

## Hørings svar

Klinisk støtte v/Torbjørn Eliasson,

Klinikk for psykisk helsevern og rus

# Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF

- for planperioden 2018 – 2022;  
og framtidsutsikter mot 2035

## 2.6. Forskning og innovasjon

Generelt savnes det at strategiplanen gir en klar retning eller forventning om arbeidet som skal gjøres fremover. Dette gjelder også på spesifikke punkt/tiltak som ikke oppleves som konkretiserte nok.

Utover det kan en kommentere følgende, oppsummert i noen kulepunkter:

- Det kan virke som om det er en skjevfordeling av forskningsmidler mellom Namsos og Levanger. Ønskelig at en er bevisst dette i det videre arbeid.
- Det burde være psykiatrisk kompetanse i Data Access Committee (DAC). Dette for å vektlegge og sikre kompetanse i forhold til å prioritere psykiatriske prosjekter i HNT.
- HNT har hatt samorganisering av somatikk og psykisk helsevern siden 1980. HNT har hatt et godt utgangspunkt for å gi et helhetlig pasienttilbud. Det savnes et større fokus i utviklingsplanen på prosjekt som undersøker pasientbehandling i «gråsonen» mellom somatikk og psykiatri. Tema som nevnes er risiko for diskriminering av psykiatriske pasienters oppfølging av somatiske lidelser.
- Det savnes mer fokus på, og å tydeliggjøre forventninger til hvordan sykehuset skal arbeide på en mer pasientorientert måte, og prosjekt som understøtter dette.

- Det er fordeler og ulemper med datasikringstiltakene HNT har opprettet. Bra å ha en sikker metode for datalagring, samtidig kan det innebære utfordringer med samarbeid med eksterne partnere i forskning, med tanke på tilgang til dataressurser som krever at du er ansatt i foretaket.
- Det kommer ikke klart frem hvilken retning som forventes når det gjelder forskning fremover. Skal man for eksempel satse på «fyrtårnprosjekt» eller breddeforskning? Det savnes en klar strategi med for eksempel prioriteringskriterier for forskning.

## **Vedlegg 2:**

### **Framskrivning og kapasitetsberegning**

#### **2015 til 2022 og 2035**

I vedlegg 2 for utviklingsplanen er det behov for å kommentere noen forutsetninger som vil påvirke utviklingsplanen:

Når en leser tabell 6-1 for PHV voksen, ser en at det er store forskjeller mellom HF-ene i vårt RHF i forhold til opphold og liggedøgn/1 000 innb. I SAMDATA-rapportene som kommer ut hvert år, ser en også at HNT skiller seg ut i forhold til resten av landet også. Mye kan tyde på at den ønskede utviklingen med at samarbeidet med kommunene er kommet godt i gang, samt at den polikliniske aktiviteten er høy. Dette har påvirkning for utgangspunktet når en skal legge en matematisk formel til grunn for beregning av utviklingen. Den samme formelen er lagt til grunn for alle HF-ene. Når utgangspunktet er så forskjellig vil utviklingen ha forskjellige forløp

Tabell 6-1 rater (opphold/ 1 000innb.) døgnopphold alle HF, PHV og rusbehandling

Opphold	HMR	HNT	St. Olav
<b>PHV voksen</b>			
- opphold	14,9	11,5	13,8
- liggedøgn	258,2	192,7	237,5
<b>PHV barn og unge</b>			
- opphold	3,4	5,2	2,4
- liggedøgn	36,7	64,3	34,3
<b>TSB</b>			
- opphold	5	3,5	4,6
- liggedøgn	148,3	129,8	120,3

Innenfor TSB ser en av tabell 6-7, at kun 11,1% av de som får døgnbehandling fra N.-Tr., får den i HNT i 2015. Dette må vi påregne blir endret vesentlig når vi gjennom «Psykatrikløftet» får startet med egne behandlingsplasser for TSB. I dag har vi kun utredningsplasser.

Tabell 6-7 Aktivitet og dekningsgrad i % pr. HF og bostedsområde for TSB, døgnopphold

Bostedsområde	HMR	St.Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	741	63	0	15	210	11	1 040
St. Olav bosted	77	316	5	11	712	9	1 130
HNT bosted	61	41	42	0	226	7	377
Sum HMN bosted	879	420	47	26	1 148	27	2 547
HMR bosted	71,3%	6,1%	0,0%	1,4%	20,2%	1,1%	100%
St. Olav bosted	6,8%	28,0%	0,4%	1,0%	63,0%	0,8%	100%
HNT bosted	16,2%	10,9%	11,1%	0,0%	59,9%	1,9%	100%
Sum HMN bosted	34,5%	16,5%	1,8%	1,0%	45,1%	1,1%	100%

I tabell 7-11, ser det ut som om det er behov for 8 færre senger i 2035 sammenlignet med 2015. Det er beregnet ut fra en matematisk formel som ikke tar hensyn til nyetableringer i tidsrommet etter 2015. Det er bl.a. planlagt oppstart av 10 alderspsykiatriske døgnplasser i søndre del av opptaksområdet, som vil overstyre den matematiske formelen. Derfor vil tabellen være misvisende.

Tabell 7-11 Kapasitetsbehov PHV voksne 2015 til 2022 og 2035

Type kapasitet	St. Olav HF	HMR HF	HNT HF	HMN (sum avrundet)
<b>Kapasitet 2015 (beregnet)</b>				
Senger	194	157	77	428
Dagplasser	3	1	0	4
Polikliniske plasser	136	85	51	272
<b>Kapasitet 2022</b>				
Senger	194	160	79	433
Dagplasser	3	1	0	4
Polikliniske plasser	159	100	61	320
<b>Kapasitet 2035</b>				
Senger	178	142	69	389
Dagplasser	4	1	0	5
Polikliniske plasser	193	121	74	388

I tabell 7-16, ser det ut til at behovet for døgnplasser innenfor TSB reduseres i 2035 i forhold til 2015. Dette er sterkt misvisende. Her er det også lagt en matematisk formel til grunn for beregningen. Det er ikke tatt hensyn til at det blir etablert 10 nye døgnplasser for TSB i forbindelse med «Psykiatriloftet».

Tabell 7-16 Kapasitetsberegning TSB, alle HF

Type kapasitet	St. Olav HF	HNT HF	HMR	HMN
<b>Kapasitet 2015 (beregnet)</b>				
Senger	39	7	67	113
Dagplasser	1	0	6	7
Polikliniske plasser	19	7	7	33
<b>Kapasitet 2022</b>				
Senger	36	6	66	108
Dagplasser	1	0	6	7
Polikliniske plasser	22	7	9	38
<b>Kapasitet 2035</b>				
Senger	32	6	57	95
Dagplasser	1	0	8	9
Polikliniske plasser	26	9	10	45