

Utviklingsplan 2019- 2022

Prioriterte områder for psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)

Og løfte blikket frem mot 2035



*Framtidsretta
pasientbehandling og god
bruk av ressurser*

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Bakgrunn, historikk og utvikling.....	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.2 Historikk og utvikling.....	3
1.3 Gjennomføring av arbeidet.....	5
1.3.1 Arbeidsmetodikk og tidslinje.....	5
1.3.2 Mandat.....	6
1.3.3. Organisering.....	6
1.4. Interessenter.....	7
2. Nåsituasjon.....	7
3. Overordnede strategier og føringer.....	8
4. Utviklingstrekk og framskriving.....	8
4.1. Epidemiologi.....	8
4.1.1. Rus.....	9
4.1.2 Psykisk Helse.....	9
4.1.3. Hvordan vil PHV og TSB endre arbeidsform i tråd med politiske føringer.....	9
4.2. Kapasitetsbehov PHV voksne 2015 til 20122 og 2035.....	9
4.2.1. Kapasitetsberegning TSB alle HF.....	10
5. Analyse og veivalg.....	10
6. Målbilde, tiltak og organisering.....	11
6.1. Prioriterte områder 2019 – 2022.....	11
6.1.1. Likeverdig behandling uavhengig av hvilke kommune du bor.....	11
6.1.2. Oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.....	11
6.1.3. Pasienter med sammensatte psykiske- og rusrelaterte lidelser.....	12
6.1.4. Helsefremmende og forebyggende tiltak.....	12
6.2. Perioden fram til 2034.....	13
6.3. Organisering.....	13

Sammendrag

Målet har vært å lage en kort og leservennlig utviklingsplan, med en målsetting om at en i årene fremover skal få til; «**Helhetlige behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseforetak og kommune**» for å nå visjonen «**Samhandling for å utvikle pasientens helsevesen i Møre og Romsdal**» (samhandlingsstrategi 2016 – 2018 HMR).

Mandat for arbeidsgruppen har vært «å identifisere og prioritere samhandlingsområder som har behov for et særskilt fokus innen psykisk helse og rus» i det langsiktige utviklingsarbeidet for Møre og Romsdal.

Rus, psykisk helse og habilitering er et sammensatt og komplekst område og det er vanskelig å finne de enkle «standardløsningene». Antall pasienter med sammensatte helseutfordringer er økende, der både rus, psykisk lidelse, somatikk, habilitering er en del av bildet og som samlet gir betydelig nedsatt funksjonsevne. Det er helt vesentlig at en får til et godt samspill mellom de aktører som er involvert i behandling og oppfølging av pasientene som har utfordringer på dette området.

En sammensatt arbeidsgruppe, på tvers av fagfeltene psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og habilitering, kommuner, brukerrepresentanter og tillitsvalgte, har gjennom 7 møter vært gjennom både en spennende og utfordrende prosess. Det har vært utfordrende å skulle velge ut noen områder, da feltet er komplekst og sammensatt og hvor meste går inn i hverandre. Vi ser også at det politiske spiller en rolle for hvordan feltet utvikles, noe som kan for oss gjøre det vanskelig å forutsi hvilke retning fremtiden bringer.

I arbeidsgruppen har det vært stor enighet om at følgende 4 samhandlingsområder har et behov for prioriteres i perioden 2019 - 2022;

- Likeverdig behandling uavhengig av hvilke kommune du bor
- Oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene
- Pasienter med sammensatte psykiske- og rusrelaterte lidelser
- Helsefremmende og forebyggende tiltak



1. Bakgrunn, historikk og utvikling

1.1. Bakgrunn.

Tilbudet innen psykisk helse og rus er et av de prioriterte områdene knyttet opp til samhandlingsperspektivet i utviklingsplanen til HMR. En sammensatt arbeidsgruppe, på tvers av fagfeltene psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og habilitering, kommuner og brukerrepresentanter, har fått i oppgave å identifisere og prioritere samhandlingsområder som har behov for et særskilt fokus i det langsiktige planarbeidet for Møre og Romsdal.

Rus, psykisk helse og habilitering er et sammensatt og komplekst område og det er vanskelig å finne de enkle «standardløsningene». Antall pasienter med sammensatte helseutfordringer er økende, der både rus, psykisk lidelse, somatikk, habilitering er en del av bildet og som samlet gir betydelig nedsatt funksjonsevne. Det er helt vesentlig at en får til et godt samspill mellom de aktører som er involvert i behandling og oppfølging av pasientene som har utfordringer på dette området. Helseforetaket har i samhandling med kommunene de siste årene allerede gjort et godt stykke arbeid, og hvor det i 2016 ble vedtatt i Overordna samhandlingsutvalg en samhandlingsstrategi for pasienter med rus- og psykiske helseplager, i tidsperioden 2016 – 2018. (Link i kapt. 3).

Arbeidsgruppen ser at vi fortsatt har en vei å gå, både i helseforetaket og i kommunene, for å nå de målene som er lagt i strategien. Derfor velger vi som grunnlag for utviklingsplanen innen samhandlingsperspektivet psykisk helse og rus å bruke «*samhandlingsstrategien for pasienter med rus- og psykiske helseplager 2016 – 2018*».

Arbeidsgruppen legger til grunn en målsetting om «*Helhetlige behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseforetak og kommune*» for å nå visjonen «*Samhandling for å utvikle pasientens helsevesen i Møre og Romsdal*» jmf. samhandlingsstrategi 2016 – 2018 HMR. (Link i kapt. 3).

1.2. Historikk og utvikling

Omkring en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid psykiske helseproblemer og/eller rus- og avhengighetsproblemer. Redusert livskvalitet, sykefravær, uførepensjon og økt dødelighet, samt følger for familie og barn, er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer (Meld.St.26, 2014-2015). Helseutfordringer knyttet til rus- og psykisk helseplager har fått mye oppmerksomhet på nasjonalt nivå i lang tid og var prioriterte områder i Nasjonal helse- og sykehusplan (2015-2016). Målet for psykisk helsetjenester, habilitering og tjenester på rusfeltet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dersom målene om uavhengighet, selvstendighet og livsmestring skal ligge til grunn, så må tjenestetilbudene bygges ut og utvikles nærmest mulig der pasient og pårørende lever og bor.

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter også innen psykisk helse og rus. De siste årene har det skjedd en ønsket utvikling med færre senger i spesialisthelsetjenesten og mer behandling foregår i kommunene. Endringen er etisk, faglig, politisk og økonomisk begrunnet, men følges av utfordringer knyttet til den økte oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

En gruppe av pasientene har både psykiske og rusrelaterte helseplager. Mange i denne pasientgruppen har også tilleggsutfordringer i form av atferdsproblem, utøving av vold og trusler, somatiske helseplager, nedsatt kognitiv fungering, språkvansker eller psykisk utviklingshemming. Denne pasientgruppen består av få brukere i hver kommune, men pasientgruppen bruker svært store deler av de faglige og økonomiske ressursene både i kommunene og innen spesialisthelsetjenesten.

Befolkningsveksten i Møre og Romsdal har ført til at vi har fått flere mennesker med helseutfordringer innen psykisk helse- og rus. I tillegg er det både imigrasjonsutfordringer og migrasjonsutfordringer. Dessverre har vi knapphet på både kompetanse- og økonomiske midler. De siste årene har det også skjedd store organisatoriske endringer innen disse fagfeltene hos Helse Møre og Romsdal og i de 36 kommunene i Møre og Romsdal. Dette bakgrunnsbildet utfordrer både kommunene og helseforetaket til å tenke nytt og igangsette endring for å sikre at innbyggerne i Møre og Romsdal får et best mulig helsetilbud. Det er fortsatt behov for å konkretisere oppgaver og ansvarsforhold mellom kommuner og helseforetak og internt i organisasjonene.

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Ny veileder fra Helsedirektoratet (2016) viser til at denne plikten skal utvides fra 2017, til også å gjelde pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Dette kan gi større mulighet til å komme tidligere til og om mulig unngå behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan føringene skape utfordringer for kommunene når det gjelder dimensjonering av tjenester og økonomiske og kompetansemessige utfordringer.

Rus og psykisk helse er et sammensatt og komplekst område og det er vanskelig å finne de enkle «standardløsningene». Antall pasienter med sammensatte helseutfordringer er økende, der både rus, psykisk lidelse, somatikk, habilitering er en del av bildet og som samlet gir betydelig nedsatt funksjonsevne. Utviklingstrekk viser samtidig til et økende forbruk av alkohol hos voksne. Et NorLAG-studie (Løset og Slagvold, 2014) sammenligner eldres alkoholkonsum med yngre og viser at alkoholkonsumet er høyest mellom 50 og 70 års alder. Det vises samtidig til at den største økningen i drikkefrekvens, finner man for dem over 65 år. Alkoholforbruk kan føre til konsekvenser for både helse og arbeidsliv og det kan også gi ringvirkninger for pårørende, og særlig barn.

Et av målene for framtidens primærhelsetjeneste er å forebygge mer. Dette omfatter også forebygging av psykiske- og rusrelaterte helseplager. En viktig innsatsfaktor i dette arbeidet er samarbeid mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenestene (St.meld.19, 2014-2015). Det er nasjonale mål å unngå

at psykisk sykdom og rusproblemer utvikles og å identifisere mennesker som har utviklet psykiske og/eller rusrelaterte helseplager så tidlig som mulig. For de som har utviklet sykdom, er det et mål at de ulike helsetjenestene kan tilby et koordinert og samordnet tjenestetilbud av god kvalitet, slik at de kan mestre eget liv på best mulig måte nær der de bor.

Det er en utfordring å sikre gode og koordinerte ambulante tjenester, likeverdige i tjenestetilbud og individuelt tilpasset tilbud til de som trenger det. Det er behov for at spesialisthelsetjenesten bistår kommunene mer i behandlingsforløpene; «Alvorlige og langvarige problemer/lidelser». Slik det er i dag opplever kommuner at de får mest bistand i behandlingsforløpene hvor det er «Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige milde problemer/lidelser». Tilbudet skal primært bygges opp og gis nær der pasient/bruker bor og spesialisthelsetjenesten skal støtte opp om arbeidet i kommunene gjennom veiledning og kompetanseoverføring. Spesialisthelsetjenesten skal på sin side spisses og gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige tilstander. Dersom de ulike helsetjenestene samhandler slik at de sikrer at rett pasient får rett behandling på rett sted og til rett tid, kan det frigjøre kapasitet i spesialisthelsetjenesten, slik at ventetiden til de pasientene som trenger et tilbud raskt, går ned.

For å nå mål om å «ha rett pasient på rett plass til rett tid», må ansatte i både kommuner og helseforetak få økt kunnskap om hverandre sine tilbud og arbeide for å sikre gode overganger mellom nivåene. For mye tid går i dag med til å finne fram til det rette tjenestetilbudet. I hovedsak gjelder dette mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men det oppleves at det også er behov for økt kunnskap om hverandre mellom de ulike behandlingsteamene internt i Helse Møre og Romsdal HF. Det er viktig å arbeide for god samhandling og dialog mellom de ulike samarbeidspartene og på et tidligere tidspunkt enn tidligere. Dette for å starte planlegging ved overføring av pasient, sikre kvalitet, pasientsikkerhet og god flyt mellom nivåene.

1.3. Gjennomføring av arbeidet

1.3.1. Arbeidsmetodikk og tidslinje

TID	AKTIVITET	INNHOLD	ANSVAR
Mai	Møte 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Konstituering</u> • Velje leiår og sekretær • Møteplan • Intro utviklingsplan • No-situasjon for området • Gjeldande føringar 	Klinikksjef og koordineringsgruppa
Juni	Møte 2	<ul style="list-style-type: none"> • Utviklingstrekk og framskriving • Analyse og vegval 	Arbeidsgruppa, med støtte frå koordineringsgruppa
Juni/august	Møte 3	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse og vegval, vidare • Målbilete, tiltak, organisering for ei helseteneste for pasienten 	Arbeidsgruppa, med støtte frå koordineringsgruppa
22. august	Leiargruppe, styringsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Presentere arbeidet, innspel 	Arbeidsgruppa, med støtte frå koordineringsgruppa
September	Møte 4	<ul style="list-style-type: none"> • Tilrå løysing basert på presentasjon av arbeidet og innspel 	Arbeidsgruppa, med støtte frå koordineringsgruppa
30. september	Leveranse	<ul style="list-style-type: none"> • Ferdig rapport 	Arbeidsgruppa, med støtte frå koordineringsgruppa

1.3.2. Mandat

Arbeidsgruppen har fått i mandat «å identifisere og prioritere samhandlingsområder som har behov for et særskilt fokus innen psykisk helse og rus» i det langsiktige utviklingsarbeidet for Møre og Romsdal.

Arbeidsgruppe ble anbefalt av helseforetaket å bygge på allerede utført arbeid og strategier på området.

Hovedmål i planperioden (2019-2022), samt å løftet blikk mot 2035

1. Styrke pasienten
2. Prioritere tilbud innenfor psykisk helse og rusbehandling
3. Fornye, forenkle og forbedre
4. Nok helsepersonell med riktig kompetanse
5. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
6. Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus
7. Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Utviklingsplanarbeidet skal;

- Identifisere nå-situasjonen
- Utviklingstrekk
- Visjon for ønsket tilstand
- Identifisere viktige innsatsområde/strategier for å nå ønsket tilstand

1.3.3. Organisering

Det ble fra foretaket anbefalt å benytte allerede etablert arbeidsgruppe som ble opprettet i forbindelse med utarbeidelse av samhandlingsstrategien for pasienter med rus- og psykiske helseplager 2016 – 2018. Etter en gjennomgang ble det gjort noen justeringer, da vi så behov for flere representanter fra storkommuner og brukersiden. Helseforetaket og kommunene har utnevnt disse deltakerne:

Namn	Arbeidsstad	Stillingstittel
Kari Marie Remø Nesseth	Klinikk for psykisk helse og rusbehandling HMR	Avdelingssjef TSB Ålesund og Molde Leder/sekretær for arbeidsgruppen.
Åse Helene Gjærde	Klinikk for psykisk helse og rusbehandling HMR	Seksjonsleiar avdeling for Sjukehuspsykiatri Sunnmøre
Tor Rune Aarø	HR-avdeling	Hovudtillitsvalt
Hans Bjørn Vikhals	DPS Nordmøre og Romsdal	Avdelingssjef
Liv Ingjerd Holten	Surnadal kommune	Ruskonsulent
Elisabeth Iversen	Kristiansund kommune	Enhetsleder psykisk helse
Berit Aasen	Hareid kommune	Kommunalsjef
Marry Holsbøvåg	Eide kommune	Psykiatrisk sjukepleiar
Regina Steinberger	Ålesund kommune	Virksomhetsleder psykisk helse og rus
Stian Endresen	Ulstein Kommune, HMR	Fastlege og Praksiskonsulent (ikke deltatt i møtene, men fått mulighet til å komme med innspill).
Ingrid Løset	Brukarutvalg HMR	Leiar
Ann-Helene Skare	Brukarutvalg HMR	Vara
Torill Bøe	Brukerutvalg HMR	(ikke deltatt i møtene, men fått mulighet til å komme med innspill).
Magne Storvik *	Klinikk for psykisk helse og rusbehandling HMR	Seksjonsleder

Det har i perioden vært gjennomført 7 fysiske møter både i Ålesund og i Molde. Dessverre har det ikke lyktes å samle alle deltakerne i møtene som har vært, men alle har fått informasjon gjennom mail etter alle møter, samt fått utsendt de dokumenter som har vært aktuelle å lese gjennom. De har fått mulighet til å komme med innspill og kommentarer. Deltakerne har vært aktive og engasjerte i møtene, og det oppleves som vi har fått belyse de fleste områder innen for feltet psykisk helse og rus.

Leder for gruppen har også lagt frem utkast fra arbeidet i dialogmøte med kommunene den 20. juni, samt i ledersamlingen i klinikk for psykisk helse og rus den 13. sept.

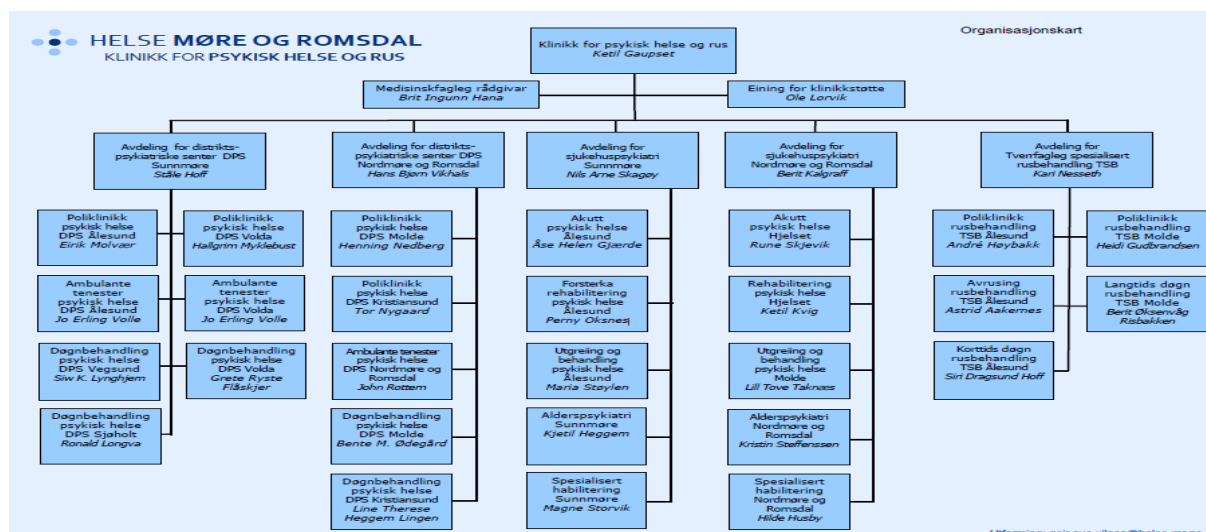
* Leder i arbeidsgruppen har valgt å invitere seksjonsleder Magne Storvik fra habilitering inn i gruppen, da dette er et felt hvor vi så at gruppen manglet kunnskap. Habilitering er et eget fagfelt på lik linje med psykisk helse og rus, så for å ivareta i dette også i utviklingsplanen ble dette gjort.

1.4 Interessenter

- Pasienter
- Pårørende
- Ulike frivillige organisasjoner
- Kommune – tiltak innen psykisk helse og rus, fastleger, NAV
- Spesialisthelsetjenesten
- Private avtalespesialister
- Politiske organisasjoner

2. Nåsituasjon

Klinikk for psykisk helse og rus er i en nyopprettet klinikk i HMR (010117). Både rus-, habilitering- og psykiatrifagfeltet er et sammensatt fagfelt og hvor en innen for alle feltene har pasienter med sammensatt problematikk. Det å slå sammen fagfeltene til en klinikk, gir nye muligheter til tettere samhandling både innad og utad, samt at et mål bør være lettere å gi både brukere, pårørende og samarbeidspartnere en god oversikt og en vei inn i spesialisthelsetjenesten. Klinikken er enda under konstruksjon og det vises til klinikkens egen utviklingsplan for hvordan en arbeider med utviklingen i klinikken. Klinikken har bredt tilbud innen eget HF og organisasjonskart under viser en oversikt av tilbudene.



Kommunene - Fylket Møre og Romsdal har 36 kommuner og hvor størrelsen på kommunene varierer i stor grad. Ålesund er fylkets største kommune med rundt 50 000 innbyggere til Stordal kommune som har sine 1000 innbyggere. Fylket Møre og Romsdal grenser i øst til Sør-Trøndelag, i sørøst til Oppland og i sørvest til Sogn og Fjordane, som sier noe om de store avstandene som helseforetaket har å forholde seg til. Tilbudet til de psykisk syke, psykisk utviklingshemmede og rusavhengige innen de ulike kommunene varierer også derfor i stor grad. Fra å ha et omfattende tilbud med ambulante team, psykisk helse- og rusteam, dagtilbud og gruppetilbud til å ha en psykiatrisk sykepleier/ruskonsulent. Det har ikke latt seg gjøre å få til en oversikt over alle de tilbudene som kommunene tilbyr så langt, og arbeidsgruppen ser at det varierer i stor grad hvordan en som bruker kan finne frem i nettsidene til de ulike kommunene.

3. Overordnede strategier og føringer

- Samhandlingsstrategi med handlingsplan for pasienter med rus- og psykiske helseplager <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonalt-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>
- Samhandlingsstrategi HMR 2016 – 2018 <https://helse-mr.no/Documents/Samhandlingsstrategi%20M%C3%B8re%20og%20Romsdal%202016-2018.pdf>
- Regional plan TSB 2016 – 2020 <https://helse-midt.no/Documents/2016/Regional%20plan%20for%20verrfaglig,%20spesialisert%20behandling%20av%20rusmiddelproblemer%202016%20-%202020.pdf>
- Regional plan Psykisk helse 2016 – 2020 <https://helse-midt.no/Documents/2016/Regional%20plan%20for%20psykisk%20helsevern%20i%20Helse%20Midt-Norge%202016%20-%202020.pdf>
- Nasjonal helse- og sjukehusplan <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonalt-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>
- Styringskrav og rammer for HMR 2017 <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/hmr/einingar/vopsy/Avdeling%20DPS%20Nordmøre%20og%20Romsdal/kvalitets-dpsnr/Delte%20dokumenter/2017/Styringskrav%20og%20rammer%20HMR%202017.doc>
- Presentasjon Helsebygg (dialogmøte juni 2017)
- Pasientstrøm og utvikling SAP
- Utviklingsplan 2019 – 2022 – klinikk for psykisk helse og rus (bør linkes)

4. Utviklingstrekk og framskriving

Arbeidsgruppen hadde fra starten av liten tilgang til oppdatert data om utviklingstrekk og framskrivningstall. Etter hvert har vi fått tilgang til noe data fra helsebygg, Samdata og SAP i rusklinikken ved St. Olav`s. Det ser ikke ut som helsebygg tar hensyn til den nye finansieringsmodellen innen TSB og vi er derfor usikre hvor mye vi kan bruke disse på en riktig måte. Da oppdaterte data kom sent i prosessen, og arbeidsgruppen allerede var kommet langt i prosessen, valgte gruppen å se gjennom de tilgjengelige dataene i det siste møtet. Slik vi tolker dataene, opplever arbeidsgruppen at de er i tråd med de prioriterte områdene som er valgt. Viser også til «Utviklingsplan 2019 – 2022» til Klinikk for psykisk helse og rus for en grundigere beskrivelse av utviklingstrekk.

4.1. Epidemiologi og forventningsvekst

Hvor står vi – og hvor er vi i 2035?

Kapt. 4.1.1. – 4.1.3. og 4.2 er hentet fra forelesning av Sjukehusplanlegger Liv Haugen, dialogmøte 20. juni, da vi mener at dette er beskrivende for hva vi som arbeidsgruppe også venter oss i årene fremover.

4.1.1. Rus

Vindrikkende damer over 60

- utvikling av alkoholavhengighet ellers

Behandling av kroniske ruslidelser (LAR mm)

Nye rusmidler – hva betyr det for rus og PHV

- Større grad av akuttinnleggelse - utagering?

Legemiddelavhengighet – hvordan er utviklinga?

Ny finansieringsmodell

- Stor reduksjon i rammene for HMR (ca.14 mill. ved inngangen av 2018)

4.1.2. Psykisk helsevern

Statisk (?)

- Psykoselidelser, alvorlige depresjon, bipolare lidelser

Reduksjon(?)

- Følgetilstander ifbm OCD-lidelser
- Langvarige PTSD
- BUP «tar unna» – færre beh.-trengende voksne

Økning (?)

- Eldres psykiske lidelser
- «livsstils-lidelser» innenfor PHV
- Rusutløste psykosetilstander
- Mennesker som dømmes til PHV – juridisk betinget økning

4.1.3. Hvordan vil PHV og TSB endre arbeidsform i tråd med politiske føringer?

Behandling der folk bor

- ✓ Oppbygging kommunale tjenester
 - Lavterskeltilbud med psykolog, psyk. sykepleier m.fl.
 - Akuttplasser for mindre kriser
- ✓ Ambulante team fra spesialisthelsetjenesten
 - Akutteam
 - Rehab/oppfølging (i samarbeid med kommunene)
- ✓ E-helsetjenester på PHV-feltet
 - Video-/skype-konsultasjoner – evt. med kommunehelsetjenesten
 - Epost-oppfølging
 - App'er, chat, annet?

4.2.2. Kapasitetsbehov PHV voksne 2015 til 2022 og 2035

Aktivitetsframskriving 2015 til 2022 og 2035 når det gjelder organisering og kapasitetsbehov i Helse Midt-Norge

Psykisk helsevern voksne				
	HMR	HNT	St. Olav	HMN
døgnplasser/ senger				
beregnet 2015	194	77	194	464
år 2022	194	79	194	467
år 2035	178	69	178	424
Rom i poliklinikk/ dagbehandling				
beregnet 2015	85	51	137	273
år 2022	100	60	161	321
år 2035	120	74	195	389

4.2.3. Kapasitetsberegning TSB alle HF

Er usikker på om den nye finansieringsmodellen er hensynstatt her.

Kapasitetsberegning TSB innenfor hvert HF og samlet for alle tre				
	HMR	HNT	St. Olav	HMN
døgnplasser/ senger				
beregnet 2015	63	6	36	105
år 2022	62	6	34	102
år 2035	54	5	30	89
Rom i poliklinikk/ dagbehandling				
beregnet 2015	12	6	18	36
år 2022	14	7	21	42
år 2035	17	8	25	50

5. Analyse og veivalg

I innledningen av dokumentet vises det til at det legges til grunn en målsetting om «*Helhetlige behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseforetak og kommune*» for å nå visjonen «*Samhandling for å utvikle pasientens helsevesen i Møre og Romsdal*», jmf. samhandlingsstrategi 2016 – 2018 HMR. Tidligere er det også vist til at rus, psykisk helse og habilitering er et sammensatt og komplekst område og det er vanskelig å finne de enkle «standardløsningene». Antall pasienter med sammensatte helseutfordringer er økende, der både rus, psykisk lidelse, somatikk, habilitering er en del av bildet og som samlet gir betydelig nedsatt funksjonsevne. Det er for arbeidsgruppen helt vesentlig at en får til et godt samspill mellom de aktører som er involvert i behandling og oppfølging av pasientene som har utfordringer på dette området.

Arbeidsgruppen tar som en selvfølge at både spesialisthelsetjenesten og kommunene til enhver tid arbeider for å sikre opplæring av ansatte og til å drive aktivt arbeid med å sikre forsvarlig kvalitet helsetjenestene som gis. Samtidig som en sikrer at alle kjenner til sitt ansvar ut fra lovpålagte oppgaver.

Det foregår allerede mye god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men vi ser at dette er differensiert og ulikt fra kommune til kommune, fra avdeling til avdeling og seksjon til seksjon innen spesialisthelsetjenesten og en har derfor et godt stykke arbeid foran oss.

Brukerrepresentantene sier at fagområdene kan være vanskelig å finne frem i og at praksisen er ulike både innad i helseforetaket og i kommunene. Fortsatt opplever både pasienter og pårørende det som uoversiktlig og at flere fortsatt blir kasteballer mellom de ulike systemene. «*Hvilke dør skal en gå inn eller hvilket nummer skal en ringe for å få hjelp og finne det riktige tilbudet?*» Brukerrepresentantene har i dialog med sine et ønske om at det i arbeidet og i utviklingen av de prioriterte områdene i utviklingsplanen settes fokus på;

- At statistikker gjøres tilgjengelig og at alle har statistikker
- At en har riktig bruk av kompetanse

- At det utøves respekt og folkeskikk for pasienten
- At livsstil hendelser behandles på riktig nivå – skal f.eks. psykisk helse brukes da?
- At en har rask tilgang til ettervern
- At pasienter ikke må gjøre seg umulig for å komme seg til behandling

De prioriterte områdene som vises til i kapt. 6, mener vi vil ivareta de mål arbeidsgruppen har satt seg for perioden 2019 – 2022.

6. Målbilde, tiltak og organisering

På bakgrunn av det forutstående i utviklingsplanen som utgangspunkt, har arbeidsgruppen kommet frem til fire prioriterte områder, inkludert forslag til tiltak, som er ønskelig at HMR setter fokus på i perioden 2019 – 2022.

6.1. Prioriterte områder 2019 - 2022:

6.1.1. Likeverdig behandling uavhengig av hvilke kommune du bor

Målet for psykisk helsetjenester, habilitering og tjenester på rusfeltet er: å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette vil si at tjenestetilbudene må bygges ut og utvikles nærmest mulig der pasient og pårørende lever og bor.

Tiltak:

1. *Lett tilgjengelig informasjon om tilbudene og ei adresse inn til hvert av fagfeltene – Psykisk helse, habilitering og TSB.*
2. *Lett tilgjengelig behandling, gode overganger, oppfølging og rehabilitering*
3. *Pårørende må oppfattes som en egen målgruppe.*

6.1.2. Oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter også innen psykisk helse, habilitering og rus. De siste årene har det skjedd en ønsket utvikling med færre senger i spesialisthelsetjenesten og mer behandling foregår i kommunene. Endringen er etisk, faglig, politisk og økonomisk begrunnet. Det knyttes utfordringer til den økte oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som økonomi, tilgangen til kompetanse, rolleavklaring – hvem gjør hva?

Tiltak:

1. *Samhandling og kompetanseutvikling/heving gjennom prosjekter i fellesskap mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Med særlig fokus på gjensidig veiledning og kvalitetssikring av tilbudene.*
2. *Felles system for kontinuerlig tilbakemelding fra pasient/brukere.*
3. *Spesialisthelsetjenesten åpner for større tilgjengelighet til kommunene.*
4. *Fordele og dele ansvar rundt «vår» pasient.*
5. *Økt samarbeid med fastleger.*
6. *Utvide akutt hjemmebehandling inkludert hjemmевurderinger 24/7, der en åpner for deltakelse av kommunen. «Spesialisten i front».*
7. *Felles forståelse og kompetanseheving - hospitering – utforske hvilke samhandlingsmidler som finnes.*
8. *Legge til rette for utdanningsløp og praksisplasser.*

6.1.3. Pasienter med sammensatte psykiske- og rusrelaterte lidelser.

Mange i denne pasientgruppen har også tilleggsutfordringer i form av atferdsproblem, utøving av vold og trusler, somatiske helseplager, nedsatt kognitiv fungering, språkvansker eller psykisk utviklingshemming. Få brukere i hver kommune, men pasientgruppen bruker svært store deler av de faglige og økonomiske ressursene både i kommunene og innen spesialisthelsetjenesten.

Tiltak:

1. *Spesialisthelsetjenesten bedre rustet til å ta mot denne gruppen – spesielt opp mot psykisk utviklingshemming /utviklingsforstyrrelser*
2. *Utvide ROP forløpet til å gjelde alle kommuner i fylket*
3. *Tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, NAV og kommunen - sikre forsvarlig ansvarsdeling og riktig bruk av kompetanse.*
4. *Tilrettelagte boliger hvor alle instanser har sine roller - pasientforløp/ prosjektorganisering rundt pasienter.***

** Seksjonene for Spesialisert Habilitering i Ålesund og i Molde har god erfaring med prosjektorganisering rundt pasienter, som en bør se til som erfaringsbasert kunnskap til tiltakene skal effektiviseres. Dette prøves ut med pasienter som har omfattende hjelpe- og behandlingsbehov og habilitering viser til;

- En styrking av struktur rundt ansvarsgruppe og individuell plan.
- Fordeling av oppgaver som sørger for at alle aktuelle instanser er involvert, samtidig som en ønsker å sikre en god koordinering.
- Som annet prosjektarbeid: tydelige, konkrete mål. Både kortsiktige og langsiktige.
- Styrking av det faglige opplegget rundt pasienten vil i mange tilfeller også øke statusen til de som jobber med pasienten, og gjøre arbeidet mer motiverende.
- Prosjektorganisering sørger for en bedre opplæring til de involverte parter (gjensidig veiledning, samt fagdager og liknende).

6.1.4. Helsefremmende og forebyggende tiltak.

Antall pasienter med sammensatte helseutfordringer er økende, der både rus, psykisk lidelse, somatikk, habilitering er en del av bildet og som samlet gir betydelig nedsatt funksjonsevne. Utviklingstrekk viser samtidig til et økende forbruk av alkohol hos voksne. Et NorLAG-studie (Løset og Slagvold, 2014) sammenligner eldres alkoholkonsum med yngre og viser at alkoholkonsumet er høyest mellom 50 og 70 års alder.

Dette gir konsekvenser for både helse og arbeidsliv og det kan også gi ringvirkninger for pårørende, og særlig barn og unge.

Tiltak:

1. *«Somatisk helse og rus» prosjekt utvides til å gjelde helse Helse Møre og Romsdal.*
2. *Utvikle behandlingstilbud tilpasset nye målgrupper som f.eks. eldre.*
3. *Tilbud til barn som pårørende utvikles.*
4. *Forebyggende arbeide – både gjennom media og brosjyrer og opplæring.*

Sosialmedia i foretaket, hvordan bruke dette?

5. Gjør «ALOR nettverket» kjent.

6. Bidra til å utvikle og gjøre «Barneblikk» kjent.***

*** Barneblikk – er samhandling mellom kommuner og Helse Møre og Romsdal for å styrke tilbudet til gravide og småbarnsfamilier som omfattes av rus eller psykiske vansker. Familieteam skal etableres som støtte og «los»-funksjon for hele familien i en tidlig fase i problemutviklingen.

6.2. Perioden frem til 2034:

Konkretisering på perioden frem mot 2034 opplevdes for arbeidsgruppen som utfordrende, da vi mener at dette vil være politisk styrt. Fortsetter utvikling slik vi ser den i dag, så ser vi for oss at en større del av tilbudet til de som trenger tjenester innen psykisk helse, habilitering og rus, vil bli lagt til kommunene. Alt kan tyde på at det satses mer på poliklinisk aktivitet, ambulante tjenester og færre innleggelser. Sjukehusplanlegger Liv Haugen viste i sitt innlegg under dialogmøtet den 20. juni 2017 i HMR en presentasjon om endringspotensialet til psykisk helse og TSB. Arbeidsgruppen velger å la dette være et avsluttende bilde på hvordan et mulig bilde av fremtiden blir:

- ✓ Økt poliklinisk kapasitet
 - Raskt mottak av nye henvisninger
- ✓ Færre innleggelser
- ✓ Planlagte forløp med e-helse som metode
- ✓ «Åpen dør» for akuttinnleggelser uten tvang
 - Både sykehus og DPS – og kommune?
- ✓ Ambulante team, akutt og rehabilitering
- ✓ Oppfølging av pasienter med langtidsbehov (DPS)
 - Sjølstyrt innleggelse
 - Tilgjengelig for krisehenvendelser
 - E-helsealternativene
- ✓ Medikamentfritt behandlingstilbud

Vi kan også se for andre scenarier som at;

- Aktive pasienter og nye forventninger
- Ny behandling og teknologi kan virke sentraliserende
- Ny behandling og teknologi kan virke desentraliserende
- Undersøkelse og behandling utenfor sykehus
- Vil resistensutvikling medføre at vi MÅ behandle pasienter mer utenfor sykehus?

6.3. Organisering

Arbeidsgruppen har ikke valgt å tidsavgrense tiltakene, da vi mener at dette er et arbeid som en til enhver tid må ha et høyt fokus på, for å lykkes. Skal en ansvarliggjøre alle parter her og få iverksatt tiltakene, ser vi for oss at det må opprettes arbeidsgrupper og eventuelle prosjektgrupper på tvers av alle nivåer. Det må utvikles felles retningslinjer og prosedyrer, eventuelt kan noe også innlemmes i samhandlingsavtaler.