

Søknadsprosess for nasjonale kompetansetjenester

Underskrevet, skannet søknad skal sendes elektronisk til eget helseforetak. Frist for dette er XXX.

Helseforetaket vil deretter oversende innkomne søknader til det regionale helseforetaket (RHF). Det forutsettes at RHF-ene i felleskap samordner og prioriterer søknadene ut fra nasjonale behov, før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for videre behandling, (frist 1. juni).

Bakgrunnsdokumentene gir et godt utgangspunkt for korrekt utfylling av søknadsskjemaet, noe som igjen vil sørge for at saksbehandlingen ikke forsinkes:

- Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten
- HODs veileder til forskriftens kapittel 4
- Mandat og sammensetning av referansegruppene (vedlagt)

I tillegg er det utarbeidet en *Innledning og veiledning for søknader om nye nasjonale kompetansetjenester*, (vedlagt).

Søknadsskjema

Helseforetak	St Olavs Hospital	RHF	Helse Midt Norge
Ansvarlig avdeling	Psykisk Helsevern	Ansvarlig person	Gunnar Morken
Navn på tjenesten ¹	Kompetansetjeneste for Bipolare Lidelser		
Tidligere søknad?	Er det tidligere søkt om nasjonal status for samme eller tilsvarende tjeneste? ☐ Ja ☒ Nei Hvis ja, når var dette (årstall)?		

Beskrivelse av tjenesten – innhold og avgrensning

1. Gi en beskrivelse av innholdet i tjenesten. Hvilken eller hvilke pasientgrupper eller diagnoser er målgrupper for kompetansetjenesten? Hvilke helsemessige tilleggsgvinster i form av bedre prognose eller	Mennesker med Bipolare lidelser, pasientgruppen deles i Bipolar 1 lidelse som har tilbakevendende depresjon er og manier og Bipolar 2 lidelse som har depresjoner og lavgradige manier, kalt hypomanier. Diagnostisk grense mot ordinære tilbakevendende depresjoner er ikke helt avklart. Sykdomsgruppen regnes av mange som en av de ti mest kostbare i den vestlige verden. Anslagene på hvor stor del av voksen befolkning som rammes varierer, men 0,5-1% Bipolar 1 og noe høyere Bipolar 2 er konservative anslag. Behandlingen er sammensatt av medikamentell og psykososial behandling. De ti siste årene har det kommet få nye medikamenter til behandling av bipolar lidelse. Internasjonalt er det riktige bruk av eldre legemidler og ikke minst nye programmer for psykososial behandling integrert med farmakologisk behandling som er de sentrale nyvinningene. Den best dokumenterte psykososiale behandlingen består av psykoedukasjon over 10 til 20 møter, de vanligste måten å gi opplæringen på i Norge er pasientgrupper på 7 til 12 pasienter over et semester, dette er også den best dokumenterte behandlingsformen, men opplæringen kan også gis individuelt eller til pasient og familie sammen. Sentrale elementer i opplæringen er livsstilsendringer med vekt på regelmessighet i søvn og døgnrytme, bedre håndtering av
---	---

livskvalitet forventes etableringen av tilbudet å føre til?	belastende livshendelser, lavt forbruk av rusmidler, videre øvelse i å gjenkjenne tidlige symptomer på nye episoder av depresjon eller mani og utarbeide planer for hurtige sosiale og farmakologiske tiltak hvis det oppstår nye symptomer i tillegg til planer for hurtig kontakt med helsevesenet. Effekten av opplæringen er antagelig ikke kun knyttet til bedre informasjon, men at pasientene og evt familien i løpet av opplæringen trenes i egenobservasjon og utarbeidelse av egne planer for mestring. Det er god dokumentasjon internasjonalt for effekt av slik behandling. I 2005/2006 utarbeidet bipolar klinikken ved avd Østmarka, St Olavs Hospital sammen med Josefinegaten DPS, OUS et norsk program for slik gruppebasert opplæring av pasienter, en forkortet versjon gis til pårørende. Dette programmet er tatt i bruk flere steder i landet, begge enheter har gitt opplæring til andre enheter og det avholdes årlige nasjonale samlinger for utveksling av erfaringer med arbeidet. Vi ønsker å utvikle dette arbeidet videre ved å forbedre undervisningsprogrammet og stimulere flere avdelinger i Norge til å ta det i bruk. Slike program synes å redusere antallet episoder med mani/depresjon og redusere den tiden pasientene er deprimert. I en så stor pasientgruppe med mangårig tilbakevendende sykdom, vil de fleste pasientene måtte få mye av sin behandling i primærhelsetjenesten. En helt funksjonell arbeidsfordeling mellom første og andrelinjetjenesten er ikke funnet. Bipolar klinikken ved avd Østmarka deltar i et europeisk forskningssamarbeid der et av målene er å utvikle gode modeller der primærhelsetjenesten ivaretar mye av den langsiktige behandlingen og pasientene er i kontakt med andrelinjetjenesten ved skjeldne kontroller og ved forverring av tilstanden.
2. Hvilken type kompetanse-tjeneste er det snakk om?	☐ Små pasientgrupper ☒ Store pasientgrupper ☐ Sjeldne funksjonshemninger Kommentarer: Se over for anslag av hyppighet av Bipolar lidelse.
3. Hva er de viktigste aktivitetene for kompetanse-tjenesten?	☒ Tjenester rettet mot helsepersonell og annet fagpersonell i helsetjenesten. ☐ Tjenester rettet mot pasienter/brukere som enkeltperson, og deres pårørende. ☒ Tjenester rettet mot pasienter/brukere og deres pårørende på gruppenivå. ☒ Forskning, fag- og metodeutvikling (Kan innebære register/biobank). ☐ Kvalitetskontroll/kvalitetsutvikling (Kan innebære register/biobank). Kommentarer: Kompetansetjenesten blir samlokalisert med en spesialpoliklinikk for bipolare lidelser og med en forskningsavdelingen i Psykisk Helsevern, St Olavs Hospital og med Gruppe for Psykiatri ved det medisinske fakultet, NTNU

4. Hvordan er oppgavene tenkt ivare tatt overfor hele landet?	1. Pasientopplæring. Der er etablert årlig samling av avdelinger som gir opplæring til pasienter, vi vil utvide dette til at samlingene også inkluderer opplæring til pårørende. Videre har de to oppstartsenhetene Josefinegaten DPS og Bipolarklinikken avd Østmarka gitt veiledning til behandlere andre steder i landet. Selve behandlingsprogrammet med arbeidsbøker og undervisningsmateriell vil bli videreutviklet. 2. Sammen med andre klinikker vil vi videreutvikle modeller for samarbeid mellom primær og sekundærhelsetjenesten rundt behandling. 3. Der er fra 2003/2004 etablert et nasjonalt forskningssamarbeid rundt bipolare lidelser, Bipolar Research And Innivation Network - Norway, BRAIN, som ledes av søker. I ulike prosjekt har 10 andelinger i Norge deltatt i denne perioden. Datainnsamling pågår fortsatt. Nettverket samarbeider tett med TOP organisasjonen i OUS/OUI som forsker på både schizofreni og bipolar lidelse. De to gruppene har felles metode for datainnsamling, data lagres felles i sentral databank og biologisk materiale i felles biobank på Folkehelse.
5. Hva er begrunnelsen for at en nasjonal kompetanse-tjeneste vil bedre tilbudet til pasientgruppen?	Behandlingsmessig får ikke alle pasienter med Bipolar lidelse i Norge oppdatert behandling. Manglene er følgende: Tilstanden diagnostiseres gjennomgående flere år etter at pasientene har hatt sin første episode med depresjon eller mani, jo yngre pasientene er ved første episode, jo lengre tid før korrekt diagnose og behandling. (se referanse 8). Større oppmerksomhet rundt tilstanden og bedre diagnostisk og behandlingsmessig kvalitet vil kunne bedre dette. Videre vil en del pasienter som er diagnostisert ikke motta godt opplæringstilbud, bl a fordi opplæringstilbudet ikke er etablert i alle enheter i landet.
6. Hva er kunnskaps-grunnlaget i forhold til nytten av å opprette en nasjonal kompetanse-tjeneste?	Kunnskapsgrunnlaget er knyttet til at der er forsinket diagnosestikk av tilstanden i Norge, se referansene 8 og 9 under. Videre er der dokumentert psykososial behandling som ikke er tatt tilstrekkelig i bruk i Norge, videre er der behov for utvikling av behandlingsskjermer der de fleste pasientene får det meste av sin behandling i primærhelsetjenesten, men ha lett tilgang til spesialisthelsetjenesten ved behov.

7. Hva omfattes ikke av tjenesten? Gi en beskrivelse av grenseoppgang mot annen virksomhet og evt. gråsoner.	Den polikliniske behandlingen er tenkt finansiert av Helseforetaket som i dag, det vil være gråsoner mot forskning finansiert av St Olavs Hospital og finansiert av NTNU.
8. Vil kompetanse-tjenesten gjøre bruk av eller samarbeide med utenlandske institusjoner?	Forskningsmessig deltar vi sammen med TOP gruppen ved UIO/OUS i et europeisk forskningssamarbeid, European Network of Bipolar Research Expert Centre (ENBREC), noen av de genetiske artiklene (referanse 1, 2, 3, 5) er knyttet til dette. Gruppen arbeider med et felles europeisk system for første beskrivelse av og oppfølgingskontroller av pasienter med bipolar lidelse. Formålet er både vitenskapelig og å bedre den kliniske kvaliteten.
9. Er det dokumentert: a) Behov for oppbygging og spredning av kompetanse innen området? b. At området bør sentraliseres av hensyn til kvalitet og kostnads-effektivitet? c. At sentralisering av tjenesten vil bidra til å utvikle og heve kvaliteten i en helhetlig behandlingsskjede innenfor en rimelig tidshorisont? Jf. HODs veileder § 4-5.	a. Etter vår vurdering kan deler av pasientbehandlingen ved Bipolar lidelse bedres i Norge ved etablering av en slik kompetanseenhet som er orientert mot samarbeid med andre avdelinger i Norge slik vi har vært de siste årene både ved vitenskapelig samarbeid og ved samarbeid rundt pasient og pårørendeopplæring. b. Det vil i stor grad være koordinering og servicetjenester som sentraliseres. Kompetanseenheten vil slik en gjør i dag utnytte kolleger i andre helseforetak både til undervisning, faglig utvikling og forskningsarbeid. c. Det er vår oppfatning at en slik tjeneste ved å bygge på det eksisterende samarbeidet mellom ulike miljø i Norge, vil gi økt kvalitet i et helhetlig behandlingsforløp, øke kompetansen nasjonalt og gi bedret kostnadseffektivitet ved at miljøer nasjonalt samarbeider rundt utvikling av behandling og forskning.

10. Hvilke resultatmål skal etableres for tjenesten? Jf. HODs veileder § 4.6, som skisserer oppgavene som tjenesten skal ivareta, samt behov for resultatmål.	Kompetanseoppbygging (forskning, etablering av/deltakelse i nasjonale og internasjonale forskernettverk): En vil her foreslå: Vitenskapelig produksjon i form av publikasjoner og fremlegg på konferanser, deltagelse i forskningsnettverk nasjonalt og internasjonalt. Oppbygging og vedlikehold av nettverk for utveksling av erfaring fra behandling nasjonalt. Formidling av kunnskap til hele helsetjenesten: Vedlikehold og oppbygging av nettverk for samarbeid om og utvikling av behandlingstilbud. Utvikle materiell for undervisning og opplæring. Undervisning på egen og andres undervisning. Merverdi i forhold til pasientbehandling/behandlingskjeden: merverdien er knyttet til i hvilken grad behandlingen utvikles i helsetjenesten. Det er vanskelig å måle dette ut over å beskrive de kontaktpunktene en har hatt i søknadsperioden Likeverdig tilgjengelighet til kompetanse: En vil dokumentere dette på samme vis som punktet over.
---	--

Beskrivelse av fagmiljø og ressurstilgang

11. Gi en beskrivelse av miljøets kompetanse i forhold til oppgavene som skal ivaretas som kompetanse-tjeneste. Gjør rede for hvordan kompetansen er tenkt vedlikehold i årene framover.	I aktuell poliklinikk og tilknyttet universitetsmiljø er det i dag i full stilling ansatt psykiatrisk sykepleier med mastergrad, overlege med PhD og psykologspesialist i full stilling, videre tilknyttet i delte stillinger: Professor/overlege, førsteamanuensis/overlege og flere overleger og LIS leger i mindre stillinger. Der er betydelig erfaring med de beskrevne behandlingsformene, med utvikling av opplæringsmateriell, opplæring av annet helsepersonell og forskning i det på Bipolare lidelser. Poliklinikken er lokalisert i samme bygningskompleks som Gruppe for psykiatri ved Det medisinske fakultet, NTNU
12. Nasjonale tjenester skal opprette referansegruppe blant annet med representanter fra alle regionale helseforetak, se dokumentet Mandat og sammensetning av referanse-gruppene. Er det spesielle momenter som må vektlegges ved sammensetning av gruppen? ²	Vårt miljø har et etablert samarbeid med ansatte i de andre RHFene, bl a overlege Helle K Schøyen, Helse Stavanger, overlegene/professorene Ketil Ødegaard og Ole B Fasmer, Helse Bergen, overlegene/professorene Ingrid Melle og Ole A Andreassen, Oslo Universitetssykehus, overlege/førsteamanuensis Terje Øiesvold Helse Nord/UIT.

13. Hvilke ressurser, inkludert infrastruktur, bør merkes for den nasjonale kompetansetjenesten? ³ Gjør rede for utfordringer knyttet til ressurstilgang. Hvordan er utfordringene tenkt løst? ⁴	Kompetansetjenesten vil bli lokalisert i tilleggende lokaler til overnevnte poliklinikk og til universitetsmiljøet. Noen av de ansatte i kompetanseenheten er tenkt å ha kombinert stilling med klinisk stilling og/eller universitetsstilling. En vil utnytte St Olav sin etablerte struktur når det gjelder kontortjenester. Vi søker med dette om at Nasjonal Kompetanseenhet Bipolare lidelser tildeles finansiering for: <table> <tr> <td>1 Daglig leder: 50% (inkl kostnader)</td><td>Kr. 500 000</td></tr> <tr> <td>2 Forsker/Undervisning</td><td>Kr. 1 900 000</td></tr> <tr> <td>1 Merkantil stilling 50%</td><td>Kr. 450 000</td></tr> <tr> <td>Driftsmidler</td><td>Kr. 300 000</td></tr> <tr> <td>TOTALT</td><td>Kr. 3 150 000</td></tr> </table>	1 Daglig leder: 50% (inkl kostnader)	Kr. 500 000	2 Forsker/Undervisning	Kr. 1 900 000	1 Merkantil stilling 50%	Kr. 450 000	Driftsmidler	Kr. 300 000	TOTALT	Kr. 3 150 000
1 Daglig leder: 50% (inkl kostnader)	Kr. 500 000										
2 Forsker/Undervisning	Kr. 1 900 000										
1 Merkantil stilling 50%	Kr. 450 000										
Driftsmidler	Kr. 300 000										
TOTALT	Kr. 3 150 000										
14. Er det andre momenter som bør trekkes fram, som det ikke er spurt om ellers i skjemaet?	En vil i løpet av første søknadsår utarbeide en plan for oppretting av et register for behandling under innleggelse for bipolar lidelse med angivelse av gitt behandling, oppholdslengde, tid til tilfriskning og tid til tilbakefall basert på samtykke fra pasienter og egenrapport fra pasienter etter utskrivning etter mønster av registre i ortopedi. Videre samarbeider vi tett med professor/overlege Ketil Ødegaard, Psykiatrisk avdeling ved Helse Bergen som har betydelig erfaring med ECT og en vil utarbeide planer for opprettelse av et register for gitt ECT behandling i Norge lokalisert ved Haukeland sykehus.										
15. Oppgi inntil 10 vitenskapelige publikasjoner de siste 5 år som har utgått fra personer i det fagmiljøet som søker, og som er relevante i forhold til den tjeneste som søkes. Listen skal inkludere publikasjonens PubMed-nummer.	1. Vassos E, Steinberg S, Cichon S, Breen G, Sigurdsson E, Andreassen OA, Djurovic S, Morken G, Grigoriu-Serbanescu M, Diaconu CC, Czerski PM, Hauser J, Babadjanova G, Abramova LI, Mühleisen TW, Nöthen MM, Rietschel M, McGuffin P, Clair DS, Gustafsson O, Melle I, Pietiläinen OP, Ruggeri M, Tosato S, Werge T, Ophoff RA, GROUP Consortium, Rujescu D, Børglum AD, Mors O, Mortensen PB, Demontis D, Hollegaard MV, van Winkel R, Kenis G, De Hert M, Réthelyi JM, Bitter I, Rubino IA, Golimbet V, Kiemeny LA, van den Berg LH, Franke B, Jönsson EG, Farmer A, Stefansson H, Stefansson K, Collier DA. Replication Study and Meta-Analysis in European Samples Supports Association of the 3p21.1 Locus with Bipolar Disorder. <i>Biol Psychiatry</i>. 2012 May 4. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22560537 2. Sklar P, Ripke S, Scott LJ, Andreassen OA, Cichon S, Craddock N, Edenberg HJ, Nurnberger JI Jr, Rietschel M, Blackwood D, Corvin A, Flickinger M, Guan W, Mattingdal M, McQuillin A, Kwan P, Wienker TF, Daly M, Dudbridge F, Holmans PA, Lin D, Burmeister M, Greenwood TA, Hamshire ML, Muglia P, Smith EN, Zandi PP, Nievergelt CM, McKinney R, Shilling PD, Schork NJ, Bloss CS, Foroud T, Koller DL, Gershon ES, Liu C, Badner JA, Scheffner WA, Lawson WB, Nwulia EA, Hipolito M, Coryell W, Rice J, Byerley W, McMahon FJ, Schulze TG, Berrettini W, Lohoff FW,										

Potash JB, Mahon PB, McInnis MG, Zöllner S, Zhang P, Craig DW, Szelinger S, Barrett TB, Breuer R, Meier S, Strohmaier J, Witt SH, Tozzi F, Farmer A, McGuffin P, Strauss J, Xu W, Kennedy JL, Vincent JB, Matthews K, Day R, Ferreira MA, O'Dushlaine C, Perlis R, Raychaudhuri S, Ruderfer D, Hyoun PL, Smoller JW, Li J, Absher D, Thompson RC, Meng FG, Schatzberg AF, Bunney WE, Barchas JD, Jones EG, Watson SJ, Myers RM, Akil H, Boehnke M, Chambert K, Moran J, Scolnick E, Djurovic S, Melle I, Morken G, Gill M, Morris D, Quinn E, Mühleisen TW, Degenhardt FA, Mattheisen M, Schumacher J, Maier W, Steffens M, Propping P, Nöthen MM, Anjorin A, Bass N, Gurling H, Kandaswamy R, Lawrence J, McGhee K, McIntosh A, McLean AW, Muir WJ, Pickard BS, Breen G, St Clair D, Caesar S, Gordon-Smith K, Jones L, Fraser C, Green EK, Grozeva D, Jones IR, Kirov G, Moskvina V, Nikolov I, O'Donovan MC, Owen MJ, Collier DA, Elkin A, Williamson R, Young AH, Ferrier IN, Stefansson K, Stefansson H, Thorgeirsson T, Steinberg S, Gustafsson O, Bergen SE, Nimgaonkar V, Hultman C, Landén M, Lichtenstein P, Sullivan P, Schalling M, Osby U, Backlund L, Frisén L, Langstrom N, Jamain S, Leboyer M, Etain B, Bellivier F, Petursson H, Sigurdsson E, Müller-Mysok B, Lucae S, Schwarz M, Schofield PR, Martin N, Montgomery GW, Lathrop M, Oskarsson H, Bauer M, Wright A, Mitchell PB, Hautzinger M, Reif A, Kelsoe JR, Purcell SM; Psychiatric GWAS Consortium Bipolar Disorder Working Group. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. *Nat Genet.* 2011 Sep 18;43(10):977-83. doi: 10.1038/ng.943. PubMed PMID: 21926972.

3. Olsen L, Hansen T, Djurovic S, Haastруп E, Albrechtsen A, Hoeffding LK, Secher A, Gustafsson O, Jakobsen KD, Nielsen FC, Ullum H, Morken G, Agartz I, Melle I, Gether U, Andreassen OA, Werge T. Copy number variations in affective disorders and meta-analysis. *Psychiatr Genet.* 2011 Dec;21(6):319-22. doi: 10.1097/YPG.0b013e3283463deb. PubMed PMID: 21451435.

4. Schoeyen HK, Vaaler AE, Auestad BH, Malt UF, Melle I, Andreassen OA, Morken G. Despite clinical differences, bipolar disorder patients from acute wards and outpatient clinics have similar educational and disability levels compared to the general population. *J Affect Disord.* 2011 Jul;132(1-2):209-15. Epub 2011 Mar 25. PubMed PMID: 21440307.

5. Tesli M, Athanasiu L, Mattingsdal M, Kähler AK, Gustafsson O, Andreassen BK, Werge T, Hansen T, Mors O, Mellerup E, Koefoed P, Jönsson EG, Agartz I, Melle I, Morken G, Djurovic S, Andreassen OA. Association analysis of PALB2 and BRCA2 in bipolar disorder and schizophrenia in a scandinavian case-control sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2010 Oct 5;153B(7):1276-82. PubMed PMID:

20872766.

6. Schoeyen HK, Birkenaes AB, Vaaler AE, Auestad BH, Malt UF, Andreassen OA, Morken G. Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *J Affect Disord.* 2011 Mar;129(1-3):68-74. Epub 2010 Sep 15. PubMed PMID: 20832866.

7. Vaaler AE, Morken G, Linaker OM, Sand T, Kvistad KA, Bråthen G. Symptoms of epilepsy and organic brain dysfunctions in patients with acute, brief depression combined with other fluctuating psychiatric symptoms: a controlled study from an acute psychiatric department. *BMC Psychiatry.* 2009 Sep 30;9:63. PubMed PMID: 19793395; PubMed Central PMCID: PMC2760550.

8. Morken G, Vaaler AE, Folden GE, Andreassen OA, Malt UF. Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2009 Jun;194(6):559-60. PubMed PMID: 19478300.

9. Oedegaard KJ, Syrstad VE, Morken G, Akiskal HS, Fasmer OB. A study of age at onset and affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2009 Nov;118(1-3):229-33. Epub 2009 Feb 24. PubMed PMID: 19243836.

10. Stordal E, Morken G, Mykletun A, Neckelmann D, Dahl AA. Monthly variation in prevalence rates of comorbid depression and anxiety in the general population at 63-65 degrees North: the HUNT study. *J Affect Disord.* 2008 Mar;106(3):273-8. Epub 2007 Aug 17. PubMed PMID: 17707514.

¹ Bruk et mest mulig dekkende og beskrivende navn på kompetansetjenesten.

² Eksempelvis i forhold til type spesialiteter som bør være representert, behov for brukerrepresentasjon o.a.

³ Antall og type stilling pr avdeling/enhet som er eller vil bli involvert i tjenesten. Driftsmidler.

⁴ Det må komme klart fram om det ligger ressursmessige forutsetninger fra HFet for å påta seg oppgaven. Dette er ett av punktene som RHFet må ta konkret stilling til før eventuell videresending av søknaden for videre behandling.