25 år⁵. WHO rangerer alkohol som den åttende viktigste risikofaktoren når det gjelder tap av friske leveår. Alkohol er risikofaktor ved svært mange av vanlige sykdommer som hjertekarsykdommer og ulike kreftformer.

12 % av den samlede sykdomsbyrden, målt i tap av friske leveår, skyldes alkoholbruk i Europa. Til sammenligning utgjør stoffmisbruk i underkant av 1 % av sykdomsbyrden.

Folkehelseinstituttet gjorde i 2011 en beregning av antall og andel barn under 18 år med foreldre som har et alkoholmisbruk som kvalifiserer til en diagnose. I følge beregningen lever 8,3 % av barn i Norge med foreldre som misbruker alkohol, det vil si 90 000 barn. Det er 50 000 barn i Midt-Norge i alderen 0 - 5 år. Overfører vi beregningene av omfang til denne barnegruppen, vil åtte prosent tilsvare 4000 barn i førskolealder med minst en forelder som misbruker alkohol i vår region. Barna har ifølge den samme rapporten fordoblet risiko for å utvikle psykiske vansker og mer enn fordoblet risiko for å utvikle egne alkoholproblemer senere i livet.

Utviklingen i alkoholbruk har store konsekvenser for arbeidslivet. De samlede kostnadene for norsk arbeidsliv er anslått til rundt 12 milliarder kroner årlig.

Fra 1999-2010 har det i Norge vært en økning i antall innleggelser i somatiske sykehus som følge av akutt forgiftning på 132 % og en økning i innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose med 64 %. Når gjennomsnittsfordbruket av alkohol øker, øker antall storkonsumenter. Helse-undersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) gir sentrale indikatorer på helseutviklingen både i regionen og nasjonalt. Utvikling fra HUNT 2 til 3 viser:

- Økning i alkoholkonsumet i alle aldersgrupper
- 60 000 voksne i Midt-Norge er i risikozonen for å utvikle avhengighet
- De unge som begynner å drikke tidlig, drikker mer
- Både kvinner og menn over 60 år har doblet sitt inntak målt i ren alkohol

³ Helse Midt-Norge RHF: Styresak 37/12 «Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet»

⁴ Sirus (2015) Rusmidler i Norge

⁵ KoRus-Midt (2015)



2.3.2 Vanedannende medikamenter og illegale stoffer

Vanedannende medikamenter er det nest største problemet i Norge målt i antall personer. Om lag 12 % av voksne i befolkningen fikk foreskrevet svake opioider i 2013. Det har vært en betydelig økning i salg av vanedannende medikamenter over en tiårsperiode. For eksempel har det skjedd en dobling i antallet brukere av sterke opioider fra 2005 til 2013, hvor 54 500 personer bruker opioider⁶. Videre har det i samme periode vært en betydelig økning av pasienter med legemidler som hovedmisbruk i behandlingstiltak.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er betegnelsen på den norske ordningen for substitusjonsbehandling (metadon eller tilsvarende medikamenter). Det er ca. 500 pasienter i ordningen i dag. Det har vært en økning på 70 % i LAR i Midt-Norge i perioden 2006-2010. Med bakgrunn i estimat fra Helsedirektoratet, kan det forventes ytterligere økning på 25 % i nær fremtid.

Tendensen for bruk av illegale midler (narkotika) ser ut til å være utflatende de siste årene i Norge. Cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet, hvor 1/5 i alderen 16-64 år oppgir å ha brukt cannabis noen gang. Andelen som oppgir å ha brukt siste 12 måneder og siste fire uker er henholdsvis 4,3 og 1,6 %⁷. Det var en klar nedgang i overdosedødsfall i landet i årene etter årtusenskiftet og antallet har i de siste årene vært relativt stabilt. Norge er fortsatt i Europa-toppen når det gjelder slike dødsfall (248 i 2010). Flere faktorer spiller inn i forebygging; et godt LAR-tilbud er en viktig faktor. Forebygging av overdosedødsfall er et innsatsområde i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen 2011-2013.

2.3.3 Nytt område

Styrket kunnskap om, og kompetanse i, behandling av pasienter med skader og avhengighet som følge av bruk av anabole steroider er ett av oppdragene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseregionene i 2012. En omfangsundersøkelse i Norge blant 18-19 åringer viser at 2,6 % har brukt eller bruker doping.

⁶ KoRus-Midt (2015)

⁷ Statens institutt for rusmiddelforskning: SIRUS-rapport 4/2015



3 Sentrale føringer

3.1 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.

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 sentrale nasjonale føringer for TSB er:

- Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Meld. St. nr. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- Meld. St. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
- Meld. St. nr. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB
- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring»
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR-retningslinjen)
- Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (*forventet ferdigstilling ultimo 2015*)
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (*forventet ferdigstilling ultimo 2015*)

3.2 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

Andre aktuelle regionale føringer for TSB tjenesten:

- Helse Midt-Norges visjon og verdigrunnlag
- Helse Midt-Norge RHF's Strategi 2020
- Faglig grunnlagsdokument TSB 2013 (med identifiserte og prioriterte tiltak for å styrke kapasitet og kvalitet – hva er svart ut, hva er fortsatt aktuelt)
- Helse Midt-Norge RHF, styresak 37/12: Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet
- Helse Midt-Norge RHF, styresak 55/13: Omdanning av Rusbehandling Midt-Norge
- Rusbehandling Midt-Norge HF, styresak 47/13: Konsekvenser av statsbudsjettet og regjeringens satsing på rusfeltet for pågående prosesser
- Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020 «På lag med deg for din helse»



4 Oppsummering av tiltak

Under er alle tiltakene i rapporten listet opp. Innenfor hvert område er tiltakene presentert i prioritert rekkefølge. Det første tiltaket under hvert av områdene, er de tiltakene prosjektgruppen mener skal prioriteres først i planperioden. Disse tiltakene er derfor uthevet.

I kapittelet med felles tiltak for TSB og psykisk helsevern er tiltakene ikke satt i prioritert rekkefølge. Prosjektgruppene mener at alle disse tiltakene er viktige for bedre samhandling mellom fagfeltene og ønsker ikke å prioritere tiltakene.

OVERORDNEDE OMRÅDER

Forskning og innovasjon

1. Sikre forskning og innovasjon i TSB gjennom ivaretagelse av FOU-seksjonen som regional funksjon

Rekruttering

1. Tilby et mer attraktivt fagmiljø og arbeidsted for å sikre rekruttering av nødvendig personell og kompetanse

Brukermedvirkning

1. Opprette egne brukergrupper tilknyttet alle klinikker/avdelinger med TSB-ansvar i HMN (inklusive private)
2. Sikre brukerinvolvering i pasientforløpsarbeidet
3. Utarbeide og innføre et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter

PRIORITERTE OMRÅDER FRA FASE 1

Alkohol

1. Sikre tidlig identifisering av alkoholproblemer
2. Utvikle behandlingsmodell tilpasset pasienter i arbeid
3. Styrke kompetansen for eldre (over 60 år) med alkoholproblemer

Gravide og småbarnsfamilier

1. Øke kapasiteten for gravide og småbarnsfamilier
2. Øke kompetansen om gravide og småbarnsfamilier i alle enheter i Helse Midt-Norge med ansvar for TSB
3. Legge til rette for å hindre uønsket graviditet hos pasienter med rusmiddelproblemer

Barn som pårørende

1. Implementere de fem nasjonale prosedyrene for barn som pårørende
2. Følge opp barn født av mødre som misbrukket rusmidler i svangerskapet til skolealder
3. Inkludere barn som pårørende i standardiserte pasientforløp
4. Etablere foreldregrupper/foreldrekurs for foresatte med rusmiddelproblemer



Ungdom og unge voksne

1. **Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB**
2. Øke ambulant virksomhet og tilpasse polikliniske tjenester med familietilnærming

Overgang mellom omsorgsnivåene (dag, døgnet og poliklinikk innenfor TSB)

1. **Utvikle fleksible tilbud til pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester**
2. Utvikle og implementere pasientforløp innenfor TSB

Samhandling mellom TSB og somatikk

1. **Etablere konsultasjonstjeneste ved alle sykehus**

Samhandling med kommunene (primærhelsetjenesten)

1. **Utvikle ambulant tjenestetilbud i samarbeid med kommunene**

Regionale tilbud og samhandling mellom helseforetakene (om TSB)

1. **Videreføre og utvikle dagens regionale spesialfunksjoner**
2. Videreføre og styrke samarbeidsorganene
3. Sikre lokalsykehusstilbud i alle HF

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



5 Overordnede områder

5.1 Forskning og innovasjon

«Medisinsk og helsefaglig forskning skal fremme og styrke den kliniske virksomheten.»

5.1.1 Tiltak 1: Sikre forskning og innovasjon i TSB gjennom ivaretagelse av FOU-seksjonen som regional funksjon

Utfordringsbildet

Det er sammenheng mellom god forskningsaktivitet og god behandling. Helse Midt-Norges mål om mer og bedre forskning og kortere vei fra kunnskap til forbedret klinisk praksis, gjelder ikke minst for rusfeltet.

Regjeringen vil ha en forsterket innsats på rusfeltet gjennom «*Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*». Regjeringen påpeker her behov for å øke kunnskapen om effekten av de tiltak og den behandling som tilbys personer med rusproblemer.

Overordnede mål og prioriterte områder i «*Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020*» ligger til grunn for den strategiske satsningen for forskningen innen TSB. Det overordnede målet er at forskningen i Helse Midt-Norge skal være internasjonalt konkurransedyktig og styrke klinisk praksis og pasientbehandling. Helse Midt-Norges prioriterte områder er:

- Klinisk relevant og pasientnær forskning
- Forskning på kvalitet og pasientsikkerhet
- Helsetjenesteforskning inkl. samhandling, logistikk og tjenesteutvikling
- Translasjonsforskning
- Medisinsk teknologi
- Global helseforskning

I «*Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009-2014*», ble rusfeltet gitt prioritet, jf. 6.2 s. 9. Det har skjedd en styrking av infrastruktur i planperioden, samtidig er miljøet som er etablert ennå «ungt». I ny plan, «*Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020*», er det i analysen av strategiske utfordringer understreket viktigheten av god infrastruktur for fagmiljøene og styrking av små fagmiljøer.

Rusbehandling Midt-Norge (RMN) HF etablerte en egen forskningsseksjon. Fra 2014 ble FOU-seksjonen videreført som en egen seksjon i avdeling Kompetansesenter rus Midt-Norge (KoRus) ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, STO. Inkludering av pasienter fra hele regionen for større forskningsprosjekter har blitt videreført og regionalt forskningsnettverk innen TSB er opprettholdt. Ledelsesforankring skjer gjennom regionalt ledernettsverk TSB.



Tiltak

- «Den gylne regel» må tydeliggjøres også i satsning på forskning innen rus og psykisk helsevern.
- Det regionale ansvaret for forskning innenfor TSB må ivaretas av FOU-seksjonen ved STO. Hvert HF skal i tillegg drive klinisk relevant og pasientnær forskning innenfor TSB
- Helse Midt-Norges strategi for forskning skal følges, samt HF-enes egne strategiplaner for forskning innenfor TSB.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Styrket kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og innovasjon vil forbedre klinisk praksis på rusfeltet.



5.2 Rekruttering

«Det er behandlerne som kan tilby god kvalitet i behandlingstilbudet.»

5.2.1 Tiltak 1: Tilby et mer attraktivt fagmiljø og arbeidsted for å sikre rekruttering av nødvendig personell og kompetanse

Utfordringsbildet

Som belyst i fase1-rapporten, er det en utfordring å rekruttere tilstrekkelig personell med riktig kompetanse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Midt-Norge. Dette gjelder spesielt psykologspesialister og legespesialister (psykiatere og ny legespesialitet i rusmedisin). Utfordringen er størst i distriktene.

Tiltakene foreslått i denne regionale planen og utviklingstrekk i spesialiteten for øvrig, innebærer at utfordringen knyttet til å ha nok ressurser blir enda større i årene som kommer.

Tiltak

- HF-ene i regionen må innføre tiltak som bidrar til bedre rekruttering til TSB, spesielt av lege- og psykologspesialister.
- Prosjektgruppen mener at dette kan gjøres gjennom å:
 - Sikre nok antall stillinger og fordeling mellom yrkesgruppene
 - Det skal ikke kun gjennomføres en omprioritering for å få nok ressurser av ulike yrkesgrupper
 - Sørge for en god løsning for rotasjon i spesialisthelsetjenesten
 - Sørge for strukturerte utdanningstilbud med mulighet for spesialisering fra første dag
 - Det henvises til modell for spesialisering av leger i psykiatri i Helse Nord som bl.a. innebærer mer veiledning og oppfølging for å sikre like god utdanning også der hvor fagmiljøene er mindre (i distriktene)
 - Sørge for et tilstrekkelig antall utdanningsinstitusjoner blant de offentlige og private ideelle institusjonene i regionen
 - Dette innebærer at institusjonene må ha nok spesialister
 - Sikre adekvat etterutdanning for alle yrkesgrupper ved bl.a. nok kursmidler
 - Legge til rette for mulighet til forskning og PhD i kombinasjon med kliniske arbeidsoppgaver for alle yrkesgrupper, gjerne i samarbeid med NTNU eller andre forskningsmiljøer i regionen

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved gjennomføring av tiltaket vil HF-ene kunne tilby et attraktivt og robust fagmiljø og arbeidssted for alle relevante yrkesgrupper innen TSB. Dette vil kunne bidra til at man får rekruttert tilstrekkelig personell med riktig kompetanse til TSB, samtidig som man bedre kan holde på de ansatte man har.



5.3 Brukermedvirkning

«Fordi brukeren er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.»

5.3.1 Tiltak 1: Opprette egne brukergrupper tilknyttet klinikker/avdelinger med TSB-ansvar (inklusive private)

Utfordringsbildet

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

Brukerrepresentantene skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer og lar brukerens perspektiver prege utformingen av hjelpen. Brukermedvirkning, enten det er på system- eller individnivå, betyr at brukeren utformer tilbudet sammen med fagfolk.

Det er opprettet noen egne brukergrupper for TSB i Helse Midt-Norge, men dette er ikke like utbredt på alle klinikkene/avdelingene.

Tiltak

- Alle klinikker/avdelinger med TSB-ansvar i Helse Midt-Norge, inkludert de private ideelle klinikkene, bør ha egne TSB-brugergrupper.
- TSB-brugergruppene skal involveres av klinikkene/avdelingene i arbeid med utvikling og endring av tjenestetilbudet innenfor TSB.
- Ved de mindre klinikkene/avdelingene kan det være aktuelt å opprette slike grupper sammen med psykisks helsevern for å sikre lokal brukermedvirkning fra TSB-representanter.
- Brukergruppene må bestå av representanter fra ulike brukerorganisasjoner.
- Brukergruppene tilknyttet de offentlige klinikkene må kobles opp mot HF-ene sine brukerutvalg.

Gevinst ved gjennomføring av tiltak

Ved å opprette egne brukergrupper for TSB, sørger klinikkene/avdelingene med TSB-ansvar for at utviklingen av behandlingstilbudet skjer i henhold til behovet til pasientene og pårørende innenfor TSB.

5.3.2 Tiltak 2: 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 TSB. 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 relevante 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 ivarettatt 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.

5.3.3 Tiltak 3: Utarbeide og innføre et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter

Utfordringsbildet

Brukermedvirkning er en viktig del av behandlings- og opplæringstilbudet til pasientene innenfor TSB. Brukerrepresentanter deltar i dag i brukerutvalg i alle HF, samt et regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF. Brukerrepresentanter er også med i prosjekter og utredningsarbeid i regi av HF-ene eller Helse Midt-Norge RHF.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med sitt regionale brukerutvalg og ulike brukerorganisasjoner utarbeidet et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter. Opplæringen skjer av brukerorganisasjonene og HF-ene med utgangspunkt i veileder utviklet av Helse Sør-Øst RHF.

Tilsvarende opplæringsprogram finnes ikke i Helse Midt-Norge, og brukerorganisasjonene melder om behov for et slikt tilbud i Helse Midt-Norge for å sikre gode brukerrepresentanter, også i fremtiden.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF må utarbeide et modulbasert opplæringsprogram for brukerrepresentanter, gjerne liknende det som finnes i Helse Sør-Øst.
- Brukerorganisasjonene og HF-ene må inkluderes i arbeidet med dette, slik at de sammen kan innføre opplæringsprogrammet etter at det er utarbeidet.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Utvikling og innføring av et modulbasert opplæringsprogram vil gi økt tilgjengelighet for nødvendig opplæring for brukerrepresentantene. Dette vil videre kunne bidra til å sikre god brukerrepresentasjon også i fremtiden. Gode brukerrepresentanter er viktig for utformingen av tilbudet, herunder å sikre pasientenes rettigheter og evaluere pasientopplevd kvalitet i behandlingen.



6 Tiltak innenfor prioriterte områder fra fase 1

6.1 Alkohol

«Alkohol er en utfordring for hele samfunnet.»

6.1.1 Tiltak 1: Sikre tidlig identifisering av alkoholproblemer

Utfordringsbildet

I kapittel 2.3 i denne rapporten er det beskrevet noen av samfunnets utfordringer knyttet til alkohol og alkoholmisbruk. Mange med alkoholavhengighet og alkoholproblemer blir ikke identifisert eller diagnostisert i dag. I tillegg er mange somatiske og psykiatriske sykdommer, samt skader og ulykker alkoholrelatert.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF må bidra til å utvikle kunnskap om alkoholproblemer og identifisering av dette hos bedriftshelsetjenestene og skolehelsetjenestene. Her må KoRus Midt-Norge ha en sentral rolle.
- HF-ene må spille inn aktuelle samhandlingssaker som angår TSB og kommunene til HF-enes samarbeidsorganer som forvalter de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i regionen.
- Tjenesteområdet TSB må i større grad koble seg på etablerte fora og arrangementer i Helse Midt-Norge der fastlegene er involvert. Alkoholproblematikk, tidlig identifisering og mulige screeningverktøy er temaer som bør drøftes i disse foraene.
- Det må etableres og videreutvikles konsultasjonstjenester mot somatikk og psykisk helsevern i alle HF (se eget tiltak om konsultasjonstjeneste i kapittel 6.6).

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved å identifisere alkoholproblemer tidlig vil man kunne tilby riktig behandling tidligere. Dette vil minske sjansen for tilbakefall etter behandling, samt minske risikoen for langvarige problemer. Tidligere behandlingsstart vil også gjøre det lettere for pasientene å komme raskere tilbake til hverdagen med arbeid eller skole etter behandling.

Økt identifisering av alkoholproblemer vil også gjøre at man øker identifisering av pårørende, herunder barn. Dette er viktig for å kunne sette inn nødvendige tiltak tidligere og minske skadene som påføres pårørende.

6.1.2 Tiltak 2: Utvikle behandlingsmodell tilpasset pasienter i arbeid

Utfordringsbildet

Det har vært registrert en nedgang i andel pasienter i ordinært arbeid over år i behandlingsapparatet. Pasientene i arbeid kommer sent til behandling når det gjelder å ha muligheter for å beholde ordinært arbeid. Etter tap av arbeid på grunn av misbruk, er rehabiliteringsprosessen ofte langt mer krevende.

Ved noen av klinikkene i regionen er det etablert et «Raskere-tilbake»-tilbud, som er et tiltak for å gi personer i arbeid behandling raskt.



Det er behov for å etablere et mer fleksibelt og tilpasset behandlingstilbud for denne målgruppen for å hindre tap av arbeid på grunn av alkoholmisbruk.

Tiltak

- HF-ene må utvikle en behandlingsmodell som er tilpasset pasienter i arbeid. Alle klinikkene i HF-ene (inkludert de private) må kunne tilby denne pasientgruppen et tilpasset behandlingstilbud.
- Behandlingsmodellen bør blant annet inkludere mer intensivt behandling, mer ambulant behandling og mulighet for poliklinisk kveldsbehandling både før og etter at pasientene har blitt rusfrie.
- Klinikken må ha et strukturert samarbeid med arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste for å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient og hans eller hennes hverdag.
- En tilpasset behandlingsmodell for pasienter i arbeid kan for eksempel ta utgangspunkt i «Raskere-tilbake»-tilbudet.

Gvinster ved gjennomføring av tiltak

Effektiv rusbehandling handler om å nå mennesker før viktige funksjoner går tapt. Et tilpasset behandlingstilbud til pasienter som er i arbeid vil kunne føre til at disse pasientene i større grad kan være i arbeid samtidig som de er i behandling.

6.1.3 Tiltak 3: Styrke kompetansen for eldre (over 60 år) med alkoholproblemer

Utfordringsbildet

Alkoholforbruket blant de eldre har økt sterkt de siste årene. Med en økende andel eldre i befolkningen er det sannsynlig at antall eldre med alkoholproblemer også vil øke i tiden fremover.

Fysiologiske endringer ved naturlige aldringsprosesser medfører lavere toleranse for rusmidler. I tillegg bidrar andre aldersrelaterte endringer fysisk, sosialt og psykisk til raskere svekkelse av funksjonsnivået hos eldre med rusmiddelmisbruk, sammenlignet med yngre som har utviklet et misbruk. For eldre gir kombinasjonen legemidler og alkohol økt risiko for helseskader og ulykker (blant annet fall- og trafikkulykker). Eldre som misbruker alkohol over tid har en betydelig økt risiko for utvikling av demens.

Tiltak

- HF-ene må sørge for å øke kompetansen hos de ansatte i TSB på eldre med alkoholproblemer.
- Økt kompetanse vil videre kunne bidra til en styrking av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.
- Spesialisthelsetjenesten må kunne konsulteres (for informasjon, kompetanseutveksling og rådgivning) av primærhelsetjenesten ved behov.
- Innenfor denne aldersgruppen er det spesielt viktig å etablere et godt samarbeid og gode relasjoner til hjemmetjenesten og sykehjemmene.



Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom økt kompetanse og styrking av tjenestetilbudet for eldre med alkoholproblemer vil man få et bedre og mer tilpasset behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Dette vil kunne bidra til å øke mulighetene for at disse pasientene blir rusfrie, og dermed også redusere risikoen for andre helseproblemer.

HØRINGSUTKAST



6.2 Gravide og småbarnsfamilier

«Vi har alle behov for en god start i livet.»

6.2.1 Tiltak 1: Øke kapasiteten for gravide og småbarnsfamilier

Utfordringsbildet

Når flere tilfeller av gravide og småbarnsfamilier med rusproblemer oppdages (gjennom blant annet økt kompetanse i regionen og økt oppmerksomhet på rus og psykiatri i kommunene), vil behovet for behandlingsskapasitet for denne pasientgruppen også øke.

Ved Avdeling for gravide og småbarnsfamilier (AGS) ved Lade BehandlingsSenter er det i dag 6 familieplasser, det vil si mulighet for å legge inn inntil 12 voksne og aktuelle barn under skolealder. Dette er regionale døgnplasser tilknyttet et spesialfunksjon, og det er ingen andre egne familieplasser for denne pasientgruppen i regionen per i dag. I Rusbehandling Midt-Norge HF's sak 24/12 «*Videreutvikling av tilbudet til gravide og småbarnsforeldre*» ble det vedtatt at Lade AGS skulle styrkes med nye plasser for gravide og familier med særlig stort rehabiliteringsbehov. Dette har ikke blitt gjort. I denne saken ble det også vedtatt at den regionale spesialfunksjonen skulle tilby poliklinisk behandling og dagbehandling både i egen regi og sammen med samarbeidspartnere.

For å møte behovsøkningen for behandling til denne pasientgruppen må kapasiteten styrkes. Styrking kan også skje gjennom økt dagtilbud og ambulerende virksomhet til pasienter hvor dette vurderes som hensiktsmessig. Dagtilbud og ambulerende virksomhet må koordineres med kommune, fastlege og helsestasjon for å unngå overlappende tilbud.

Tiltak

- Det skal fortsatt være en regional spesialfunksjon innenfor TSB for innleggelse av gravide og småbarnsfamilier med omfattende behov.
- Kapasiteten til den regionale spesialfunksjonen bør være større enn den er i dag. Målgruppens størrelse samt kompleksiteten i problematikken understøtter dette.
- Det må utredes behov for utvidet kapasitet (dagtilbud) for gravide og småbarnsfamilier i alle HF, spesielt der det er stor avstand til den regionale spesialfunksjonen.
- Helse Midt-Norge RHF må kontinuerlig vurdere behovet for regionale døgnplasser, dagtilbud og poliklinisk/ambulerende virksomhet for denne målgruppen.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Å videreføre en regional spesialfunksjon knyttet til gravide og småbarnsfamilier er viktig for å håndtere denne målgruppens størrelse og kompleksitet. Ved å vurdere kapasiteten til dette behandlingstilbudet, vil også flere som har behov for det få den behandlingen de har krav på.

Økt dagtilbud og ambulerende virksomhet vil kunne redusere døgnoppholdets lengde for pasientene. Med ambulerende virksomhet og et dagbehandlingstilbud i alle HF, kan en bedre nå de som ikke kan legges inn på regionale døgnplasser på grunn av geografisk avstand.



6.2.2 Tiltak 2: Øke kompetansen om gravide og småbarnsfamilier i alle enheter i Helse Midt-Norge med ansvar for TSB

Utfordringsbildet

Hvert år fødes mange barn av foreldre med en form for ruslidelse. Midt-Byen Helsestasjon i Trondheim har et spesielt tilrettelagt tilbud for gravide med rusmiddelproblematikk. Helsestasjonen fanger opp inntil 30 nye gravide pr. år i Trondheim som misbruker rusmidler, i all hovedsak illegale midler. Helsestasjonen mener mørketallene kan være store, blant annet fanger en i liten grad opp kvinner som misbruker alkohol. Gjør vi tallene gyldige for hele regionen med bakgrunn i fødselsstatistikk, vil det bety ca. 100 nye gravide i året som misbruker rusmidler i svangerskapet (Trondheim er en storby, samtidig vil beregningen ikke være urimelig tatt i betraktning at det sannsynligvis er mørketall, særlig i forhold til alkohol).

Avdeling for gravide og småbarnsfamilier (AGS) ved Lade BehandlingsSenter har en regional spesialfunksjon og et sterkt fagmiljø på området. I tillegg har KoRus-Midt oppgaven med å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet.

I Rusbehandling Midt-Norge HF's sak 24/12 «*Videreutvikling av tilbudet til gravide og småbarnsforeldre*», ble det vedtatt fem punkter for videreutvikling av tilbudet til gravide og småbarnsforeldre.

Tiltak

- Fra sak 24/12 (RMN HF) er følgende punkter fortsatt viktig å fortsette med for å sørge for en bred kompetanse om gravide og småbarnsforeldre med ruslidelser:
 - Veiledning og bistand med kompetanse til helsestasjoner, fastleger og andre kommunale tiltak
 - Tettere samarbeid med svangerskapspoliklinikker og fødeavdelinger i HMNs sykehus
 - Poliklinisk behandling og dagbehandling både i egen regi og sammen med samarbeidspartnere
- Den regionale spesialfunksjonen må styrke sin kompetansefunksjon. Den må kunne bistå de andre enhetene i regionen ved behov for konsultasjon eller opplæring. I tillegg må den regionale spesialfunksjonen være tilknyttet nasjonale kompetansenettverk.
- Alle enheter med ansvar for TSB må kunne tilby poliklinisk behandling til denne pasientgruppen. Det er viktig å kunne tilby oppfølging over tid til de mødrene og familiene som har vært i behandling.
- Helse Midt-Norge RHF må sørge for at prosjektbaserte initiativ knyttet til denne pasientgruppen integreres i ordinær drift i alle HF-ene.
- Specialisthelsetjenesten må kunne bistå primærhelsetjenesten med kompetanse.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom økt kompetanse i klinikkene øker muligheten for å kunne nå flere av de som i dag ikke får et behandlingstilbud. Man har dermed både muligheten til å oppdage flere tilfeller, samt gi de som trenger det et bedre og mer tilpasset behandlingstilbud.



Økt kompetanseutveksling mot primærhelsetjenesten vil bidra til å kunne oppdage rusproblemer hos gravide tidligere og oftere. Når flere tilfeller oppdages er det viktig at spesialisthelsetjenesten er rustet til å ta imot alle som trenger hjelp fra dem.

6.2.3 Tiltak 3: Legge til rette for å hindre uønsket graviditet hos pasienter med rusmiddelproblemer

Utfordringsbildet

Jenter og kvinner med rusproblemer er i en risikogruppe for å bli ufrivillig gravide. Rus hos mor er svært skadelig for fostre og en uønsket graviditet kan komplisere den psykiske helsen til pasienter med ruslidelser.

Helse Nord-Trøndelag HF har god erfaring med å tilby kvinnelige pasienter med rusmiddelproblemer informasjon om og legetime for prevensjon ved oppstart av behandlingen.

Tiltak

- I Helse Midt-Norge skal pasienter i fertil alder som ønsker det, få informasjon og tilgang til prevensjon når de kommer i behandling. Dette gjelder både for kvinnelige og mannlige pasienter.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved å tilby informasjon om og time til prevensjon, bidrar man til at pasienter i behandling unngår uønsket graviditet, i tillegg til at man forebygger kjønnsykdommer. Dette er også med på å bidra til bedre familieplanlegging og hindre uintendert ruseksponering av fostre.



6.3 Barn som pårørende

«Barna er de uskyldige ofrene.»

6.3.1 Tiltak 1: Implementere de fem nasjonale prosedyrene for barn som pårørende

Utfordringsbildet

Som beskrevet i kapittel 2, lever mange barn i dag med omsorgspersoner som er rusavhengige. Disse barna har økt risiko for selv å bli rusavhengige i tillegg til at de ofte lever i en utfordrende hverdag som ikke er egnet for barn.

Lovverket sier at helsetjenesten skal ta vare på barn som pårørende. For å sikre at dette lovverket blir fulgt, har Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, «Barns Beste», utarbeidet fem nasjonale prosedyrer for barn som pårørende⁸, én overordnet og fire underprosedyrer:

- Overordnet prosedyre:
 - Organisering av arbeidet
- Underprosedyrer:
 - Kartlegging
 - Tiltak internt
 - Samhandling
 - Bekymringsmeldinger

Disse er laget for å ta vare på barns behov når de er pårørende, sørge for at barn som pårørende skal få forståelig og tilstrekkelig informasjon, og nødvendig oppfølging, samt gi helhetlige og koordinerte tjenester til familier med mindreårige barn.

Tiltak

- Alle enheter med ansvar for TSB i Helse Midt-Norge må implementere de fem nasjonale prosedyrene for barn som pårørende som er utformet av «Barns beste».

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Implementering av de nasjonale prosedyrene for barn som pårørende er en kvalitetssikring av de lovmessige krav og formål. På denne måten sikres det at barns rettigheter blir ivaretatt, og at barn som pårørende får nødvendig oppfølging.

6.3.2 Tiltak 2: Følge opp barn født av mødre som misbrukte rusmidler i svangerskapet til skolealder

Utfordringsbildet

Helsedirektoratet har uttrykt en intensjon om å etablere en retningslinje for gravide som misbruker rusmidler (alle rus- og legemidler). Retningslinjen skal utformes ut fra modell etter Nasjonal retningslinje for gravide i LAR som ble utgitt i 2011. Det vil sannsynligvis gå flere år før en slik utvidet retningslinje kommer på plass.

⁸ Helsebiblioteket, 2015: Prosedyrer for barn som pårørende



Modellkommuneforsøket (prosjekt av Bufdir og Bufetat) ble gjennomført i perioden 2007-2014 og evaluert i 2015. Modellkommunene har hatt som oppdrag å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder. I evalueringen av dette prosjektet pekes det på gode resultater knyttet til oppfølging av barn til skolealder.

Som en del av tilbudet ved Avdeling for gravide og småbarnsfamilier (AGS) ved Lade BehandlingsSenter, følges barn av rusavhengige gravide og småbarnsforeldre opp til minimum to år etter endt behandling. Familieambulatoriet i Levanger og LAR ved St. Olavs Hospital har også god kompetanse og erfaring med oppfølging av barn som pårørende under og etter behandling.

Tiltak

- I Helse Midt-Norge skal barn eksponert for risikofyllt rusmiddelbruk i svangerskapet ha et tilbud om oppfølging opp til skolealder.
- Denne oppfølgingen må skje i samarbeid med kommunene og det må sørges for god overlap mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Allerede eksisterende spesialkompetanse i regionen på området (ved Lade AGS, Familieambulatoriet i Levanger og LAR ved St. Olavs Hospital) må dele sin kompetanse med de andre klinikkene og videre mot kommunene.
- I pasientens individuelle plan må det legges inn plan for oppfølging av barn som pårørende (fra ulike instanser) etter behandlingen.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Oppfølging av disse barna frem til skolealder er med på å bidra til tidlig identifikasjon av utviklingsforstyrrelser hos barn med identifisert risiko og tidlig iverksettelse av adekvat hjelp til både foreldre og barn.

6.3.3 Tiltak 3: Inkludere barn som pårørende i standardiserte pasientforløp

Utfordringsbildet

Barn som pårørende blir ikke i tilstrekkelig grad ivaretatt av spesialisthelsetjenesten i dag. Derfor er det en uttalt føring fra Helse- og omsorgsdepartementet at barn som pårørende skal inkluderes i standardiserte pasientforløp som utformes og implementeres.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene må inkludere barn som pårørende i standardiserte pasientforløp som utformes og implementeres. I pasientforløpene må det sørges for gode rutiner for obligatoriske pårørendesamtaler med barn.
- For å følge utviklingen til den faktiske ivaretagelsen av barn som pårørende, skal det gjennomføres regionale kartlegginger av Helse Midt-Norge RHF.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Å inkludere barn som pårørende i pasientforløpene er med på sikre at barna blir tatt vare på og at man oppdager barnas behov for oppfølging. Ved å følge opp klinikkens ivaretagelse av barns rettigheter og behov, kan det settes i gang forbedringstiltak ved behov.



6.3.4 Tiltak 4: Etablere foreldregrupper/foreldrekurs for foresatte med rusmiddelproblemer

Utfordringsbildet

Som nevnt i kapittel 2.3 har barn av foreldre med ruslidelser fordoblet risiko for å utvikle psykiske vansker og mer enn fordoblet risiko for å utvikle egne alkoholproblemer senere i livet. Det er derfor viktig at det blant annet blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre bedre i stand til å mestre hverdagen.

Det eksisterer noen få foreldrerettede gruppetilbud for pasienter i behandling ved noen av klinikkene i Helse Midt-Norge i dag.

Tiltak

- HF-ene må sørge for å etablere foreldregrupper/foreldrekurs i sitt område for foresatte som har eller har hatt rusmiddelproblemer.
- Disse foreldregruppene/foreldrekursene må arrangeres jevnlig.
- HF-ene kan gjerne samarbeide med kommunene om å etablere og arrangere dette.
- Gruppene/kursene som arrangeres bør være tilgjengelig på tvers av HF-ene.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Foreldregrupper og foreldrekurs bidrar til å styrke foreldrenes evne til å ta vare på barna sine. Dette kan igjen bidra til å redusere risikoen for psykiske lidelser og egne alkoholproblemer hos barn som pårørende. Å være i stand til å ta vare på barnet sitt, bidrar til å forbedre den psykiske helsen hos foreldrene.



6.4 Ungdom og unge voksne

«Det er de unge som er fremtiden.»

6.4.1 Tiltak 1: Utvikle behandlingstilbud til de yngste ruspasientene (under 18 år) som et samarbeid mellom BUP og TSB

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.⁹

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.
- 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.

Gvinster 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

⁹ 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/>

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 døgntil behandling i TSB bidra til å hindre de yngste fra å rekrutteres inn i tyngre rusmiljøer.

6.4.2 Tiltak 2: Øke ambulant virksomhet og tilpasse polikliniske tjenester med familietilnærming

Utfordringsbildet

Ungdom og unge voksne har behov for fleksible og tilpassede behandlingstilbud. Denne pasientgruppen har gjerne sosialt nettverk og skole på hjemstedet. Det er vanskeligere å komme tilbake til en normal hverdag uten rus hvis man tas ut av miljøet man er i for å gjennomføre behandling.

Tiltak

- HF-ene må utvikle mer ambulante og tilpassede polikliniske tjenester for denne pasientgruppen.
- Familieperspektivet må styrkes i denne behandlingen.
- Denne pasientgruppen må få den tiden og fleksibiliteten de har behov for gjennom en sammenhengende behandlingskjede i døgntil og poliklinisk behandling/ambulerende tjenester.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ved mer ambulant og familietilnærmet behandling til ungdom, kan man nå flere unge og nå dem tidligere med tilpasset hjelp før funksjonsnivået reduseres.



6.5 Overgang mellom omsorgsnivåene (dag, døgn og poliklinikk innenfor TSB)

«For pasienten er vi et felles tjenestetilbud.»

6.5.1 Tiltak 1: Utvikle fleksible tilbud til pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester

Utfordringsbildet

Mange pasienter har behov for mer langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette er pasienter som ville fått bedre behandlingsutbytte gjennom for eksempel flere og kortere døgnopphold, med tett oppfølging i mellomperiodene, fremfor lengre og sammenhengende døgnopphold. For disse pasientene er det behov for en kombinasjon av ulike behandlingsmåter for at de skal få best mulig utbytte av behandlingen. Dagens måltall og krav legger ikke alltid til rette for fleksibilitet i døgnoppholdet til pasienten.

Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF / HF-ene må utvikle et fleksibelt behandlingstilbud (gjern gjennom utvikling av pasientforløp) til pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester.
- Det må legges til rette for at alle døgnstilbudene har et tilstrekkelig antall fleksible døgnplasser som er tilpasset behandlingstilbudet til denne pasientgruppen.
- Underveis i periodene hvor pasientene ikke er lagt inn må det kunne tilbys poliklinisk behandling.
- Det bør utvikles modeller for beregning av samlet kapasitetsbehov uavhengig av type behandling (ambulant, poliklinisk, dag- og døgnbehandling).
- Samlet kapasitetsbehov bør være et uttrykk for hvor mye kapasitet som trengs for å tilfredsstille totalbehovet for TSB-helsetjenester i befolkningen.
- Klinikken med TSB-ansvar bør ha mulighet til å disponere kapasiteten fleksibelt utfra pasientenes behov. Finansieringen av helsetjenestene bør legge til rette for dette.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Gjennom et mer fleksibelt behandlingstilbud i TSB får de pasientene som trenger det et bedre tilpasset behandlingstilbud. Større fleksibilitet vil bidra til at flere pasienter kan tilbys behandling, da ressursene (behandlere og plasser) kan utnyttes bedre.

6.5.2 Tiltak 2: Utvikle og implementere pasientforløp innenfor TSB

Utfordringsbildet

Prosjektgruppen erfarer at det i dag finnes glippsoner mellom dag-, døgn- og poliklinikktilbudene innad i TSB. På den andre siden er det en utfordring at man ikke utnytter mulighetene i samspillet mellom tilbudene i de ulike situasjonene, fordi «alle skal gjøre alt selv».

I Helse Midt-Norge er det allerede utviklet flere standardiserte pasientforløp for behandling innenfor TSB.



Tiltak

- Helse Midt-Norge RHF og HF-ene må fortsette utvikling av forberedte behandlingsforløp innenfor TSB og sørge for at disse blir implementert ved alle klinikkene som er en del av spesialisthelsetjenesten for TSB i Helse Midt-Norge.
- Det må utvikles felles regionale pasientforløp på områder der dette er hensiktsmessig.
- Pasientforløpene skal bidra til en koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg. Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være kunnskapsbasert og skal videre føre til kunnskapsbasert praksis.
- Pasientforløpene må sørge for at mulighetene i kombinasjonen av dag-, døgnet og poliklinikk-tilbudene utnyttes til det beste for pasienten.
- Behandlingsforløpene må implementeres i psykisk helsevern, somatikk og primærhelsetjenesten der det er relevant.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Implementering av standardiserte pasientforløp i TSB sikrer overgangene mellom dag-, døgnet og poliklinisk behandling. Pasientforløpene skal beskrive den daglige pasientbehandlingen, og skal blant annet sikre kunnskapsbasert og likeverdig behandling. I tillegg sikres det at pasientene får nødvendig hjelp fra de ulike spesialisthelsetjenestene til rett tid, samt at behandlingen blir forutsigbar for behandlere, pasienter og pårørende.



6.6 Samhandling mellom TSB og somatikk

«Sammensatte lidelser fordrer sammensatte tjenester.»

6.6.1 Tiltak 1: Etablere konsultasjonstjeneste ved alle sykehus

Utfordringsbildet

Somatiske og psykiatriske pasienter har i mange tilfeller en rus- eller avhengighetslidelse i tillegg, og mange ruslidelser oppdages gjennom somatiske sykdommer og skader. For å oppdage rusproblemer, samt vurdere hva som skal gjøres videre med rus- eller avhengighetsproblemet til pasienten, er det behov for at en person med TSB-kompetanse kan bistå med vurdering.

Konsultasjonstjeneste fra TSB til somatikk og psykisk helsevern finnes på noen av sykehusene i regionen i dag. Konsultasjonstjenesten går ut på at TSB kontaktes av somatikk/psykisk helsevern og bistår med vurdering/tilsyn av pasient.

Tiltak

- Helse Midt-Norge må sørge for at det etableres konsultasjonstjeneste fra TSB knyttet til alle sykehus i regionen.
- Tjenesten skal tilby tverrfaglig tilsyn/vurdering på somatiske og psykiatriske avdelinger samme dag eller dagen etter at behovet er etterspurt. TSB kontaktes gjennom oppgitte telefonnumre i hvert HF og vurderer hvem fra TSB som skal utføre konsultasjon ut fra behov.
- For at somatiske og psykiatriske avdelinger skal vite om dette tilbudet fra TSB, er det viktig å markedsføre dette gjennom for eksempel avdelingsbesøk og brosjyrer.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Tilsyn/vurdering av helsepersonell med TSB-kompetanse på somatisk eller psykiatrisk avdeling sikrer at pasienten får den behandlingen og det behandlingstilbudet han eller hun har behov for. Ved en slik konsultasjonstjeneste kan flere ruslidelser blir avdekket og behandlet.



6.7 Samhandling med kommunene (primærhelsetjenesten)

«Det er i kommunene vi skal leve våre liv.»

6.7.1 Tiltak 1: Utvikle ambulant tjenestetilbud i samarbeid med kommunene

Utfordringsbildet

For å sørge for bedre overganger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, er det behov for flere tverrfaglige og sammensatte ambulante tjenester. Ulike deler av spesialisthelsetjenesten (TSB, psykisk helsevern og ev. somatikk) og kommunen må samarbeide om disse ambulante tjenestene. Dette gjelder spesielt for pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, og som derfor har behov for flere tjenester samtidig.

Tiltak

- HF-ene må videreutvikle ambulant tjenestetilbud i samarbeid med kommunene for TSB-pasienter med sammensatte lidelser som trenger tilbud fra flere tjenester samtidig.
- Dette kan for eksempel skje gjennom opprettelse av egne ambulante team sammensatt av ressurser fra både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Ambulante tverrfaglige tjenester som tilbys i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, vil bidra til gode overganger i behandlingen til pasientene. Gjennom slik behandling vil pasienten sikres det mest hensiktsmessige tilbudet til enhver tid. Samarbeid om tjenester kan også bidra til ubyråkratiske avgjørelser i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.



6.8 Regionale tilbud og samhandling om TSB mellom helseforetakene

«Sammen for spisset kompetanse.»

6.8.1 Tiltak 1: Videreføre og utvikle dagens regionale spesialfunksjoner

Utfordringsbildet

I Helse Midt-Norge er alle døgnplassene regionale. En del av døgnplassene er knyttet til regionale spesialfunksjoner. Spesialfunksjonene er innenfor unge voksne, personer med omfattende behandlings- og rehabiliteringsbehov, tvang etter HOTL og gravide og småbarnsforeldre. Under er tabell fra fase1-rapporten som viser døgnavdelingene med regionale spesialfunksjoner i Helse Midt-Norge.

Tabell 1: Døgnavdelinger med regionale spesialfunksjoner, Helse Midt-Norge; Kilde: SAR, Helse Midt-Norge RHF

Klinikk/institusjon	Avdeling	Spesialfunksjonsområde	Antall døgnplasser
St. Olavs Hospital			
Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Ungdomsavdelingen	Utredning/behandling	17
Helse Møre og Romsdal HF			
Klinikk for rus og avhengighetsbehandling	Molde behandlingssenter	Omfattende og spesialisert behandling	18
Klinikk for rus og avhengighetsbehandling	Ålesund behandlingssenter	Skjerming	Inntil 3
Private i Helse Midt-Norge			
Lade BehandlingsSenter	Skjermingsavdelingen	Skjerming	7
Lade BehandlingsSenter	Avdeling for gravide og småbarnsfamilier	Gravide og småbarnsfamilier	6
Tyrilistiftelsen	Høvringen	Omfattende og spesialisert behandling	35
NKS Kvamsgrindkollektivet AS	Kvamsgrind	Omfattende og spesialisert behandling	22

Det er behov for at disse områdene har regionale spesialfunksjoner, fordi antallet pasienter innenfor hvert område er for lavt til at hvert HF kan tilby like gode tilbud hver for seg.

Tiltak

- De regionale spesialfunksjonene innenfor TSB må videreføres.
- De regionale spesialfunksjonene bør kunne drive mer ambulant virksomhet, enten hjemme hos pasientene eller på de andre TSB-klinikkene.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Videreføring av dagens regionale spesialfunksjoner sikrer høy kompetanse hos de ansatte og høy kvalitet på behandlingen innenfor unge voksne, personer med omfattende behandlings- og rehabiliteringsbehov, tvang etter HOTL og gravide og småbarnsforeldre. Ved å kunne drive mer ambulant virksomhet, kan kompetansen hos disse spesialfunksjonene komme flere pasienter til gode.



6.8.2 Tiltak 2: Videreføre og styrke samarbeidsorganene

Utfordringsbildet

Helse Midt-Norge skal sikre et likeverdig helsetilbud til alle innbyggerne i regionen. I regionen finnes det i dag ulike samarbeidsorgan som bidrar til dette.

Regionalt ledernettsverk TSB, som består av ledere fra rusklinikkene i regionen, de private avtalepartnerne, KoRus-Midt og ROP/PUT-teamene og Helse Midt-Norge RHF, har som mandat å sikre fagutvikling og god samhandling i regionen. Det arrangeres omtrent seks møter i året.

Seksjon for regional analyse og pasientkoordinering (SAP) ved St. Olavs Hospital er etablert for blant annet å styre pasientstrøm etter vurdert henvisning ved komplekse og krevende tilfeller, drive ressurskoordinering i vanskelige pasientsaker og utføre regionale analyser av aktivitetsdata TSB.

Tiltak

- Dagens etablerte samarbeidsorganer må videreføres og styrkes.
- Det bør arrangeres årlige leder- og fagkonferanser i tillegg til møtene som regionalt ledernettsverk har i dag.
- Det er også behov for å tydeliggjøre og utvikle organiseringen av LMS-tilbudet knyttet til rus i alle deler av regionen. LMS-arbeid på rus er noe som det bør samarbeides om på tvers av HF-ene i Helse Midt-Norge.

Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Videreføring og styrking av de regionale samarbeidsorganene bidrar at kompetanse og erfaringer deles på tvers av HF-ene og til alle ansatte ved klinikkene.

6.8.3 Tiltak 3: Sikre lokalsykehusstilbud i alle HF

Utfordringsbildet

Som belyst i fase1-rapporten, varierer tjenestetilbudet og kapasiteten mellom HF-ene i Helse Midt-Norge. Som nevnt over er alle døgnplassene innenfor TSB i Helse Midt-Norge regionale inklusive de lokale behandlingstilbudene som også kan tilbys til pasienter fra andre HF. Dette er fordi man med dette vil utnytte og utjevne forskjellene i døgncapasitet mellom HF-ene. Til nå har TSB vært særfinansiert. Helse Midt-Norge skal i planperioden innføre Magnussen-modellen (behovsbasert finansieringsmodell) til å fordele inntektsrammene for TSB til hvert HF, noe som gir noen utfordringer knyttet til finansiering av døgnplassene.

Tiltak

- Hvert HF må hver for seg ha et tjenestetilbud innenfor TSB som minimum tilsvarer krav for lokalsykehusfunksjon (lokalbaserte allmenntilbud innenfor polikliniske tjenester – herunder dagbehandling og ambulante tjenester, rusakutt, avrusning, utredning og korttids klinikkbehandling).
- Finansieringsmodell må støtte opp under lokalsykehusfunksjonene.
- Finansieringsmodell må legge til rette for å kunne fortsette med regionale døgnplasser.



Gevinster ved gjennomføring av tiltak

Helse Midt-Norge sikrer likeverdig tilbud til alle innbyggerne på en bedre måte ved at alle HF hver for seg ivaretar lokalsykehusfunksjoner innenfor TSB. Bevaring av døgnplassene som regionale vil gi et samlet bedre tilbud til befolkningen i hele regionen.

HØRINGSUTKAST



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 besto 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 ferdigstilling 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 ferdigstilling etter høring (per november 2015).
- *«Forslag til endringer i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel.»*
Utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Høring fram til 08.01.2016.

Opptil halvparten av pasienten i psykisk helsevern har også et 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 jevnlige 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 innleggelser 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 behandlingsmessig 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

Innleggelser 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 innleggelser 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 innleggelser 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.¹⁰

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.
- 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 barnevernsinstitusjoner 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 døgnbehandling 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.

¹⁰ 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/>



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 tjenestoområdene 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 kompetanseplaser 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

Vedlegg 1: Fase1-rapport: Regional plan for TSB, Helse Midt-Norge (2015)

HØRINGSUTKAST



9 Referanseliste

1. Helse og omsorgsdepartementet: Prop. 15 S, Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
2. Helse Vest RHF: Regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015-2019
3. Helse Midt-Norge RHF: Styresak 37/12 «Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet»
4. Sirius (2015,) Rusmidler i Norge
5. KoRus-Midt (2015)
6. KoRus-Midt (2015)
7. Statens institutt for rusmiddelforskning: SIRUS-rapport 4/2015
8. Helsebiblioteket, 2015: Prosedyrer for barn som pårørende:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/barn-som-paorende-1-overordnet-prosedyre>
9. 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/>
10. Forprosjektrapport: Tettere organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste, vedlegg til styresak 55/13 i Helse Midt-Norge



HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 02/2016 Styrets retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	25. januar 2016	02/2016

Saksbeh: HR-sjef Aud-Mai Sandberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2016/17

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber om at foretaksmøtet gir sin tilslutning til Styrets retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for 2016.

SAKSUTREDNING:

Sak 02/2016 Styrets retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

VEDLEGG:

Ingen nummererte vedlegg.

BAKGRUNN:

I henhold til foretakets vedtekter med henvisning til allmennaksjeloven § 6-16a har styret utarbeidet en erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte i selskapet. Denne ble tatt inn i egen note i årsregnskapet for 2015. Selskapets foretaksmøte skal i henhold til vedtektene § 14a og allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd godkjenne retningslinjene for innværende år.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, stabsledere og klinikkledere som ledende ansatte.

Helse Nord-Trøndelag HF la for 2015 hovedprinsippene fra de generelle retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper til grunn. Disse var fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.03.2011, og hvor hovedprinsippene var at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelsen for 2015 framgår av note i årsregnskapet for 2015.

Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for 2016.

Helse Nord-Trøndelag HF legger for 2016 hovedprinsippene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel fastsatt av NPD av 13. februar 2015 til grunn. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende, og det skal legges vekt på moderasjon.

Administrerende direktør fastsetter og regulerer lønn for stabsledere og klinikkledere. Den årlige lønnsjusteringen gjelder fra 1. juli. Som hovedregel gis et tillegg i prosent eller kroner til alle.

Måloppnåelse etter nærmere angitte parameter i lederavtalen vil være grunnlaget for en individuell vurdering og eventuelle individuelle tillegg ut over dette.

Reguleringen gjennomføres etter at de ordinære tariffoppgjør er sluttført og det samlede resultatet av disse er en del av vurderingsgrunnlaget.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret. Lønnsjusteringen gjelder fra 1. januar.

Administrerende direktør får fastsatt sin lønn etter individuell vurdering og vurdering av lønnsnivå for administrerende direktører i Helse Midt-Norge.

Naturalytelser

Ledende ansatte mottar ytelser som gratis telefonkommunikasjon, i tråd med foretakets bestemmelser:

- Mobiltelefon
- Bredbånd/Internett
- Bærbar PC med hjemmekontorløsning

I tillegg kommer:

- Avisabonnement

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinær løsning i KLP.

Sluttvederlag

Det er ikke fastsatt bestemmelser for sluttvederlag for ledende ansatte i foretaket.

Andre bestemmelser

Personer i ledende stillinger skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 03/2016 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	25. januar 2016	03/2016

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2016/17

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 03/2016 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 18.11.15
2. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 17.12.15
3. Orientering om fremdrift årsoppgjør 2015 – styrets årsberetning og årsregnskap
4. Kvalitet og pasientsikkerhet
5. Andre orienteringer



MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 18.11.2015 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 32/2015 - 40/2015
Arkivsaksnr: 2015/1359

Møteleder: Torunn Austheim

Møtende medlemmer:

Torunn Austheim
Håkon Kolstrøm
Jacob Br. Almlid
Ragnhild Holmberg Aunsmo
Paul Georg Skogen
Olav Bremnes
John Ivar Toft
Kathinka Meirik

Forfall:

Runar Asp
Gudrun Fossem
Arne Flaatt
Øystein Sende

Varamedlem:

Fra HNT møtte Tore Andersen og Tone S. Haugan
Fra kommunene møtte Leif E. M. Vonen

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS
Marit Voll, KS
Einar Jakobsen, KS
Sunniva Rognerud, ansattrepresentant for Dnlf
Annbjørg Støa, ansattrepresentant for Helse Nord-Trøndelag
Frank Grydeland, ansattrepresentant for Helse Nord-Trøndelag
Karin Sinnes møtte for Tove Randi Olsen, ansattrepresentant for kommunene
Ola Larsen møtte for Hildur Fallmyr, brukerrepresentant

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til møtet:

Ingen.
Sak 36/2015 utsatt til senere møte.

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt 11.11.15.

Saksframlegg er publisert på internettløsningen for styreadministrasjon, og er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider - ASU:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Forms/Administrativt%20samarbeidsutvalg.aspx>

Presentasjoner publiseres på styreadministrasjon, og er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider - ASU:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2F1007%2Fsamarbeidsutvalg%20HNT%2FPresentasjoner1%2F2015%20Administrativt%20samarbeidsutvalg%20150415&FolderCTID=0x0120007476608EF155654BA0E587F9C781DC25&View=%7B5E969E8F%2DB03B%2D49ED%2DA905%2D3A577AD11E69%7D>

Sak 32/2015 Godkjenning av protokoll fra møte 23.09.15

Protokoll:

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak:

Protokoll fra møte 23.09.15 godkjennes.

Sak 33/2015 Mandat for fagråd for tjenesteavtale 9 IKT – Endring av mandat

Protokoll:

Leder i ASU redegjorde for saken.

Vedtak:

1. Nytt mandat for fagrådet for tjenesteavtale 9 godkjennes
 2. Fagrådet skal bestå av:
 - Representanter for de 6 kommuneregionene
 - Inntil 6 representanter for Helse Nord-Trøndelag
 - Representant for KomUT
-

Sak 34/2015 Tjenesteavtale 12 – Oppsummering fra fagrådet

Protokoll:

William Lysgård, helsefaglig rådgiver HNT, la fram status fra fagrådet.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.

Vedtak:

ASU tar saken til etterretning.

Sak 35/2015 Revidering av Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag

Protokoll:

Olav Bremnes, samhandlingssjef HNT, gjennomgikk forslag til endringer i Samhandlingsavtalen og tjenesteavtalene.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.

Vedtak:

Forslaget til revidering av Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene sendes kommunene og Helse Nord-Trøndelag for kommentarer og innspill, med svarfrist 15.01.16.

Saken behandles deretter i ASU.

Sak 36/2015 Tilsyn med rehabiliteringstjenestene til voksne personer med nyervervet hodeskade og påfølgende behov for rehabilitering

Protokoll:

Saken utsettes.

Sak 37/2015 Samarbeid om psykiatri i sørdelen av fylket – rapport fra nedsatt arbeidsgruppe

Protokoll:

To av representantene i arbeidsgruppen, Leif M. Vonen, kommuneoverlege Stjørdal kommune og Kathinka Meirik, klinikkleder Psykiatrisk klinikk HNT, gjorde rede for bakgrunnen for det

arbeidet som var gjort, med mandat å se på kommunens tillit til voksenpsykiatrien i Nord-Trøndelag.

Arbeidsgruppens rapport ble omtalt, og det ble vist eksempel på utfordringer innen psykisk helsevern i samhandlingsrommet kommune – helseforetak.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering.

Sak 38/2015 Evaluering av ny turnuslegeordning – fra kommunesiden

Protokoll:

Laila Steinmo, prosjektleder Samhandlingsreformen KS, redegjorde for saken.

Vedtak:

1. Evalueringen av turnuslegeordningen – fra kommunesiden - tas til orientering
 2. ASU vedtar at Personalnettverket lager felles rutine for HNT og alle kommuner i NT. Eksisterende rutine «Rutine for tilsetting av turnusleger i kommuner tilknyttet sykehuset Namsos (rutine pr. november 2013)» brukes som utgangspunkt. Rutinen skal også inneholde et mandat for turnuslegekoordinatorene.
 3. Ny felles rutine for tilsetting av turnusleger HNT og alle kommuner i NT, legges fram for ASU for behandling.
-

Sak 39/2015 Orienteringer

Protokoll:

1. *Protokoll fra møte i PSU 21.09.15*
2. *Sluttrapport for trainee-stilling*
3. *Videre utviklingsarbeid i KomUT*
Tanja Skevik, KomUT koordinator N-T, redegjorde for planer for videre utviklingsarbeid i KomUT-prosjektet.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets samhandlingssider – ASU

4. *Styringsdata for kjernejournal – Status i Nord-Trøndelag*
Tanja Skevik, KomUT koordinator N-T presenterte nøkkeltall for status kjernejournal pr. 8.11.15.
-

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets samhandlingssider – ASU.

5. *Orientering om samarbeidsprosjektet Tjenesteutvikling*

Olav Bremnes, samhandlingssjef HNT, informerte om at Helse Midt-Norge har innvilget kr. 200.000 til prosjektet som omhandler evaluering av effekten av DMS- ene etter samhandlingsreformen fra 2012, og redegjorde for prosjektets videre satsing.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering.

Sak 40/2015 Eventuelt

Flyktnings situasjonen

- Paul Georg Skogen, fagsjef HNT, orienterte om
 - Status kapasitet for behandling av pasienter med flyktningstatus, i HNT. Ut fra dagens nivå er det tilstrekkelig ressurser til å behandle flyktninger med behov for spesialisthelsetjeneste
 - Status endres hvis antallet flyktninger øker kraftig
 - Kapasitet tolking av røntgenbilder
 - Kapasitet tolketjeneste
- Sunniva Rognerud, kommuneoverlege Steinkjer kommune, orienterte om
 - Status mottak av flyktninger til Steinkjer kommune
 - Videre planer for oppfølging av flyktningene på mottaket
 - Kapasitet tolketjeneste
 - Etablert samarbeidsarena med andre kommuner.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 17.12.15 - kl 08.30 – 15.15
Møtested: Scandic Nidelven Hotell, Trondheim
Saksnr.: 100/15 – 110/15
Arkivsaksnr.: 14/502

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand
Paul Steinar Valle
Liv Stette
Brit Tove Welde
Tore Kristiansen
Ellen Wøhni
Ivar Østrem
Randulf Søberg
Vigdis Harsvik

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Erik Holm

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Direktør for samhandling Daniel Haga
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Direktør for helsefag Pepe Salvesen
HR direktør Anne Katarina Cartfjord

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 10.12.15. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 106/15 Konsekvenser av revidert plan HMN LØ, lagt ut i styreadministrasjonen. Fredag 11.12.15 ble sak 106/15 lagt ut i styreadministrasjonen. Drøftingsprotokoller til sak 104/15 og sak 105/15 ble lagt ut i styreadministrasjonen 15.12.15.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 13.12.15
- Sak 106/15 Konsekvenser av revidert plan HMN LØ – ny versjon

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og sakliste til møtet ble godkjent.

Sak 100/15 Referatsaker

- Møte i regionalt brukerutvalg 14.12.15
 - Brev fra tillitsvalgte «Varsling om kritikkverdige forhold i HMR og HMN»
 - Svar fra Helse Midt-Norge på brev «Varsling om kritikkverdige forhold i HMR og HMN»
 - Svar fra HMR på brev «Varsling om kritikkverdige forhold i HMR og HMN»
 - Brev fra Kristiansund kommune – Fullverdig pediatriisk akutttilbud ved Sykehuset Kristiansund – Evaluering av helgestengt barneavdeling
-

Sak 101/15 Statusrapport Helse Midt-Norge pr oktober

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.10.2015 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.10.2015 til etterretning.

Sak 102/15 Avvikling av prosjekt Nytt Universitetssykehus i Trondheim, avtale mellom St Olavs Hospital og Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at

1. Avtale mellom St Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF om avvikling av prosjekt nytt universitetssykehus og videre ansvar i reklamasjonsperioden godkjennes. St Olavs Hospital HF tilføres 15,4 mnok for oppfølging av gjenstående oppgaver slik gjengitt i Avtalen
2. Ubrukte investeringsmidler opp til styringsmål (60 mnok) kan benyttes til et senter for produksjon av PET-radiofarmaka, og det gis aksept for videreføring av prosjektet i tråd med saksutredningen
3. Reserveavsetning på 36 mnok er ikke brukt og tilbakeføres til generelle investeringstiltak i Helse Midt-Norge RHF
4. Låneavtaler mellom Helse Midt-Norge RHF og St Olavs Hospital knyttet til nytt sykehus korrigeres i henhold til endelige sluttkostnad og det inngås egen avtale mellom Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF angående lån av basisrammen til gjenstående arbeid

Protokoll

Det ble fremmet forslag om et nytt punkt

5. Styret for Helse Midt-Norge vil presisere at ubrukte prosjektmidler normalt skal inngå i den ordinære prioriteringsprosessen.

Det ble stemt over alle punkter samlet og disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Avtale mellom St Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF om avvikling av prosjekt nytt universitetssykehus og videre ansvar i reklamasjonsperioden godkjennes. St Olavs Hospital HF tilføres 15,4 mnok for oppfølging av gjenstående oppgaver slik gjengitt i Avtalen
2. Ubrukte investeringsmidler opp til styringsmål (60 mnok) kan benyttes til et senter for produksjon av PET-radiofarmaka, og det gis aksept for videreføring av prosjektet i tråd med saksutredningen
3. Reserveavsetning på 36 mnok er ikke brukt og tilbakeføres til generelle investeringstiltak i Helse Midt-Norge RHF
4. Låneavtaler mellom Helse Midt-Norge RHF og St Olavs Hospital knyttet til nytt sykehus korrigeres i henhold til endelige sluttkostnad og det inngås egen avtale mellom Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF angående lån av basisrammen til gjenstående Arbeid
5. Styret for Helse Midt-Norge vil presisere at ubrukte prosjektmidler normalt skal inngå i den ordinære prioriteringsprosessen.

Sak 103/15 Utredningsalternativ for konseptfase Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at utredningsalternativene foreslått av Styret for Helse Møre og Romsdal HF legges til grunn for arbeidet i konseptfasen.

Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter å bli involvert i beslutningene om SNR i tråd med anbefalingene i saksutredningen.

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet forslag om et tillegg til pkt 1 :

Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at utredningsalternativene foreslått av Styret for Helse Møre og Romsdal HF legges til grunn for arbeidet i konseptfasen, *og viser for øvrig til den helhetlige drøftingen som er gjort i saksframlegget til saken*

Dette ble enstemmig vedtatt.

Det ble stemt over alle punkter samlet, - disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at utredningsalternativene foreslått av Styret for Helse Møre og Romsdal HF legges til grunn for arbeidet i konseptfasen, og viser for øvrig til den helhetlige drøftingen som er gjort i saksframlegget til saken

Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter å bli involvert i beslutningene om SNR i tråd med anbefalingene i saksutredningen.

Sak 104/15 Stiftelse av nasjonalt helseforetak for samordning innen innkjøp

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar å stifte Sykehusinnkjøp HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.

2. Styret slutter seg til at hvert av de regionale helseforetakene skal ha en eierandel 25 prosent i

Sykehusinnkjøp HF.

3. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn et innskudd på 1,25 millioner kroner. Som ledd i oppstart av driften i helseforetaket skal hver eier bidra med et lån på 0,5 millioner kroner.
4. Opprettelsen av Sykehusinnkjøp HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.
5. Styret forutsetter at det legges til rette for ansattes deltakelse i styret frem mot etableringstidspunkt for helseforetaket.

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet forslag til et tilleggspunkt:

6. Styret ber om at ambisjonsnivået for selskapet tydeliggjøres gjennom klare kvantitative målsetninger

Det ble stemt over alle forslag samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar å stifte Sykehusinnkjøp HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at hvert av de regionale helseforetakene skal ha en eierandel 25 prosent i Sykehusinnkjøp HF.
3. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn et innskudd på 1,25 millioner kroner. Som ledd i oppstart av driften i helseforetaket skal hver eier bidra med et lån på 0,5 millioner kroner.
4. Opprettelsen av Sykehusinnkjøp HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.
5. Styret forutsetter at det legges til rette for ansattes deltakelse i styret frem mot etableringstidspunkt for helseforetaket.
6. Styret ber om at ambisjonsnivået for selskapet tydeliggjøres gjennom klare kvantitative målsetninger

Sak 105/15 Styling av de regionale helseforetakenes felleseide selskaper

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning prinsippene for organisering og styling av de felles eide selskapene.
2. Luftambulansetjenesten og Pasientreiser vurderes organisert som helseforetak.
3. Administrerende direktør har ansvar for at det er et samordnet system for oppfølging og forankring av virksomheten i de felles eide selskapene.
4. Rapportering og planer for virksomheten i de felles eide selskapene innarbeides i økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene.
5. Eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felles eide selskapene ivaretas av de administrerende direktørene.

Protokoll

Styremedlem Liv Stette fremmet forslag om endring av punkt 1.

1. Styret tar til *orientering* prinsippene for organisering og styling av de felles eide selskapene. *For nye selskap skal selskapsformen avklares i den enkelte sak*

Styremedlem Ellen Wøhni fremmet forslag om et tilleggssforslag:

6. I samarbeid med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten foretas en gjennomgang av hvordan samarbeidsordningene kan videreutvikles slik at de ansattes / tillitsvalgte, medvirkning i virksomheten til de regionale helseforetakenes felleseide selskap kan ivaretas på en god måte

Adm dir fremmet forslag om et tilleggssforslag

7. *AD'ene må sikre brukermedvirkning i de felleseide selskapene.*

Endring i punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Det ble videre votert over alle punktene samlet. Alle punkter ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til orientering prinsippene for organisering og styling av de felles eide

selskapene. For nye selskap skal selskapsformen avklares i den enkelte sak

2. Luftambulansetjenesten og Pasientreiser vurderes organisert som helseforetak.

3. Administrerende direktør har ansvar for at det er et samordnet system for oppfølging og forankring av virksomheten i de felles eide selskapene.

4. Rapportering og planer for virksomheten i de felles eide selskapene innarbeides i økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene.

5. Eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felles eide selskapene ivaretas av de administrerende direktørene.

6. I samarbeid med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten foretas en gjennomgang av hvordan samarbeidsordningene kan videreutvikles slik at de ansattes / tillitsvalgte, medvirkning i virksomheten til de regionale helseforetakenes felleseide selskap kan ivaretas på en god måte

7. AD'ene må sikre brukermedvirkning i de felleseide selskapene.

Sak 106/15 Konsekvenser av revidert plan HMN LØ

Behandlet etter sak 107/15.

Sakspapirer unntatt offentlighet Offl. § 23,1 ledd, jf. § 12 c).

Styret vedtok å lukke møtet i hht Helseforetaksloven § 26a punkt 4.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning at prosjektet HMN LØ forskyver første oppstart fra 01.01.16 til 02.05.16.
2. Styret forutsetter at dette håndteres innenfor Helse Midt-Norges samlede ramme til IKT-investeringer, jf. langtidsbudsjett 2016-2021.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til etterretning at prosjektet HMN LØ forskyver første oppstart fra 01.01.16 til 02.05.16.
2. Styret forutsetter at dette håndteres innenfor Helse Midt-Norges samlede ramme til IKT-investeringer, jf. langtidsbudsjett 2016-2021.

Sak 107/15 Temasaker

I styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17.15 fikk styret følgende saker lagt fram som tema for diskusjon

- Nasjonal Helse og sykehusplan (orientering ved Andreas Moan fra Helse og omsorgsdepartementet)
- Strategi 2030 Helse Midt-Norge

Sak 108/15 Orienteringssaker

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering

I styremøte 17.12.15 blir styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- EPJ/PAS Helseplattformen
- Psykiatri i ambulansetjenesten
- Inkludering av TSB og prehospitale tjenester i finansieringsmodellen
- Årsplan 2016

Sak 109/15 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 110/15 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Trondheim 17.12.15

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wøbni

Ivar Østrem