

# Tiltaksplan for psykisk helsevern

2005-2015

Vedtatt av styret Helse Nord RHF  
22. juni 2005

## Innhold:

<b>FORKORTELSER</b> .....	<b>4</b>
<b>1 SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>2 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
2.1 Forholdet Opptrappingsplan og ny tiltaksplan for psykisk helse .....	6
2.2 Dissenser knyttet til forslag til tiltak .....	7
2.3 Sterke sider innen psykisk helsevern .....	7
2.4 Spesielle utfordringer i 2005 .....	8
<b>3 AKTUELLE TRENDER OG UTVIKLINGSTENDENSER MOT 2015</b> .....	<b>9</b>
3.1 Brukermedvirkning .....	9
3.2 Samhandling innen behandlingsnettverket .....	9
3.3 Endring i pasientgrunnlag og sykelighet .....	9
3.4 Endringer i behandlingstilbudet .....	9
3.5 Forskyvninger mellom behandlingsnivåer .....	10
3.6 Fagpersonell .....	10
<b>4 TILTAK 2005 - 2015</b> .....	<b>11</b>
4.1 Organisering og ledelse .....	11
4.1.1 Organisering av tilbudene i spesialisthelsetjenesten .....	11
4.1.2 Ledelse .....	12
4.1.3 Samlokalisering og samarbeid .....	12
4.1.4 Vurdere mulig etablering av eget rus/psykisk helsevern foretak .....	12
4.2 Brukermedvirkning .....	13
4.3 Samhandling .....	14
4.4 Forebygging .....	15
4.5 Tilbud til barn og unge .....	15
4.6 Tilbud til voksne .....	16
4.7 Tilbud til den samiske befolkningen .....	17
4.8 Tilbud rettet mot spesielle grupper .....	18
4.9 Utdanning og rekruttering .....	19
4.10 Kompetansebygging, forskning og fagutvikling .....	20
4.11 Private aktører .....	22
<b>5 OPPFØLGING AV PLANEN</b> .....	<b>22</b>
5.1 Evaluering/læring .....	23
<b>6 ØKONOMI</b> .....	<b>23</b>
6.1 Investeringer utover tiltaksplan .....	23
6.2 Driftsøkonomiske konsekvenser .....	23
6.3 Finansiering .....	24

Tabeller følger fra side 23.

Noter/andre referanser fra side 31.



## Forkortelser

### Noen vanlige forkortelser i handlingsplanen:

ADHD:	Attention Deficit Disorder/Hyperactivity Disorder
ATV:	Alternativ til vold
BPA:	Barnepsykiatrisk avdeling (Universitetssykehuset Nord-Norge)
BUK:	Barne- og ungdomsklinikken (Universitetssykehuset Nord-Norge)
BUP:	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Universitetssykehuset Nord-Norge)
BUPA:	Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. (Nordlandssykehuset)
CL-psykiatri:	Konsultasjon og Liason psykiatri
Dnlf:	Den norske lægeforening
DPS:	Distriktspsykiatrisk senter
FoU:	Forskning og fagutvikling
HD:	Helsedepartementet
HF:	Helseforetak
IKT:	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
KPA:	Personlig koordinator av psykososialt arbeid
KPM:	Komplementær og alternativ medisin
LMS:	Lærings- og mestringssentre
LPP:	Landsforeningen for pårørende innen psykiatri
MST:	Multy Systemic Therapy
NH:	Nordnorsk Helsenett
NLSH:	Nordlandssykehuset (tidligere Nordland Psykiatriske sykehus, Nordland) Sentralsykehus og Lofoten sykehus)
NNPF:	Nord-norsk Psykiatrisk Forskningscenter
OCD:	Tvangslidelser
OKU:	Oppgaveorientert kompetanseutvikling
PFUA:	Psykiatrisk forsknings- og utviklingsavdeling
PKI:	Personal Key Identification (Elektronisk signatur)
PMT:	Parent Management Training
PPT:	Pedagogisk Psykologisk Tjeneste
PTSD	Posttraumatisk stress- lidelse
RBUP:	Regionsenteret for barn og unges psykiske helse
RHF:	Regionalt helseforetak
RSS:	Regionalt senter for spiseforstyrrelse, UNN
SEPREP:	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser
Shdir:	Sosial- og helsedirektoratet
SKUR:	Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (Høgskolen i Bodø)
SMS:	Short Message Services
VK:	Videokonferanse
VOP:	Voksenpsykiatrisk poliklinikk
UiTø:	Universitetet i Tromsø
UNN:	Universitetssykehuset Nord-Norge (tidligere Åsgård og Regionsykehuset i Tromsø)
UPA:	Ungdomspsykiatrisk avdeling (Universitetssykehuset Nord-Norge)

# 1 SAMMENDRAG

Psykisk helse er og skal være et satsningsområde, og tjenestetilbudene skal oppgraderes. Helse Nord har ”arvet” tre fylkeskommunale opptrappingsplaner for psykisk helse. Disse er en viktig del av grunnlaget for arbeidet. De tre planene har den svakhet at de omhandler den opprinnelige perioden for nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse, dvs. fram til 2006. Planene ble i tillegg utarbeidet av de tre fylkeskommunene hver for seg, og har ikke i seg de muligheter som en samlet plan for Nord-Norge gir. De ble heller ikke fulgt opp med en forpliktende prioritering og implementering ut over det som statlige midler ga muligheter for.

Denne tiltaksplanen setter derfor søkelyset på områder som går ut over nasjonal plan. I tillegg søker planen å se tjenestene i Helse Nord i et samlet, regionalt perspektiv.

Planen omhandler tiltak i perioden 2005 til 2015. Målgrupper og behandlingsmål er styrende for tiltakene som anbefales. Det gis en kort beskrivelse av hva som kjennertegner tilbudet i 2005. Disse har vært utgangspunktet for de drøftinger som er gjennomført med fagfeltet, bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Psykisk helsevern har vært et nasjonalt satsningsområde siden 1998. Det er tilført store ressurser til fagfeltet, og nye tilbud er igangsatt som følge av den statlige Opptrappingsplan for psykisk helsevern. Statlige myndigheter forutsatte at øremerkede midler skulle komme som et tillegg og at det enkelte RHF selv også skulle prioritere fagfeltet. Erfaringene etter tre år er at psykisk helsevern ikke har fått den oppmerksomhet og styrking som forutsatt i Opptrappingsplan og styrings-/bestillerdokumenter.

Helseforetakenes utfordringer knyttet til omstrukturering, effektivisering og innsparinger i den somatiske spesialisthelsetjenesten har nok gått på bekostning av forventet vekst i det psykiske helsevernet. Denne delen av spesialisthelsetjenesten har derfor ikke fått tilstrekkelig fokus, verken ledelsesmessig, økonomisk eller faglig. De viktigste tiltakene i planen vil være:

- Differensiering av DPS-er
- Rekrutteringstiltak
- Flere akuttsenger i sykehus
- Styrke brukervedvirkning

I tillegg bes om reaksjoner på evt. etablering av eget helseforetak for rus/psykisk helsevern.

DPS/BUP strukturen opprettholdes i tråd med Opptrappingsplanen, men det foreslås organisasjonsmessige endringer som tar hensyn til de faktiske ressursene. Det må jobbes målrettet med rekruttering og stabilisering av personale. Skal målet om likhet i tilbud uavhengig av bosted i regionen nås, må dette tiltaket ha høy prioritet. For å sikre tilbud av høy faglig kvalitet, er kompetansebygging, forskning og fagutvikling helt klare satsningsområder. Det foreslås styrking av ressurser til opplæring, og at disse bør knyttes til Lærings- og mestringssentra som en likeverdig møteplass for fagpersonell, brukere og pårørende. Prioritering av psykisk helsevern innebærer et sterkere fokus på organisasjon og ledelse. I den sammenheng bør en også drøfte etablering av eget foretak for rus/psykisk helsevern. Avslutningsvis viser tabell 1 økonomiske konsekvenser, samt økning i antall stillinger og antall plasser for de foreslåtte tiltakene. Tabell 2 viser prioriterte tiltak pr år, samt årskostnad. Tabell 3 viser investeringsbehov og tabell 4 redegjør for mindre kostnadskrevede tiltak.

## 2 INNLEDNING

”Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.” Slik oppsummerte St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykisk lidelser og tjenestetilbudene*, hovedproblemene innen psykisk helsevern. St prp nr 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006* (heretter Opptrappingsplanen) la opp til å styrke alle ledd i tiltakskjeden for å utvikle et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. Et av de viktigste siktemålene med opptrappingsplanen er å legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Forutsigbare økonomiske rammebetingelser for kommuner og foretak står sentralt for å få dette til.

Helse Nord RHF nedsatte en prosjektgruppe for å utarbeide handlingsplan for psykisk helse 2004 – 2010. Gruppen leverte sine innspill i juni 2004.

Det har vært gjennomført en rekke møter med fagmiljø og brukere i regionen. Foreliggende høringsutkast til tiltaksplan, bygger på disse drøftingene og arbeidsgruppens innspill. Tiltaksplanen er utarbeidet av administrasjonen i Helse Nord RHF.

Arbeidsgruppens *Innspill til handlingsplan 2005-2010* (2004) følger som vedlegg. For nærmere detaljer vises til denne rapporten, samt *Psykiatriens utfordringer i Nord* (Næss, 2003) og Helsetilsynets tilsynsrapporter for 2002 og 2003.

Utkast til tiltaksplan ble i møte 31. mars 2005 drøftet med tre representanter fra ledelsen i helseforetakene og to representanter fra brukerorganisasjonene.

### 2.1 Forholdet Opptrappingsplan og ny tiltaksplan for psykisk helse

Helse Nord RHF ”arvet” tre fylkeskommunale opptrappingsplaner for psykisk helse som omfatter perioden for den nasjonale opptrappingsplanen. Det er behov for en samlet plan for landsdelen som både ivaretar den nye styringsformen, og som ivaretar en nødvendig styrking av tilbudet ut over tiltakene som kreves i den statlige opptrappingsplanen.

Siden underkapasiteten i psykisk helsevern i utgangspunktet var stor, ble planperioden i St.prp. nr 1(2003-3004) forlenget med 2 år til ut 2008. Alle overordnede mål og den økonomiske rammen er uendret.

I Helse Nord skal det i henhold til Opptrappingsplanen ved utgangen av 2008 være 25 nye døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien. I voksenpsykiatrien skal det være 50 nye dagplasser, 14 nye døgnplasser i DPS og 25 nye senger i sykehusavdelinger.

Kartlegging viser imidlertid at Opptrappingsplanen alene ikke vil lukke manglene innen kapasitet, kvalitet, organisering, medvirkning, samhandling og tilgjengelighet. Foreliggende utkast til tiltaksplan har derfor som mål å søke å dekke gapet mellom tiltakene i Opptrappingsplanen og de uløste utfordringene som tjenesten står overfor.

## 2.2 Dissenser knyttet til forslag til tiltak

Under drøftingene av tiltakene i planen, kom det frem dissenser fra arbeidsgruppen på følgende områder:

### 1) Punkt 4.1.4. Vurdering av mulig etablering av eget rus/psykisk helsevern foretak

Flertallet i gruppen er uenig i etablering av eget rus/psykisk helsevern foretak, og mener at dette vil føre til særomsorg og hindre samhandling med somatikk. Spesielt ble det pekt på at landsdelen har mange små sykehus med tilbud innen både psykisk helse og somatikk. Å trekke psykisk helsevern ut av lokalsykehusene, vil gi omkostninger knyttet til både administrasjon, økonomi og bygninger. Dette vurderes som svært uheldig i en situasjon hvor en har knapphet på ressurser.

Organisasjonsformer er ikke av betydning for samarbeid og samhandling. Å møte disse utfordringene krever andre tiltak som for eksempel nettverkløsninger.

Mindretallet i gruppen mener utfordringene knyttet til organisering og ledelse må drøftes videre. Ulik geografi og ulike behov påvirker hvordan tjenesten bør organiseres i fremtiden. Enkelte områder har i dag svært svak faglig ledelse. Det bør derfor vurderes en organisering som sikrer det faglige ansvaret for tjenesten.

### 2) Punkt 4.9. Utdanning og rekruttering.

Deler av gruppen er uenig i forslaget om bruk av 20 % driftshjemler som tiltak for å rekruttere spesialister. De mener det er viktig at ressursene brukes til å prioritere de alvorligst syke.

### 3) Større krav til kommunehelsetjenesten.

En representant i gruppen mener tiltaksplanen må stille strengere krav til kommunehelsetjenesten når det gjelder forebygging, tidlig intervensjon, utredning, samhandling og utarbeidelse av individuell plan.

## 2.3 Sterke sider innen psykisk helsevern

Før fokus rettes mot de utfordringer som fagområdet står ovenfor, er det viktig å også belyse noen av de sterke sidene. Kapasiteten har økt de siste årene, både når det gjelder poliklinisk virksomhet og døgnbehandling. Aktiviteten har økt mer enn personelltilførselen. Tilbudet til barn og unge er spesielt styrket. 4,5 % av landsdelens barnebefolkning får nå et tilbud. Målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse er 5 % innen 2008.

Vi har vellykkede rekrutteringsprosjekt i barne- og ungdomspsykiatri og i voksenpsykiatri, men volumet må økes slik at flere leger kan utdannes. Innen forskning og fagutvikling er Nord-norsk psykiatrisk forskningssenter (NNPF) en suksess. Øremerkede midler fordeles til forskningsprosjekt innen psykisk helse i landsdelen, og bidrar til økt forskerkompetanse, ny kunnskap og utvikling av forskningsnettverk. Det skjer en effektiv bruk av telemedisin innen fagfeltet, både i utdanning og veiledning av spesialister, men også gjennom konsultasjoner.

Et godt tilbud i spesialisthelsetjeneste fordrer at også samarbeid med brukere, pårørende og kommunene blir ivare tatt på en inkluderende måte. Det finns flere eksempler på samarbeid i praksis, blant annet utarbeidelse av Brukerhåndbok i samarbeidsprosedyrer fra Salten psykiatriske senter, Brukerrådene ved Vesterålen DPS i Hålogalandssykehuset, ved Psykiatriske senter i Sandnessjøen, Helgelandssykehuset og ved Psykiatrisk senter for Tromsø

og Karlsøy, UNN. I tillegg er det påbegynt en prosess om samarbeid mellom brukerne og Helse Nord RHF som er i positiv utvikling.

## 2.4 Spesielle utfordringer i 2005

En gjennomgang av dagens tilbud innen psykisk helsevern i Helse Nord viser at tjenesten står overfor en rekke utfordringer:

- Ledelse er noen steder for lite synlig og for svakt ivaretatt.
- Rekrutteringssituasjonen er bekymringsfull – særlig er mangel på psykiatere alvorlig.
- Rolle- og oppgavefordeling mellom DPS og sykehusfunksjoner ikke avklart.
- Tilgjengeligheten er ikke god nok.
- For få plasser innen langtidsbehandling for ungdom i deler av regionen.
- Mangelfull rapportering av nøkkeltall (eks. GAF-score).
- Kjennskap til egne virksomhetsdata er for liten.
- Standardiserte prosedyrer for utredning ikke tatt systematisk i bruk i alle ledd.
- Det tar for lang tid før kunnskapsbaserte behandlingsmetoder implementeres.
- Kunnskapsbaserte veiledere ikke tilstrekkelig lagt til grunn for valg av behandling.
- Utarbeiding av individuelle planer ikke godt nok ivaretatt.
- Uklarhet om hvordan faglige handlingsprogrammer følges opp.
- For lite evaluering av ulike behandlingstilnærminger.
- Kompetanseoppbygging er for dårlig tilpasset behovene.
- Samarbeid med kommunene kan videreutvikles.
- Kontinuiteten i behandlingen er ikke god nok.
- Helhetlige rehabiliteringsplaner for de med alvorlige psykiske lidelser mangler i stor grad.
- Brukermedvirkning er ikke implementert ved alle DPS/BUP.
- For lav kapasitet ved akuttavdelingene i sykehus fordi behandlingsnettverket i DPS/BUP ikke er tilstrekkelig utbygd.
- Samhandling mellom somatiske avdelinger ved lokalsykehusene og DPS/BUP må bedres.
- Helse Nord har lavere antall døgnplasser i sykehus enn landet for øvrig (2003).
- Det er i liten grad gjennomført bruker-, pårørende- og medarbeidertilfredshetsundersøkelser.

## **3 AKTUELLE TRENDER OG UTVIKLINGSTENDENSER MOT 2015**

### **3.1 Brukermedvirkning**

Den passive pasienten skal endres til en aktiv og deltagende bruker. Medvirkning forutsetter deltagelse, delaktighet og involvering, og innebærer tosidige endringer i det tradisjonelle forholdet mellom hjelper og bruker<sup>1</sup>. Brukernes erfaringer skal innhentes både ved planlegging, drift og evaluering av virksomheten.

### **3.2 Samhandling innen behandlingsnettverket**

Samhandling innen behandlingsnettverket er en forutsetning for å imøtekomme:

- En bedre og mer sammenhengende tjeneste nær der folk bor.
- Brukerorientert behandling.
- Større krav til kvalitet i tjenesten.
- Prioriteringsforskriften.

### **3.3 Endring i pasientgrunnlag og sykелighet**

Økt andel mennesker over 65 år, kan føre til økt behov for spesialisthelsetjenester generelt, og gi nye utfordringer for psykisk helsevern spesielt. Også antall unge mennesker med depresjon og selvmordsproblematikk synes å øke.

Den medisinske utviklingen innenfor nyfødttmedisin gjør at flere barn fødes med hjerne-skader, som kan gi forskjellig grad av utviklings- og atferdsforstyrrelser. Spesielt kan her nevnes ADHD. Positivt er det at bedre behandlingsmetoder som f.eks. tidlig intervensjon for mennesker som har schizofrenidiagnose, gjør at lidelsen generelt ikke blir så invalidiserende som tidligere.

Antall mennesker med rusproblematikk og kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse og rus ("dobbeltdiagnose") ventes å øke. Det gjelder også for traumatiserte tilstander (PTSD) og psykososiale lidelser.

### **3.4 Endringer i behandlingstilbudet**

Nasjonale helseplaner vektlegger at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har et felles ansvar. Gjennom ny kunnskap om forebyggende og helsefremmende tiltak, skal spesialisthelsetjenesten blant annet endres fra passivt å ta imot pasientene til behandling, til aktivt å hindre at sykелighet oppstår.

Den psykiatriske helsetjenesten vil fortsatt være differensiert gjennom samtidig desentralisering og oppbygging av spisskompetansemiljø/kompetansesentra. Fritt sykehusvalg, økt krav til effektivisering og "Mer helse for hver krone" stiller tjenesten overfor nye utfordringer. Samtidig er pasientene opptatt av hvilke tilbud som finnes og hvor disse er tilgjengelig.

Tjenesten fokuserer mer på forskning og publisering av kunnskapsbaserte og erfaringsbaserte retningslinjer for behandling av ulike typer psykiske lidelser. Målsettingen er å implementere disse i det daglige kliniske arbeidet.

Pasienters og pårørendes aktive deltakelse i behandlingen blir stadig viktigere. Samtidig er det et økt fokus på nettverket rundt den enkelte pasient. Det legges økt vekt på gruppebehandling og mindre individbaserte behandlingsopplegg.

I tillegg til de tradisjonelle medisinske og psykologiske tilnærminger, er det et økende fokus på holistisk medisin – KPM. De kognitive teknikker benyttes mer i behandlingen, samtidig som det stadig skjer en utvikling av bedre og nye behandlingsmetoder innenfor biologisk psykiatri.

### **3.5 Forskyvninger mellom behandlingsnivåer**

På grunn av Opptappingsplanen har de øremerkede midlene til psykisk helsevern økt både i kommuner, DPS/BUP og sykehusavdelinger. Mange kommuner har opprettet psykiatriteam og noen har etablert døgnkontinuerlig tilbud, dagsenter og botilbud.

Større nærhet, økt kapasitet og tilgjengelighet har gitt flere mulighet til å få behandling. Dette gjelder for alle typer lidelser hvor det ikke er behov for tvangsbehandling. Mennesker med krisereaksjoner, lettere grad av angst/depresjonstilstander og alvorlige og langvarige psykiske lidelser (schizofreni/affektive lidelser) får nå i større grad enn før behandling av lokal spesialisthelsetjeneste på DPS/BUP, gjerne i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

### **3.6 Fagpersonell**

Helse Nord<sup>2</sup> skal utdanne og rekruttere nok personell til å dekke behovet. Gode og utviklende arbeidsmiljø er med på å stabilisere fagmiljøene. En av de største utfordringene for Helse Nord er å rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall personell med høy fagkompetanse, spesielt gjelder dette psykiatere og psykologspesialister<sup>3</sup>.

Norsk psykiatrisk forening<sup>4</sup> foreslår å innføre turnusplasser i psykiatri ved psykiatriske avdelinger, samt å øke antallet utdanningsstillinger innen psykiatri. Det uttrykkes at ”*dersom ikke helsedepartementet og nasjonale råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling tar hensyn til disse forhold ved at det årlige antall legehjemler i det psykiske helsevernet blir økt betydelig, er det stor fare for at opptappingsplanen ikke vil la seg gjennomføre som planlagt*”.

Det er mangel på psykoterapiveiledere. Utdanningskandidater i psykiatri må ha minst to års psykoterapiveiledning av godkjent psykoterapiveileder. Det er vedtatt å forlenge dette til tre år av psykiaterutdanningen for kandidater som søker spesialiteten fra 1.1.2008. Helse Nord har til nå i stor grad vært nødt til å kjøpe utdanningstilbudene utenfor regionen.

## **4 TILTAK 2005 - 2015**

Psykisk helsevern i Helse Nord RHF skal bygge på nærhet, kontinuitet, tilgjengelighet og kvalitet. Befolkningen skal ha likeverdig tilbud uavhengig av bosted, med høy faglig standard tilpasset behovet.

### **4.1 Organisering og ledelse**

Ledelsesfokus må styrkes innen psykisk helsevern. Fagområdet må settes på dagsorden når utviklingen av helsetjenestene generelt skal drøftes. Dette vil gi positive konsekvenser for organisasjonen som helhet, fordi oppmerksomheten blir rettet mot viktige satsningsområder som rekruttering, stabilisering, fagutvikling og forskning. Det er tyngre å påvirke samhandling mellom de to sykehusavdelingene og mellom sykehusavdelinger/DPS når aktørene er forankret i ulike helseforetak.

#### **4.1.1 Organisering av tilbudene i spesialisthelsetjenesten**

Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er organisert i to nivå – DPS/BUP og psykiatriske sykehus. DPS og BUP skal være to faglig selvstendige enheter som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. DPS-ene skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Barne- og ungdomspsykiatriske tjenester vil i hovedsak bestå av poliklinisk virksomhet på dette nivået<sup>5</sup>.

De psykiatriske sykehusavdelingene skal gi behandlingstilbud til mennesker som har behov for tjenester som krever mer bemanning og/eller kompetanse som det ikke er rimelig å forvente ved DPS. Nærmere avklaring av disse funksjonene, se pkt. 4.5 og 4.6.

Størrelse på et opptaksområde må besluttes ut fra en avveining av flere forhold. Behovet for å ha et stort nok fagmiljø med tilstrekkelig bredde i kompetanse og liten sårbarhet ved fravær, tilsier en viss minimumsstørrelse. Det samme gjør behovet for et stort nok pasientgrunnlag til å få tilstrekkelig erfaring med å behandle de vanligste psykiske lidelsene. Erfaringer hittil tilsier at det mest hensiktsmessige er at opptaksområdene for et DPS er en befolkning på 30-60 000 og helst ikke mer enn 6-8 kommuner<sup>6</sup>. Dagens struktur er et resultat av at tilbudene er bygd opp rundt tidligere psykiatriske sykehjem, hensynet til nærhet for brukerne og geografiske forhold.

DPS/BUP er ulikt utbygd i regionen både når det gjelder tjenestetilbud, kapasitet og kompetanse. Mangelen på spesialistkompetanse gjør at flere DPS ikke vil kunne gi tilbud om 24 timers åpningstid og mulighet for ø-hjelp utenfor kontortid. For å ivareta at pasientene skal få et likt tilbud uavhengig av bosted, vil det bli nødvendig å tilpasse tilbudene til de faktiske ressursene. Dette kan innebære en annen samordning og fordeling av funksjoner mellom DPS-ene. Det kan f.eks. være aktuelt å slå sammen flere DPS. Det vil gi grunnlag for større og mer slagkraftige enheter, med differensiert kompetanse spredt på flere forskjellige tjenestesteder innen hvert DPS-område. Ett DPS kan f.eks. gi et samlet poliklinisk, dag- og døgntilbud til pasientene innen foretaket, mens de øvrige DPS-ene er avdelinger som dekker mer basale tjenester eller enkelttilbud som f.eks. poliklinisk virksomhet.

### **4.1.2 Ledelse**

Kartlegginger og nasjonale undersøkelser<sup>7</sup> viser behov for en mer effektiv bruk av ressursene. Det er kontinuerlig behov for rekruttering av spesialister og større fokus på kompetanse og fagutvikling. Brukerne stiller større krav – og det er større krav til brukermedvirkning. Det er behov for helhetlige tjenestetilbud og samarbeid med primærhelsetjenesten. Gode virksomhetsdata er en forutsetning for forbedring av tjenesten. Det fordrer en ledelse som tilrettelegger for drøftinger av mål og resultater. Alle disse utfordringene krever tydelighet i ansvars- og ledelsesstrukturen. Styrking av psykisk helsevern som fagområde, forutsetter en styrking og utvikling av ledelsen på flere nivå.

Foruten det strategiske ledelsesansvaret som må tillegges det overordnede nivå, kan ledelse deles inn i tre områder: faglig ledelse, personalledelse og administrativ ledelse. Disse tre områder skal ivareta en rekke viktige lederutfordringer. Eksempler på dette er:

- å bygge opp og koordinere behandlingstilbud ved de ulike enheter som samlet skal stå i forhold til befolkningenes behov for tjenester.
- å spre faglig entusiasme og interesse for videreutvikling og kompetansebygging kombinert med effektivitet og rett prioritering av oppgaver.
- å bygge opp og lede DPS som klarer å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere.
- å få til holdningsendringer som kan gi reell brukermedvirkning og tilfredsstillende samarbeid med pårørende.
- å bygge opp gode samarbeidsrelasjoner til de øvrige tjenestene.

### **4.1.3 Samlokalisering og samarbeid**

Samlokalisering og tettere samarbeid er en klar målsetting. Brukerne skal kunne motta tilbudet på ett sted. Psykisk helsevern, spesielt det allmenne ambulante og polikliniske tilbudet for barn og ungdom må samordnes med og ha samme opptaksområde som tilsvarende tilbud ved DPS-ene for voksne.

### **4.1.4 Vurdere mulig etablering av eget rus/psykisk helsevern foretak**

Helseforetaksstrukturen i Helse Nord RHF ble vedtatt i styresak 16-2001. I utredningen het det at flere av sykehusene hadde uttrykt ønske om psykisk helsevern som eget foretak, men at argumentasjonen for å samle psykisk helse og somatikk i samme foretak måtte veie tyngst. Samtidig måtte ikke den vedtatte strukturen oppfattes som ”*endelig og uforanderlig*”. Den måtte underlegges kontinuerlig vurdering med hensyn til hensiktsmessighet og funksjon.

Erfaringene etter tre år med nåværende organisering er at psykisk helsevern ikke har fått den oppmerksomhet og styrking som forutsatt i opptrappingsplan og styrings/bestillerdokumenter. Da RHF-ene overtok ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2004 signaliserte eier klart at fagområdet skulle gis prioritering, sammen med psykisk helsevern.

Helseforetakenes utfordringer ved omstrukturering, effektivisering og innsparinger i den somatiske spesialisthelsetjenesten har nok gått på bekostning av det psykiske helsevernet. Denne delen av spesialisthelsetjenesten har derfor ikke fått tilstrekkelig fokus. Selv om ikke ny organisering nødvendigvis gir et bedre resultat, kan en fremtidig etablering av rus- og psykisk helsevern i et eget foretak være en mulig løsning.

***Fordelene ved å etablere eget rus/psykisk helsevernforetak i Helse Nord RHF er:***

- Det blir i seg selv en sterk enhet med budsjett på ca. 1,3 mrd, og ca. 2100 årsverk.
- Psykisk helsevern og rus vil bli økonomisk selvstendig. Somatikk, rus og psykisk helsevern har ulike finansieringsformer.
- Sikrer skjerming av de prioriterte områdene.
- En unngår konkurranse mellom de ulike enheter innen fagområdet med hensyn til økonomiske ressurser og fagpersonell. Mulig å etablere felles ordninger for rekruttering og stabilisering.
- Stimulerer til samarbeid og ressursdisponering til beste for pasientene, og som med fordel kan være på tvers av dagens foretaksgrensener.
- Stimulerer til utvikling av kliniske nettverk mellom enhetene i foretaket.
- Ivaretagelse av fagfeltet rus og psykisk helse i ett foretak vil gi bedre utvikling av felles metode, rapporteringssystemer, kvalitetssystem, rekruttering, forskning og fagutvikling.

***Ulempene ved å etablere eget rus/psykisk helsevernforetak i Helse Nord RHF er:***

- Gapet mellom somatikk på den ene siden og psykisk helse og rus på den andre, kan bli større.
- Psykisk helsevern og rus kan bli sett som en særtjeneste.
- Samordning mellom somatikk, psykisk helse og rus, samt helhetlig tilnærming kan svekkes.
- I noen deler av regionen kan det bli et kunstig skille, for eksempel bør samling av psykisk helsevern og somatikk ved UNN fortsette.
- Prosessen med integrering av somatikk, psykisk helsevern og rus i UNN og NLSH kan reverseres.

**Følgende tiltak foreslås – organisasjon og ledelse:**

- Differensiering av DPS ut fra den faktiske ressursituasjonen, særlig personell.
- Ledernivået må styrkes og utvikles, der lederne bør delta i lederutviklingsprogram.
- Avdelinger/DPS/BUP bør ledes av fagpersoner med spesialistkompetanse med administrative støttefunksjoner.
- BUP/VOP i DPS-ene bør ha felles administrativ ledelse.
- BUP og VOP skal ha samme opptaksområde.
- Vurdere mulig fremtidig etablering av rus/psykisk helsevern som eget foretak.

## **4.2 Brukermedvirkning**

Brukerne skal medvirke systematisk i planlegging og utvikling av det psykiske helsevernet med utgangspunkt i sine erfaringer. Dette innebærer også at tjenestene må åpne for at brukerens egne bidrag skal få reell innflytelse og innvirkning.

Tverrfaglighet er først fullt utbygd når det også omfatter brukerperspektivet. Medarbeidere med brukerbakgrunn kan ofte bedre sette seg i brukernes sted og dermed bidra med verdifull kunnskap. De kan bidra til å gi brukerne håp, fungere som positive rollemodeller og snakke

med brukerne om deres situasjon på en annen måte enn medarbeidere uten egenerfaring. Se for øvrig vedlegg (*Innspill til handlingsplan psykisk helsevern 2004-2010*).

**Følgende tiltak foreslås - brukermedvirkning:**

- Utarbeide regional plan for brukermedvirkning.
- Etablere brukerutvalg for psykisk helsevern på HF-nivå med minst 2 representanter fra hver brukerorganisasjon og representanter fra kommunene.
- Prøve ut en ordning med å utdanne og ansette medarbeidere med brukerbakgrunn.
- Styrke brukerorganisasjonene økonomisk.
- Bidra til styrking av brukerstyrte tiltak.

### 4.3 Samhandling

De helsepolitiske målene om bedre og mer sammenhengende tjenester og brukerorientert behandling nært der folk bor, kan bare nås gjennom et sterkt fokus på samhandling på og mellom nivåer. Effektive og varige samhandlingstiltak forutsetter at samarbeidspartnere setter inn nødvendige ressurser for å opprette og vedlikeholde samarbeidet. I tillegg til de overordnede strategier for samhandling og desentralisering, må det legges vekt på tiltak som fremmer samhandlingen mellom psykisk helsevern, rus og somatikk, og mellom psykisk helsevern og kommunene.

Spesielt når det gjelder samarbeid med kommunene, må det legges vekt på å registrere behov og bruk av tjenester, som ledd i å prioritere oppgaver, synliggjøre tjenestetilbudet og forvalte ressurser. Heri ligger også ansvaret for å bidra til økt kompetanse i psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten. De DPS som har fag- og utviklingskonsulenter har god erfaring for samarbeid med kommunene og fagutviklingsavdelingene omkring fagutvikling og kompetanseoppbygging. Denne modellen bør derfor videreutvikles, jf. pkt. 4.10.

**Følgende tiltak foreslås - samhandling:**

- Telepsykiatri som alternativ kommunikasjonsform skal tas aktivt i bruk og videreutvikles.
- Utvikling av CL-psykiatri mellom DPS/BUP og somatiske sykehus.
- Bidra til økt kompetanse i kommunehelsetjenesten gjennom felles utdanningsprogram etter modell av SEPREP.
- I samarbeid med kommunehelsetjenesten bør DPS og fagutviklingsavdelingene i Bodø og Tromsø igangsette opplæringsprogram innen utvalgte områder for den kommunale helsetjenesten.
- Styrking av mobile innsatsmidler i forhold til utskrivninger/etablering av kommunale tilbud.
- Sikre at legevaktstjenesten i sykehusavdelinger har god tilgjengelighet for DPS og primærhelsetjenesten.

## 4.4 Forebygging

Spesialisthelsetjenestens viktigste oppgaver innen forebygging er det sekundærforebyggende arbeidet, eksempelvis i form av opplæring (Lærings- og mestringsentra), og livstilsintervensjon i individuelle planer. I tillegg kommer systematisk arbeid for å begrense omfang, komplikasjoner og langtidskonsekvenser av skade og sykdom.

Barn og unge med atferdsproblemer representerer en stor utfordring for foreldre, lærere og andre hjelpeinstanser. Kravene til å finne effektive og gode metoder som i større grad kan bidra til å forebygge og behandle atferdsproblemer har økt de senere årene. En videre implementering av atferdsprogrammene for denne pasientgruppen skal derfor styrkes.

66 % av barn av foreldre med psykiske problemer får en eller annen type psykiske problem og 33 % får periodiske problemer<sup>8</sup>. Barn og unge med psykisk syke foreldre trenger kunnskaper om symptomer og psykiske lidelser. Å styrke deres selvfølelse og kjennskap om egne følelser, behov og rettigheter, vil være med å forebygge at de selv utvikler psykiske problem.

Helsesøstertjenesten benyttes i stadig større grad av ungdom, og tilbakemeldingene er at mange ungdommer har behov for psykologisk rådgivning. Å lære ungdom hjelpestøttende atferd og styrke deres mestringsstrategier, vil være helsefremmede og forebyggende arbeid.

Når det gjelder forebygging og behandling av pasienter som opplever vold og traumatisk stress vil etableringen av et regionalt ressurscenter for vold og traumatisk stress kunne bidra til å samle og utnytte den samlede kompetansen på flere aktuelle områder. Det er blant annet behov for et tilbud om alternativ til vold i familien (ATV) i regionen.

### **Følgende tiltak foreslås - forebygging:**

- Videreutvikle implementeringen av adferdsprogrammene Webster-Stratton, PMT og MST team for de ulike aldersgrupper.
- Bruker- og pårørendekoordinatorer tilsettes ved fagutviklingsavdelingene med ansvar for tilbud opplæringstilbud innen psykisk helsevern i samarbeid med LMS.
- I samarbeid med LMS etablere psykoedukative grupper for barn og unge med foreldre med psykiske lidelser.
- Etablere samarbeid med helsesøstertjenesten for å styrke psykologisk rådgivning på helsestasjon for ungdom.
- I forbindelse med etableringen av regionalt ressurscenter for traumatisk stress bør en utrede behovet for tilbud til alternativ til vold i familien.

## 4.5 Tilbud til barn og unge

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) skal ivareta hovedtyngden av allmenne tjenester innen psykisk helse for barn og unge, og ha kompetanse til å utrede og behandle barn og unge med de vanligste psykiatriske lidelsene. Atferdsvansker, hyperaktivitet, tristhet og depresjon utgjør de hyppigste årsakene til henvisning til BUP. Helse Nord må sørge for tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på utredning og diagnostisering på disse områdene. BUP skal samarbeide med kommunene og gi tilbud om veiledning, oppfølging og

kompetansebygging. I tillegg er det behov for å styrke kompetanseenehetene for utviklingsforstyrrelser, slik at de har nødvendig kapasitet til å bistå lokale poliklinikker.

I enkelte opptaksområder er imidlertid ressursene ulikt fordelt i forhold til antall barn. Dette gir kapasitetsproblemer i forhold til å gi barn og unge et adekvat behandlingstilbud. Helse Finnmark har f.eks. dobbelt så mange årsverk pr. 10 000 innbygger 0-17 år, som det UNN har. Økning i antall nyhenvisninger og lange ventetider gjør det nødvendig å opprette nye fagstillinger i områder med svak dekning. Bemanningen bør være 1 fagstilling pr. 600 innbygger under 18 år<sup>9</sup> eller 16 årsverk pr. 10 000 innbygger.

Sykehusavdelingene skal gi tilbud til barn og unge som har behov for tjenester som innebærer personellantall og/eller kompetanse som det ikke er rimelig å forvente ved BUP. Fra 2005 vil UPA i Tromsø ha 10 akutt plasser for barn og unge. Dette er intermediær plasser som er oppgradert til akutt plasser. Det betyr at barne- og ungdomsklinikken fortsatt mangler et intermediært tilbud til barn og unge. Slik styrking krever bygningsmessige investeringer.

Ledelsen i Helse Nord og Barne-, ungdoms- og familieetaten region Nord (Bufetat) vil styrke samarbeidet mellom de enkelte driftsenheter i statens barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien / rusomsorgen. Intensjonsavtale om samarbeid er inngått på regionalt nivå. Det er et mål at helseforetakene ved sine enheter sammen med Bufetat sine avdelinger/team videreutvikler samarbeid omkring felles pasienter og felles faglige problemstillinger.

**Følgende tiltak foreslås – tilbud til barn og unge:**

- Etablere intermediæravdeling med inntil 7 plasser i Tromsø.
- Nybygg BPA i Tromsø. Ferdigstillelse 2007.
- Etablere poliklinisk familietilbud ved BUK i Tromsø
- Etablere kompetanseenheter i Tromsø og Bodø for barn og unge med utviklingsforstyrrelser. Enhetene bygges ut fra eksisterende fagmiljø til å omfatte 13 fagstillinger ved hver enhet, tverrfaglig sammensatt. Enheten skal være poliklinisk og kunne disponere leilighet for opphold for barn og unge med foreldre under utredning og behandling.
- Alle BUP skal ha en stillingsressurs øremerket rus/psykisk helsevern. Ved større poliklinikker og i byområder anbefales minst 3 stillingsressurser.
- Utbygging skole på Mellomåsen, BUPA i Bodø. Ferdigstillelse 2007
- Utvikle tilrettelagt døgntilbud for ungdom ved DPS-ene. Dette må være et samarbeid mellom BUP og VOP.
- Utjevne ulikheter i fordeling av ressurser (bl.a. stillingsressurser) mellom barne- og ungdomspsykiatriske tjenester for å sikre likeverdige tilbud uavhengig av bosted. I alt 19 fagstillinger opprettes.
- Videreutvikle og operasjonalisere et forpliktende samarbeid med Bufetat.

#### **4.6 Tilbud til voksne**

DPS-ene skal ivareta hovedtyngden av allmenne tjenester innen psykisk helse for voksne, og ha kompetanse til å utrede og behandle mennesker med de vanligste psykiske lidelsene. DPS-

ene skal være et lavterskeltilbud som skal gi tilbud om ø-hjelp med sikte på å hindre innleggelse i sykehus. Utvikling og organisering av de ulike tilbudene må tilpasses faktisk ressursituasjon, jf. pkt. 4.1.2 foran. DPS-ene skal samarbeide med kommunene og gi tilbud om veiledning, oppfølging og kompetansebygging.

De psykiatriske sykehusavdelingene skal særlig gi behandlingstilbud til mennesker som har behov for tjenester som krever høyere bemanning og/eller kompetanse som det ikke er rimelig å forvente ved DPS. Disse sykehusfunksjonene er:

- Akuttfunksjon med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp-vurdering og øyeblikkelig hjelp.
- Oppfølgende behandling i døgnavdeling, særlig for pasienter innlagt uten eget samtykke, eventuelt i lukket avdeling over lengre tid for pasienter som har utagerende og voldelig atferd og en alvorlig psykisk lidelse.
- Behandling i sikkerhetsavdeling.
- Spesielle avdelinger og team som f.eks. alderpsykiatrisk poliklinikk/avdeling, familieavdelinger, rus/psykiatri poster/team og avdelinger for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, samt spesialiserte allmennpsykiatriske avdelinger.

De spesialiserte sykehusavdelingene skal ivareta utredning for schizofreni/psykoser, alderspsykiatriske utredninger, rehabiliteringsavdelinger, spesialiserte allmennpsykiatriske avdelinger og langtidsavdelinger for pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er så vanskelig eller ressurskrevende å behandle at det ikke kan gjøres ved DPS.

Antall sykehusplasser er lavere i Helse Nord enn landet for øvrig. Landsgjennomsnittet er 0,63 sykehusplass pr. 1000 innbygger, mens i Helse Nord er det 0,49. Både i Tromsø og i Bodø er det for liten akuttpsykiatrisk kapasitet. I tillegg har DPS-ene ikke tilstrekkelig spesialistkompetanse til å gi døgnkontinuerlig ø-hjelpstilbud. Dette medfører både overbelegg på akuttpostene og økt press på allmennpsykiatriske avdelinger. En styrking av subakutttilbudene er derfor nødvendig.

#### **Følgende tiltak foreslås – tilbud til voksne:**

- Ambulant tjenester (akutt-team, psykoseteam, rehab-team osv.) etableres i DPS tilpasset faktisk ressursituasjon og geografi.
- Dagbehandlingstilbud etableres i DPS tilpasset faktisk ressursituasjon og geografi.
- Øke antall akutt-plasser i sykehus med 10 i henholdsvis Bodø og Tromsø.
- Etablere inntil 4 ø-hjelpssenger ved sykehusene i Hammerfest, DPS Vest-Finnmark, og i Kirkenes, DPS Øst-Finnmark.
- Utjevne ulikheter i fordeling av ressurser (bl.a. stillingsressurser) mellom voksenpsykiatriske tjenester for å sikre likt tilbud uavhengig av bosted.
- Arbeide videre for redusert bruk av tvang.

## **4.7 Tilbud til den samiske befolkningen**

Språk og ulike kulturuttrykk er viktige deler av et menneskes identitet. Språk er også en viktig del av behandlingen som kommunikasjonsmiddel mellom behandler og pasient, og kanskje

særlig viktig innen psykiatrisk behandling. Kompetanse innen samisk språk og kultur vil derfor være av største betydning innen psykisk helsevern.

Gjennom opptrappingsplanen har Helse Finnmark fått ansvar for å etablere Nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkning (SANKS). Senteret er etablert med utgangspunkt i etablert tilbud og kompetanse knyttet til samiske brukere ved BUP i Karasjok og DPS i Lakselv. I full drift skal senteret ivareta veiledning og undervisning overfor kommuner og spesialisthelsetjenesten, tilrettelegge hospiteringsopphold, praksisplasser og spesialistutdanning samt drive forskning og utviklingsarbeid og noe klinisk arbeid.

**Følgende tiltak foreslås – tilbud til den samiske befolkningen:**

- Gjennomføring av Nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkningen (SANKS).
- Kompetanseutvikling i samisk språk og i flerkulturell forståelse innarbeides i kompetanseutviklingsplanene ved DPS-ene som har samisk bosetting i sitt opptaksområde.
- Utdanne og rekruttere samisktalende personell.
- Styrke forskningsvirksomheten.
- Følge opp kartlegging av tilbud og kompetanse for samiske brukere i regionen.

#### **4.8 Tilbud rettet mot spesielle grupper**

For å møte utfordringene knyttet til endringer i pasientgrunnlag og sykkelighet, jf. pkt 4.3 er det nødvendig å styrke tilbudet til bestemte grupper. Noen av disse vil kunne få tilbud på DPS-nivå, mens andre krever en type kompetanse som nødvendiggjør sykehusbehandling.

Rus-/psykiatripostene som er etablert i regi av Opptrappingsplanen skal være et spesialisert tilbud for utredning og kartlegging. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusmiddelmissbruk (dobbeltdiagnosepasienter) skal gis tilbud på DPS. Behandlingen bør være integrert hvor både rus og psykisk lidelse ses som primær lidelse. Denne type kompetanse må derfor bygges opp i DPS-ene. Erfaringer med ambulante team som samarbeider nært med kommunal helse- og sosialtjeneste er gode.

Det kreves spesiell kompetanse og erfaring for å diagnostisere psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede, og for å legge opp spesialisert behandling. Utredningskapasiteten må styrkes og organiseringen vurderes med hensyn til bedre dimensjonering av tjenestetilbudet i forhold til pasientgruppens behov.

Det eneste spesielt tilpassede tilbudet til døve med psykiske lidelser i dag er Døveavsnittet ved Aker sykehus (Gaustad). De regionale helseforetak er tillagt et helhetlig ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste i regionen, på lik linje med andre nødvendige behandlingstilbud innen DPS. Dette tilsier behov for å etablere en regional kompetanse som kan bistå allmennpsykiatriske tjenester.

Etablering av alderspsykiatriske team på DPS-nivå har vist gode resultat, og bør videreutvikles.

**Følgende tiltak foreslås – tilbud til spesielle grupper:**

- Tilbudet til psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser ved Psykiatrisk innsatsteam på Vensmoen, styrkes med 3 fagstillinger.
- Styrke nevropsykologisk tjeneste med minst 10 nevropsykologstillinger totalt i regionen.
- Harmonisering av dimensjoneringen av tilbudet til psykisk utviklingshemmede.
- Tilbudet til døve mennesker med psykiske lidelser styrkes gjennom etablering av regional ambulans kompetanse. Videre utredning og lokalisering bør skje i samarbeid med nasjonalt kompetansesenter.
- Etablere kompetansesenter innen habilitering, lagt til Bodø. Bemanningen må minst utgjøre 4 stillinger.
- Et forpliktende samarbeid mellom habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, DPS, BUP og sykehusavdelinger må etableres innen utgangen av 2006.
- Rusrelatert kompetanse, spesielt rettet mot dobbeltdiagnoseproblematikk skal etableres ved hvert DPS/BUP, enten som egne rusteam, eller som øremerkede stillinger for rus, jf. Rusplanen.
- Styrke det alderspsykiatriske tilbudet på DPS-nivå.

#### **4.9 Utdanning og rekruttering**

Gjennom de regionale utdanningsprosjektene for BUP og VOP er det siden 1995 utdannet 16 spesialister i voksenpsykiatri og 4 i barne- og ungdomspsykiatri. BUP-prosjektet sluttføres i 2005 og VOP-prosjektet i 2006. De positive erfaringene og resultatene, sammen med lang utdanningstid og behovet for å sikre tilveksten, tilsier at denne formen for desentraliserte utdanninger bør videreføres som permanent tiltak, og økes betraktelig med hensyn til volum. Tilsvarende tiltak bør iverksettes for å sikre tilgang på psykologspesialister.

Utdanning innen barne- og ungdomspsykiatri forutsetter barnepsykiatriske avdelinger som fungerer som reelle og gode utdanningsinstitusjoner. Det må derfor tilstrebtes at samtlige klinikkavdelinger får nødvendig godkjenning etter hvert som spesialistbemanningen kommer på plass.

Evalueringen av den første desentraliserte spesialistutdanningen i psykiatri pekte på at manglende forankring i ledelsen hemmet gjennomføringen. Uten en ledelse som aktivt legger til rette for å sikre nødvendig kompetanse, vil målene for slike tiltak ikke kunne nås.

Det er for liten kontakt mellom de instanser som har ansvar for ulike deler av utdanningene, slik at disse ikke alltid fremstår koordinerte og samkjørte med hensyn til faglig innhold og grad av dybde og bredde i de forskjellige faser av utdanningsforløpene. Det er heller ikke formelle samarbeidsstrukturer/organer eller møtepunkt mellom de høyskoler som har ansvar for videreutdanning i psykisk helsearbeid og de som har ansvaret for etterutdanninger i spesialisthelsetjenesten.

Økonomisk incitament brukes aktivt i andre sektorer for å dekke opp kritisk personellmangel. Det er uenighet om bruk av 20 % driftshjemler, men det er klart dette kan ha positive kombinasjonseffekter ved både å bedre rekrutteringen og beholde personell, samt øke den totale tjenesteproduksjonen. Det foreslås derfor å tilby psykiatere og psykologer i Helse Nord som har minst 80 % sykehus- eller DPS-stilling, en 20 % avtalehjemmel. Dette bør kombineres med styring av hvilke tjenester/pasientgrupper som får tilbud i avtalehjemlene, og mer aktiv oppfølging av ”produksjonsdataene”. Andre alternative tiltak vil i en overgangsperiode være å etablere sentrale spesialist-pooler ved sykehusavdelingene i Tromsø og Bodø. Disse kan ha delt stilling mellom sykehus/DPS for å sikre spesialister i distriktene inntil tilstrekkelig antall psykiatere er utdannet/rekruttert.

**Følgende tiltak foreslås – utdanning og rekruttering:**

- Legerekrutteringsprosjektene i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri videreføres som permanent tiltak og skal omfatte hele landsdelen. Antall kandidater i prosjektene utvides til 30.
- Rekrutteringsprosjekt for psykologspesialister skal iverksettes innen 2007.
- Lønnsøkning til nøkkelpersonell.
- Insitamentsystem for stabilisering av nøkkelpersonell.
- Det gis mulighet for studie- og forskningspermisjon samt hospiteringsordninger med lønn for det øvrige personale.
- Økt lønn for relevant videreutdanning.
- Tilstrekkelig antall psykoterapiveiledere må utdannes.
- Ferdige spesialister innen alle faggrupper skal ha nødvendig etterutdanning og faglig utvikling.
- Medarbeidertilfredshetsundersøkelser skal gjennomføres hvert år.
- Utvikle opplæringsnettverk i et samarbeid mellom enheter med ansvar for videre-/spesialist- og etterutdanning.
- Psykiatere og psykologer i sykehus/DPS-stillinger tilbys 20 % driftstilskudd
- Turnustjeneste for leger i psykiatri ved NLSH, UNN og andre HF.
- Målrettet rekruttering av medisinerstudenter ved UiTø.

#### **4.10 Kompetansebygging, forskning og fagutvikling**

Det eksisterende fagutviklingsarbeidet er for fragmentert og for lite systematisk. Vi har ingen samlet oversikt i regionen over innholdet i behandlingstilbudene, hvordan de ulike oppgavene vektlegges og hvilke oppgaver som ivaretas på hvilket nivå. Vi har oversikt over ulike personellgrupper, men vi har liten kunnskap om deres realkompetanse, basert på grunn-, videre- og /etterutdanning, samt akkumulert erfaring. Ved å styrke kontakten mellom fag- og utviklingskonsulentene ved DPS-ene og fagutviklingsavdelingene på sykehusnivå, vil en kunne få til en mer samordnet og styrket utvikling av fag- og forskningsarbeidet, samt kompetanseoppbygging.

Det må på alle nivå legges til rette for kontinuerlig kompetansebygging, forskning og fagutvikling. Kontakt med etablerte miljø må utvikles og nye må kunne etableres. For barne-

og ungdomspsykiatrien er Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri UiTø (RBUP) et slikt kraftsenter. Regionsentrenes oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, veiledning og undervisning i samarbeid med de kliniske miljøene. Styrking av samarbeidet er viktig, samtidig som det er viktig med en avklaring av roller og oppgaver mellom RBUP og kliniske miljø.

**Følgende tiltak foreslås – kompetansebygging, forskning og fagutvikling:**

- Tilse at nasjonale handlingsprogrammer/kliniske retningslinjer i større grad følges.
- Fagutviklingsavdelingene i Bodø og Tromsø skal ha en sentral rolle knyttet til kompetansebygging, fagutvikling og forskning, og skal også gi tilbud til DPS.
- Fagutviklingsavdelingene i Bodø og Tromsø styrkes med inntil 2 stillingsressurser hver for å ivareta koordineringsansvaret i regionen.
- Fagutviklingsavdelingene i Bodø og Tromsø gis ansvar for å etablere fagråd, arrangere seminarer og fagledersamlinger.
- Det skal være Fag- og utviklingskonsulent ved hvert DPS, og disse bør inngå i et fagnettverk sammen med fagutviklingsavdelingen. Regionen bør også søke samarbeid med andre regioner med sikte på å etablere et nasjonalt nettverk.
- Fagutviklingsavdelingene gis ansvar for i samarbeid med sykehusavdelinger og DPS
  - å etablere utdanningstilbud med sikte på økt kunnskap om innhenting av resultat fra behandlingsforskning og systematisk kvalitets- og relevansvurdering av behandlingsstudier.
  - igangsette systematiske opplæringsprogrammer for utredning/diagnostikk.
- Utarbeidelse av kompetanseutviklingsplaner på hvert DPS basert på de oppgaver som hver enkelt medarbeider og enheten skal utføre.
- Målrettet kompetanseheving gjennom at det opprettes stipendordning for helsepersonell som vil ta videreutdanning på høgskolenivå.
- Kursfond opprettes ved fagutviklingsavdelingene i Bodø og Tromsø, og skal være øremerket videreutdanning innen psykisk helsearbeid.
- Opprette FOU nettverk i foretaksgruppen.
- Styrke den akademiske kompetanse i helseforetakene.
- Øke budsjett til forskning med 50 % fra 2005-nivå.
- Legge til rette for at medarbeidere skal kunne forske ved at støttefunksjoner og incentiver for forskning systematiseres.
- Videreutvikle samarbeid med RBUP, og avklare roller og oppgaver i forhold til kompetanseoppbygging, forskning og fagutvikling.
- Videreføre NNPF og Forskningsutvalget for psykiatri som regionalt strategisk organ for Helse Nord RHF og Universitetssamarbeidet.
- Initiere forskningsbasert evaluering av DPS-ene i Lofoten og Vesterålen.
- Strategisk bruk av forskningsmidler til prosjekter etter søknad.
- Bruker- og pårørendemedvirkning i forhold til forskning skal sikres ved at brukere skal ha reell innflytelse på hva slags klinisk forskning som skal prioriteres.
- Nyttiggjøre brukerkompetansen i forskning og fagutvikling.
- Stillingsressurs øremerkes til forsknings- og utviklingsarbeid innen barne- og ungdomspsykiatri.
- Faglige revisjoner gjennomføres hvert år i minst to DPS/BUP.
- Etablere fagnettverk innen rus/psykisk helse – gjerne i samarbeid med Rusforum Nordland

## 4.11 Private aktører

De privatpraktiserende spesialistene utgjør et viktig supplement til tilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid lite kontakt mellom private aktører og DPS/sykehusavdelinger både omkring pasientbehandling og utdanning. Utlysning av nye hjemler for privatpraktiserende spesialister eller utvidelse av eksisterende hjemler, må ses i forhold til pasientbehov og geografisk plassering.

### **Følgende tiltak foreslås – private aktører:**

- Utvide antall avtaler med private spesialister, med muligheter for prosentvise stillinger.
- DPS-områder med svak dekning av private spesialister må prioriteres ved tildeling av hjemler.
- Nye avtaler skal sikre et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de private aktørene både i forhold til pasientbehandling, opplæring og veiledning av helsepersonell.
- Private aktører skal inviteres til deltakelse i faglig utvikling av tjenesten.
- Bedre oppfølging av ”produksjonsdata” for å sikre at de private aktørene gir komplementære bidrag.

## 5 Oppfølging av planen

I Bestillerdokument 2005 er psykisk helsevern et prioritert område. Helse Nord RHF skal sørge for at fagområdet som helhet øker prosentvis mer enn somatikk. Tiltaksplanen må sikres en nøye og fortløpende oppfølging. Det opprettes derfor prosjektstilling for planperioden 2006-2015. Stillingen skal organisatorisk rapportere til Helse Nord RHF, men kan lokaliseres i et fagmiljø.

Det er i tiltaksplanen, jf. pkt. 4.10. foreslått opprettet fagråd for psykisk helse. Dette vil sammen med regionalt brukerutvalg, fungere som referansegruppe for prosjektleder. På delområder vil det være aktuelt å opprette arbeidsgrupper/ prosjektgrupper.

Prosjektleder skal ha ansvar for at tiltaksplanen fortløpende følges opp. Dette vil gjelde både i forhold til de tiltakene som er skissert, men også i forhold til nye forhold og saker som aktualiseres underveis. Prosjektleder skal bistå i å fremskaffe det faglige fundamentet for overordnede prioriteringer og tiltak overfor styret og administrasjonen i Helse Nord RHF.

Oppfølging av tiltaksplanen må også sees i sammenheng med de vedtatte handlingsplanene for geriatri, rehabilitering og rus.

## 5.1 Evaluering/læring

På samme måte som det er viktig å sørge for oppfølging av planen, vil evaluering av planen være nødvendig i forhold til måloppnåelse og behov for justeringer underveis i planperioden. Det forelås derfor at planen har en første evaluering innen utgangen av 2008.

## 6 Økonomi

Foreliggende planutkast konkretiserer tiltakene med antall plasser og ressurser, herunder nye stillinger. Tiltakene er periodisert og fordelt på HF/institusjoner. Gjennomføring av planene krever fysiske ressurser i form av bygningsløsninger og utstyr. I begrenset grad gjelder dette nybygg, men ombygging og modernisering for å etablere hensiktsmessige pasienttilbud. Investeringsplanen stipulerer behovet for areal og investeringsmidler for å kunne tilby tilfredsstillende sengeløsninger, service- og behandlerfunksjoner samt kontorløsninger for realisering av planen. Tiltakene settes i verk i prioritert rekkefølge etter hvert som økonomien gir rom for det.

I beregningene er lagt til grunn noen beregningstekniske forutsetninger for å komme fram til investeringsbehov som konsekvens av planen. I vurderingen av kostnadsnivå er tatt hensyn til at ombygging kan kreve flytting av enheter med tilknyttet merkostnad. En rekke av de foreslåtte nye stillingene er behandlerpersonale og administrativ/leder funksjoner som krever eget kontor.

- Dag-/døgnplasser spesielt tilpasset målgruppe inkl. nødvendig areal til servicefunksjoner
  - 20 kvm. netto (36 kvm. brutto) per plass à kr. 25 000 per kvm brutto (ombygging)
- Nye stillinger med behov for eget kontor
  - 10 kvm. netto (15 kvm. brutto) per stilling à kr. 15 000 per kvm brutto (ombygging)
- Brutto/netto-faktor anslås til 1,5 for kontor og 1,8 for dag-/døgnplass.

Oppsettet i tabell 1-3 er basert på de foreslåtte tiltak. Av tiltaksplanens foreslåtte omlag 270 stillinger, er 150 stillinger behandlerpersonell eller administrativt personell som trenger eget kontor. Gjennomføring av tiltaksplanens forslag inkluderer et investeringsbehov på ca. 116 mill. kroner over fem år som tilsier ca. 20 mill. kroner per år de første fem år av investeringsplanen.

### 6.1 Investeringer utover tiltaksplan

Psykisk helsevern disponerer ca. 15 % av samlet budsjett i Helse Nord. Andel av realkapitalen er noe mindre pga. mindre kostbart utstyr. Investeringsplanen bør legge inn ca. 10 % av stipulert investeringsramme på 750 mill. kroner etter 2010 for vedlikehold av realkapitalen.

### 6.2 Driftsøkonomiske konsekvenser

Driftsøkonomiske konsekvenser av investering – driftskostnader og kapitalkostnader (avskrivning 3 % og rentekostnader 2 %) påløper året etter ferdigstillelse av investeringen. For nye behandlerstillinger legges til grunn tiltaksplanens kalkulasjon av total kostnad på 0,5 mill.

kroner per stilling. Kapitalkostnad per stilling for etablering av kontor blir ca. kr. 11 250,- og forutsettes inkl. i total kostnaden.

### **6.3 Finansiering**

Finansieringsordning spesifiseres innen hovedgrupper/tiltak. Finansieringsordningene gir ikke nødvendigvis full kostnadsdekning men vil/kan dekke hoveddelen av kostnadene. Eksempelvis gis HF-ene 4 % økte basisinntekter for å dekke kapitalkostnader av investeringsprosjekter under opptrappingsplanen mens de reelle kostnader er nærmere 5 % med rentekostnader inkludert.

1. Merinntekter/mindrekostnader  
Opptrappingsplan: Forutsettes overført i basisramme + poliklinikkinntekter.
2. Omprioritering bruk av midler.
3. Økt nytte/verdi/funksjon  
Utover Opptrappingsplan: Tiltaksplan og krav til aktivitet og inntekter.
4. Tilleggsbevilgning  
Utover opptrappingsplan: Tiltaksplan og krav for gjennomføring.

I de årlige budsjetter vurderes om psykisk helsevern skal bevilges midler ved omprioritering fra somatisk virksomhet.

**Tabell 1: Oversikt over konsekvenser av full implementering av planforslaget i økning i stillinger, antall plasser psykisk helsevern i Helse Nord 2005-2015. 2005-kroner. (Beløp i mill. kroner).**

Tiltak	Antall plasser	Antall stillinger	Årlig kostnad	Ansvar for praktisk gjennomføring
<b>Organisering og ledelse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurdere mulig fremtidig etablering av eget rus/psykisk helsevern foretak.</li> <li>- Ledernivået må styrkes og utvikles, der lederne bør delta i lederutviklingsprogram</li> </ul>		5	0,5	RHF HF
<b>Brukermedvirkning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utarbeide regional plan for brukermedvirkning</li> <li>- Etablere brukerutvalg for psykisk helsevern på HF-nivå med minst 2 repr. fra hver brukerorganisasjon og repr. fra kommunene</li> <li>- Prøve ut en ordning med å utdanne og ansette medarb. med brukerbakgrunn.</li> <li>- Styrke brukerorganisasjonene økonomisk</li> <li>- Bidra til styrking av brukerstyrte tiltak.</li> </ul>		14	0,4 0,5 5,0 0,2 0,2	RHF HF HF RHF RHF
<b>Samhandling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvikling av CL-psykiatri mellom DPS/BUP og somatiske sykehus</li> <li>- Styrking av mobile innsatsmidler i forhold til utskrivninger/etablering av kommunale tilbud.</li> </ul>		5	2,5 1,0	HF HF
<b>Forebygging</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Videreutvikle implementering av Webster-Stratton, PMT og MST for de ulike aldersgrupper</li> <li>- Pårørendekoordinatorer tilsettes ved fagutviklingsavdelingene med ansvar for tilbud opplæringstilbud innen psykisk helsevern i samarbeid med LMS.</li> <li>- I samarbeid med LMS, etablere psykoedukative grupper for barn og unge med foreldre med psykiske lidelser.</li> <li>- Etablere samarbeid med helsesøstertjenesten for å styrke psykologisk rådgivning på helsestasjon for ungdom.</li> </ul>		2 5 2	1,0 2,5 1,0	HF HF HF RHF / HF
<b>Barn og unge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablere intermediaeravdeling i Tromsø</li> <li>- Etablere kompetanseenheter i Tromsø og Bodø for barn med utviklingsforstyrrelser.</li> <li>- Stillingsressurser øremerket rus / psykisk helsevern.</li> </ul>	7	23 14 13	11,5 7,0 6,5	HF HF HF RHF / HF

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utjevne ulikheter i fordeling av stillingsressurser</li> <li>- Etablere poliklinisk familietilbud ved BUP (evt. nye stillinger må utredes nærmere)</li> </ul>		19	9,5	HF
<b>Voksne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulante tjenester (akutt-team, psykoseteam, rehab-team osv) etableres i DPS, tilpasset faktisk ressursituasjon og geografi.</li> <li>- Dagbehandling etableres i DPS, tilpasset faktisk ressursituasjon</li> <li>- Etablere ø-hjelpstilbud på Hammerfest sykehus</li> <li>- Etablere ø-hjelpstilbud på Kirkenes sykehus</li> <li>- Utjevne ulikheter i fordeling av stillingsressurser i poliklinisk virksomhet</li> <li>- Øke antall akuttplasser i <ul style="list-style-type: none"> <li>* Bodø</li> <li>* Tromsø</li> </ul> </li> </ul>	4 4   10 10	6 6   25 25 25	3,0 3,0   12,5 12,5 12,5	RHF / HF RHF / HF HF HF / HF HF
<b>Den samiske befolkning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utdanne og rekruttere samisktalende personell</li> <li>- Styrke forskningsvirksomheten</li> </ul>			0,5	HF HF
<b>Spesielle grupper</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Styrke tilbudet til psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser ved Psykiatrisk innsatsteam på Vensmoen</li> <li>- Styrke nevropsykologisk tjeneste</li> <li>- Tilbud til døve med psykiske lidelser styrkes gjennom etablering av regional ambulant kompetanse.</li> <li>- Etablere regionalt kompetansesenter innen habilitering, Bodø</li> <li>- Styrke DD-kompetansen i voksenpsykiatrisk poliklinikk (øremerkede stillinger, evt. rusteam)</li> <li>- Styrke alderspsykiatrisk tilbud på DPS-nivå</li> </ul>		3 10  1 4  17 7	1,5 5,0  0,5 2,0  8,5 3,5	HF HF  HF HF  HF HF
<b>Utdanning og rekruttering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekrutteringstiltak for psykologer etter mal fra legeprosjektene – prosjekt over 5 år.</li> <li>- Legerekrutteringsprosjektene i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri videreføres som permanent tiltak og skal omfatte hele landsdelen. Antall kandidater økes til 30.</li> <li>- Lønnsøkning til nøkkelpersonell.</li> </ul>			3,0  5,0 ?	RHF / HF  RHF / HF HF HF

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insitamentsystem for stabilisering av nøkkelpersonell.</li> <li>- Økt lønn for relevant videreutdanning.</li> <li>- Tilstrekkelig antall psykoterapiveiledere må utdannes.</li> </ul>			?	HF
			?	HF
			0,5	
<b>Kompetansebygging, forskning og fagutvikling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagutviklingsavdelingene i Troms og Bodø styrkes med inntil 2 stillingsressurser hver for i å ivareta koordineringsansvaret i regionen.</li> <li>- Det skal være fag- og utviklingskonsulent ved hvert DPS, og disse bør inngå i et fagnettverk sammen med fagutviklingsavdelingene. Regionen bør også søke samarbeid med andre regioner med sikte på å etablere et nasjonalt nettverk.</li> <li>- Kursfond opprettes ved fagutviklingsavdelingene, og skal være øremerket etterutdanning innen psykisk helsearbeid.</li> <li>- Målrettet kompetanseheving gjennom at det opprettes stipendordning for helsepersonell som vil ta videreutdanning på høgsolenivå.</li> <li>- Stillingsressurs øremerkes til forsknings- og utviklingsarbeid innen barne- og ungdomspsykiatri</li> <li>- Faglige revisjoner gjennomføres hvert år i minst to DPS/BUP.</li> <li>- Øke budsjett til forskning med 50 % fra 2005-nivå.</li> <li>- Initiere forskningsbasert evaluering av DPS-ene i Lofoten og Vesterålen</li> </ul>		4	2,0	HF
		7	3,5	HF
			1,0	HF
			1,0	HF
		1	0,5	HF
			0,3	RHF / HF
			2,5	RHF / HF
			1,5	RHF
<b>Private aktører</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvide antall avtaler med private spesialister: <ul style="list-style-type: none"> <li>• psykiatere</li> <li>• psykologspesialister</li> </ul> </li> </ul>			?	RHF
			?	RHF
<b>Evaluering av planen 2005-2015</b>		0,5	0,25	
<b>Sum</b>	<b>35</b>	<b>273,5</b>	<b>Ca 135,6</b>	

**Tabell 2. Forslag til prioritering pr år 2005-2015. Årlig kostnad. (Beløp i mill. kroner)**

Tiltakene settes i verk i prioritert rekkefølge etter hvert som økonomi gir rom for det.

Tiltak	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014-2015	Total kostn. pr tiltak
Ledelsesnivå må styrkes og utvikles.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Utarbeide plan for brukermedvirking	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Etablere brukerutvalg HF-nivå	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Styrke brukerorganisasjoner økonomisk	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Styrke brukerstyrte tiltak	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Stillingsressurser rus/psykisk helse BUP	1,0	1,0	2,0	2,0	4,0	4,0	6,5	6,5	6,5	6,5
Stillingsressurser rus/psykisk helse VOP	1,0	1,0	2,0	2,0	4,0	4,0	8,0	8,5	8,5	8,5
Utjevne ulikheter i fordeling stillingsressurser BUP	4,0	4,0	5,0	6,0	7,0	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5
Utjevne ulikheter i fordeling stillingsressurser VOP	4,0	4,0	6,0	6,0	7,0	7,0	9,0	10,0	12,5	12,5
Styrke fagutviklingsavdelinger Bodø og Tromsø	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Faglige revisjoner DPS/BUP	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Øke forskningsbudsjett	1,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Oppfølging og evaluering av planen	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ansette medarbeidere med brukerbakgrunn		1,8	1,8	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Tilbud barn av psykisk syke foreldre		1,0	1,0	1,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Fagutviklingskonsulenter i DPS		1,0	2,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Rekrutteringstiltak legespesialister		1,0	1,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Rekrutteringstiltak psykologer		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Utdanne psykoterapiveiledere		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Pårørendekoordinator knytta til LMS		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Psyk. rådgivning i samarbeid med helsesøstertjenesten		0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Styrke nevropsykologisk tjeneste			2,0	2,0	2,0	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0
Videreutvikle Webster-Stratton, PMT, MST			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Øke antall akutt plasser, voksenpsykiatri Tromsø				12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
Etablere intermedieravdeling BUK Tromsø				5,0	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5
Etablere komp.enhet barn m/utviklingsforstyr. Bodø, Tromsø				3,5	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Etablere ø-hjelpstilbud Kirkenes sykehus				3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Kursfond øremerket etterutdanning				1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Stipend for videreutdanning høyskoler				1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Styrke alderspsykiatrisk tilbud DPS				1,0	2,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
<b>Tiltak</b>										
Styrke mobile innsatsmidler				1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Øke antall akutt/subakuttplasser i Bodø					12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
Stillingsressurs øremerket forskning/fagutvikling BUP					0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Styrke tilbud psykisk utviklingshemmede med psyk.lidelse					0,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Tilbud til døve med psyk.lidelse					0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Etablere regionalt kompetansesenter habilitering						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Poliklinisk familietilbud BUK Tromsø						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Styrke samisk forskningsvirksomhet						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Etablere ø-hjelpstilbud Hammerfest sykehus						3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Utvikling av CL-psykiatri DPS/BUP og somatikk							2,5	2,5	2,5	2,5
<b>Årlig kostnad</b>	<b>14,4</b>	<b>25,7</b>	<b>33,9</b>	<b>72,1</b>	<b>104,2</b>	<b>118,7</b>	<b>130,6</b>	<b>133,1</b>	<b>135,6</b>	<b>135,6</b>
<b>Årlig økning</b>	<b>14,4</b>	<b>11,3</b>	<b>8,2</b>	<b>38,2</b>	<b>32,1</b>	<b>14,5</b>	<b>11,9</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	

**Tabell 3: Investeringer, psykisk helsevern i Helse Nord 2005-2015. 2005-kroner. (Beløp i mill. kroner).**

HF/prosjekt	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Finnmark HF				3,6		3,6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 øyeblikkelig hjelp plasser Hammerfest</li> <li>• 4 øyeblikkelig hjelp plasser Kirkenes</li> </ul>				(3,6)		(3,6)
UNN HF	15,0	20,0	20,0	6,0	1,2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nybygg BPA/samordning UPA og RSS</li> <li>• Intermediæravdeling inntil 7 plasser, barn</li> </ul>	(15,0)	(20,0)	(5,0)	(6,0)	(1,2)	
			(6,0)	(6,0)		
			(9,0)			

• 10 akutt plasser voksne						
Nordlandssykehuset HF						
• 10 akutt plasser voksne	Inngår i opprustning Salten psykiatriske senter					
Helse Nord RHF	0,2	0,7	0,2	2,3	2,3	
• Kontor administrative stillinger i RHF				(1,1)	(1,1)	
• HF psykisk helsevern – stillinger eget HF	(0,2)	(0,7)	(0,2)	(1,1)	(1,1)	
Tiltaksplan psykisk helsevern 2005-2015	15,2	20,7	20,2	11,9	3,5	

**Tabell 4: Mindre kostnadskrevende tiltak, psykisk helsevern i Helse Nord 2005-2015**

Område:	Tiltak	Ansvar
<b>Organisering og ledelse</b>	Differensiering av DPS ut fra den faktiske ressursituasjon, særlig personell Avdelinger/DPS/BUP bør ledes av fagpersoner med spesialistkompetanse med administrative støttefunksjoner BUP/VOP i DPS-ene bør ha felles administrativ ledelse BUP og VOP skal ha samme opptaksområde	RHF / HF HF HF HF
<b>Samhandling</b>	Telepsykiatri som alternativ kommunikasjonsform skal tas aktivt i bruk og videreutvikles Bidra til økt kompetanse i kommunehelsetjenesten gjennom felles utdanningsprogram etter modell av SEPREP I samarbeid med kommunehelsetjenesten bør DPS og fagutviklingsavdelingene i Bodø og Tromsø igangsette opplæringsprogram innen utvalgte områder for den kommunale helsetjenesten. Sikre at legevaktstjenesten i sykehusavdelinger har god tilgjengelighet for DPS og primærhelsetjenesten	HF HF HF
<b>Forebygging</b>	Utrede behov for tilbud til alternativ til vold i familien	RHF / HF
<b>Barn og unge</b>	Utvikle tilrettelagt tilbud for ungdom ved DPS-ene. Dette må være et samarbeid mellom BUP og VOP. Videreutvikle og operasjonalisere et forpliktende samarbeid med Bufetat.	HF
<b>Voksne</b>	Arbeide videre for redusert bruk av tvang.	HF
<b>Samisk befolkning</b>	Gjennomføre SANKS Kompetanseutvikling i samisk språk og i flerkulturell forståelse innarbeides i kompetanseutviklingsplanene ved DPS-ene som har samisk bosetting i sitt opptaksområde. Følge opp kartlegging av tilbud og kompetanse for samiske brukere i regionen.	HF HF RHF / HF
<b>Spesielle grupper</b>	Etablere forpliktende samarbeid mellom habiliterings- og rehabiliterings-tjenesten, DPS, BUP og sykehusavdelinger innen utgangen av 2006.	HF



## Noter:

1. Rådet for psykisk helse (2003). *Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo.
2. Rønning R. & Solheim, LJ (2000). *Hjelp på egne premisser. Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Universitetsforlaget, Oslo. 3.utg.
3. Rådet for psykisk helse (2003:11). *Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo.
4. Burkow TM., Bakkevoll PA., Henriksen E., Olsen JH. (2002). *Videobaserte tjenester i Nasjonalt helsenett og krav til tjenestekvalitet*. NST-rapport 13-2002.
5. Statens helsetilsyn (2001): *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsmåter*. Veiledningsserie 1-2001 IK-2738.
6. Statens Helsetilsyn (2001): *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsmåter*. Veiledningsserie 1-2001 IK-2738.
7. Statens helsetilsyn (2001) *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker* Utredningsserie 2-2001. IK-2739.  
Hatling T., Bjørngaard J.H. og Johansen K.I. (2002): *Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*. Delrapport 2. Sintef Unimed. Helsetjenesteforskning.
8. Rutter & Quinton, (1984b): Parental psychiatric disorder. Effects on children. *Psychological Medicin*, 14 853-880.
9. Rapport. (2004:29) *Utkast til handlingsplan for psykisk helse 2004-2015 Helse Nord RHF*.

## Andre referanser:

Helsedepartementet (2002). Styringsdokument 2002. Helse Nord RHF.

Helsedepartementet (2003). Styringsdokument 2003. Helse Nord RHF.

Nasjonalt senter for telemedisin. Rapport. Videokonferanse i Nasjonalt helsenett. Veileder.

Ness, Ewa (2003). *Psykiatriens utfordringer i Nord. Intervjuer med fagfolk og brukere*. Helse Nord

Statens helsetilsyn (2001). *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder*. Veiledningsserie 1-2001. IK-2738

Statens helsetilsyn (2001). *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid*. Utredningsserie 3-2001. IK-2743

St meld nr 25 (1996 -97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.

St prp nr 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.