

# Strategi- og Handlingsplan 2005-2008

Psykiatrien i Vestfold HF

HELSE  SØR



### STRATEGI- OG HANDLINGSPLAN 2005 -08 FOR PSYKIATRIEN I VESTFOLD HF

#### Styret behandlet saken i møte 28.02.05 og fattet følgende vedtak:

1. Foretakets tjenestetilbud videreføres og utvikles med vekt på et desentralisert tilbud med en lav terskel til så mange som mulig.
  - Barne- og ungdomspsykiatriens tjenestetilbud skal prioriteres slik at ved utgangen av planperioden er det nasjonale mål om 5 % dekningsgrad for befolkningen under 18 år, oppnådd.
  - Voksenpsykiatriens tjenestetilbud skal styrkes kvalitativt på dps-nivå. På sykehusnivå (fylkesdekkende) skal eksisterende funksjoner styrkes og manglende funksjoner som planen prioriterer, etableres.
  - Rustjenester samt rus- og psykiatritjenester, samordnes og utvikles ut fra de forslag som framgår av vedlagte rapport av 09.11.04 fra intern plangruppe.
2. Brukerinnflytelse legges til grunn i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudet på overordnet og individuelt nivå.
3. Det skal inngås avtaler som regulerer samhandlingen mellom foretaket og kommunene i Vestfold samt andre aktuelle aktører.
4. Forespeilet realvekst i inntekter på ca 85 mill kr i planperioden, prioriteres i hovedsak mellom hovedområdene: nye tiltak og økt kapasitet på kliniske tjenester og kvalitet i alle ledd. Endelig prioritering av og ressursfordeling mellom hovedområdene gjøres ved behandlingen av det enkelte års budsjett. Behovet for avsetning til avskrivning av investeringer må dekkes av forespeilet realvekst og balanseres i forhold til økningen i driftsmidler ved fordelingen av de økte inntekter i planperioden.
5. I løpet av planperioden vurderes om dagens avdelingsstruktur er hensiktsmessig i forhold til drift og videre utvikling av foretakets kjerneoppgave (kliniske tjenester).
6. Behandlingsenheten Vivestad flyttes og tilbudet reetableres i mer hensiktsmessige og bynære lokaler. Det etableres et forprosjekt som utreder alternativ lokalisering samt investeringsbehov og finansiering. Forprosjektet må gi tilstrekkelig grunnlag for beslutning om ny lokalisering og legges fram for foretaksstyret i løpet av 2005. Utredningen må sees i sammenheng med sakens innstilling pkt 7.
7. Det etableres et prosjekt for vurdering av om dagens bygningsmasse er hensiktsmessig for tjenestetilbudet, dets struktur og utvikling i planperioden. Prosjektet skal gi forslag til mulig restrukturering og/eller avhending av eksisterende bygningsmasse samt angi behov for nybygg samt totalt investeringsbehov minst for perioden 2006 – 08. Kostnader til prosjektet dekkes av investeringsbudsjettet for 2005.

Styret ber om en grovskisse (forstudie) på foretakets bygg- og eiendomsbehov i styremøtet 17. juni. Her bør områder som lokalisering av Vivestad, behovet for nye lokaler til akuttpsykiatrien og hvor mange steder bør dps-døgnplasser drives, omtales.
8. Strategi- og Handlingsplan 2005 – 08 legges for øvrig til grunn for den videre drift og utvikling av Psykiatrien i Vestfold HF.



**Strategi- og  
Handlingsplan 2005-2008  
for  
Psykiatrien i Vestfold HF**

# Innhold

0. BAKGRUNN .....	5	13. RUSTJENESTER, SAMT SAMORDNING AV RUS- OG PSYKIATRITJENESTER .....	18
0.1 HVA SKAL PLANDOKUMENTET VÆRE: ...	5	13.1 SPESIALISERT RUSBEHANDLING - VESTFOLDKLINIKKEN .....	18
1. FORETAKETS ANSVAR OG MÅL .....	5	13.2 SAMORDNING AV RUS- OG PSYKIATRITJENESTER I FORETAKET .....	19
1.2. FORETAKETS AMBISJON OG FREMTID ...	6	13.3 BEHANDLINGSENHETEN VIVESTAD – BEHANDLINGSPROFIL OG LOKALISERING .....	19
2. VÅRE VERDIER OG VISJONER .....	6	13.4 UNGDOM MED OMFATTENDE OG SAMMENSATT PROBLEMATIKK .....	20
3. HVA ER PSYKIATRI?– MULIGHETER OG BEGRENSNINGER! .....	6	14. FUNKSJONSOMRÅDE HABILITERING – NYE OPPGAVER FOR FORETAKET .....	21
3.1. DILEMMAER OG UTFORDRINGER VED TJENESTEUTVIKLINGEN .....	7	15. AVTALESPELIALISTER .....	21
3.2 ETIKK .....	8	16. ØKONOMI, EIENDOM OG BYGNINGER .....	21
3.3 ÅPENHET OG INFORMASJON .....	8	16.1 ØKONOMI .....	21
4. ORGANISERING, AUTONOMI OG BESLUTNINGSSTRUKTUR .....	8	16.2 EIENDOM OG BYGNINGSMASSENS HENSIKTMESSIGHET FOR TJENESTETILBUDET .....	21
4.1 STRUKTUR OG DIMENSJONERING .....	9	16.3 EIE VERSUS LEIE .....	22
5. STANDARDISERING .....	9	17. IKKE-KLINISKE STØTTETJENESTER .....	22
6. PASIENTEN FØRST - BRUKERMEDVIRKNING ..	9	17.1 INFORMASJONSSTRATEGI OG -TEKNOLOGI .....	23
7. SAMHANDLING .....	10		
8. PERSONELL .....	10		
8.1. PERSONALPOLITIKK .....	10		
8.2. REKRUTTERE OG BEHOLDE ANSATTE ...	11		
9. KVALITET, ANSVAR OG PRIORITERING, FORSKNING OG UTVIKLING .....	11		
9.1 OM KVALITET .....	11		
9.2 SPESIALISTHELSETJENESTENS ANSVAR ..	11		
9.3 KVALITET OG KOMPETANSE .....	12		
9.4 FAGLIG / KLINISK STANDARD .....	12		
9.5 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID ...	12		
10. FELLESOMRÅDER KLINISKE TJENESTER .....	13		
10.1 FAGLIG KVALITET OG KOMPETANSE .....	13		
10.2 DIMENSJONERING OG INNRETNING AV KLINISKE TJENESTER .....	13		
11. BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN (BUP) ...	14		
11.1 PRIORITERTE OMRÅDER I PLANPERIODEN - BUP .....	14		
11.2 UTFORDRINGER I PLANPERIODEN .....	15		
12. VOKSENPSYKIATRIEN (VOP) .....	16		
12.1 DESENTRALISERT PSYKISK HELSEVERN ..	16		
12.2 SENTRALISERTE SYKEHUSFUNKSJONER ..	16		
12.3 FOKUSOMRÅDER I PLANPERIODEN .....	16		
12.4 VIKTIGE (PRIORITERTE) TJENESTETILTAK I PLANPERIODEN .....	17		

## 0. Bakgrunn

Psykiatrien i Vestfold HF har i 2004 gjennomført en bredt anlagt prosess under overskriften: "Evaluering av eksisterende og utforming av fremtidige tjenester 2005 – 08."

Årsakene til denne gjennomgang er flere:

- Opptappingsplanen for psykisk helse er forlenget med to år til utgangen av 2008.
- Helseforetaksreformen innebærer både nye og endrede krav til mål, kvalitet samt effektivitet.
- Styret for Helse Sør RHF vedtok i april 2004 "Regional plan for det psykiske helsevern i Helse Sør" og i juni 2004 Handlingsprogram for rus- og avhengighetsbehandling.
- Spesialiserte rustjenester (Vestfoldklinikken) ble fra 01.01.04 overtatt fra Vestfold fylkeskommune.
- Foretakets behov for å evaluere egne tjenester samt trekke erfaringer fra de siste 4-5 års drift og utvikling innen fagområdet.

Elementene i prosessen (vedlegg 1) har vært mange og engasjementet godt. Slike prosesser er arbeidskrevende for aktørene, men den skaper treffpunkter og involvering både av egne medarbeidere, samarbeidspartnere og brukere. Dette gir kjennskaps-, samhandlings- og nærhetseffekt ut over det et plandokument i seg selv kan skape.

### 0.1 HVA SKAL PLANDOKUMENTET VÆRE:

Strategi- og handlingsplanen skal gi foretaket ramme og grunnlag for den videre drift og utvikling for perioden 2005 – 08:

*Foretakets strategi skal legge til rette for effektiv utnyttelse av offentlige ressurser og god tilgjengelighet til spesialiserte helsetjenester av god kvalitet.*

Planen skal sammen med de årlige styringssignaler fra statlig hold og fra foretakets eier, Helse Sør RHF, være retningsgivende og danne grunnlaget for adm. direktørs årlige prioriteringer og forslag til budsjett overfor Psykiatrien i Vestfold HF sitt styre. De nasjonale og regionale føringer for spesialisthelsetjenesten generelt og fagområdene psykiatri samt rus- og avhengighetsbehandling, ligger til grunn ved utarbeidelsen av plandokumentet.

Planen skal også ivareta foretakets behov for å synliggjøre hvordan det skal ivareta sine forpliktelser overfor befolkningen og samarbeidspartnere. Et viktig ledd i prosessen har vært innhenting av synspunkter fra og dialog med henvisere og kommuner.

Planen er også viktig internt i foretaket, både som signal- og styringsdokument. Synliggjøring av foretakets ambisjoner på kvalitet og faglig standard samt utvikling av prioriterte tjenesteområder er viktig å få fram.

Med utgangspunkt i vedtatt handlingsplan vil det bli utarbeidet en tabellarisk tiltaksoversikt som angir gjennomførings- og oppfølgingsansvar samt tidsangivelse for det enkelte tiltak.

## 1. Foretakets ansvar og mål

Foretaket skal drives ut fra de styringsdirektiver som er gitt gjennom lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. Foretakets eier, Helse Sør RHF, har delt sin styringslinje overfor helseforetakene i to. Det skjer gjennom et årlig bestillerdokument og gjennom foretaksmøtet. I bestillerdokumentet formuleres krav stilt med bakgrunn i Helse Sør RHF sitt "sørge for"-ansvar. Gjennom foretaksmøtet stiller Helse Sør RHF krav i kraft av å være eier.

Psykiatrien i Vestfold HF sitt ansvar og formål fremgår av stiftelsesprotokollen og lyder:

### § 3 Psykiatrien i Vestfold HF. Ansvarsområde

Ansvarsområdet for Psykiatrien i Vestfold HF er psykiatrisk spesialisthelsetjenester, herunder spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere.

### § 5 Formål

Psykiatrien i Vestfold HF skal drive psykiatrisk sykehus, distriktpspsykiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske enheter med sikte på å yte gode og likeverdige psykiatriske spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for og bidra til forskning, undervisning og utdanning av helsepersonell. Videre har foretaket fra 1. januar 2004 fått ansvaret for Vestfoldklinikken som driver spesialisert rus- og avhengighetsbehandling i Vestfold.

Det er et mål at foretakets tjenester

- er virkningsfull
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Vesentlige (eller de vesentligste) elementer i foretakets strategi kan sammenfattes i en hovedmålsetning og uttrykkes slik:

*Foretaket skal sikre at befolkningen i Vestfold har lik tilgang på gode tjenester, og skal bruke nødvendige virkemidler som standardisering og kvalitetssystemer, samhandling, forskning, fag- og kompetanseutvikling, samt økonomi for å oppnå dette.*

## 1.2. FORETAKETS AMBISJON OG FREMTID

Foretakets ambisjon er å være i fremste rekke innen det psykiske helsevern i Norge.

*Dette skal oppnås ved å:*

- ha kvalitet i alle ledd
- være et laboratorium for metodeutvikling
- delta som aktør i vestfoldsamfunnet i et folkehelseperspektiv
- få fram spissede fyrårsaktiviteter
- samarbeide med primærhelsetjenesten om prosjekter
- drive forskning, nasjonalt og internasjonalt

Styret for Helse Sør RHF har ved flere anledninger drøftet organisering av psykiatri og rustjenester. Fagavdelingen i Helse Sør oppnevnte i september 2004 et utvalg med mandat å vurdere mulig organisering av psykiatri- og rustjenester i regionen. Utvalget ledes av adm. direktør fro PiV HF og skal avgi sin utredning 1. mars 2005. Helse Sørs RHF-styre skal i møte 31.03.05 behandle utredningen. Videre skal RHF-styret i møte 24.05.05 behandle sak om "Vurdering av en struktur i Helse Sør med færre foretak". Begge saker kan endre Psykiatrien i Vestfold HF sin status som eget foretak. Fra PiV HF sin ledelse ser en følgende to alternativer som ønskelig:

- Psykiatrien i Vestfold HF videreføres som eget helseforetak og kan gjerne gis oppdrag som omfatter eller berører øvrige deler av det psykiske helsevern og rus og avhengighetsbehandling innen Helse Sør
- alternativt kan foretaket inngå i en fusjon ved etablering av et større foretak for psykiske helsevern og rus-/avhengighetsbehandling i Helse Sør.

## 2. Våre verdier og visjoner

Det er et mål for Psykiatrien i Vestfold HF å gi et helhetlig tjenestetilbud og god behandling i tråd med det som til en hver tid er gjeldende alment akseptert faglig standard. Pasienter skal føle seg trygge på at de blir møtt med respekt.

### Visjon:

Psykiatrien i Vestfold HF skal være i fremste rekke ("et fyr-tårn") i norsk psykiatri med et helhetlig tjenestetilbud og god psykiatrisk behandling.

### Slagord:

Vi skal sørge for helhetlig behandling, – trygge pasienter

### Verdiord:

TILGJENGELIGHET  
RESPEKT  
YTELSE  
GOD FAGLIG KVALITET  
GLADE MEDARBEIDERE

### Lederkriterier:

HELHETSTENKENDE  
ENDRINGSVILLIG  
LÆRENDE  
HANDLEKRAFTIG  
ENGASJERT  
TYDELIG

*Foretaket skal sørge for at verdiene forankres i organisasjonen og preger vår relasjon til pasientene, til samarbeidspartnere, og ansatte i mellom. Kriteriene for ledelse skal brukes i lederutvikling, vurdering av ledere og i rekruttering.*

## 3. Hva er psykiatri? – muligheter og begrensninger!

Det er til dels store forskjeller i synet på hva som er psykiske lidelser, hvordan vi skal forstå årsakene til dem, hvordan de skal behandles og hvordan et tjenestetilbud bør organiseres. Selv med økt fokus på kunnskapsbaserte behandlingsmetoder er det et faktum at psykiatri som fag ikke er en eksakt vitenskap. Som et foretak med ansvar for å yte et psykiatrisk tilbud på spesialistnivå blir vi også en del av uklarhetene omkring hvilke ytelser som skal ytes på hvilket nivå. Hva som er rådende oppfatninger på disse områdene har endret seg opp gjennom årene, og vil fortsatt være i endring.

I de sentrale føringer som er gitt oss fra våre myndigheter legges det opp til en desentralisert psykiatri hvor behandlingen i størst mulig grad skal gis der pasienten bor. Det er et mål at selv mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser i størst mulig grad skal være en del av samfunnet og ha en bopel og et livsinnhold knyttet opp til nærmiljøet.

Dette er ingen selvsagt ting; vi skal ikke mange år tilbake før idealet var det psykiatriske asylet, lagt til landlige omgivelser, skjernet for samfunnet for øvrig. For mange pasienter ble dette deres hjem, på godt og ondt.

Psykisk helsevern er et tema som ofte får frem sterke følelser både blant behandlere, pårørende og pasienter. Mange forteller om negative opplevelser i møtet med det psykiatriske behandlingsapparatet, og etterlyser større åpenhet og forståelse for sin egen situasjon. Faget selv har slitt med manglende ressurser, samtidig som det har skullet forholde seg til ideologiske motsetninger. Det å stå i dette spenningsfeltet er en del av de utfordringer vi står over for. Mens tjenesten som sådan i stadig større grad blir omgitt av prosedyrer, retningslinjer, lover, indikatorer og krav til dokumentasjon er faget i seg selv vanskelig å fange i klare båser. Møtet mellom behandler og pasient lar seg, på grunnleggende områder, vanskelig fange i prosedyrebøker. Samtidig har vi beveget oss fra det terapeutiske rom til det terapeutiske landskap. Det er i dag en åpenhet omkring psykiatrien som fag og organisasjon som var utenkelig om vi går noen år tilbake.

Krav til evaluering av behandlingseffekt er økende. Dette er positivt, men stiller også større krav til oss som fagfelt.

Psykiatrien i Vestfold HF er en spesialisthelsetjeneste. Vårt ansvarsområde er således begrenset til psykiatriske lidelser av en viss alvorlighetsgrad, og hvor en må kunne forvente at behandling på dette nivået har en effekt som står i forhold til innsatsen. Hvor grensen går er ikke klart definert.

Begrensede ressurser både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, kombinert med økende fokus på pasientrettigheter, bidrar til å skape et forventningsgap som kan skape grobunn for konflikter og frustrasjoner hos alle parter. Det er også grunn til å stille spørsmål ved verdien av en rettighet hvor myndighetene i liten grad er villig til å definere hva som bør være minstekravet for innholdet i et kvalitativt godt tilbud. Det er god grunn til en bekymring over et økende fokus på korte ventetider, Individuell plan og rett til valg av behandlingssted, uten en lignende opptatthet av innholdet i den behandlingen som gis. Det økende kravet til den faglige kvaliteten både i forhold til utredning/diagnostisering og behandling er vanskelig å innfri med utgangspunkt i dagens ressursituasjon.

Parallelt med et økt tilbud innen det psykiatriske behandlingstilbudet i Vestfold har tilgangen på pasienter vært økende. Dette kan skyldes flere forhold. Endringer i samfunnmessige forhold synes å ha ført til økte psykososiale problemer. Mye av dette kan ikke løses av spesialisthelsetjenesten, men er et samfunnsproblem. Vold og utagerende atferd er ikke i seg selv en psykiatrisk lidelse og således heller ikke noe som faller inn under vårt ansvarsområde. Et generelt økende forbruk av rusmidler bidrar også til atferdsproblemer som ikke nødvendigvis er psykiatriens ansvar. Den økende pågangen av pasienter med psykiske lidelser kan også skyldes økt tilgjengelighet og endrede holdninger i forhold til å kontakte spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke bare negativt, men blir fort et problem når ressursene ikke strekker til.

Det vil alltid ligge begrensninger i de ressurser et samfunn er villig til å bruke på psykiatriske spesialisttjenester. Dersom tilbudet skal ha et innhold på høyt faglig nivå er det viktig å prioritere riktig ut fra de oppgaver og føringer som er lagt. Samtidig er det viktig å erkjenne at tilbudet til pasienter med behov for langvarige og omfattende lidelser ikke kan løses av spesialisttjenesten alene. Her må vi i samarbeid med brukere, pårørende og kommuner bidra til å videreutvikle metoder hvor samhandling står sentralt.

### **3.1. DILEMMAER OG UTFORDRINGER VED TJENESTEUTVIKLINGEN**

Stortingsmeldingen fra 1997 og opptrappingsplanen fra 1998 angir i hvilken retning sentrale politiske myndigheter ønsker at psykisk helsevern skal utvikle seg. Innen voksenpsykiatrien har Psykiatrien i Vestfold HF fulgt opp de politiske signalene og lagt stor vekt på distriktspsykiatri og polikliniske tjenester. I liten grad har verken økt kapasitet ved eller utvikling av nye fylkesdekkende (spissede sykehusfunksjoner) tjenester, vært prioritert. Derav er det på fylkesdekkende nivå i Vestfold ikke utviklet intermedier-

funksjoner (mellomlang behandling) på sykehusnivå, men lagt denne oppgaven på distriktspsykiatrien.

DPS'ene må dermed samhandle tett både med fylkesdekkende funksjoner, kommunale tjenester og berørte pårørende. Dette gir en rekke samhandlingsutfordringer. I tillegg gir det mange pasientoverføringer mellom nivåene både innen foretaket og mellom foretaket og kommunene.

Videre har det i de siste 10 årene vært en betydelig økning i antall akuttinnleggelser på landsbasis, så også i Vestfold. Samtidig har Psykiatrien i Vestfold HF i løpet av de siste 2-3 årene greid å snu et over år betydelig overbelegg, til et balansert og planlagt belegg/forbruk på ca 85 % av 40 akutt-/subakutt-plasser. Dette har ikke vært mulig uten en meget tett og stringent samhandlings- og overføringsakse mellom fylkesdekkende akutteneheter og DPS-ene. Denne profil skaper betydelige krav til og setter DPS-ene under et stort press i forhold til hvor raskt de kan ta i mot pasienter, og hvor syke de kan være.

Tjenesteprofilen i voksenpsykiatrien skaper flere dilemmaer og utfordringer som foretaket må vurdere samt ta stilling til:

- mulige tiltak for å demme opp for økningen i antall akuttinnleggelser
- antall re-innleggelser ved akuttenehetene, og eventuelle tiltak dersom tallet vurderes som uønsket høyt
- om DPS'ene har tilstrekkelig evne til både å ta pasienter over så raskt som man gjør fra akutt, og hvorvidt de evner å gi tilstrekkelig kvalitativt tilbud
- om det både faglig og driftsmessig sett er riktig og god ressursutnyttelse å ha dps-døgndrift på fire steder i Vestfold.

Barne- og ungdomspsykiatriens tjenesteprofil er noe annerledes enn i voksenpsykiatrien. Ut fra vedtatt plan i 1997 er det etablert flere spissede fylkesdekkende funksjoner. Desentralisert poliklinisk tilbud ble først etablert i 2001/02. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er utfordringen størst i å få økt kapasitet på de allmenne polikliniske tjenester og en 5 % dekningsgrad for befolkningen under 18 år. Plandokumentets forslag til prioriteringer svarer opp denne utfordring og vil gi feltet en betydelig vekst i perioden 2005 – 08.

Utfordringen for barne- og ungdomspsykiatrien vil være knyttet til omsetning av veksten; i hvilket tempo kan den gjennomføres, vil det være mulig å rekruttere tilstrekkelig antall fagpersoner, gir veksten den ønskede og riktige effekt? Til det siste må en finne evalueringsformer som gir svar.

Spesialiserte døgnbaserte rustjenester samt legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har fra 01.01.04 vært en del av foretakets tjenestetilbud.

Det er et dilemma for foretaket, og en betydelig utfordring for utformingen av tjenestetilbudet i hvor stor grad de spesialiserte rustjenester skal integreres, samordnes eller sideordnes med det øvrige tjenestetilbud.

Rusfeltet var på overtakelsestidspunktet og er fortsatt, både underdimensjonert og underfinansiert i forhold til det behov befolkningen synes å ha. Det betyr at eventuell kvalitativ og kvantitativ styrking av spesialisert rusbehandling må, dersom det ikke gis egne øremerkede midler, finansieres av den vekst foretaket er forespeilet i planperioden. Det er et dilemma at denne vekst har sitt utspring i opptrappings- og omfordelingsmidler til psykisk helsevern.

Helse Sør har i perioden fram til og med 2008 lagt til grunn en finansieringstildeling som går fra historiske til objektive kriterier. Psykiatrien i Vestfold HF er av denne grunn forespeilet en vekst bestående av opptrappings- og omstillingsmidler, på ca 85 mill 2004-kroner. Veksten vil med utgangspunkt i dette plandokument fordele seg på følgende hovedområder:

- **Nye tiltak og økt kapasitet på kliniske tjenester:**
  - barne- og ungdomspsykiatrien, øke kapasiteten til 5 % dekningsgrad
  - voksenpsykiatrien
  - spesialiserte rustjenester
- **Kvalitet i alle ledd:**
  - styrking av eksisterende klinikk, nye stillinger og besette eksisterende spesialiststillinger
  - forskning, fag- og kompetanseutvikling
  - kvalitetsutvikling/- sikring generelt
- **Avskrivning av investeringer**

Helse Sør har i perioden 2004 – 08 avsatt ca 102 mill i øremerkede investeringsmidler i hht opptrappingsplan til PiV HF. Avhengig av foretakets bygningsbehov vil de samlede investeringer i perioden kunne bli betydelig høyere enn dette. En kan regne med at hver 100 mill i bygningsinvesteringer medfører ca 4 mill kr. i økt driftskostnad i form av avskrivninger.

Prioritering av veksten til og det innbyrdes forhold mellom ovenstående hovedområder, vil være avgjørende valg. Her må inkluderes balansen mellom bruk av midler til økningen i driften (kvantitet og kvalitet) og nødvendig avsetning til avskrivning av investeringer.

Psykiatrien i Vestfold HF har fram til nå satsset på en profil med et alment tilbud i en desentralisert struktur, og har der ved valgt å gi et tilbud til så mange som mulig, med så kort ventetid som mulig. Foretaket har dermed ikke utviklet mer spissede tjenester til spesielle pasientgrupper, som for eksempel til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Foreliggende plan gir en dreining mot noe mer spissede behandlingstilbud, men hovedinnretningen står fast;

*Et desentralisert tilbud med lav terskel til så mange som mulig med så kort ventetid som mulig.*

## 3.2 ETIKK

I hverdagen stilles både foretakets behandlere og besluttere overfor større og mindre etiske dilemmaer. Det er ønskelig med fortløpende etiske diskusjoner.

*Foretaket oppretter et etikkutvalg som kan bidra til å fremme etiske diskusjoner i hverdagen.*

## 3.3 ÅPENHET OG INFORMASJON

**Foretakets eksterne informasjon har som mål;**

- å tilstrebe åpenhet overfor og god dialog med befolkningen
- å legge forholdene til rette for godt samarbeid med mediene
- å bidra til mer offentlighet

**Foretakets interne informasjon har som mål;**

- å skape gode kommunikasjonsrelasjoner mellom ledelse og ansatte
- å bidra til at ansatte har kunnskap om (og forståelse av) foretakets strategiske mål og utfordringer.

## 4. Organisering, autonomi og beslutningsstruktur

Psykiatrien i Vestfold HF har en desentralisert organisasjon som følger en geografisk lokalisering av de tjenesteproduserende avdelinger og enheter. Beslutningsstrukturen følger organiseringen gjennom fullmaktsdelegasjon til avdelingens ledelse på nærmest alle områder av driften. Dette gir en betydelig autonomi og lokal selvstendighet på avdelingsnivå som er positiv i forhold til nærhet mellom beslutningstaker (lokal ledelse) og tjenesteutøver/-produsent. Samtidig skaper dette betydelige krav til lokal kompetanse innen alle foretakets virkeområder.

De kvalitetskrav helseforetakene stilles overfor i oppfyllelse av lovpålagte oppgaver samt krav til forsvarlighet, kvalitet og effekt av både kliniske og ikke kliniske tjenester, setter en desentral organisasjon, dens beslutningsstruktur og tjenesteproduksjon under et betydelig press. Det er usikkert om foretakets ressursinnsats, særlig innen en del ikke kliniske tjenester, gir den ønskede kvalitet og effekt. Foretaket har behov for å gjennomgå og vurdere eksisterende beslutningsstruktur samt rutiner for utøvelse og kvalitetssikring av flere områder.

Det foreslås ingen endringer i organiseringen av dagens avdelingsstruktur i dette dokument.

I planperioden 2005 - 08 må foretaket imidlertid være åpen for å kunne vurdere hensiktsmessigheten av dagens avdelingsstruktur med utgangspunkt i kjerneproduksjonen (kliniske tjenester).

*Foretaket skal vurdere hvor hensiktsmessig dagens beslutningsstruktur er til å oppnå de mål og verdier foretaket har.*

#### 4.1 STRUKTUR OG DIMENSJONERING

Struktur og dimensjonering av tjenesten må sikre at tilbudet har en tilfredsstillende faglig kvalitet. Bemanningen må være i samsvar med de krav som stilles til våre typer av tjenester. Det må sikres at foretaket har en økonomi som ikke krever ”drifts finansiering” i form av å holde stillinger ubesatt.

*Om nødvendig må opptrappingsmidler benyttes til å konsolidere bemanningen på dagens nivå. Dette vil være nødvendig for å sikre kvalitet i behandlingsleddene.*

### 5. Standardisering

Basert på overordnede verdier ønsker foretaket å sørge for standardisering der det er hensiktsmessig og kunnskap tilsier det. Dette kan gjelde:

- ressursfordeling
- antall døgnplasser
- nivå på poliklinisk aktivitet
- dagbehandling
- ambulante tjenester
- prioritering
- tilbud til pasienter som ikke møter til avtalt time
- valg av metoder som i størst mulig grad er kunnskapsbaserte
- avslutning av terapi/behandling, her under metodikk og rutiner
- evaluering

Det skal vurderes nærmere på hvilke områder det er hensiktsmessig med slik standardisering.

### 6. Pasienten først - brukermedvirkning

Brugermedvirkning er både en verdi og en strategi for helse-tjenesten. Vårt verdigrunnlag må gi rom for at pasienten har ønske om og kompetanse til å gjøre sine egne valg.

I et demokratisk perspektiv er det en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene.

Et sentralt mål med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og/eller rus og avhengighetsproblematikk, også i de tilfeller der det brukes tvang i forbindelse med innleggelse eller behandling, er å fremme:

*uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv.*

Et verdig tjenestetilbud er derfor preget av brukerperspektivet og mestringsperspektivet, samt av tilgjengelighet, helhet og nærhet til brukerne.

For mennesker med omfattende lidelser vil et slikt perspektiv også gjelde deres pårørende.

Det kan noen ganger være motsigelse mellom økonomiske incentiver, styringsindikatorer, og de behov pasientene har. Hvis det er konsensus om at god pasientbehandling hemmes av slike elementer, skal vi velge hensynet til pasientens behov framfor kortsiktige økonomiske gevinster, eller oppnåelse av styringsmål.

#### I Helse Sør’s “Resept 2006” heter det:

Helse Sør skal utvikle et tjenestetilbud som bygger på et helhetlig prioriteringsansvar som strekker seg ut over de rene lønnsomhetshensyn.

*Foretaket skal sikre brukerinnflytelse på alle nivåer og i hele behandlingsforløpet.*

*Pasient- og pårørendeopplæring skal inngå som en integrert del av tilbudet ved PiV HF der dette er hensiktsmessig.*

Brugerinnflytelse skal forekomme på flere nivåer, og følgende tiltak vurderes iverksatt:

#### Helseforetaksnivå:

**Brugerutvalg:** Foretaket skal forsterke støtten til foretakets brukerutvalg og tilrettelegge og bistå i prosesser hvor brukerne ønsker bistand.

**Brugerundersøkelser:** Brukerundersøkelser skal brukes til å gi foretaket systematiske tilbakemeldinger på hvor tilfredse brukerne er med våre tjenester. Erfaringer fra brukerne skal benyttes i forbedringsarbeidet. Undersøkelsen vil bli gjennomført en gang i året.

**Brukerombud:** Foretaket ønsker å vurdere en brukerombudsordning i løpet av perioden. Et brukerombud er ment å være en utvalgt bruker som kan være en ressurs/tillitsperson som kan bistå i spørsmål som brukerne har.

**Brukerkontor:** brukerutvalget, brukerorganisasjoner og brukerombud skal få tilgang på eget kontor med tilrettelagt utstyr. Foretaket skal finansiere driften av et slikt kontor.

**Evaluering:** foretaket bør gjennomføre evalueringsprosjekter for å se på effekten av forskjellige typer/metoder av brukermedvirkning.

#### Samhandling:

Foretaket ønsker brukerinnflytelse i samarbeidsorganer. Noe som i stor grad vil handle om å legge til rette for brukerdeltagelse i kontaktutvalg, koordineringsutvalg mv. Dette skal også gjelde på avdelings- og enhetsnivå hvor pasienter i behandling kan møte ledelsen i avdelingen/enheten i en gjensidig dialog og utveksling av erfaringer.

**Lærings- og mestringssentra - Opplæring av pasienter og pårørende** er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Foretaket skal satse på dette, men vil utrede i hvilken form dette skal utvikles. Lærings- og mestringsorienterte tiltak går i noen tilfeller inn som en integrert del av behandlingstilbudet. På andre områder kan det være aktuelt med tiltak som supplement til eksisterende behandlingstiltak. Tiltakene bør utvikles i samarbeid med bruker-

organisasjonene. Foretaket vil også understøtte etablering av slike sentra i kommunene og der bidra med kompetanseoverføring. Foretaket skal aktivt støtte brukerstyrte sentra og bistå med nødvendig kompetanse.

#### **Individnivå:**

Vi skal tilstrebe at pasientene der det er formålstjenlig skal være til stede ved samtaler som berører pasientens behandlingsopplegg. Pårørende skal ses på som en ressurs og informeres ut i fra pasientens ønske.

*Individuell plan* – Pasienter innen psykisk helsevern har rett til å få utarbeidet en individuell plan, men kan selv velge ikke å ville ha slik. Foretaket plikter å utarbeide individuell plan for alle pasienter som er under tvungent psykisk helsevern.

Pasienten har rett til å delta i utarbeidelsen av planen. Foretaket skal innføre rapporteringsrutiner vedrørende bruk av individuell plan.

*Medvirkning i bruk av tvang* – Frivillighet står svært sterkt i norsk rett og profesjonell etikk, og skal tilstrebes. Allikevel er tvangstiltak enkelte ganger et nødvendig tiltak. Foretaket skal søke å utvikle ytterligere metoder for å redusere tvangsbruk.

For pasienter under etablerte tvangstiltak kan brukermidvirkningen komme i konflikt med begrunnelsen for tvang. For brukere er det allikevel viktig å kunne medvirke også innenfor rammen av etablerte tvangstiltak. Det er en faglig og metodisk utfordring å håndtere hensynet til frivillighet og tvang samtidig. Loven påpeker at pasienten skal kunne uttale seg om det som berører pasienten – herunder også tvang.

*Journalen* – det skal tilstrebes at pasientene i størst mulig grad kan være med på å forme ordlyden i sin egen journal. Journalen er et arbeidsinstrument for behandler og skal være et meningsfullt verktøy både for lege/behandler og pasient.

*Behandlingsmetode* – Pasienter skal i størst mulig grad få være med å påvirke valg av behandlingsmetoder.

---

## **7. Samhandling**

Mange av våre pasienter har et langt, og kanskje livsvarig sykdomsforløp. En sentral verdi for disse vil være muligheten til å leve et selvstendig og verdig liv. Alle tjenesteytere på alle nivåer bør ha som mål å sikre at disse får en så god livskvalitet som mulig. Det vil være avgjørende at de da blir møtt av en helhetlig tjeneste med god samhandling både innen spesialisthelsetjenesten, innen førstelinjen og mellom nivåene. Denne pasientgruppen har omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene.

Samhandling, med pasienten i sentrum, krever derfor et perspektiv som går ut over den enkelte tjenesteyter/avdeling eller nivå.

*Foretaket skal sikre god samhandling internt, og bidra til god samhandling med samarbeidspartnere. Bruk av samarbeidsavtaler er et viktig element i dette arbeidet. Samarbeidet skal være preget av et faglig likeverdig samarbeid.*

#### **Følgende virkemidler skal brukes:**

##### **Avtaler**

Foretaket skal være en pådriver for å få fram underskrevne avtaler mellom foretaket og den enkelte kommune og andre samarbeidsparter. Avtalene skal være basert på en felles mal, og regulere samhandlingen mellom partene.

##### **Veiledning og kompetanseoverføring**

Foretaket skal, basert på avtalene, forsterke sin veiledning og kompetanseoverføring overfor kommunene. Prising av kommunal deltakelse i kompetansehevende tiltak skal være lik det ansatte i PiV HF betaler.

##### **Prosjekter**

Foretaket skal sammen med kommunene utvikle ambulante tjenester og prosjekter som kan bidra til å forhindre eller redusere sykdomsutvikling og innleggelser for enkelt-pasienter.

##### **Tilfredshetsmålinger**

Foretaket skal gjennomføre årlige tilfredshetsmålinger hos samarbeidspartnerne.

##### **Praksiskonsulentordning**

Foretaket skal vurdere å innføre praksiskonsulentordning. I første rekke vil dette gjelde leger, men kan også utvides til å gjelde flere faggrupper.

---

## **8. Personell**

### **8.1. PERSONALPOLITIKK**

Våre medarbeidere, deres kompetanse og tverrfaglighet, og evne til å samhandle er vår viktigste ressurs for å oppnå våre målsettinger. Foretaket skal med utgangspunkt i de oppgaver det skal løse, tilstrebe fleksibilitet og tverrfaglighet i personellsammensetningen.

*Psykiatrien i Vestfold HF skal være en attraktiv arbeidsgiver for helsemedarbeidere og skape trivsel og god /sterk faglig utvikling. Vi skal ha rett kompetanse på rett sted, tilstrebe lavt sykefravær, en turnover som sikrer både kontinuitet og fornyelse, samt høy medarbeidertilfredshet. Personalpolitikken skal være preget av romslighet og anstendighet.*

## 8.2. REKRUTTERE OG BEHOLDE ANSATTE

Psykiatrien i Vestfold HF er en kompetansebedrift og er avhengig av å rekruttere og beholde godt kvalifisert arbeidskraft. Foretaket vil fremover tilstrebe å rekruttere personell med minimum relevant høyskoleutdanning til sin kliniske virksomhet.

Innen flere av de faggrupper foretaket har behov for er etterspørselen fortsatt større enn tilbudet, særlig hva angår ferdig utdannede/godkjente spesialister.

Det vil derfor være nødvendig å sikre gjennomføring av spesialistutdanningen. Annen type kvalifisering, opplæring og utvikling av ansatte er også nødvendig for at foretaket til enhver tid er kompetent. Dimensjonering og organisering av kliniske tjenester må være utformet slik at de sikrer dette. Videre må forhold som skaper et godt arbeidsmiljø og en byggende foretakskultur stimuleres. Øvrige arbeidsbetingelser må også ha et konkurransedyktig nivå. Satsning på kvalitet i alle ledd vil være et sterkt virkemiddel både for å beholde eksisterende og rekruttere nye medarbeidere. I forhold til personell som foretaket er i særlig behov av skal egne rekrutteringspakker utvikles.

*Foretaket skal skape attraktive arbeidsplasser med utviklingsmuligheter for å rekruttere og beholde kvalifiserte medarbeidere.*

*Til de kliniske tjenester skal primært rekrutteres personell med høyskole eller universitetsutdanning. Foretaket skal årlig sette forbedringsmål for og vurderes på rekruttering samt på sykefravær.*

## 9. Kvalitet, ansvar og prioritering, forskning og utvikling

### 9.1 OM KVALITET

*All aktivitet i Psykiatrien i Vestfold HF skal drives innenfor rammen av det som er forsvarlig. Aktiviteten skal være preget av høy kvalitet, og basert på risikoanalyser skal muligheter for feil systematisk reduseres.*

*Foretaket ønsker å være en lærende organisasjon hvor systematisk læring fra egne erfaringer skal danne grunnlag for reduksjon av feil samt metodeutvikling og standardisering av praksis.*

*En sentral oppgave vil være å sikre nødvendig kvalitet og kompetanse på de oppgaver som faller innenfor vårt ansvarsområde.*

Foretaket vil i planperioden prioritere arbeidet med kvalitet. Det er et mål å være en organisasjon med kvalitet i alle ledd. Kvalitetsarbeidet, både det utviklende og det kontrollerende aspekt, skal tydeliggjøres og omfatte alle deler av foretakets virksomhet. I dette plandokument er det kvalitet og standard på vår kjerneoppgave som er vektlagt.

### 9.2 SPESIALISTHELSETJENESTENS ANSVAR

Nasjonale og regionale føringer for spesialisthelsetjenesten er omtalt under punkt 2.

Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 sier at den særlig skal ivareta følgende oppgaver:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende.

#### Prioritering

De psykiske lidelser som blir behandlet i spesialisthelsetjenesten, er ofte kroniske eller har et forløp preget av ulik grad av tilfriskning avløst av tilbakefall. Ut fra diagnosen alene kan en derfor sjelden si hva som er nødvendig av utredning og behandling. En må legge vekt på når i forløpet en kan komme til, og vurdere funksjonsnivå, før en kan ta stilling til hvilke tiltak som er nødvendig.

Når dette er klarlagt, er det fremdeles ikke alltid entydig hvilke tjenester som bør ytes. Forløpet og funksjonstapet som følger med de fleste lidelsene gjør at den psykiatriske spesialisttjenesten alene sjelden kan yte tilstrekkelige tjenester. Det vil som oftest være nødvendig med et nært samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester, og mange pasienter vil motta tjenester fra begge nivå samtidig. Hvem som skal yte hvilken tjeneste blir da avhengig av både kompetanse og kapasitet i så vel første- som andrelinjetjenesten. Lokale prioriteringer vil variere mye og er avhengige av hvordan helsetjenestene sammen har organisert seg.

I praksis vil de aller fleste pasientene som blir henvist til det psykiske helsevernet ha rett til behandling. Prioritering av disse innbyrdes må derfor gjøres ved å se på Lønning-kriteriene i sammenheng:

- lidelse og funksjonsnedsettelse, herunder forventet prognosetap
- om behandlingen er dokumentert effektiv
- nytte i forhold til kostnad.

Det blir til sist den kliniske helheten hos den enkelte pasienten, sammen med hva som er mulig å gjøre for vedkommende på minst kostnadskrevenende vis, som blir avgjørende for prioriteringen og hva som faller inn under spesialisthelsetjenestens ansvar. En rekke psykiatriske plager må, på linje med somatiske tilstander, forventes behandlet i kommunetjenesten (1.linjen).

Dersom Psykiatrien i Vestfold HF skal makte å gi et faglig tilfredsstillende tilbud på spesialistnivå, er det nødvendig med en tydelig avgrensning av hvilke oppgaver som faller inn under vårt ansvarsområde. Sikring av grunnleggende behov som bolig, økonomi, sysselsetting og omsorg er i seg selv ikke spesialisthelsetjenestens ansvar. Vårt ansvar vil imidlertid være, i samarbeid med pasient, pårørende og 1.-linjen, å yte de spesialisttjenester som er nødvendig der pasienten

bor. Ansvarsdeling mellom de involverte parter bør da klart fremgå av en Individuell plan.

### 9.3 KVALITET OG KOMPETANSE

Våre eiere, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere stiller økende krav til den kompetansen som innehas av våre ansatte og den kvalitet som ligger i de tjenester som tilbys. En sentral oppgave for PiV HF er derfor å sikre nødvendig kompetanse og kvalitet på de oppgaver som faller inn under vårt ansvarsområde. Dette vil også være av betydning for å beholde og rekruttere nye medarbeidere.

**Kompetanse:** Psykiatrien i Vestfold HF er en kunnskapsbedrift. Gjennom interne tiltak må det legges til rette for kompetanseheving og nødvendig vedlikehold av faglige ferdigheter.

Dette kan bl.a. oppnås gjennom rammer og arbeidsbetingelser som gir rom for faglig fordypning. Utvikling av kompetanse og teamsammensetning må være styrt av de metoder som i størst mulig grad har dokumentert effekt i forhold til den aktuelle målgruppen. Lokale fagråd, fagråd voksen og BUPA, tiltak i regi av FoU-enheten og ledelsen vil være sentrale aktører med ulike roller i dette arbeidet. Det er også viktig å se på hvordan eksisterende strukturer som behandlingsmøter og internundervisning best mulig kan bidra til dette.

**Kvalitet:** Det foreligger i dag noen få kvalitetsindikatorer som inngår som en del av våre nasjonale og regionale føringer. Disse sier lite om innholdet i den behandlingen som gis. Utvikling av prosedyrer og retningslinjer vil på noen områder kunne bidra til økt kvalitet. I PiV HF vil fagrådene kunne være en arena for slik en utvikling. Vårt elektroniske kvalitetssystem (EQS) kan bidra til å gjøre denne type informasjon tilgjengelig.

Det må arbeides videre med å sikre evaluering av behandling, herunder sikre at resultatene fra evalueringen systematisk trekkes inn i vårt pågående kvalitetsarbeid. Lokale kvalitetsråd og sentralt kvalitetsutvalg, herunder skadeutvalget, kan bidra til at vi som organisasjon avdekker systemfeil og trekker lærdom av enkelthendelser. Arbeidet på disse områdene bør videreutvikles.

- Det må legges til rette for systematisk bruk av tilbakemelding fra brukerundersøkelse
- Det må sikres rutiner for rapportering av avvik og oppfølging av disse
- Det bør utpekes områder som blir gjenstand for internrevisjon

Det er et mål at foretaket sitt brukerutvalg i større grad kan bidra også innen områder som kompetanse og kvalitet. Det må arbeides for å sikre at samarbeid med tilsynsmyndigheter og pasientombud kan bidra til vårt totale kvalitetsarbeid.

### 9.4 FAGLIG/KLINISK STANDARD

Grad av dokumentasjon for en gitt behandlingsmetode vil variere og kan vurderes på følgende skala:

1. Dokumentert negativ effekt
2. Sterk konsensus om negativ effekt
3. Blandet klinisk konsensus
4. Sterk positiv klinisk konsensus
5. Kvantifiserte kliniske observasjoner
6. Kontrollerte studier med resultat bedre enn ingen terapi
7. Kontrollerte studier med resultat bedre enn ikke spesifisert terapi
8. Kontrollerte studier bedre enn alternativ spesifikk terapi

Behandling i regi av foretaket skal ikke falle inn under de to første punktene på skalaen. Der det er god dokumentasjon for en gitt behandlingsmetode skal denne benyttes med mindre spesielle forhold taler mot dette. Dette er i tråd med at utredning og behandling i regi av PiV HF skal være i samsvar med alment aksepterte faglige standarder. Som det fremgår av skalaen kan det imidlertid ofte være mangelfull empirisk evidens eller manglende konsensus om terapieffekter. Det kan da være vanskelig å si hvilke tiltak en prioritert pasientgruppe skal prioriteres til. Det kan derfor bli nødvendig å prøve ut terapialternativer der evidens og fagkonsensus er lav. I slike tilfeller er det desto viktigere med en løpende evaluering av den iverksatte behandlingen.

### 9.5 FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Foretaket har etablert en sentral FoU-enhet som samarbeider med avdelingenes lokale fagutviklere.

FoU-enheten ivaretar i dag både oppgaver som faller inn under Helse Sør sin definisjon av FoU-oppgaver, og oppgaver knyttet til koordinering og gjennomføring av opplæring og kompetansehevende tiltak for ansatte.

På noen områder er det overlappende områder innen kompetanseutvikling, opplæring og personalutvikling.

Ansvar og oppgaver er ikke tydelige nok, og gir ikke foretaket godt nok grep om opplæring og kompetanseheving.

Det foreslås følgende tiltak.

1. Nåværende organisering og oppgavefordeling evalueres. Målet vil være å sikre bedre effekt, kvalitet og sammenheng.
2. Uansett organiseringsform skal satsingen på veiledning, internutdanning og tematiske kurs videreutvikles etter følgende retningslinjer:
  - Det skal kunne organiseres og gjennomføres utdanninger internt som er formelt meritterende i Universitet/Høgskolesystemet.
  - Tematiske kurs skal søkes godkjent som videreutdanningskurs for leger og psykologer.
  - Praksisen med en årlig storsatsing innenfor et faglig tema bestemt av fagrådet videreføres. Satsingen skal ha som målsetting å synliggjøre foretaket eksternt samt integrere personalet internt gjennom allmenn tilstedeværelse.
  - Utrede om det i løpet av planperioden skal bygges

opp et tverrfaglig korps av veiledere knyttet til veiledningskoordinator. Det må vurderes om fagpersoner skal ha en fast prosent av sin stilling som veileder, at veiledning skal foregå på alle nivå og kontraktfestes med forpliktelse for leder og ansatt.

- Øke utdanning av veiledere med formalisert forpliktelse til å bruke kompetansen i PiV HF.

### **Forskning:**

Foretaket har opprettet et eget forskningsutvalg ledet av forsker/forskningsveileder. Det er avsatt 0,5 mill kr pr år til forskningsprosjekter.

Helse Sør har satt som mål at 1 % av det totale budsjettmidler skal brukes til FoU-virksomhet. Det vil tilsvare en økonomisk ramme på ca 5 mill kr. I dag bruker foretaket ca 1,5 mill kr ut fra Helse Sør sin definisjon på hva som er forsknings- og utviklingsarbeid.

Det er verdt å merke seg at utvikling i denne sammenhengen skal ha i seg elementer av nytenkning og hypotesetesting. Det er et mål for foretaket å nå 1 % avsetning til forskning og utvikling.

For å nå et slikt mål må det legges bedre til rette for å drive forskning og klinisk utviklingsarbeid gjennom bl.a.:

- øke lokalt søkbart forskningsfond som disponeres av PiV HF's forskningsutvalg
- legge forholdene til rette for forskningsmessig innhold knyttet til overlege/ psykologspesialist permisjoner
- bedre tilgang til bibliotektenester og aktuelle fagdatabaser
- sikre at forskningsaktivitet ikke går på bekostning av nødvendig grunnbemanning
- bygge opp fagmiljøer som stimulerer til forskningsmessig aktivitet
- i planperioden sørge for å få opp forskningskompetanse på professornivå.
- utvikle kompetanse i foretaket som muliggjør gjennomføring av forskningsprosjekter som publiseres internasjonalt.

*Foretaket skal legge til rette for forskning som resulterer i offentlige vitenskapelige artikler.*

*Foretaket skal øke antall doktorgrader.*

*Foretaket skal legge til rette for kompetanseutvikling, opplæring og personalutvikling, og sørge for en gjennomgående plan for dette.*

*Foretaket skal bidra med aktiv veiledning og kompetanseheving hos våre samarbeidspartnere. Vi skal også være en utdanningsinstitusjon, og gi våre ansatte tilstrekkelig kompetanse.*

## **10. Fellesområder kliniske tjenester**

### **Sikre og styrke kvalitet i alle ledd**

Sikre rekruttering og tilsetting av nødvendig antall spesialister slik at tjenestene blir forsvarlige og med god kvalitet.

### **10.1 FAGLIG KVALITET OG KOMPETANSE:**

Det må arbeides med å spisse og øke kompetansen blant ansatte for å sikre spesialisthelsetjenestenivå for alle faggrupper som driver klinisk arbeid i Psykiatrien i Vestfold HF. Dette omfatter også kompetanse knyttet til samhandling med andre sentrale instanser. Inndeling i diagnoserelaterte enheter som allmennpoliklinikk, psyko-sepoliklinikk, rus/avhengighetspoliklinikk bør videreutvikles. En slik inndeling vil legge bedre til rette for metodeutvikling og faglig oppdatering. Samtidig må diagnoserelaterte enheter ikke føre til tette skott mellom avdelingene som vanskeliggjør et enhetlig og integrert behandlingstilbud for pasienter med diagnoser på tvers av en slik inndeling. Det er behov for økt antall spesialister (psykologer og psykiatere). Det er særlig behov for flere legespesialister. Dette er i sin tur avhengig av tildeling av legehjemler!

Foretaket må intensivere arbeidet med å være "en lærende organisasjon". Dette kan bl.a. gjøres gjennom i større grad å nyttiggjøre seg erfaringer fra eksisterende utvalg som skadeutvalg og kvalitetsråd, skape en tettere kobling mellom fag og ledelse på områder som skal ivareta faglig kvalitet og sikre rutiner, bedre samhandling med brukere herunder brukerutvalg, og mer systematisk bruk av evaluering fra pasientbehandling og data fra bl.a. fra foretakets pasientadministrative system/elektronisk journal (PAPS). Endringer i organisasjon og behandlingstilbud bør gis målsettinger som kan evalueres, og evaluering gjennomføres før nye endringer iverksettes.

### **10.2 DIMENSJONERING OG INNRETNING AV KLINISKE TJENESTER**

Ved innledningen av opptrappingsplanen for psykisk helse i 1999 hadde allerede Vestfold etablert for voksne den tjenestestruktur med kombinasjon av distrikts- og sykehuspsykiatri, slik stortingets vedtak legger opp til.

I løpet av de par siste årene har også barne- og ungdomspsykiatrien etablert distrikts-/desentrale tjenester. Denne basisstruktur legges også til grunn for den videre utvikling og drift av Psykiatrien i Vestfold HF.

Foretakets dimensjonering av kliniske tjenester kjennetegnes av et lavt antall døgnplasser både på sykehus- og på distriktsnivå (dps), samt en desentral profil med vekt på polikliniske og utadrettede/ambulante tjenester. Erfaring og utvikling viser et gradvis redusert forbruk av og etterspørsel etter døgnplasser på dps-nivå etter hvert som alternative og mer fleksible tjenester utvikles. I en slik utvikling må samtidig dimensjoneringen av og innretningen på gjenværende døgnenheter (fylkesdekkende sykehusnivå og dps-nivå), sikres både et kvantitativt og kvalitativt nivå i forhold til de oppgaver de er pålagt å løse.

I arbeidet med å utvikle kompetanse og spissede fagmiljøer arbeides det videre med en intern struktur i foretaket som omfatter diagnoserelaterte enheter. En slik inndeling vil bedre legge til rette for metodeutvikling og faglig oppdatering. Samtidig må slik inndeling ikke føre til tette skott

mellom enhetene/avdelingene som vanskeliggjør et enhetlig og integrert behandlingstilbud for pasienter med diagnoser og behandlingsbehov på tvers av en slik inndeling.

*Basert på gjeldende verdier og nasjonale føringer skal foretaket sørge for at:*

*Dimensjonering og strukturering av de kliniske tjenestene skal være basert på de behov for tjenester innbyggerne i Vestfold har, og innrettes etter de nasjonale føringene som foreligger. Tjenestetilbudet skal bygge på tilgjengelighet og nærhet og understøtte pasientenes mulighet til å mestre et selvstendig liv.*

*Tjenestetilbudet skal være innrettet slik at vi i størst mulig grad kan forhindre innleggelse, og minimalisere bruk av tvang.*

*I hovedsak skal tjenestetilbudet for psykiatri bygges opp om Helse Sør sin vedtatte ressursfordeling; 40 % av ressursene til sykehuspsykiatri for voksne, 40 % av ressursene til DPS for voksne samt 20 % av ressursene til barn og unge.*

## 11. Barne- og ungdomspsykiatrien (bup)

Den største utfordringen i barne- og ungdomspsykiatrien er å øke kapasiteten til det nasjonale mål på 5 % dekningsgrad på tjenester i forhold til barnebefolkningen i Vestfold. I dag er dekningsgraden på ca 2,3 %. De etterfølgende forslag har som mål å nå 5 % dekningsgrad ved utgangen av denne planperioden. Barne- og ungdomspsykiatrien har videre en utfordring i å få til en økt og mer strukturert samhandling med henvisere og samarbeidspartnere både i kommunesektoren og med det statlige barne- og familievern (BUFetat Sør).

Plantiltakene bygger på forslag fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdelings (BUPA) ledelse og fagråd. Sentrale og regionale planer er vektlagt, bupa-fagrådets egen faglige evaluering av tjenesten, tilbakemelding fra henviserundersøkelse og fokuskonferanse med kommunene i oktober. Tilbakemeldingene derfra understreker at man spesielt bør prioritere tiltak som gir økning i den polikliniske kapasitet samt tiltak som bidrar til å øke kompetanse i 1. linjen.

Videre er vurdert i hvilken grad målsettingene fra tidligere planer er innfridd, samt hvilke andre tilbud som ikke har vært med i tidligere planer, og som bør utvikles. De prioriterte tiltakene handler om kapasitetsøkning og er vurdert opp mot hverandre. Andre tiltak handler i større grad om metodikk og kompetanse. Disse tiltakene er ikke satt opp i prioritert rekkefølge, men ønskes gjennomført så snart det er kapasitets- og kompetansegrunnlag for det.

Den videre utvikling og kapasitetsøkning er foreslått gjort i eksisterende struktur. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) er i foretaket definert som egen avdeling med

avdelingssjef som leder. Avdelingen har både spissede sykehusfunksjoner (fylkesdekkende) i Tønsberg og desentrale/distriktpolikliniske tjenester i Larvik (søndre Vestfold) og i Holmestrand (nordre Vestfold).

Poliklinikkene i Larvik og Holmestrand drives i leide lokaler og disponerer i dag ikke tilstrekkelig areal for kommende utvidelser. I forbindelse med økt arealbehov bør nærmere samlokalisering med voksenpsykiatriens DPS'er i sør- og nordfylket vurderes. Slik samlokalisering vil være i tråd med både nasjonale og regionale føringer, og kan gi driftsmessige fordeler innen støttetjenester. De nasjonale føringene anbefaler også samorganisering av barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien på distriktsnivå. Det tas ikke stilling til slik organisering i dette plandokument.

For å nå målet om 5 % dekningsgrad og 20 % ressursandel for barne- og ungdomspsykiatrien innen 2009, må avdelingen få tilført ca 40 % av forespeilet vekst (ca 85 mill) i planperioden 2005 – 08, dvs ca 30 mill. 2004 kroner.

### 11.1 PRIORITERTE OMRÅDER I PLANPERIODEN - BUP

Alle prioriterte tiltak anses å være viktige og bør realiseres i løpet av opptrappingsperioden. Rekkefølgen tiltakene faktisk vil bli realisert i, vil dog avhenge av en rekke faktorer, ikke minst tilgang på og rekruttering av spesialister.

Økning av poliklinisk kapasitet har likevel klart høyest prioritet. Særlig er videre oppbygging av de generelle poliklinikkene i sør- og nordfylket viktig for å unngå skjevheter i tilbudet mellom ulike deler av fylket. Økning i kapasiteten må forventes å følges av både økt bredde i kompetanse og større grad av spisskompetanse. Det må tilstrebes balanse i teamenes tverrfaglige sammensetning. Å få tilstrekkelig antall hjemler for legespesialister og å utdanne/rekruttere disse, vil være en særlig utfordring. Til tross for den åpenbare kapasitetsbristen i øyeblikket, vil ressursene sannsynligvis kunne utnyttes best om veksten fordeles over hele perioden, men gjerne med en sterkere vekst de nærmeste årene.

#### Prioriterte tiltak:

##### 1) Generell kapasitetsøkning:

- Øke den polikliniske kapasitet i søndre (Larvik) og nordre (Holmestrand) Vestfold.
- Spisse og styrke hovedpoliklinikken (sykehusnivå) i Tønsberg på områdene: nevropsykiatri/-psykologi/rus/atferdsproblematikk/psykiatri hos psykisk utviklingshemmede/fremmedkultur & flyktninger/psykiatri og barnevern.
- Rekruttere fagfolk og beholde ferdig utdannede spesialister!

##### 2) Ambulante tilbud:

- Ambulante tiltak/-team, grenselandsproblematikk, poliklinikk og døgnjenester.
- Samarbeidstiltak med kommunene – ”1 1/2 linjetjenester”

- 3) **Behandlingstilbud for spiseforstyrrelser:** sikre nødvendig institusjonsbehandling ved etablering av egen fleksibel behandlingseenhet primært i samarbeid med voksenpsykiatrien
- 4) **Familieenhet** – styrking av tilbudet og mulig samhandling med voksenpsykiatrien

## 11.2 UTFORDRINGER I PLANPERIODEN

- Kompetanseområder som er mangelfullt utviklet: Barne- og ungdomspsykiatrien skal ha kompetanse på et vidt spekter av problemområder med tverrfaglig tilnærming. Leger, psykologer, pedagoger og sosionomer har sine egne kliniske spesialiteter innen fagområdet og er obligatoriske og likeverdige deltakere i et BUP-team. Også andre faggrupper vil etter hvert kunne få spesialiststatus innen faget.

Med bred innfallsvinkel til problemområdene, vil det være ekstra utfordrende å opparbeide kompetanse innen alle områdene, da antallet ansatte innen hver profesjon/yrkesgruppe vil være begrenset. BUPA har for eksempel ikke mer enn en overlegestilling for hvert polikliniske team, til tross for at alle team skal dekke hele spekteret av tilstander og vansker som henvises.

Spesifikke områder som er nødvendig å styrkes betydelig i hele eller deler av BUPA er:

- Rus, dobbeltdiagnoser
- Spiseforstyrrelser
- Psykiske vansker/alvorlig atferdsavvik hos barn og unge med psykisk utviklingshemning
- Konsultasjons-/liaisontjeneste
- **Rekruttering:** tiltak for å rekruttere og beholde spesialister er svært viktig for at barne- og ungdomspsykiatrien skal ha høy kompetanse på mange områder. Stillinger har hittil i stor grad blitt fylt opp med ikke-spesialister. Det vil fortsatt være en nødvendig oppgave for avdelingen å utdanne spesialister. Samtidig må det være en balanse mellom ansatte under utdanning og spesialister. Gjennomføring av alle andre tiltak vil være avhengig av at dette oppnås. Det må derfor iverksettes konkrete tiltak, bl.a. basert på forslag i BUPA-plan 2001-2006.
- **Ambulant tilbud/grenselandsproblematikk:** det er en betydelig gruppe som ikke i tilstrekkelig grad nyttiggjør seg et begrenset tilbud ved en poliklinikk, men som ikke nødvendigvis trenger innleggelse i mer kostbare tilbud på dag eller døgn. Det bør etableres et oppsøkende tilbud, hvor miljøterapeuter og andre fagpersoner står for et fleksibelt behandlingstilbud tilpasset den enkeltes behov.
- **Samhandling med 1. linjen (1 1/2-linjetilbud):** Noen barn og unge vil trenge tiltak der de til daglig lever, i hjem, skole eller andre steder. Tiltakene kan og bør ofte ivaretas av kommunale instanser, men de innehar kanskje ikke tilstrekkelig kompetanse eller trygghet til å konkludere på hva vanskene skyldes og hvilke tiltak som vil kunne virke. BUPA bør systematisk delta i samarbeid med kommunene slik at de i størst mulig grad kan identifisere og iverksette de mest målrettede tiltakene for barn og unge med vansker som ikke krever direkte tiltak fra spesialisthelsetjenesten.
- **Flyktninger/asylsøkere:** Mange flyktninger og asylsøkere kommer til Norge etter å ha opplevd eller overvært andre bli utsatt for alvorlige traumer eller trusler om traume. Symptomene kan være som hos andre traumeutsatte, men det innebærer også særlige utfordringer å arbeide med mennesker fra andre kulturer og med behov for tolk. Mange lever også i en særlig presset situasjon, bosatt i asylmottak med uavklart status i Norge. Her er det behov for styrking både av kapasitet og kompetanse. Dette bør i større grad enn hittil gjøres i samarbeid med voksenpsykiatrien.
- **Nevro-enhet:** avdelingen har ikke hatt ressursmessig kapasitet til å etablere et team eller en enhet med spisskompetanse på nevropsykiatri/nevropsykologi. Mange av tilstandene som behandles ved BUPA er sammensatte og nevropsykiatriske vansker er ofte sentrale. Det er nødvendig å etablere et team og utvikle kompetanse innen nevrofelt. Det bør videre etableres et nevropsykiatrisk/nevropsykologisk nettverk innen foretaket.
- **Spiseforstyrrelser – døgn og poliklinisk tilbud for ungdom og voksne:** BUPA har betydelig kompetanse på spiseforstyrrelser. Likevel er det behov for ytterligere å styrke kompetansen, bedre tilbudet til målgruppen og sikre sammenheng i behandlingsskjeden. I perioder har den ene døgnenheten for ungdom nesten utelukkende arbeidet med behandling av spiseforstyrrelser. Behovet for en egen enhet for pasienter med spiseforstyrrelser og mulighetene for samarbeid med voksenpsykiatrien må utredes nærmere.
- **Familieenhet for BUP og VOP:** BUPA har den eneste døgnenheten for familier i Vestfold. Når ”indekspasient” er voksen, benyttes i dag familieavdelingen ved Modum Bad. Det må antas at mange familier hvor en eller begge foreldre sliter med psykiske vansker også kunne gjort seg god nytte av et intensivt familietilbud. Det er fra BUPA sin side ønskelig at familieenheten inngår i et samarbeid med voksenpsykiatrien og styrkes slik at den har kapasitet til også å motta familier med hovedsakelig voksenproblematikk.
- **Kombinert barnevern- og psykiatriproblematikk:** Mange barn og unge har omfattende behov både innenfor barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Det er behov for et institusjonstilbud som kan ivareta både et midlertidig omsorgsbehov og et psykiatrisk. En løsning som innebærer plassering i offentlig eller privat barne-

vernsinstitusjon med samtidig poliklinisk behandling, gir oftest ikke tilstrekkelig sammenhengende behandlingstilbud. Det er også usikkert om rettighetene til helsehjelp vil kunne medføre økt ansvar for barn og unge plassert her fra andre fylker. Det er behov for et institusjonstilbud som kan ivareta både tiltaksbehov fra barnevernet og et psykiatrisk behandlingsbehov, noe som ikke finnes i dag. Foretaket bør i samarbeid med BUFetat Sør vurdere nærmere hvordan denne problematikk kan løses.

- **Sped- og småbarns psykiske helse:** Antallet henvisninger i denne aldersgruppen er for tiden svært lavt. Dette antar vi ikke reflekterer manglende behov, men manglende kjennskap og kompetanse i 1. og 2 linje. For mange vil det være viktig å komme inn med tiltak tidligst mulig, både ved utviklingsforstyrrelser og samspillsproblematikk. Tidlig diagnostisering og tidlig intervensjon krever god kompetanse og kapasitet i 2. linjen og godt samarbeid med lavterskel tilbud for vurdering og drøfting til 1. linjen.

## 12. Voksenpsykiatrien (vop)

*Voksenpsykiatrien er oppgave- og funksjonsmessig delt i nivå for sykehuspsykiatri og distriktskykiatri (dps). I pkt 12.1 og 12.2. fremgår en nivå- og oppgavebeskrivelse som i hovedsak er hentet fra Helse Sør sin vedtatte regionale psykiatriplan.*

### 12.1 DESENTRALISERT PSYKISK HELSEVERN

De distriktskykiatriske sentrene er en bærebjelke i tilbudet innen psykisk helsevern til Helse Sørs voksne befolkning. De skal ha ansvar for de allmennpsykiatriske oppgaver på spesialistnivå primært innen et nærmere angitt geografisk område. Det desentraliserte tilbudet skal bestå av dag- og døgntilbud, poliklinikk og ambulante tjenester. Dette betyr ikke at alle funksjonene må være samlokalisert, men at befolkningen har god og samordnet tilgang på tjenestene. Tilstrekkelig bemanning med aktuell fagkompetanse er den største utfordringen for å lykkes med den planlagte utbygging av de distriktskykiatriske sentrene. De erfaringer en til nå har gjort tilsier at kravet til tett samarbeid med 1.-linjen er viktig og tjenestene må derfor være kommunenære. På den andre siden må vi sikre tilstrekkelig fagkompetanse, det innebærer at befolkningsgrunnlaget ikke må være for lite. En målrettet og faglig fundert sammensetning av fagpersoner med kompetanse knyttet til oppgaver vil gi sterkere fagmiljøer og et bedre og bredere psykiatrisk tilbud til befolkningen.

Det desentraliserte psykiske helsevernet må ha tilstrekkelig flerfaglig kompetanse og bemanning til å utføre sine oppgaver. De må etablere et nært og forpliktende samarbeid med de kommunale tjenestene og med den øvrige spesialisthelsetjenesten.

### 12.2 SENTRALISERTE SYKEHUSFUNKSJONER

Deler av behandlingstilbudet til voksne, barn og ungdom i det psykiske helsevernet skal organiseres sentralt. Pasienter som krever andre ressurser eller spisskompetanse, skal gis behandling i psykiatriske sykehusenheter og sentrale poliklinikker. Pasienter med lidelser som er relativt sjeldne og som krever spesiell kompetanse bør henvises til disse enhetene. Det er ikke diagnosen som avgjør om en pasient skal innlegges ved en psykiatrisk sykehusenhet eller få behandling ved et desentralisert tilbud, men pasientens kliniske tilstand og behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet.

Psykiatriske spesialiserte sykehusenheter skal gi tilbud til:

- Pasienter som har behov for innleggelse som øyeblikkelig hjelp
- Oppfølgende behandling i døgnavdeling ved kombinasjonen utagerende atferd og alvorlig psykose
- Pasienter med behov for sikkerhetsavdeling
- Pasienter med lidelser og kombinasjoner av sykdommer som krever spesiell kompetanse slik som kompliserte spiseforstyrrelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og selvsykdom
- Pasienter med behov for grundig utredning og diagnostikk ved spesialavdelinger/-team, for eksempel avdeling for unge pasienter med nydiagnostisert alvorlig sinnslidelse
- De vanskeligste pasientene med dobbeltdiagnose (alvorlig sinnslidelse og alvorlig rusmisbruk)
- Familier med behov for innleggelse (familieavdeling)
- Eldre pasienter med omfattende og kompliserte utrednings- og behandlingsbehov
- Utredning av pasienter med uklare psykotiske tilstander hvor de distriktskykiatriske sentrene eller de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene trenger bistand
- Utredning av pasienter med uklare nevropsykiatriske tilstander
- Personer som er dømt til psykiatrisk behandling

### 12.3 FOKUSOMRÅDER I PLANPERIODEN

#### • Sykehuspsykiatri:

De spissede sykehusfunksjoner må sikres nødvendig kvalitativt og kvantitativt for å kunne utøve sine oppgaver på et faglig godt nivå som psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Elektiv utredning på Psykiatrisk fylkesavdeling iverksettes når særlig kompetanse er nødvendig. Videre legges det til grunn at behandling bare iverksettes der det vurderes å være en realistisk mulighet for målbare forbedringer i pasientens funksjonsnivå slik prioriteringskriteriene i Lønning II forutsetter.

#### • Distriktskykiatri:

De distriktskykiatriske sentrene må styrkes som spesialisthelsetjeneste med mer robuste fagmiljøer. Dette omfatter styrking av andel ansatte med spesialistkompetanse. De ulike diagnoserelaterte enheter bør få en fagmessig profil som speiler de oppgaver de er satt til å gjøre. Gjennom dette legges det til rette for økt evne til

utredning og behandling av de dårligst fungerende pasientene. Tilbud til pasienter i fase med behov for omfattende og intensive tjenester prioriteres/styrkes for å forebygge innleggelse på sykehusnivå samt til å ta i mot overføringsklare pasienter fra sykehusnivå, særlig fra akuttseksjonen.

Tjenestetilbudet til pasienter med alvorlig psykiske lidelser bør videreutvikles i form av ambulante tjenester og gjennom tilbud utenom ordinær arbeidstid og på helger i et avtalt samarbeid med kommunenes hjemme-tjenester. Der hvor pasienter knyttes til en slik ordning skal det klart fremgå av en Individuell plan.

- **Samarbeidsprosjekter med kommunene:**

Den desentraliserte psykiatrimodellen vektlegger at det meste av behandlingen skal og bør skje utenfor institusjon. For noen pasientgrupper krever dette et spesielt tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og 1.-linjen. Dette gjelder pasienter med sammensatte psykiske problemer av stor alvorlighetsgrad (ulike kombinasjoner av omfattende rus/ADHD/psykose/personlighetsforstyrrelser/atferdsproblemer, selvskadning/utagering). Samhandling vil her være en forutsetning for at tiltak skal ha noen effekt. Begrensede, ikke koordinerte, tiltak på ett av nivåene vil ha liten effekt på prognose og tilstandsbilde.

En annen gruppe er pasienter hvor det ikke er rimelig å tro at videre behandling på spesialistnivå vil ha noen effekt, og hvor det er behov for varig bo- og omsorgstilbud i kommunen med eventuell begrensede tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

For begge disse gruppene vil det sentrale tilbudet fra PiV HF være å utøve spesialisttjenester på brukerens arena i et avtalesfestet og strukturert samarbeid med brukerens kommune. For de beskrevne pasientgrupper vil PiV HF arbeide mot å utvikle og implementere mer utadrettede behandlingstiltak. Innleggelse av kortere varighet vil fortsatt kunne skje der tilstanden tilsier behov for dette, men dette må skje i samhandling mellom de involverte instanser.

Foretaket gjør nå erfaringer med to ”pilotprosjekter” i samarbeid med Horten kommune:

- Aldersdemente med problematferd
- Dobbelt diagnoser, alvorlig grad

Effekten av disse prosjektene må evalueres og erfaringene må tas med i forbindelse med nye prosjekter.

Det er i dag en liten gruppe pasienter som faller utenfor eksisterende tilbud på alle nivåer. Det må utredes hvordan disse best kan ivaretas. Tiltaksrammen for disse må avtales nærmere med 1. linjetjenesten og gis høy prioritet som samhandlingsområde.

## 12.4 VIKTIGE (PRIORITERTE) TJENESTETILTAK I PLANPERIODEN

- **ADHD:**

Det arbeides med at foretaket overtar tjenesten for brukere over 18 år fra Sykehuset i Vestfold HF/Habiliteringstjenesten i nær framtid/etter nærmere avtale. Det etableres et fylkesdekkende ADHD-team med ansvar for utredning, diagnostisering og begrenset oppfølging. Teamet blir organisasjonsmessig en del av Psykiatrisk fylkesavdeling. Det må sikres en optimal oppgavefordeling mellom teamet og behandlere på DPS-nivå. Teamet bør ha tilknyttet to psykiatere fordelt på en hel stilling for ikke å bli for sårbart. Det må opprettes en stilling for psykolog med kompetanse innen nevropsykologi. Det må sikres tilstrekkelig ansatte med kompetanse/erfaring med saksbehandling/oppfølging av denne pasientgruppen. Teamets størrelse vil avhenge av oppgavefordeling mellom teamet og behandlere ved DPSene. Det må vurderes hvordan deler av teamets kompetanse kan benyttes opp mot PFA/DPS/Vestfoldklinikken. Det er en forutsetning at teamet fungerer som rådgiver/kompetansesenter for PiV HF for øvrig. Teamet skal også ha ansvar for formalisert samarbeid med kommuner og interesseforeninger.

Det er nødvendig å øke den generelle utrednings- og diagnostiseringskompetansen og kapasitet innen feltet. (Kostnad 2 – 3 mill kr over to år)

- **ECT (elektro convulsiv terapi):**

ECT er en viktig del av behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige affektive lidelser. Det er god dokumentasjon for effekt av behandling. ECT-behandling utføres i dag ved Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA). Kapasiteten er imidlertid for liten og organisering av tjenesten er for sårbar. Det foreslås derfor å etablere en poliklinikk-tjeneste med ansvar for ECT-behandling (intra- og ekstramuralt) og utredning av særlig krevende affektive lidelser. Funksjonen må sikres samhandling med den døgnenheten i PFA som allerede i dag har en spissfunksjon i forhold til affektive lidelser. Tiltaket vil kreve investeringer på ca. 1 mill, og driftsutgifter på ca. 1,5 mill kr.

- **Spiseforstyrrelser (spisset psykiatrisk sykehusfunksjon):**

Pasienter med spiseforstyrrelser utgjør en sammensatt gruppe med noe forskjellig sykdomsbilde og alvorlighetsgrad. Den store andelen med mildere former for spiseforstyrrelser forventes behandlet på 1.-linjenivå. Moderate tilstander bør behandles poliklinisk ved våre DPSer, evt. i samarbeid med 1.-linjen. De alvorlige spiseforstyrrelsene skal prioriteres. I Statens helsetilsyn sin utredningsserie (7-2000) sier man at for denne gruppen skal somatisk utredning foretas av primærlege eller sykehuslege, eventuelt spesialist i indremedisin. Den psykiatriske utredningen må utføres av psykiater

eller spesialist i klinisk psykologi.

Behandling også av den alvorligste gruppen vil oftest foregå poliklinisk, men ved omfattende avmagring, særlig dersom dette har skjedd over kort tid, og ved mistanke om somatiske komplikasjoner, vil det være indikasjon for innleggelse på sykehusnivå. Psykiatriske symptomer som alvorlig personlighetsforstyrrelse, alvorlig depresjon, suicidalitet og liten effekt av poliklinisk behandling er også indikasjoner for sykehusinnleggelse, da i første rekke psykiatrisk avdeling.

Et slikt tilbud mangler i dag. Det foreslås derfor å etablere en egen behandlingsenhet på sykehusnivå. Innhold og organisering må utredes, herunder valg av kunnskapsbasert behandlingsmetodikk. Man kan tenke seg et samarbeid mellom bup & vop. Enheten bør ha 6 plasser i en fleksibel driftsform kombinert med mulighet for oppfølgende behandling i form av dag/poliklinikk/ambulante tjenester.

- **Dobbeltdiagnoser:**

Døgn ved spisset sykehuspsykiatri – Psykiatrisk fylkesavdeling:

De siste årene har vi erfart at en økende andel pasienter innlagt ved Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA) med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni og bipolar lidelse) også har et rus/avhengighetsproblem av et omfang som innvirker på prognose og behandling. Da denne form for dobbeldiagnose nå er så utbredt synes det ikke riktig å holde fast ved tidligere planer om å opprette en egen avdeling for denne gruppen. Det bør heller iverksettes tiltak for å styrke døgnbasert behandlingstilbud på sykehusnivå. Dette vil i vesentlig grad måtte skje gjennom å spisse og øke kompetansen innen området psykiske lidelser og rus. En slik kompetanseheving bør ta utgangspunkt i kunnskapsbaserte metoder. Det må gjøres en grundig utredning av både rus og psykiatri. I planlegging av behandlingen vil samspeilet med DPSer og kommuner stå sentralt.

**DPSene:**

Oppfølgingen av nevnte pasientgruppe vil måtte skje i nært samarbeid med 1.-linjen og krever kompetanse innen kunnskapsbaserte integrerte behandlingsopplegg. Mål for behandlingstilbudet til denne pasientgruppen bør være at hver pasient deltar i ett samlet behandlingsprogram som dekker både den psykiske lidelsen og rusmisbruket og at pasientens hovedbehandler har ansvar for og kompetanse til å behandle begge lidelser.

Ved ruspoliklinikker på DPS-nivå og avdeling for russpesialisert døgnbehandling (Vestfoldklinikken) må det bygges opp en grunnkompetanse m. h. t utredning/diagnostisering som sikrer at tegn på alvorlig psykose/bipolar lidelse fanges opp tidlig.

- Desentrale rus- og psykiatritjenester:

Kapasiteten på ruspoliklinikker på DPS-nivå må styrkes. Kompetanse knyttet til en helhetlig utredning og diagnostikk må styrkes. Tilbudet innen rus/avhengighetsfeltet

bør organiseres i form av poliklinisk tjeneste eventuelt som egne ruspoliklinikker som del av DPS. Andelen medarbeidere med spesialistkompetanse må økes. Det er særlig behov for psykiater i ruspoliklinikkene.

- **Alderspsykiatri** (spisset psykiatrisk sykehusfunksjon): Andel eldre i befolkningen er økende. Behovet for et psykiatrisk tilbud til denne aldersgruppen vil derfor være tiltagende. Alderspsykiatri kan defineres som en spesialisert form for psykiatri som har som mål å diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidelser. Alderspsykiatriske lidelser kjennetegnes ved at de opptrer for første gang i høy alder (over 65år) og at det foreligger en nær sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk lidelse og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener. PiV HF har i dag svært god kompetanse innen utredning/diagnostisering og oppfølging av eldre med forvirringstilstander, demenstilstander, og psykiatriske tilstander der pasienten har eller antas å ha en hjerneorganisk sykdom eller skade. Deler av det øvrige behandlingstilbudet til denne gruppen må styrkes. Det foreslås følgende tjenesteutvidelse som spisset sykehusfunksjon ved Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA):
  - Det etableres en poliklinisk og ambulant enhet med tilknytning til post 10 og 11.
  - Etablere 6 plasser for eldre med debuterende alvorlig psykisk lidelse
  - Etablere regionalt kompetansenettverk i samarbeid med Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk. Forutsetter regional (Helse Sør) finansiering
- **Liaison virksomhet** (tjenester til somatikk): Omfanget av liaison virksomhet overfor Sykehuset i Vestfold HF har vært sterkt økende de siste årene. Denne delen av tilbudet bør derfor styrkes med 1,0 overlege innen voksenpsykiatrien og 0,5 overlege ved barne- og ungdomspsykiatrien. Det ytes også slike tjenester fra Søndre Vestfold DPS overfor Sykehuset i Vestfold avd. Larvik og Sandefjord. Omfang og innhold i dette tilbudet bør også utredes.

---

## 13. Rustjenester, samt samordning av rus- og psykiatritjenester

---

### 13.1 SPESIALISERT RUSBEHANDLING - VESTFOLDKLINIKKEN

Foretaket fikk fra 01.01.04 overført fra Vestfold fylkeskommune spesialiserte rustjenester for døgnbehandling og legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ved overføringstidspunktet ble Vestfoldklinikken etablert som en egen avdeling innen Psykiatrien i Vestfold HF. Det foreslås ingen endring i denne status her. Annen organisering av fagfeltet kan være aktuelt å vurdere i planperioden ut fra hva som vil være hensiktsmessig i forhold til oppgavefordeling, videre utvikling av fagfeltet samt øvrig avdelings- og tjenestestruktur i foretaket.

Klinikkens hoveddel er lokalisert i nye lokaler på Skjerve på Nøtterøy. Lokalene fremstår som funksjonelle og tiltalende og huser 23 døgnplasser, lokaler til LAR samt klinikkens fagteam og ledelse. Videre har Vestfoldklinikken behandlingssenheten Vivestad i Re kommune med 21 døgnplasser for langtidsbehandling.

I april 2004 opprettet direktøren som et ledd i den pågående planprosess, en plan-/arbeidsgruppe for å se på rustjenester og samordning av psykiatri og rustjenester. Arbeidsgruppens utredning av 09.11.05 følger plandokumentet som eget vedlegg. Etterfølgende pkt 13.2 inneholder en oppsummering av hovedtrekkene i arbeidsgruppens føringer og tiltaksforslag. Arbeidsgruppens forslag samt anbefalinger fra Store Restrup-konferansen i oktober, vil bli tatt med i den tiltaksplan som skal utarbeides. I dette plandokumentet løftes fram to områder som særlig ønskes fokusert:

- behandlingssenheten Vivestad som omtales i pkt 13.3.
- behov for nytt behandlingstilbud til ungdom, pkt 13.4.

Fra 01.01.2005 innførte Rikstrygdeverket (RTV) nytt takstsystem for rus- og psykiatriske poliklinikker. Hittil har virksomhet/aktivitet ved spesialiserte rusinstitusjoner som Vestfoldklinikken, og som ikke har vært en del av spesialisthelsetjenesten, ikke hatt mulighet til å definere aktivitet som RTV-refusjonsberettiget.

Det er nå i gang en vurdering ved Vestfoldklinikken for å definere hvilke aktiviteter og på hvilken måte poliklinisk virksomhet kan etableres. Utredningen forventes å foreligge ca 1. april og skal medføre at det etableres poliklinisk virksomhet ved Vestfoldklinikken.

### **13.2 SAMORDNING AV RUS- OG PSYKIATRI-TJENESTER I FORETAKET**

Følgende hovedføringer legges til grunn for den videre utvikling av rustjenester samt samordning av rus- og psykiatritjenester i Psykiatrien i Vestfold HF:

1. Tjenesteutformingen skal gjenspeile at rus og psykiatri skal dra nytte av hverandres fagfelt. Dette må synliggjøres i organiseringen av og samhandlingen mellom avdelinger og enheter innen rus- og psykiatrifeltet i foretaket.
2. Rus- og avhengighetsbehandling skal som for øvrige spesialisthelsetjenester, legge LEON- prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) til grunn ved utvikling og drift av tjenestene.
3. Rus-/psykiatritjenester skal bygges ut etter en desentralisert modell med stor grad av nærhet til pasient og samarbeidspartnere. Samtidig må organiseringen ivareta spissede funksjoner på sykehus/fylkesdekkende nivå.
4. Det skal være et tydelig grensesnitt/grenseoppgang mellom spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver og kommunenes ansvar og oppgaver.
5. Det må lages gode samhandlingsrutiner både internt (mellom rusenheter og rus/psykiatri) og eksternt (1. linje,

somatisk spesialisthelsetjenester, øvrige samarbeidspartnere).

6. Utvikling av rusmetodikk i foretaket skal være kunnskapsbasert.
7. Tilbudet skal bygges opp etter gjeldende lover og forskrifter, og de krav som der stilles til spesialisthelsetjenesten.

De viktigste foreslåtte tiltak knyttet til samordning av rus- og psykiatritjenester som beskrives i vedlagte rapport fra den i pkt 13.1 nevnte arbeidsgruppen, oppsummeres fortløpende slik:

- Vestfoldklinikken foreslås videreført som egen fylkesdekkende avdeling for spesialiserte døgnbaserte tjenester. Annen organisering av fagfeltet kan være aktuelt å vurdere i planperioden ut fra hva som vil være hensiktsmessig i forhold til oppgavefordeling og videre utvikling av fagfeltet og øvrig tjeneste- og avdelingsstruktur i foretaket.
- Ruspoliklinikker/-team ved DPS-ene videreføres som en del av denne strukturen.
- Vestfoldklinikken må innlemmes i en felles legevaktordning for PiV HF.
- Det opprettes et inntaksteam for døgnbaserte rus/avhengighetstjenester bestående av representanter for DPSene og Vestfoldklinikken. Sammensetning og forankring av teamet avklares.
- Ansvar for ulike pasientkategoriers døgnbehandlingstilbud utvikles ut fra rapportens pkt 4.2.
- Det nedsettes en arbeidsgruppe som vurderer nåværende organisering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), om tiltaket kan og/eller bør organiseres som en del av den polikliniske- og ambulante tjenesten ved ett DPS eller fortsatt være en del av Vestfoldklinikken.
- Det iverksettes tiltak for kompetanseheving.
- Tidligere planlagt enhet for dobbeldiagnosepasienter, jfr. fylkeskommunal psykiatriplan, etableres ikke som egen enhet. Det må i stedet bygges opp kompetanse for denne pasientgruppen ved eksisterende døgnenheter innen rus og psykiatri og tilbudet må styrkes, se pkt 12.4.
- Behandlingsenhet Vivestad foreslås omstrukturert og flyttet til et mer bynært område, se pkt 13.3.
- I samarbeid med Sykehuset Buskerud HF (SB HF) utredes muligheten for etableringen av behandlingstilbud til unge rusmisbrukere. Tilbudet tenkes å være et samarbeidsprosjekt mellom Vestfoldklinikken og behandlingssenheten Våks i SB HF, pkt 13.4.

### **13.3 BEHANDLINGSENHETEN VIVESTAD – BEHANDLINGSPROFIL OG LOKALISERING**

Behandlingstilbudet er et langtids behandlingstilbud med 21 plasser (ca.10 + 6 mndr.) tilrettelagt for voksne pasienter innlagt etter lov om spesialisthelsetjenester § 2-1a, lov om sosiale tjenester §§ 6-2 og 6-3, annet ledd og lov om straffegjennomføring § 12.

Arbeidsgruppen for samordning av rus og psykiatri har gjort følgende vurdering av behandlingssenheten Vivestad:

- Gjennomgang av enhetens behandlingstilbud og organisering: Det er behov for å gjennomgå enhetens innhold og metodikk (vekting gruppe-/individuell behandling) i relasjon til dagens målgruppe og samtidig vurdere alternativ oppbygging og innretning av enhetens tilbud i forhold til andre målgrupper enn dagens. Herunder se på behandlingstidens lengde og fasesystemets implikasjoner i forhold til individuell innretning av behandlingstilbudet.
- Gjennomgang av enhetens oppfølgingsarbeid: Vurdering av grensesnitt og oppgavefordeling i forhold til 1.linjen og poliklinikkene gjennom hele behandlingsforløpet. Det er behov for en gjennomgang av enhetens ressursbruk ved oppfølging av pasienter etter endt behandling i behandlingssenheten. Herunder evt. vurdere ressursoverføring som følge av funksjonsoverføringer mellom Vivestad og rusteam/ruspoliklinikk ved DPSene.
- Vurdering av målgruppe og pasientstrøm i forhold til LEON-prinsippet: Bl.a. foreta en vurdering av i hvilken grad et poliklinisk tilbud/dagtilbud kan gis til deler av dagens målgruppe. Det må gjøres vurderinger av målgrupper i lys av de erfaringer som følger av rusreformen.
- Treningsboligen på Herstad: Det er behov for en vurdering av framtidig forankring av tilbudet som gis i treningsboligen. Grensesnitt mot kommunale botilbud må avklares.
- Flytting av behandlingssenheten Vivestad;. Med bakgrunn i gjennomgang av behandlingstilbud og framtidig arealbehov for en spesialisert enhet, igangsette arbeid med lokalisering av enheten til mer bynære områder.

Det legges nå opp til en omstrukturering av tilbudet og økning av kapasiteten ved større vekt på gruppebehandling og kortere behandlingstid ved Vivestad. Den endelige utforming av basisbehandling og oppfølgingsbehandling må vurderes i sammenheng med valg av mulig ny lokalisering. Ved utvikling av oppfølgingsdelen av behandlingstilbudet vises det til omtalen av nivåinnretning og behandlingsskjedeorganiseringen i PiV HF jfr. omtale i foregående kapittel.

Ledelsen ved Vestfoldklinikken foreslår å flytte behandlingssenheten Vivestad til en mer sentral og bynær lokalisering. Dette er i tråd med vedtak fylkestinget i Vestfold fattet hlv. 25.02.97 og 18.12.01, men som ikke er gjennomført. Hovedmomentene i Vestfoldklinikkenes begrunnelse for flytting er:

- bygningsmassen er uhensiktsmessig i forhold til de oppgaver som skal løses
- usentral lokalisering og svært dårlig offentlig kommunikasjon som gir lite rasjonell ressursbruk og samhandling/kontakt med resten av samfunnet og samarbeidspartnere
- beliggenheten er rekrutteringshemmende

- funksjoner som er viktige å trene på og lykkes med i behandlingen, har dårlig tilgjengelighet.

*Det foreslås følgende:*

- *Enheten Vivestad flyttes og behandlingstilbudet reetableres i mer hensiktsmessige og bynære lokaler.*
- *Det etableres et forprosjekt som utreder alternativ lokalisering, investeringsbehov og finansiering. Forprosjektet må gi tilstrekkelig grunnlag for beslutning om ny lokalisering og legges fram for foretaksstyret i løpet av 2005.*
- *Forprosjektet må sees i sammenheng med den totale vurdering av foretakets bygningsmasse som foreslås gjennomført i pkt. 16.2.*

### 13.4 UNGDOM MED OMFATTENDE OG SAMMENSATT PROBLEMATIKK

Behovet for utvikling av adekvate behandlingstiltak for unge rusmisbrukere (16 – 25 år), har tidligere vært presisert i ”Rusplan for Vestfold 2001 – 2006” og ”Regional rusvernplan for Helseregion Sør ” (desember 2001). Manglende tilbud medfører betydelig behov for kjøp av behandlingss plasser utenfor regionen. Vestfoldklinikken hadde som fylkeskommunal virksomhet (tom 2003) ca 13 – 14 mill kr til kjøp av behandlingss plasser utenfor Vestfold. Inntil 2003 kjøpte Vestfoldklinikken relativt ofte behandlingss plasser til unge rusmisbrukere utenfor region Sør. Fra 2003 har Vestfoldklinikken redusert kjøpet av denne type behandlingss plasser. Flere fra den aktuelle målgruppen har de siste to årene fått plass ved Behandlingss enheten Vivestad. Manglende tilbud innen Helse Sør gjør det i dag vanskeligere å føre de behandlingss messige effekter videre lokalt etter endt opphold utenfor regionen. Det skaper også et ekstra press på og uforutsigbarhet i driftsøkonomien. Det vurderes derfor i Helse Sør å være både behandlingss messige og økonomiske gevinster av å få etablert et behandlingss tilbud til denne målgruppen.

Det er nødvendig å fokusere ungdom mellom 18 og 25 år med omfattende og sammensatt problematikk, men også de yngre rusmisbrukere helt ned mot 14 - 15 års alderen må gis fokus. Det må videre etableres et bedre og mer forpliktende samarbeid som også omfatter Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) og rusteam/-poliklinikker ved dps-ene. Foretaket bør i samarbeid med Sykehuset Buskerud HF utrede mulig etablering av felles behandlingstiltak for gruppen.

- *Foretaket vil sammen med Sykehuset Buskerud HF, avdeling for Rus og avhengighet, utrede et mulig behandlingstilbud for unge rusmisbrukere. Tilbudet vil være et samarbeidsprosjekt mellom Vestfoldklinikken og behandlingss enheten Våks med utgangspunkt i den kompetansen som allerede er utviklet i forhold til målgruppen ved disse.*

- *Det må utvikles bedre og mer forpliktende samhandlingsrutiner internt i foretaket for de yngste rusmisbrukerne.*

## 14. Funksjonsområde Habilitering – nye oppgaver for foretaket

Mulig overtakelse av oppgaver fra Habiliteringstjenesten ved Sykehuset Vestfold HF (SiV HF) innen områdene:

- ADHD: det er enighet mellom ledelsen i SiV HF og Psykiatrien i Vestfold HF om at ansvaret for spesialisthelsetjenestens utredning, diagnostisering og oppfølging av ADHD-pasienter over 18 år overføres PiV HF fra 1. mars 2005. Det vises for øvrig til omtale under kap. 12.4 i eget kulepunkt på side 19.
- Glenne Autismesenter (GAS) er i dag en egen seksjon i Habiliteringstjenesten ved SiV HF. Senteret er av Helse Sør HF utpekt som regionalt kompetansesenter innen autismespekteret og er gitt ansvaret for faglig nettverksbygging og drift innen sitt fagområde. Dette er tydeliggjort i Helse Sørs bestillerdokument 2005 for SiV HF. Glenne Autismesenter har en budsjetttramme på ca 10 mill kr og ca 25 ansatte, har ca 250 – 300 aktive klient-saker, hvor av ca 140 var nyhenviste i 2004 pr 01.10. (se forøvrig [www.glennesenter.no](http://www.glennesenter.no) for mer info). Det er enighet mellom ledelsen i de to foretak om å foreslå at Glenne senter overføres fra Sykehuset i Vestfold HF til PiV HF fra 1. juli 2005.

## 15. Avtalespesialister

Avtalespesialister ("privatpraktiserende") er en del av spesialisthelsetjenesten. Helse Sør RHF er den formelle avtalepart med spesialisten. Avtaleforholdet reguleres ut fra nasjonalt inngåtte avtaler mellom de fem regionale helseforetak og hhv. Den norske legeforening og Psykologforeningen. Foretakene i Helse Sør administrerer og følger opp avtalespesialister innen sitt opptaksområde. I Vestfold har vi pt ca 12 årsverk/18 avtaler for psykiatere og ca 14 årsverk/20 avtaler for psykologspesialister som PiV HF skal følge opp. Antall avtalespesialister innen disse fagområder er betydelig høyere i Vestfold enn i resten av Helse Sør i forhold til befolkning. De produserer ca 32.000 konsultasjoner på årsbasis. Ventetiden varierer sterkt innen gruppen og er fra noen uker til over ett år. En eventuell økning i antall avtalespesialister i planperioden må prioriteres fra de midler foretaket tildeles fra Helse Sør. Ut fra en total vurdering av ressursfordeling og prioritering mellom privatpraktiserende og foretakets virksomhet, vurderes det som ikke ønskelig å øke antallet avtalespesialisthjemler. En del av avtalene er deltidsavtaler de fleste på 20 % (10 psykiater og 9 psykologspesialist). Deltidsavtale er knyttet opp til en ansettelse i Psykiatrien i Vestfold HF. Dette er en videreføring av etablert praksis fra Vestfold fylkeskommune. For å rekruttere og beholde spesialister i foretaket ansees

denne ordning som meget positiv og sterkt ønskelig å videreføre.

I voksenpsykiatriens fagråd er representanter for hhv psykiatere og psykologer med avtale deltakere. Denne ordning er positiv og videreføres. Avtalespesialistene får som øvrige ansatte i foretaket tilbud om kurs- og kompetansetiltak som arrangeres av FoU-enheten i PiV HF.

- *antallet avtalespesialister videreføres på dagens nivå i planperioden*
- *praksisen med bruk av deltidsavtalehjemler for å rekruttere spesialister og som knyttes til ansettelsesforhold i foretaket videreføres*
- *i samarbeid med representanter for avtalespesialistene i Vestfold utarbeides en plan for utvikling av feltet og om hvordan avtalespesialistene kan knyttes nærmere inn i tjenestekjeden*

## 16. Økonomi, eiendom og bygninger

### 16.1 ØKONOMI

*Foretaket skal bruke økonomi som strategisk instrument slik at ressursfordeling understøtter de mål foretaket har.*

*Foretaket skal utvikle et incentivrikt finansierings-system for å oppnå dette.*

### 16.2 EIENDOM OG BYGNINGSMASSENS HENSIKTSMESSIGHET FOR TJENESTETILBUDET

Strukturen i foretakets bygningsmasse er historisk betinget, samt preget av at psykiatritilbudet i Vestfold inntil kun for få år siden var organisert som mange (fylkeskommunale) virksomheter, der helhet i tilbudet var relativt lite i fokus. Sykehusdelen av psykiatritilbudet var dessuten organisert under det tidligere sentralsykehuset, nå Sykehuset i Vestfold HF.

Foretaket disponerer i dag en samlet bygningsmasse med et bruttoareal på 41.242 kvm, fordelt med 31.708 kvm eiet areal og 9.534 kvm leiet areal.

Foreliggende plan med gjennomgang av tjenestetilbudet i Psykiatrien i Vestfold HF (PiV), gir rettesnor for hvorledes dette skal struktureres og utvikles fremover. Bygningsmasse, disponibelt areal og lokaliseringen er viktige faktorer for hvorledes tjenestetilbudet vil kunne fungere og framstå, både eksternt og internt.

I dagens situasjon er det særlig grunn til å fremheve at lokalene til akuttfunksjonen i sykehuspsykiatrien i Tønsberg er lite funksjonell. Denne må gis en annen løsning og i det minste må valg av ny løsning gjøres i denne planperioden. Dessuten inngår lokalene til akuttfunksjonen og enkelte andre sykehusfunksjoner i den bygningsmasse som kan bli berørt av videre utbygging ved Sykehuset i Vestfold HF, selv om Psykiatrien i Vestfold HF eier bygningene. Det er

således flere forhold som vil kreve gjennomgang og planer for fremtidige lokaler for sykehuspsykiatrien i Tønsberg.

Det bør igangsettes et prosjekt med en vurdering av og om eksisterende bygningsmasse er hensiktsmessig for tjenestetilbudet og dets struktur. Prosjektet bør gi forslag til mulig restrukturering og/eller avhending av eksisterende bygningsmasse, samt behov for nybygg. Videre må større vedlikeholds- og renoveringstiltak medtas.

Prosjektet må særlig hensynta situasjonen som oppstår for foretaket som følge av hovedutbyggingen ved Sykehuset i Vestfold HF. Videre må hensiktsmessigheten av forholdet mellom å eie eller leie arealer vurderes.

Prosjektet må resultere i forslag til justert eiendoms- og investeringsplan for Psykiatrien i Vestfold HF minimum for perioden 2006 – 2008 og helst foreligge innen 1. desember 2005.

Generelt er tilgangen på midler til bygningsmessig vedlikehold, investeringer og avskrivninger svært begrenset i forhold til behovet. Dette handler dels om at bygningsmassen er relativt gammel, at vår type virksomhet innebærer stor bygningsmessig slitasje, samt at leieandelen er høy, og dermed ikke gir grunnlag for overføringer fra Helse Sør til avskrivninger.

I vedtatt plan for psykisk helsevern i Helse Sør, er det for Vestfold skissert investeringer som et ledd i opptrappingen i perioden 2004 – 08 på ca. 102 mill. kr. Det er knyttet en del konkrete prosjekter til denne rammen som har sitt utspring i tidligere vedtatt fylkeskommunal plan fra 1998.

En slik gjennomgang som er nevnt ovenfor, vil kunne gi andre prioriteringer og tiltak enn de som er konkretisert i psykiatriplanen for Helse Sør. Dette er tidligere kommunisert til Helse Sør. Foretakets reviderte investeringsplan vil med stor sannsynlighet kreve investeringer betydelig ut over de avsatte 102 mill kr. De generelle investeringsmidler og finansieringsmuligheter som foreligger via Helse Sør må derfor gjøres tilgjengelig for foretaket.

- *Det etableres et prosjekt for vurdering av om dagens bygningsmasse er hensiktsmessig for tjenestetilbudet, dets struktur og utvikling i planperioden.*
- *Prosjektet skal gi forslag til mulig restrukturering og/eller avhending av eksisterende bygningsmasse samt angi behov for nybygg samt totalt investeringsbehov minst for perioden 2006 – 08.*
- *Prosjektet skal særlig vurdere behovet for nye lokaler til behandlingsenheten Vivestad og til akuttpsykiatrien i Tønsberg.*
- *Kostnader til prosjektet dekkes av investeringsbudsjettet for 2005.*
- *Direktørens ledergruppe er styringsgruppe for prosjektet.*

### 16.3 EIE VERSUS LEIE

Leieandelen på 23,1 % er høy, sett i forhold til andre helseforetak. Samtlige arealer som disponeres av hhv. Nordre Vestfold DPS (NV DPS) og store deler av arealene ved Søndre Vestfold DPS (SV DPS) er leide. For øvrig utgjør leiearealene mindre deler av arealene ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) og ved Tønsberg DPS (T DPS), samt hele arealet for Hovedkontoret. De leide arealene ved NV DPS leies til selvkost av Vestfold fylkeskommune, etter at denne bygningsmassen i Sykehusreformen ikke ble overført til spesialisthelsetjenesten. Den leide bygningsmassen ved SV DPS leies av de lokale Sanitetsforeninger i hhv. Sandefjord og Larvik. Det betales ikke leiekostnader, men foretaket er økonomisk og bygningsfaglig ansvarlig for forvaltning og vedlikehold av bygningsmassen.

De omtalte leieforhold er i hovedsak historisk betinget, og er ikke resultat av en strategisk vurdering av hensiktsmessigheten av å leie arealer til pasientrettet aktivitet. De eksisterende forhold kan være av økonomisk gunstig karakter (lave leiekostnader) på kort sikt, men ugunstig på lengre sikt, fordi en ikke får overføringer til avskrivninger knyttet til denne bygningsmassen.

Leieforhold til kjernevirksomhet, og da særlig døgnbasert virksomhet, kan videre representere sårbarhet (leieforhold kan bli sagt opp). Utleier kan også legge begrensninger mht. større bygningsmessige inngrep i bygningsmassen, når foretaket som leietaker har behov for å gjennomføre dette.

*Det foretas en vurdering og prinsipiell gjennomgang av den sårbarhet som den arealmessige leieandelen i Psykiatrien i Vestfold HF representerer for økonomi, bygningsmessig standard samt for tjenesteproduksjonen.*

## 17. Ikke-kliniske støttetjenester

Helse Sør RHF har valgt å etablere Sykehuspartner for å kunne være tjenesteleverandør overfor foretakene innen ikke medisinske (ikke kliniske/pasientrettede) tjenester. Dette er gjort både for å effektivisere drift og redusere kostnader, men også for å sikre og bedre kvaliteten på tjenester. I dette ligger også en betydelig standardisering og uniformering av de arbeidsoppgaver som skal utøves på helseforetaksnivå. Noe som er nødvendig for å oppnå både bedre kvalitet og effektivitet.

Så langt er det bestemt at Sykehuspartner HF skal tilby støttetjenester innenfor områdene innkjøp, lønn/økonomi/personal (LØP), informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og kjøkken. Etter hvert som tilbudene etableres, er helseforetakene pliktige til å kjøpe disse tjenestene hos Sykehuspartner HF.

Psykiatrien i Vestfold HF vil inngå avtaler med Sykehuspartner etter hvert som tjenestene derfra tilbys. Foretaket vil i egen organisasjon ha behov for kompetanse som bestiller, for lederstøtte og strategi på de områder Sykehuspartner skal yte tjenester.

*Foretaket skal satse på kjernevirksomheten.  
All annen virksomhet skal fortløpende vurderes om den med fordel bør overtas av andre.*

## **17.1 INFORMASJONSSTRATEGI OG -TEKNOLOGI**

*Psykiatrien i Vestfold HF skal benytte ikt-baserte løsninger på alle kliniske og ikke kliniske tjenester der det fremmer effektivitet og kvalitet.  
Primært skal det ligge et pasientfokus og et gevinstpotensial til grunn ved anskaffelser.  
Innen område informasjon samt opplæring og kompetanseutvikling, skal nettbaserte metoder og e-læring benyttes der dette er hensiktsmessig.*



## Faktainformasjon Psykiatrien i Vestfold HF

Ansvarsområdet for Psykiatrien i Vestfold HF er psykiatriske spesialisthelsetjenester, herunder spesialisert behandling av rusmiddelbrukere.

Psykiatrien i Vestfold HF skal drive psykiatrisk sykehus, distriktpspsykiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske enheter med sikte på å yte gode og likeverdige psykiatriske spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Likeledes skal man legge til rette for og bidra til forskning, undervisning og utdanning av helsepersonell.

### **Psykiatrien i Vestfold HF omfatter**

Psykiatrisk fylkesavdeling  
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling  
Nordre Vestfold DPS  
Tønsberg DPS  
Søndre Vestfold DPS  
Vestfoldklinikken  
Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens  
Glenné Autismesenter

Psykiatrien i Vestfold HF har i 2005 et bruttobudsjett på 575 millioner kroner og om lag 1000 ansatte.

### **Psykiatrien i Vestfold HF**

Postboks 2267, 3103 Tønsberg  
Tlf. 33 01 80 00 – faks 33 01 80 01  
E-mail: [post@piv.no](mailto:post@piv.no)  
Besøksadresse:  
Olav Trygvasonsgate 4, Tønsberg