



Helse Nord RHF
Sjøgata 10
8038 Bodø

Att. Gros Linn

Deres ref.:
2014/260

Vår ref.:
2016/1059-4

Saksbehandler/dir.tff.:
Petra Gabriele Pohl, 77 62 74 88

Dato:
29.04.2016

Svar på høring – Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025

Høringen fra Helse Nord RHF var mottatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 25. februar 2016. Saken ble fordelt ledelsen ved Psykisk helse og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken til koordinering og saksbehandling.

Styret for UNN har den 27. april behandlet saksfremlegget ST 42/2016 Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2016-2025.

Det vises til vedlagt styresak samt utskrift av UNN-styrets vedtak som foretakets svar på høringen.

Med vennlig hilsen

Einar Bugge
Kvalitets- og utviklingssjef

Petra G. Pohl
Rådgiver stab

Vedlegg
UNN Styresak ST 42/2016
Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2016-2025
Protokollutskrift ST 42/2016



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
42/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.4.2016
Saksansvarlig: Magnus Hald Saksbehandlere: Geir Øyvind Stensland og Elin Gullhav		

Høring – Utviklingsplan for psykisk helse og TSB

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025, til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeid med å utvikle tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen.

Sammendrag

På oppdrag fra administrerende direktør ved Helse Nord RHF, er det utarbeidet *Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord for 2016–2025*. I utviklingsplanen foreslås det at Universitetssykehuset Nord HF (UNN) skal ha tilbud innen alle fagområder innenfor psykisk helsevern. Psykisk helsevern for barn og unge skal ha et tilbud for barn fra spedbarnsalder til unge voksne. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) skal tilby poliklinisk behandling og ambulante tjenester, akuttjenester og døgnbehandling. I tillegg skal tilbudet for rus- og avhengighetslidelser blant barn og unge styrkes.

Planen baserer seg på innspill fra fagfolk innen psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord. I tillegg har en arbeidsgruppe vurdert behovet for regionale sikkerhetsplasser og regionalt kompetansesener for sikkerhetspsykiatri i Helse Nord.

Saken peker på at utviklingsplanen har til hensikt å gi innhold i begrepet *Pasientens helsetjeneste frem mot 2025*. Pasient- og brukerorganisasjonene har medvirket i arbeidet gjennom hele prosessen. På grunn av at planen skal være kort og leservennlig, omhandler den kun områder der det foreslås utviklingstiltak.

Fagmiljøene i UNN fremholder at det i planen er brukt mye plass på å beskrive dagens tilbud og status, mens det gis en heller kortfattet beskrivelse av satsingsområder og konkrete tiltak. Høringsnotatet fremstår derfor som noe uferdig og ufullstendig. Det savnes en vurdering av hva som er det store utfordringsbildet innen TSB og psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Helse Nord. Et tydelig utfordringsbilde er en forutsetning for skissering av utviklingsretninger med tilhørende prioritering av tiltak.

I forhold til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) støttes stort sett planens innhold, men det savnes en nærmere omtale av samarbeidsaksen mellom foretakene og private avtalepartnere. I forhold til sikkerhetspsykiatri støtter UNNs fagmiljøer at eventuell ny kapasitet fordeles mellom UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø, mens det fremheves at en ny, regional kompetansesenterfunksjon innen sikkerhetspsykiatri bør etableres i Tromsø.

Også i forhold til psykisk helsevern for barn og unge støtter UNNs fagmiljøer i hovedsak planens innhold. Imidlertid er planens omtale av at alle poliklinikker skal ha basiskompetanse på utredning og behandling av moderat tvangsproblematikk, i strid med at det nå er bygd opp et regionalt team ved UNN som skal ivareta dette. Denne delen av planen bør endres til at alle BUPer skal ha basiskompetanse på utredning av slike tvangslidelser.

Direktørens vurdering er at de innspill som er kommet fra UNNs fagmiljøer er i tråd med UNNs overordnede strategier og planer, og de støttes således.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har mottatt høringsdokumentet *Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016–2025* fra Helse Nord RHF. Regionalt helseforetak har bedt om tilbakemelding på faglige prinsipper i planen og på konkrete utviklingsområder. I tillegg har de bedt om forslag til lokalisering av regionalt døgntilbud innen sikkerhetspsykiatri og for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig psykisk utviklingshemming.

Planene har vært på intern høringsrunde i UNNs fagmiljøer, og det er gitt innspill til planen som kommer til uttrykk i etterfølgende saksfremstilling.

Saksutredning

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tillegges Verdens helseorganisasjons vurderinger om psykiske lidelser særlig vekt. I deres fremskrivning fremkommer dette som viktigste årsak til sykdomsbelastning i vesten i 2020. Det forventes særlig vekst i lidelser som depresjon, angst og rusmiddelproblemer. Utviklingsplanen foreslår områder hvor disse tre fagfeltene kan utvikle tilbudene i samarbeid, samt spesifikke satsninger innen hvert av fagfeltene.

Felles utviklingsområder

Psykisk helsevern og TSB skal, så langt det er mulig, tilby sine tjenester i samhandling med kommunene og felles behandlingssenheter bør derfor vurderes. Behandlingstilbudet til familier må styrkes på tvers av faggrensene mellom barn, voksne og TSB. Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det skal etableres tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til også å kunne gi et tilbud til flyktninger og asylsøkere i Helse Nord. Digitale helsetjenester skal videreutvikles. Helse Nord skal etablere et

pasientskaderegister for psykisk helsevern og TSB, og det skal arbeides for å utvikle kvalitetsregister for samme område. I samarbeid med NAV skal Helse Nord bidra til at pasienter kan fortsette skolegang og delta i arbeidslivet. Helseforetakene skal legge til rette for å integrere tiltak i skole og arbeid for pasienter i behandling.

Utviklingsområder for psykisk helsevern for barn og unge

For å sikre barn fra 0-3 år et likeverdig tilbud i spesialisthelsetjenesten, skal det etableres behandlingstilbud for aldersgruppen i alle helseforetak. Alle helseforetak i Helse Nord skal tilby utredning og behandling av rus- og avhengighetslidelser. Barn i barnevernsinstitusjoner skal sikres nødvendig helsehjelp gjennom forpliktende samarbeidsavtaler samt god samhandling mellom BUP og barnevern.

Alle helseforetak i Helse Nord skal bygge ut poliklinisk kapasitet slik at den er på landsgjennomsnittet. Det skal utarbeides en regional fagplan for TSB som blant annet skal beskrive organisering og innhold av tjenestetilbudet i Helse Nord. Helse Nord skal bygge opp spesialistkompetanse slik at alle helseforetak har spesialistkompetanse innen rus- og avhengighetsmedisin.

Utviklingsområder for psykisk helsevern for voksne

Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. Det skal tilbys medikamentfri døgnbehandling for alvorlig psykisk syke. Kapasitet og kompetanse på alderspsykiatriske lidelser skal bygges opp.

Helse Nord skal arbeide for å etablere en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri. Det bør etableres tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost i Helse Nord, men planen tar ikke stilling til om denne bør etableres i Tromsø eller i Bodø.

Medvirkning

Saken ble 18.04.2016 oversendt ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerarbeidsutvalget, til vurdering av behov for egen drøftingsrunde. Svarfrist ble satt til 20.04. Det ble ikke ytret ønske om egen drøfting.

Vurdering

Høringsinnspillene fra UNNs fagmiljøer i Psykisk helse- og rusklinikken og i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk er vedlagt. Høringsinnspillene støtter i stor grad hovedtrekkene i planen. Det påpekes imidlertid at overordnet plan virker noe uferdig og ufullstendig da det brukes relativt mye plass på beskrivelse av dagens situasjon, mens beskrivelsen av satsingsområder og tiltak er vel kortfattet. Det påpekes at planen i stor grad innebærer økning i satsing på døgnbasert virksomhet, mens sentrale faglige føringer fra myndighetene vektlegger overgang fra døgnbasert tilbud til poliklinisk- og ambulant virksomhet.

Fagmiljøene påpeker også betimelig at tematikken knyttet til tvungent psykisk helsevern versus frivillighet burde vært gjort til gjenstand for større omtale enn det som gjenfinnes i planutkastet. Dette i lys av det betydelige faglige og politiske fokus på økt frivillighet og arbeidet med implementering av forpliktende handlingsplaner i helseforetakene.

Når det gjelder sikkerhetspsykiatri, har man i arbeidet med planen valgt ikke å gå inn i lokaliseringsdebatten. Det er verken foreslått hvor regionale plasser skal etableres, eller hvor et

regionalt kompetansesenter skal lokaliseres. Direktøren støtter vurderingen fra UNNs fagmiljøer om at eventuell ny kapasitet bør fordeles mellom Tromsø og Bodø, samtidig som at kompetansesenterfunksjonen bør etableres i Tromsø i et tett samarbeid med aktuelle fagmiljøer ved UiT.

Planens innhold som omhandler psykisk helsevern for barn og unge støttes i all hovedsak av UNNs fagmiljøer. Planens omtale av at alle poliklinikker skal ha basiskompetanse på utredning og behandling av moderat tvangsproblematikk, er imidlertid i strid med at det nå er bygd opp et regionalt team ved UNN som skal ivareta dette. Det påpekes at dette bør endres til at alle BUPer skal ha basiskompetanse på utredning av slike tvangslidelser.

Samlet sett er de innspill UNNs fagmiljøer har kommet med, etter direktørens vurdering i tråd med UNNs overordnede strategier og planer, og de støttes.

Konklusjon

Styret anbefales å ta forslaget til handlingsplan til orientering, samt be Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som påpekes i denne saken i det videre arbeidet med å utvikle psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord.

Tromsø, 22.4.2016

Marit Lind (s.)
fungerende direktør

Vedlegg:

1. Høringsuttalelse fra UNN på *Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025*.
2. Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025

Vedlegg

Høringsinnspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til *Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025*

I forordet til utviklingsplanen er det beskrevet at planen omhandler områder der det foreslås utviklingstiltak. Det ser likevel ut til at man har mistet noe av vektingen underveis i planutkastet. Her nyttes mye plass på å beskrive dagens tilbud og status, og det gis en heller kortfattet beskrivelse av satsingsområder og konkrete tiltak. Høringsnotatet fremstår således som uferdig og ufullstendig. Det savnes en vurdering av hva som er det store utfordringsbildet innen TSB og psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Helse Nord. Et tydelig utfordringsbilde er en forutsetning for skissering av utviklingsretninger med tilhørende prioritering av tiltak.

Økonomi (s.7)

Det er satt opp en tabell over planens hovedtiltak og utviklingsområder med budsjett for første del av planperioden. Det er vanskelig å gjenfinne konkret innhold i en del av de økonomiske satsingsområdene senere i utviklingsplanen. En kan også tematisere vektleggingen av satsing på døgnbasert virksomhet – av 72,7 mill kr i 2020 går minst 48,6 mill kr til døgnbasert virksomhet. Sentrale faglige føringer vektlegger overgang fra døgnbaserte tilbud til poliklinisk -og ambulans virksomhet.

Samhandling i praksis (pkt 2.4. s.15)

Under *samhandling i praksis* (s. 13) omtales bl.a. kommunal betalingsplikt. Vi antar at grunnfinansieringen av kommunal betalingsplikt fra 2017 innrettes etter samme modell som ble valgt for somatisk virksomhet. Dette vil bety en betydelig omstilling som burde tematiseres gjennom planutkastet.

Pasientens helsetjeneste for TSB (pkt 4. fra s. 23)

Her er det et tydelig fokus på utvikling av polikliniske tjenester som er positivt. Det er også positivt at TSB kobles så vidt tett til utformingen av tjenestetilbudet ved ambulante team og døgnenheter ved DPS. Dette er i tråd med sykehusets tenkning rundt innretning av klinisk struktur.

Det er positivt at behovet for en tettere relasjon mot somatisk virksomhet vektlegges – likeledes i forhold til arbeid overfor pasienter innlagt ved somatiske avdelinger. Her må intensjoner følges opp gjennom praktiske tiltak. Det er videre positivt at oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen omtales.

I forhold til omtalen av private avtalepartnere (s. 24) savnes noe større tydelighet rundt utvikling av samarbeidsaksen med våre tilbud. I lys av den betydelige ressursbruken fortjener samarbeidsaksen en bredere omtale enn det som fremkommer av planutkastet.

Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser (pkt 5. fra s 27)

Omtalen av helsetjenestene for voksne med psykiske lidelser skisserer den velkjente funksjons- og arbeidsfordelingen mellom sykehus og DPS. Tematikken knyttet til tvungent psykisk helsevern versus frivillighet burde ha vært gjort til gjenstand for større omtale enn det som kan gjenfinnes i planutkastet. Dette ikke minst i lys av det betydelige faglige og politiske fokus om økt frivillighet og arbeidet med implementering av forpliktende handlingsplaner i helseforetakene.

Sikkerhetspsykiatri

I forhold til omtalen av sikkerhetspsykiatri (s. 29) vises det til rapporten fra en egen arbeidsgruppe. Denne arbeidsgruppen har valgt å ikke gå inn i lokaliseringsdebatten verken med hensyn til hvor regionale plasser skal etableres og eller for et regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri. Vi støtter at eventuell ny kapasitet fordeles mellom Tromsø og Bodø. Kompetansesenterfunksjonen bør etableres i Tromsø og da i tett samarbeid med aktuelle fagmiljøer ved UiT.

Medikamentfritt behandlingstilbud

Omtalen av det medikamentfrie tilbudet (s. 29) bør kobles til den omforente protokollen vedrørende dette og videre arbeid knyttet til etableringen. Det fremkommer en sum på 20 mill. kr. som helårskostnad for tilbudet. Det er nært UNNs anslag for drift av et døgnbasert tilbud, men det vil også være sentralt å tenke medikamentfrie pasientforløp utover dette tilbudet. En vil da stå overfor et behov knyttet til utrulling av medikamentfrie tilbud også desentralt – dette fremkommer ikke av rammen for planperioden.

Utviklingshemming og psykiske lidelser

I forhold til forslaget om etablering av et eget døgntilbud for alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse (s. 29) reiser følgende spørsmål seg: Hvor kommer initiativet om tiltaket fra? I et par lite underbygde setninger lanseres forslaget at det skal opprettes et spesialisert tilbud. Dette må underbygges og utdypes hva angår behov, formål, innhold og funksjon. Etablering av et slikt tilbud har ikke vært etterlyst fra UNN sin side. Psykiatrisk innsatsteam (PIT) ved Nordlandssykehuset nyttes i dag bare i beskjeden grad av UNN, og dets status som regional funksjon ble tematisert gjennom arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og TSB. Her er det behov for en avklaring av teamets status.

Som i inntektsmodellen er det vel grunn til at en, i hvert fall på sikt, tematiserer bestillingen til Viken senter. Det samme vil gjelde for avtalespesialistene. På samme måte bør kanskje dokumentet tematisere hvor brukerstyrte tilbud på sikt skal ligge/organiseres: I lys av samhandlingsreformen og innføring av kommunal betalingsforpliktelse også innenfor psykisk helse og TSB fra 2017, bør vel en kommunal forankring være aktuell?

Pasientens helsetjeneste for barn og unge (pkt 3. fra s.18)

Det som nå står skrevet om brukermidvirkning i pkt 3.2 er en «situasjonsbeskrivelse» med problemfokus. Det sier noe om utfordringsbildet, men er ikke noen visjon/mål for brukermidvirkning.

Innholdet i, og utformingen av «spesialisert tilbud til sped- og småbarn» (pkt. 3.4) må beskrives klarere.

Under punktet «Barn og unge med psykiske lidelser under barnevernets omsorg» (pkt 3.4) lanseres det i en setning at det skal opprettes et felles akutttilbud mellom psykisk helsevern og barnevern. Dette er spesielt, og må utdypes hva angår formål og funksjon. Behovet må også underbygges.

Psykisk helsevern for barn og unge

Utviklingsplanen beskriver et komplekst fagfelt tydelig og godt. Planens utviklingsområder har fanget opp tre viktige områder som det er behov for å videreutvikle behandlingstilbud innen ved

UNN; de helt små, ungdom med rus og avhengighet, samt barnevernsbarna med psykisk vansker. Det bemerkes at oppbygging av sped- og småbarnskompetanse, bedre samarbeid med barnevern/oppbygging av felles akutt-team, samt oppbygging av tilbud til barn og unge med avhengighetsproblematikk er kostnadskrevende.

Planens momenter om behovet for spesialisert kompetanse på en del områder, samt påpeking av at det er nødvendig med et visst opptaksområde/ kompetansevolum, tilsluttes. Regionale behandlingssenheter bør behandle lavfrekvente tilstander og lidelser som krever høyspesialiserte behandlingsmetoder. I planen foreslåes det at alle poliklinikker skal ha basiskompetanse på utredning og behandling av moderat tvangsproblematikk. Dette er i strid med at det nå er bygd opp et regionalt team ved UNN, som skal ivareta dette. Det bør endres til at alle BUP skal ha basiskompetanse på utredning av OCD. Det bemerkes også at det forutsettes at alle lokale BUP skal ha kompetanse i å identifisere og starte behandling av lett til moderat bipolar lidelse og psykoselidelser. Dette er sjeldne, men alvorlige lidelser hos ungdom, og det er ikke riktig å bruke betegnelse «lett til moderat» i denne sammenheng. Dersom det er grunnlag for å mistenke slike lidelser, bør pasienten henvises til enhet med spisskompetanse på slike lidelser.

Utvikling innen bruk av digitale helsetjenester overfor barn og unge er et spennende utviklingsområde. Dette kan forhåpentlig lede til at den spesialiserte kompetansen gjøres bedre tilgjengelig for pasienter med lavfrekvente alvorlige tilstander med behov for langvarig kontakt med tjenesten.

Når det gjelder innføring av pakkeforløp er det nødvendig å ha en «edruelig» holdning og vurdering av hvordan det tas i bruk, hvordan og for hvilke tilstander. Det vesentligste må være å sikre pasienter god kvalitet i behandlingen ut over en generell standardisering av det møtet pasienter får med psykisk helsevern. Dette påpekes også i høringsutkastet; bl.a. somatisk undersøkelse og medikamentvurdering. Et viktig ledd i videre arbeid med utvikling av pakkeforløp, er at nasjonale retningslinjer for utredning og behandling tas i bruk for de tilstander det finnes for. Det er bra at planen framhever behov for tidlig intervensjon og helhetlige pasientforløp

Målsettingen om å gi alvorlig psykisk syke tettere somatisk oppfølging og at psykisk helsevern og TSB må iverksette tiltak for å forebygge inaktivitet og usunne levevaner er viktig. En gjennomføring av dette for barn og unge forutsetter et tett samarbeid med pasientens familie og Primærhelsetjenesten, men også en satsing på økt kompetanse og ressursbruk i psykisk helsevern på områdene fysisk aktivitet og kosthold.

Det er positivt at det foreslås å utvikle kvalitetsregister i psykisk helsevern og TSB. Regionalt Senter for Spiseforstyrrelser i UNN deltar i utvikling av NORSPIS – nasjonalt kvalitetsregister for spiseforstyrrelser og barne-ungdomsdelen av behandlingsregisteret EdNOR (spiseforstyrrelser). Innsatsen og oppbyggingen som allerede er lagt i utviklingen av disse registrene, særlig med ressurser fra Regional enhet for spiseforstyrrelser NLSH i samarbeid med HN-Ikt, bør kunne være et godt utgangspunkt for dette arbeidet. Erfaringene med slik utviklingsarbeid er at det tar lang tid, og at det bør settes av tilstrekkelige økonomiske ressurser.

Det bemerkes at forskning, som en av våre hovedoppgaver, ikke nevnes i utviklingsplanen.



PROTOKOLLUTSRKIFT - ST 42/2016 Høring – Utviklingsplan for psykisk helse og TSB
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 27.4.2016

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025, til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeid med å utvikle tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen.

Cathrin Carlyle foreslo følgende tilleggspunkt til saken:

Styret ber om at økt bruk av frivillighet og redusert bruk av tvang må synliggjøres bedre i utviklingsplanen.

Styreleder tok først opp innstillingen til samlet avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder tok deretter opp foreslått tilleggspunkt til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord HF tar forslaget til Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord, 2016-2025, til orientering.
2. Styret ber Helse Nord RHF om å ta hensyn til de forhold som her påpekes i det videre arbeid med å utvikle tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen.
3. Styret ber om at økt bruk av frivillighet og redusert bruk av tvang må synliggjøres bedre i utviklingsplanen.

Høringsuttalelse til «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025» fra Psykisk helse og rusklinikken, UNN-HF

Gjennom høringen ønskes tilbakemelding på både faglige prinsipp som beskrives i planen og konkrete utviklingsområder. Det ønskes særskilt tilbakemelding på behov for å etablere og styrke døgntilbudet innen sikkerhetspsykiatri og for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig psykisk utviklingshemming. Det ønskes også innspill i forhold til lokalisering av slike tilbud.

Generelt om høringsutkastet:

Det er prisverdig at det er gjort et forsøk på å gjøre utviklingsplanen kort og leservennlig.

I forordet er det også beskrevet at planen omhandler områder der det foreslås utviklingstiltak. Det ser likevel ut til at man har mistet noe av vektningen underveis i planutkastet. Her nyttes mye plass på å beskrive dagens tilbud og status, og det gis en heller kortfattet beskrivelse av satsingsområder og konkrete tiltak. Høringsnotatet fremstår således som uferdig og ufullstendig.

Utkastets sammendrag preges av at en «vil mye», og ulike tema framstilles fragmentert og uten en klar struktur. Begrepsbruken er til tider upresis (f.eks. TUD – beskrevet som ”tvang uten døgn” og ikke som det korrekte ”tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.” Dette er detaljer, men bidrar til å gjøre beskrivelsene noe upresise. Samme tema omtales også flere plasser. Et viktig område som integrasjon mellom TSB og PHV beskrives i planen som samorganisering mens oppdragsdokumentet fra Helse Nord beskriver dette som integrasjon. Samlokalisering, samorganisering og integrasjon er ulike tilnærminger der det i plansammenheng er nødvendig å gi tydelige føringer (Oppdragsdokument 2015 sier f.eks. at rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS – i oppdragsdokument 2016 omtales DPS som nøkkelstruktur for fremtidige tjenester innen TSB). Vi savner også en vurdering av hva som er det store utfordringsbildet innen TSB og psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Helse Nord. Et tydelig utfordringsbilde er en forutsetning for skissering av utviklingsretninger med tilhørende prioritering av tiltak.

Økonomi (s.7):

Det er satt opp en tabell over planens hovedtiltak og utviklingsområder med budsjett for første del av planperioden. Det er vanskelig å gjenfinne konkret innhold i en del av de økonomiske satsingsområdene senere i utviklingsplanen.

Angående etablering av medikamentfritt tilbud fremkommer det en sum på 20 mill. kr. som helårskostnad for tilbudet. Det er nært UNNs anslag for drift av et døgnbasert tilbud, men det vil også være sentralt å tenke medikamentfrie pasientforløp utover dette tilbudet. En vil da stå overfor et behov knyttet til utrulling av medikamentfrie tilbud også desentralt – dette fremkommer ikke av rammen for planperioden.

En kan også tematisere vektleggingen av satsing på døgnbasert virksomhet – av 72,7 millioner kr. i 2020 går minst 48,6 millioner til døgnbasert virksomhet. Sentrale faglige føringer vektlegger overgang fra døgnbaserte tilbud til poliklinisk- og ambulant virksomhet.

Redusert forventet levealder (pkt 1. s.8):

I innledningen er det et positivt fokus på somatisk helse hos personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Det er positivt at behovet for en tettere link mot somatisk virksomhet vektlegges. Den betydning bruk av medikamenter for psykiske lidelser har for somatisk helse tematiseres ikke. Dette er en svakhet ved planutkastet. Det er bra at viktigheten av selvmordsforebyggende arbeid trekkes fram. I planen framkommer det ikke konkrete satsingsområder i forhold til somatisk helse (med mulig unntak for medikamentfritt behandlingstilbud) og selvmordsforebyggende arbeid. Behov for arbeid knyttet til etablering av CL-tjenester overfor somatisk virksomhet burde også vært tematisert.

Utviklingsområder i planperioden (pkt 1. s.9):

Det er positivt at det satses på bedre kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister innen PHV og TSB. Dette gjenfinnes også i økonomitabell. Indikatorer og register bør også ses opp mot utvikling på IKT-siden slik at data som kan innhentes elektronisk brukes i vurdering av kvalitet på tjenestene.

Pasientens helsetjeneste (pkt 1. s. 8, og pkt 2. s.12):

Under omtalen av pasientens helsetjeneste er det mange positive formuleringer rundt brukermedvirkning som til syvende og sist må gis en mer praktisk utforming. Forholdet mellom fagkompetanse og brukerkompetanse (som likeverdige), gjenfinnes ikke i omtalen. Her er brukerne en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger om egen helse – mulig dette dekker opp. Omtalen av behovet for å systematisere brukererfaringer er positiv.

Kvalitet og pasientsikkerhet (pkt 2.3 s.13):

Kunnskapsbasert praksis gis et meningsinnhold i koblingen mellom beste tilgjengelige forskning og klinisk ekspertise i en brukerkontekst. Et nærliggende spørsmål er da om retningslinjer skal ligge til grunn for all pasientbehandling? Det legges videre opp til en funksjonsfordeling mellom vanlige og lavfrekvente tilstander – mellom det allmenne og det høyspesialiserte. I bunnen ligger oppfatninger om evidensbaserte diagnostiske vurderinger. Et annet nærliggende spørsmål vil da være om de diagnostiske systemene våre er gode nok til å bestemme hvilken behandling som skal gis, eller er det kartleggingen av pasientens og nettverkets utfordringsbilde mer enn diagnosen som predikerer aktuelle tiltak? For stor tiltro til sterk spesialisering kan være uheldig. Spesialiserte enheter for utredning og behandling kan lett utvikle seg til å bli for smale og dermed lett ekskluderende.

Ved omtalen av *pakkeforløp* vektlegges pasientforløpstandardisering heller enn faglige metodevalg. Et sentralt spørsmål vil være: Hva er den uønskede faglige variasjonen som en ønsker å redusere ved hjelp av innføring av pakkeforløp? Så lenge vi vet såvidt lite om den kommende utformingen av pakkeforløp innenfor psykisk helse og TSB, kan en også stille spørsmål ved hvilken plass omtale av pakkeforløp skal ha i planen. En kunne rett og slett bruke siste setningen i det aktuelle avsnittet som omtale av pakkeforløp.

Den overordna behandlingsressursen innen psykisk helse og rus vil alltid være menneskene som arbeider der. Det foreligger tilstrekkelig forskning som underbygger dette, nemlig relasjonens og alliansens betydning for behandlingsutfallet, og hva som skjer når disse ikke er på plass. Å utvikle allianser og gode relasjoner til alvorlig syke mennesker – og å klare å stå i disse over tid – vet vi kan være ekstremt krevende. Kompetansen som må til kommer ikke av seg selv, og den er ikke nødvendigvis varig om man har ervervet den en gang. Det skal formell faglig kompetanse såvel som støtte, vedlikehold og mulighet for videreutvikling av egne ferdigheter til. Denne siden av psykisk helsearbeid må synliggjøres gjennom konkrete og detaljerte beskrivelser av enkeltelementer og tiltak, og konkrete beregninger av utgiftene må fremgå av budsjett på linje med andre nødvendigheter.

Arbeid med læringskultur der vi bruker avviksmeldinger, tilsynsrapporter, klagesaker og driftsdata til refleksjon og læring er en viktig forutsetning for god pasientsikkerhet som burde omtales.

Samhandling i praksis (pkt 2.4. s.15)

Under *samhandling i praksis* (s. 13) omtales bl.a. kommunal betalingsplikt. Vi antar at grunnfinansieringen av kommunal betalingsplikt fra 2017 innrettes etter samme modell som ble valgt for somatisk virksomhet. Dette vil bety en betydelig omstilling som burde tematiseres gjennom planutkastet. Det er positivt at felles behandlingsteam mellom nivåer fremholdes – i lys av geografi og folketall er det kanskje grunn til å fremheve at dette både kan skje som team og som arbeidsform med deltakere fra ulike tjenestenivåer. For store deler av opptaksområdet vil metodikken fra ACT kunne nyttes innenfor fleksible rammer.

Tilgjengelighet gjennom digitale helsetjenester (pkt 2.5. s.18):

Det er positivt at e-helse omtales særskilt i planen da dette er et område med mange potensielle utviklingsområder. Aktuelle satsingsområder framkommer også mange steder i planen. En satsing på e-helse i Helse Nord som beskrevet i dokumentet gjenfinnes i liten grad i planlagt budsjett. I planen er det en positiv beskrivelse av Skype og Facetime i klinisk bruk. Det er viktig at det ikke framkommer i planutkastet at disse kommunikasjonsløsningene kan brukes da ingen av løsningene er risikovurdert og godkjent for klinisk bruk.

Satsing på e-helse må også vurderes i forhold til potensialet i løsningene med hensyn til hva disse kan bidra med, og i forlengelsen av dette en vurdering av konsekvensene av en slik dreining av behandlingstilbudet. E-helse må nok i stor grad ses på som et supplement til eksisterende tilbud, men det er viktig å utrede videre potensialet i løsningene.

Helsetjenester til samisk befolkning (pkt 2.6. s 16)

Rundt omtalen av *helsetjenester til samisk befolkning* savnes et perspektiv utover beskrivelsen av SANKS og Samisk helsepark. Et sentralt spørsmål vil også være hvor tilgjengelig tilbudet ved SANKS er for samisk befolkning utenfor Finnmark?

Fremmedkulturelle og fremmedspråklige (pkt 2.7. s.17)

Det savnes et perspektiv utover beskrivelse av tjenestene. Her burde arbeid med kompetanseheving på traumer og flyktningehelse fra RVTS trekkes fram. Likeså behov for samarbeid med andre tjenester.

Pasientens helsetjeneste for barn og unge (pkt 3. fra s.18)

Det som nå står skrevet om brukermedvirkning i pkt 3.2 er en «situasjonsbeskrivelse» med problemfokus. Det sier noe om utfordringsbildet, men er ikke noen visjon/mål for brukermedvirkning. Det finnes gode eksempler på hvordan enn kan tilrettelegge for brukermedvirkning for barn og unge. Viktige kilder er «Forandringsfabrikken, Voksne for barn og «Din stemme teller» – Bruker spør Bruker evaluering. På systemnivå er det viktig å benytte seg av den kompetanse og erfaring som barn, unge og deres foresatte innehar for å få til mer treffsikre og kvalitativt bedre tjenester. Denne erfaringskompetansen bør brukes systematisk ved planlegging og etablering av tjenester og ved evaluering og videreutvikling.

Under «spesialisert tilbud til sped- og småbarn» (pkt. 3.4) framkommer det at barna må sikres et likeverdig tilbud i hvert helseforetak ved å bygge opp spesialisert kompetanse for å utrede og behandle sped- og småbarns psykiske helse. I økonomitabellen på s. 7 er det et hopp i økonomisk

budsjettramme fra 300 000 kr i 2017/2018 til 5 mill. i 2019/2020. Innholdet i, og utformingen av, tiltaket må beskrives klarere.

Det er positivt at det settes et fokus på avhengighetsproblematikk og utvikling av kompetanse på rusbehandling hos barn og unge. Her er det en grenseoppgang til barnevernstjenesten som bør tydeliggjøres. Dette er et område som det vil være sentralt å komme videre med tilbudsutvikling innenfor.

Under punktet «Barn og unge med psykiske lidelser under barnevernets omsorg» (pkt 3.4) beskrives en styrking gjennom regionale og lokale samarbeidsavtaler med barnevernsinstitusjoner. Dette vil potensielt være meget ressurskrevende, særlig i områder med mange institusjoner. Her lanseres det også i en setning at det skal opprettes et felles akuttilbud mellom psykisk helsevern og barnevern. Dette er spesielt, og må utdypes hva angår formål og funksjon. Behovet må også underbygges. I økonomitabellen på side 7 er det også her et stort hopp i økonomisk budsjettramme fra 2018 til 2019.

Det settes et betydelig fokus på funksjonsfordeling mellom vanlige og lavfrekvente tilstander – mellom det allmenne og det høyspesialiserte. I bunnen ligger oppfatninger om evidensbaserte diagnostisk vurderinger. Spørsmålet blir: Er dette riktig utviklingsretning og riktig ressursbruk? Planen skisserer i detalj et skille mellom basisfunksjoner og spisskompetanse (s.19). Det er positivt at man forsøker å tydeliggjøre forventninger til ulike deler av spesialisthelsetjenesten, men det er vanskelig å se hva som er satsingsområdene her.

[Pasientens helsetjeneste for TSB \(pkt 4. fra s. 23\)](#)

Her er det et tydelig fokus på utvikling av polikliniske tjenester som er positivt. Det er også positivt at TSB kobles så vidt tett til utformingen av tjenestetilbudet også ved ambulante team og døgnenheter ved DPS. Dette er i tråd med klinikkens tenkning rundt innretning av klinisk struktur.

Det er positivt at behovet for en tettere relasjon mot somatisk virksomhet vektlegges – likeledes i forhold til arbeid overfor pasienter innlagt ved somatiske avdelinger. Her må intensjoner følges opp gjennom praktiske tiltak. Det er videre positivt at oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen omtales – viser til tidligere omtale av dette.

I forhold til omtalen av private avtalepartnere (s. 24) savnes noe større tydelighet rundt utvikling av samarbeidsaksen med våre tilbud. I lys av den betydelige ressursbruken fortjener samarbeidsaksen en bredere omtale enn det som fremkommer av planutkastet. Brukerstyrte tilbud innenfor TSB oppfattes som lite forpliktende omtalt (s. 25). Det vil her være et spørsmål om hvor disse skal være organisert: Innenfor psykisk helsevern, TSB eller på kommunalt nivå? Beskrivelsen av akuttilbud må utdypes mer slik at det ikke utvikles en forståelse om at TSB skal håndtere intoksikerte personer, men gi et reelt akutt tilbud for pasienter innen TSB. Det skisseres en akse mellom basis- og spisskompetanse innenfor TSB (s. 25): Basiskompetansen skal ivaretas av DPS mens spisskompetansen skal ivaretas av definerte TSB-tilbud. Dette er gjenkjennelig som beskrivelse av tjenestetilbudet.

[Pasientens helsetjeneste for voksne med psykiske lidelser \(pkt 5. fra s 27\)](#)

Omtalen av helsetjenestene for voksne med psykiske lidelser skisserer den velkjente funksjons- og arbeidsfordelingen mellom sykehus og DPS. Tematikken knyttet til tvungent psykisk helsevern versus frivillighet burde ha vært gjort til gjenstand for større omtale enn det som kan gjenfinnes i planutkastet. Dette ikke minst i lys av det betydelige faglige og politiske fokus om økt frivillighet og arbeidet med implementering av forpliktende handlingsplaner i helseforetakene.

Det er positivt at en vektlegger utvikling av tilbud og kompetanse innenfor alderspsykiatri desentralt (s. 29). Dette er en riktigere tilnærming enn ensidig styrking av sykehusfunksjoner på området. Det er selvsagt et spørsmål om hvor mange ulike team en kan ha ved DPS – det har blitt en veldig enkel

løsning å foreslå stadig nye – det kan med fordel heller skje en integrering av virksomhet i ambulante tilbud.

Sikkerhetspsykiatri.

I forhold til omtalen av sikkerhetspsykiatri (s. 29) vises det til rapporten fra en egen arbeidsgruppe. Denne arbeidsgruppen har valgt å ikke gå inn i lokaliseringsdebatten verken med hensyn til hvor regionale plasser skal etableres og eller for et regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri. Vi støtter at eventuell ny kapasitet fordeles mellom Tromsø og Bodø. Kompetansesenterfunksjonen bør etableres i Tromsø og da i tett samarbeid med aktuelle fagmiljøer ved UiT. Et annet spørsmål er selvsagt om en i større grad bør se på populasjonen ved sikkerhetspostene i lys av andre tilbud – altså stille spørsmål ved hvordan virksomheten skal utformes innenfor helheten av tilbud?

Medikamentfritt behandlingstilbud

Omtalen av det medikamentfrie tilbudet (s. 29) bør kobles til den omforente protokollen vedrørende dette og videre arbeid knyttet til etableringen. Det vil også være sentralt å tenke medikamentfrie pasientforløp utover døgntilbudet. En vil da stå overfor et behov knyttet til utrulling av medikamentfrie tilbud også desentralt.

Utviklingshemming og psykiske lidelser

I forhold til forslaget om etablering av et eget døgntilbud for alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse (s. 29) reiser følgende spørsmål seg: Hvor kommer initiativet om tiltaket fra? I et par lite underbygde setninger lanseres forslaget at det skal opprettes et spesialisert tilbud. Dette må underbygges og utdypes hva angår behov, formål, innhold og funksjon. Etablering av et slikt tilbud har ikke vært etterlyst fra UNN sin side. Psykiatrisk innsatsteam (PIT) ved Nordlandssykehuset nyttes i dag bare i beskjedne grad av UNN, og dets status som regional funksjon ble tematisert gjennom arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og TSB. Her er det behov for en avklaring av teamets status.

Som i inntektsmodellen er det vel grunn til at en, i hvert fall på sikt, tematiserer bestillingen til Viken senter. Det samme vil gjelde for avtalespesialistene. På samme måte bør kanskje dokumentet tematisere hvor brukerstyrte tilbud på sikt skal ligge/organiseres: I lys av samhandlingsreformen og innføring av kommunal betalingsforpliktelse også innenfor psykisk helse og TSB fra 2017, bør vel en kommunal forankring være aktuell?