

Hovedstadsprosessen Psykisk helsevern

Hamar 28.03 2008

Innholdsfortegnelse PHV

1 Innledning	4
1.1 Hovedstadsprosessen Psykisk helsevern	4
1.2 Problemstilling og ambisjon.....	4
1.3 Styresak 040/2007 om oppdraget	5
1.4 Mandat for arbeidet	6
1.5 Innledning og generelle føringer for mandatet	6
1.6 Følgende områder skal beskrives:	7
1.7 Vurderinger og anbefalinger	7
1.8 Arbeidsgruppens sammensetting	8
1.9 Arbeidsgruppens arbeidsform	9
1.9.1 Sammenstilling og helhet i forhold til Hovedstadsprosessen	10
2 Styrende dokumenter	10
2.1 Opptrappingsplanen	10
2.2 Nasjonal strategi.....	11
2.2.1 Tjenester på sentralsykehusnivå	12
2.2.2 Oppsummering av sentrale elementer i tjenesten ved DPS og BUP	12
2.3 DPS-veilederen	13
2.3.1 Anbefalte tiltak for å tydeliggjøre ansvars og oppgavefordeling:	13
2.3.2 Anbefalinger for akuttjenester ved DPS:	13
2.4 Samhandlingsutvalget	13
2.5 Plandokumenter Psykisk helsevern Helse Sør/ Øst.....	13
2.6 Avgrensninger og presiseringer	14
2.6.1 Kvalitet.....	14
2.6.2 SINTEF-rapport.	14
2.6.3 Organisering.	15
2.6.4 Forholdet til spesialisert rusbehandling og dobbeltdiagnoseproblematikk	16
2.7 Innspill vedrørende PAM fra LPP ligger som vedlegg	16
2.7.1 Kommentarer til Hovedstadsprosessen – psykisk helsevern Voksne for Barn	16
2.7.2 Vurderinger og framskrivninger fra SINTEF-rapporten.....	16
3 Svar på mandatet	18
3.1 Sykehusområder/opptaksområder.	18
3.2 Beskrivelse av nasjonale og regionale funksjoner i helseregionen	20
3.3 Total behandlingsskapasitet avtalespesialister i regionen og hovedstadsområdet.....	21
3.4 Kartlegging av behandlingsskapasitet og ressursbruk.....	22
3.4.1 Total behandlingsskapasitet og ressursbruk på sentralsykehusfunksjoner i hovedstadsområdet; antall og type døgnplasser.....	22
3.4.2 Total behandlingsskapasitet og ressursbruk DPS i hovedstadsområdet innen døgnbehandling, samt poliklinisk og ambulant behandling	23
3.4.3 Total behandlingsskapasitet og ressursbruk i hovedstadsområdet innen BUP – sentralsykehusfunksjoner og BUP DPS funksjoner.....	25
4 Vurderinger og anbefalinger	27
4.1 Omstillingsutfordringer	27
4.1.1 Akuttpsykiatri voksne.....	27
4.1.2 Vurderinger og anbefalinger i forhold til regional sikkerhetspsykiatri	29
4.1.3 Omstillingsutfordring knyttet til ressursfordeling Oslo/ Akershus.....	31
4.1.4 Omstillingsutfordringer knyttet til investeringer.....	32
4.1.5 Investeringsstrategi.	34
4.2 Samarbeid, samhandling og gode pasientforløp.....	34
4.2.1 Forpliktende samarbeid og samhandling med førstelinjetjenesten og DPS, evt også sentralsykehusfunksjoner, som skaper gode behandlingsforløp.....	35

4.2.2 Nødvendige samspillsregler mellom DPS og sentralsykehusfunksjoner med spesielt fokus på akutt og sikkerhetspsykiatri.....	36
5 Oppsummering. Sammendrag av arbeidsgruppens rapport	37
5.1 Prosess og arbeidsform	37
5.2 Kvalitet.....	37
5.3 Organisering.....	38
5.4 Sykehusområder	38
5.5 Lokalbaserte tjenester	39
5.6 Akuttpsykiatriske mottak- psykisk helsevern voksne.....	39
5.7 Regionale funksjoner.....	40
5.8 Avtalespesialister	40
5.9 Omstillingsutfordringer knyttet til resursfordeling.....	41
5.10 Investeringsstrategi	41
5.11 Samhandling	42
6 Litteraturhenvisning.....	44
Litteraturliste:	44

Vedlagt: Mottatte dissenser 14.03

Vedlegg:

Vedlegg nr 1: Innspill fra Mental Helse og LPP

Vedlegg nr 2: Kommentarer fra Voksne for Barn

Vedlegg nr 3: Innspill vedrørende PAM fra LPP

Vedlegg nr 4: Kommentarer fra Unio og Akademikerne 26.03

1 Innledning

1.1 Hovedstadsprosessen Psykisk helsevern

Helse Sør Øst RHF har i etterkant av styresak 68/07 nedsatt en egen arbeidsgruppe for psykisk helsevern for å belyse sentrale problemstillinger relatert til dette fagområdet. Hovedstadsprosessen er et omfattende arbeid som berører alle fagområder i spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern er en undergruppe av dette arbeidet med et eget mandat, som skal besvares innen styremøtet i april.

På bakgrunn av kartlegging og vurdering av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i hovedstadsområdet, skal den nedsatte arbeidsgruppen fremme forslag som kan gi styret for Helse Sør-Øst et beslutningsgrunnlag for videre utvikling av helsetilbudet i hovedstadsområdet.

1.2 Problemstilling og ambisjon

Styringsmål for psykisk helsevern er økt tilgjengelighet med gode behandlingsforløp, reduksjon av tvangsbruk og en sterkere omstilling til desentralisert behandling i DPS, anvendelse av anerkjent og utadrettet behandlingsmetodikk, samt samordning av akuttfunksjoner i tråd med Opptappingsplanen. Løsningene i hovedstadsområdet skal optimalisere tilbud og ressursbruk i tråd med dette.

Arbeidet for utvikling av psykisk helsevern i hovedstadsområdet skal søke å sammenstille denne kunnskapen og peke på mulige beslutninger både med kortsiktig og langsiktig tidshorisont. Tverretattlig og tverrfaglig samhandling skal stå i fokus.

Oslo-området har en del særegne trekk når det gjelder demografi og sykkelighet som må få konsekvenser for hovedstadsprosessen. Bl.a. skiller befolkningen seg fra gjennomsnittet i landet og regionen, ved en langt høyere andel flerkulturelle, flere alene - boende og en langt større mobilitet. Deler av befolkningen har høy sykkelighet, noe som bl.a. viser seg i at det er større forskjeller i dødelighet internt i Oslo - mellom bydeler, enn det er mellom kommuner på landsbasis. Rapporter fra foretakene/sykehusene tyder også på at det er store forskjeller i organisering og utvikling av kommunale tjenester, både mellom bydelene internt i Oslo og mellom kommunene i hovedstadsområdet.

Kvalitet i tjenesten på alle nivå betinger god balanse mellom det allmenne og det mer spesialiserte. Volum på tjenester for å sikre kvalitetsutvikling og standard på hyppige og mer sjeldne tilstander, er sentralt for både somatikk og psykisk helsevern. Det er derfor viktig at arbeidet belyser hvordan differensiering og ekstra spesialisering av særskilte tilstander innen utredning og behandling, med en spissing og fordeling av tilbud innen hovedstadsområdet kan etableres og gi ekstra helsegevinst samt bedret tilgjengelighet for alle pasientgrupper.

Sykkelighet og etterspørsel er to viktige dimensjoner for arbeidet. Forskning som presenteres i forhold til folkehelse trekker frem kreft, psykiske lidelser og rusrelatert problematikk som områder man spår vil øke i omfang, i tillegg til det som er relatert til en høyere levealder. I tillegg har de siste års utbygging av tjenester vist at etterspørselen har økt, sannsynligvis knyttet til en tidligere underdiagnostisering og/eller mangelfull henvisning fordi terskelen inn til tjenesten var høy.

Fremtidig behandlingsskapasitet og arealbehov påvirkes av befolkningsutvikling, endring i alderssammensetning, det store og økende innslaget av flerkulturell befolkning, endret etterspørsel og teknologiske muligheter. Kapasitet - og arealbehov - påvirkes også av behandlingsmetoder, tilbudsorganisering, samhandling mellom tjenestenivåene, evnen til å utnytte ny teknologi, kultur, styring og ledelse. Det er ønskelig å vurdere kapasitetsbehov og

behandlingstilbud opp mot tall og erfaringer fra andre regioner og helseforetak blant annet psykisk helsevern i Vestfold

Et godt og sammenhengende lokalsykehusstilbud står sentralt i forhold til nærhet, tilgjengelighet, helhet i tjenesten, og man skal vurdere DPS struktur opp mot gode pasientforløp og sammenheng med mer spesialiserte tjenester.

1.3 Styresak 040/2007 om oppdraget

Det oppdraget som styresak 040/2007 presenterer, er utdypet og konkretisert i følgende sentrale oppgaver:

- Arbeidet skjer med basis i
 - Nasjonal helseplan
 - Opptrappingsplan for psykisk helse (Ot.prp. 63 – 1996-97) samt nasjonale dokument som gir videre føringer for dette arbeidet.
 - Nasjonal strategi for psykisk helsevern (2006)
 - Akuttgjennomgangen i regi av SHdir, samt relevante utredninger/dokumenter fra tidligere Sør og Øst, herunder tidligere rapporter om utvikling av tjenestetilbudet i hovedstadsområdet
 - Fremskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør- Øst (Sintef 2007)
- Det skal identifiseres tiltak som sikrer oppfølging og videreføring av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern med fokus på gode behandlingsforløp, desentralisering, polikliniske og ambulante tjenester og god ressursutnyttelse, herunder
 - Sikre riktig behandlingsnivå og tilbud i forhold til behov.
 - Sikre ett godt akutttilbud og vurdere antall akuttpsykiatriske avdelinger, samt akutttilbudet på DPS.
 - Sikre tett samhandling mellom sentralsykehusfunksjoner, akuttbehandling og DPS.
 - Utvikle god pasientlogistikk og samordnet forståelse mellom de ulike aktører der DPS systemet skal overta pasienter fra sentralsykehusfunksjonen raskest mulig og vise versa, for å sikre at pasienter behandles på riktig nivå.
 - Etablere differensiering og ekstra spesialisering av særskilte tilstander innen utredning og behandling, der spissing og fordeling av tilbud innen hovedstadsområdet kan gi ekstra helsegevinst for pasientgrupper og øke tilgjengeligheten til tjenesten
 - Sikre gode tilbud for langtidsbehandling, schizofrenibehandling, spiseforstyrrelser
 - Organisering av regionale og høyspesialiserte funksjoner.
 - Vurdere utvikling av avtalespesialistenes rolle i behandlingstilbudet, samarbeid og deres organisatoriske tilknytning. (Jfr rapport Avtalepraksis i Helse Øst, Handlingsplan 2006-2010)
- Det skal utarbeides forslag til omstrukturering tjenesten i lys av et primært desentralisert tilbud med behov for akutt og enkelte spesialiserte funksjoner. Forslag til overordnede styringsmål for aktivitet og kapasitetsutnyttelse skal utvikles
- Døgnbehandlingstilbud til barn og unge i hovedstadsområdet, med felles opptaksområde, felles bruk av døgnplasser og økt differensiering av tjenestene, inkluderes i tråd med foreliggende utredninger fra hovedstadsområdet (jfr. mandat gitt i tidligere Helse Øst etter Hauglin-rapporten).
- Det forventes at fremtidige endringer i organisering og kapasitetsutnyttelse vil medføre behov for endret arealbruk og avhending av lokaler. Alternative løsninger for arealbruk, realisering og avhending skal beskrives
- Klargjøre gevinstområder

1.4 Mandat for arbeidet

Gode pasientforløp og oversiktlig tilbud er en målsetting og Psykisk helsevern har et utvidet mandat for å ha en gjennomgang av tilbudet i hovedstadsregionen for å sikre et tilstrekkelig desentralisert behandlings tilbud

Styresak 068/07 gir viktige konkrete føringer for arbeidet. Her heter det i saksfremlegget bl.a:

Hovedstadsprosessen:

1. Styret slutter seg til den overordnede beskrivelse av mål og aktiviteter for hovedstadsprosessen og ber om at det til møtet i april 2008 legges frem beslutningsgrunnlag for:
 - Utvikling av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere
 - Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen
 - Samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus
 - Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet
 - Nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i hele regionen
 - Kapasitetsfordeling basert på forventet utvikling i behov for spesialisthelsetjenester

For å gjennomføre første fase i Hovedstadsprosessen som går fram til styremøtet i april skal følgende prosjektområder ha i oppgave å utvikle forslag på løsningsalternativer:

Lokalsykehusfunksjoner og samhandling med kommunehelsetjenesten

- Prinsipper for utvikling av lokalsykehusfunksjonene for å ivareta god diagnostikk og oppfølging av pasienter i de største sykdomsgrupper slik at de aller fleste kan ferdigbehandles på sykehus med lokalsykehusfunksjoner
- Prinsipper for å sikre god samhandling og oppgavedeling med kommunehelsetjenesten
- Prinsipper for organisering av tilbudet til rusmiddelmissbrukere med fokus på gode behandlingsforløp, desentralisering, polikliniske og ambulante tjenester og god ressursutnyttelse
- Realisere og videreføre prinsippene om desentralisering av tjenestene innen psykisk helsevern (jfr. Opptrappingsplanen), gjennomgå sykehusfunksjoner/bygg i psykisk helsevern for å kartlegge hva som skal samles, hva som kan avhendes og hva som bør desentraliseres til DPS nivå.

1.5 Innledning og generelle føringer for mandatet

Sykehusområder er sentrale i forhold til lokalsykehus og betydningen av nærhet og trygghet for befolkningen og kvalitet på tjenesten. Arbeidet for denne undergruppen i Hovedstadsprosessen er geografisk begrenset til Oslo/ Akershus og Sykehuset Buskerud HF er inkludert, men man inviterer fagmiljøer fra alle helseforetak og sykehus i regionen til å delta i arbeidet.

En forutsetning som ligger til grunn er at endringer som foreslås som en konsekvens av arbeidet, ikke skal føre til en nedskalering av det samlede tilbud innen Psykisk helsevern i hovedstadsområdet, men til en ny fordeling av bruken av de samlede ressursene i tråd med nasjonale føringer.

Døgnbehandlingstilbud til barn og unge i hovedstadsområdet, med felles opptaksområde, felles bruk av døgnplasser og økt differensiering av tjenestene, inkluderes som en særskilt prosess i tråd med foreliggende utredninger fra hovedstadsområdet (jfr. mandat gitt i tidligere Helse Øst etter Hauglin-rapporten). Dette arbeidet skal ferdigstilles i løpet av hele perioden man arbeider med Hovedstadsprosessen (juni), men man skal ikke ha noe ferdigstilt til april fordi man er avhengig av resultater i andre deler av arbeidet

Et hovedfokus for arbeidet skal i henhold til styresak 068/07 være å realisere og videreføre prinsippene om desentralisering av tjenestene innen psykisk helsevern (jfr. Opptrappingsplanen), gjennomgå sykehusfunksjoner/bygg i psykisk helsevern for å kartlegge hva som skal samles, hva som kan avhendes og hva som bør desentraliseres til DPS nivå.

1.6 Følgende områder skal beskrives:

- **Regionale og nasjonale funksjoner.** Sentralisering versus desentralisering av funksjoner – hvilke regionale og nasjonale funksjoner har man i hovedstadsområdet og i helseregionen? Hvilke regionale kliniske funksjoner /henvisningskompetansesenter skal man ha og hvilke bør være i hovedstadsområdet? Eks Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri – (RSA) og Regional avdeling for spiseforstyrrelser, -(RASP).

- **Kartlegging av behandlingsskapasitet og ressursbruk**

A)

Total behandlingsskapasitet og ressursbruk på sentralsykehusfunksjoner i hovedstaden når det gjelder antall døgnplasser, type døgnplasser samt ambulant og poliklinisk behandlingsskapasitet med type beskrivelse.

B)

Total behandlingsskapasitet og ressursbruk DPS i hovedstaden innen døgnbehandling, samt poliklinisk og ambulant behandlingsskapasitet

C)

Total behandlingsskapasitet og ressursbruk i hovedstaden innen BUP - sentralsykehusfunksjoner og DPS funksjoner

D)

Total behandlingsskapasitet avtalespesialister i regionen og i hovedstaden

1.7 Vurderinger og anbefalinger

- **Vurderinger av kapasitet og fordeling, med forslag til endring i henhold til førende dokumenter.**

Dagens kapasitet sett i henhold til DPS veileder og Nasjonal strategi for Psykisk helse innen psykisk helsevern barn og unge, samt psykisk helsevern voksne. Vurdere fordeling av dagens kapasitet og foreslå endringer av dagens ressursbruk og kapasitet innen døgnbehandling/poliklinikk/ambulant virksomhet innen psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne i henhold DPS veileder og Nasjonal strategi for Psykisk helse.

- **Størrelse og opptaksområder**
Hvor store DPS opptaksområder og sentralsykehus opptaksområder bør det være i hovedstadsområdet?
Hvor store opptaksområder bør det være i hovedstadsområdet for akuttpsykiatri?
- **Samarbeid, samhandling og gode behandlingsforløp**
En godt fungerende lokalsykehus og DPS struktur betinger forpliktende og god samhandling med førstelinjetjenesten som en helt sentral aktør, samt med de øvrige funksjonene i spesialisthelsetjenesten.
Beskriv hvordan man sikrer gode behandlingsforløp med forpliktende samarbeid og samhandling med førstelinjetjenesten og DPS, og foreslå nødvendige samspills - regler med sentralsykehusfunksjoner med spesielt fokus på akutt og sikkerhetspsykiatri.

1.8 Arbeidsgruppens sammensetting

Helse Sør Øst RHF inviterte alle helseforetak og private sykehus til å oppnevne egne representanter inn i arbeidet, samt brukerrepresentanter og ansattes organisasjoner. Oslo kommune og KS har også vært representert i arbeidsgruppen som til sammen har bestått av 27 medlemmer. Stein Are Agledal har ledet arbeidsgruppen og Anne Aasen har vært sekretær for arbeidet.

- Stein Are Agledal, adm.direktør, prosjektledelse / leder av arbeidsgruppen Psykiatrien i Vestfold HF,
- Anne Aasen, spesialrådgiver, prosjektledelse / sekretær Helse Sør-Øst RHF,
- Arild Gjertsen, faglig rådgiver Aker universitetssykehus HF,
- Finn Gehrken, prosjektleder Lier KS,
- Trond Rangnes, direktør psykisk helsevern Akershus universitetssykehus HF,
- Ole-Bjørn Kolbjørnsrud avd.sjef/avd.overlege Blefjell sykehus HF,
- Torgeir Husby, avd.sjef /avd.overlege Diakonhjemmet sykehus AS,
- Kari Dalen, Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF,
- Helga Skåden, Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF,
- Marit Grande, KTV akademikerne Helse Sør-Øst RHF,
- Ulrik Sverdrup, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF,
- Are Saastad LO Stat,
- Tom Pape, direktør for samhandling Lovisenberg Diakonale Sykehus,
- Helge Skjetne, fagsjef Oslo kommune,
- Marit Hestad, spesialrådgiver Oslo kommune,
- Finn Hall, viseadm.direktør Psykiatrien i Vestfold HF,
- Terje Lund kst.klinikkjef KPH- barn og ungdom Ullevål universitetssykehus HF,
- Thorbjørn Sund Ringerike Sykehus HF,
- Irene Kronkvist KTV Unio Helse Sør Øst RHF.
- Bjørn Rishovd Rund vise adm direktør Sykehuset Asker og Bærum HF,
- Bjørn Hoem, klinikkjef Sykehuset Buskerud HF,
- Paul Stronegger Styret NPF Legeforeningen,
- Jørgen Brabrand, ass. div.direktør Sykehuset Innlandet HF,
- Jostein Todal, klinikkjef Sykehuset Telemark HF,
- Irene Dahl Andersen, divisjonsdirektør Sykehuset Østfold HF,
- Anders Wahlstedt, klinikkjef Sørlandet sykehus HF,
- Øystein Mæland, divisjonsdirektør Ullevål universitetssykehus HF

1.9 Arbeidsgruppens arbeidsform

Arbeidsgruppen etablerte et arbeidsutvalg bestående av Anders Wahlstedt Sørlandet Sykehus, Bjørn Rishovd Rund Sykehuset Asker og Bærum, Øystein Mæland Ullevål universitetssykehus, Trond Ranges Akershus universitetssykehus, Ulrik Sverdrup Helse Sør Øst RHF, Stein Are Agledal Psykiatrien i Vestfold og Anne Aasen Helse Sør Øst RHF.

Det har fra oppstarten av arbeidet vært berammet tre dags møter for den store prosjektgruppen - Arbeidsgruppen psykisk helsevern. (I tillegg kom et ekstra møte som ble berammet rett før påske.)

- **21.01- Gardermoen**
- **12.02- Gaustad**
- **04.03- Blakstad**
- **Samt ekstra møte 26.03- Gaustad**

Mandat

Utkast til mandat ble presentert den 21.01 og alle kunne spille inn med frist 28.01. Endelig mandat var da klart. Det har vært et ønske å jobbe bredest mulig med mandatet tross kort tidsfrist og det er blitt delt ut oppdrag i forhold til ulike problemstillinger i mandatet til flere medlemmer i arbeidsgruppen, slik at ulike helseforetak, Oslo Kommune og private sykehus har fått presentere ting fra egne ståsted. Videre er brukerorganisasjoner blitt invitert til å komme med innspill på generelt grunnlag og i forhold til særskilte problemstillinger i mandatet.

Hvordan løse oppdraget - Innholdsfortegnelse

Forslag på innholdsfortegnelsen ble utarbeidet og presentert og diskutert i Arbeidsgruppens ulike møter, slik ble det tidliglig synliggjort hvordan man ønsket å besvare mandatet.

Arbeidsutvalg

Arbeidsutvalget har hatt i underkant av ti møter og har arbeidet svært godt sammen. Det består av divisjonsdirektører for PHV ved Sykehuset Asker og Bærum, Akershus universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Sykehuset Sørlandet. Arbeidsutvalget har forberedt agenda for arbeidsgruppens møter, sammenfattet i etterkant og analysert sentrale problemstillinger som burde breddes ut i arbeidsgruppen. Pga av kort frist for arbeidet, har det vært viktig å gi oppdrag ut til arbeidsgruppens medlemmer under veis.

Møter med Brukerorganisasjoner

- Det ble invitert til informasjons og dialog møte 25.01, der alle sentrale brukerorganisasjoner innen psykisk helsevern ble invitert.
- 14.02 hadde arbeidsutvalget møte med LPP og Mental Helse som ble valgt til å represente på vegne av alle som deltok i møtet 25.01
- 25.02 hadde Stein Are Agledal og Anne Aasen møte med Rådet for psykisk Helse.

Det er åpnet opp for innspill fra alle i etterkant av møtene og det er skrevet oppsummerende referat fra de ulike møter. Vi har mottatt flere innspill som er inkludert i arbeidet. Videre har brukerne deltatt med to representanter i arbeidsgruppen, med to representanter fra Brukerutvalget i Helse Sør Øst RHF.

Møte KS

KS har hatt representant i arbeidsgruppen, men vært forhindret fra å delta. Det har også vært møte med KS sentralt der Mari Trommald, Vegar Høgli, Maren Skaset og Anne Aasen har deltatt.

Møte private avtalespesialister psykologi.

Anne Aasen leder Samarbeidsutvalget mellom NPF og avtalespesialistene og Helse Sør Øst RHF. I alle møter her er Hovedstadsprosessen satt på agendaen.

I tillegg har det vært to store møter 20.02 og 04.03 der alle avtalespesialister i Oslo og Akershus har vært invitert. Stein Are Agledal og Anne Aasen har deltatt på begge møter.

Innspurt

Det ble planlagt innspurt i arbeidet på følgende måte:

- 27.02 – Utsendt tallgrunnlag og problemstillinger til besvarelse til møte 04.03 til div direktører Sykehuset Asker og Bærum, Akershus universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus
- 03.03 – Grov utkast til dokumentet ble sendt ut til Arbeidsgruppen
- 04.03 – Møte i Arbeidsgruppen med presentasjon av mulige løsninger, der man skulle ta stilling til sentrale spørsmål i mandatet basert på datagrunnlaget som forelå gjennom kartleggingen som var gjort
- 07.03 - Frist for nye innspill i etterkant av møtet 04.03
- 10.03 Ny versjon av sluttdokumentet foreligger og sendes ut til gjennomlesning i arbeidsgruppen
- 11.03 Frist for siste kommentarer.
- 14.03 Ferdig produkt

Det ble i innspurten åpnet for ytteligere samspill med arbeidsgruppen og en ny versjon ble sendt ut 13.03 kl 13 med frist for innspill for dissens 14.03 kl 09.

Videre ble det berammet et ekstra møte i arbeidsgruppen med felles gjennomgang av endelig produkt 26.03

1.9.1 Sammenstilling og helhet i forhold til Hovedstadsprosessen

Det har vært en ambisjon å sikre helheten i Hovedstadsprosessen gjennom kontinuerlig samspill og gjensidig orientering i prosjektorganisasjonen, samt særegne møter underveis i forhold til andre undergrupper for arbeidet. Det vært behov for betydelig koordinering i forhold til andre deler av Hovedstadsprosessen.

Prosess

Prosjektrapporten ansees som arbeidsgruppens felles dokument og det er søkt å finne løsninger og anbefalinger med størst mulig konsensus. Uenighet framkommer derved som skriftelige dissenser.

Det har vært en utfordring i arbeidet at mandatet har vært omfattende og man har hatt kort tid til rådighet. Det har vært søkt å jobbe bredt i arbeidsgruppen og implementere innspill fra mange områder. Mange deltagere i arbeidsgruppen har underveis og i møter uttrykt frustrasjon over omfanget av arbeidet og tidsperspektivet. Et relativt unisont ønske har vært at man skulle hatt tid til rådighet til en bred involvering i egen organisasjon. Sluttdokumentet burde også ha vært ute på en bred høring før styrebehandling.

2 Styrende dokumenter

Arbeidsgruppen har lagt følgende overordnede dokumenter til grunn for sin anbefaling.

2.1 Opptappingsplanen

Opptappingsplanen som ble startet i 1999, omfatter både barn, ungdom og voksne. En hovedintensjon var å sikre tilstrekkelig fokus og ressursbruk på en tjeneste som hadde kommet til kort i konkurransen om offentlige midler. Planen inneholder flere delmål av strukturell art og en egen investeringsplan.

”Regjeringen legger til grunn følgende overordnede prinsipper for den foreliggende opptrappingsplanen:

- Forebygging der dette er mulig, og i hvert fall å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser.
- Ansvar for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten.
- Pasienten først, - brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn.
- Mest mulig normalt liv, - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.”

Elementer i et slikt arbeid vil være:

- Å prioritere høyere at personer med psykisk lidelse skal kunne beherske sin livssituasjon.
- Å gi hjelp tidligere i sykdomsforløpet.
- Bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenen.
- Mer utadrettet arbeid og samarbeid med brukerne.
- Utvikling av kulturer og holdninger med vekt på økt medvirkning fra brukere og pårørende.
- Styrket samarbeid mellom de som skal bistå personer med psykisk lidelse. Dette skal komme til syne med mer helhet og lokal forankring i tjenestene overfor den enkelte bruker (pasient) og dennes pårørende. Bedre samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten.
- Etablering av et større og bedre tilbud på lokalsykehusnivå i form av distriktpsikiatriske sentre (DPS) med både døgn- og dagtilbud og polikliniske og ambulerende tjenester.
- Utvikling av et større og mer differensiert tilbud innen øyeblikkelig hjelp (akutfunksjoner).
- Vurdere funksjonsfordelingen mellom sykehusene og DPS-ene.
- Reduksjon av tvangsbruk.

2.2 Nasjonal strategi

Helse- og omsorgsdepartementet (dengang Helsedepartementet), igansatte i 2004 i samarbeid med de regionale helseforetakene (RHF-ene), et nasjonalt prosjektarbeid innen psykisk helsevern. Arbeidet ble ledet av Tor Berge og ferdig rapport – Nasjonal strategi for psykisk helsevern, ble ferdigstilt jan 2006.

Prinsipper for rollefordeling

Opptrappingsplanens forutsetninger om ansvars- og oppgavedeling mellom DPS-ene og sentralsykehusene bør konkretiseres. Abeideet med konkretiseringen bør etter strategigruppens mening bygge på at tjenestene ved DPS-ene og sentralsykehusene i hovedsak stiller like store krav til kompetanse, men at alvorlighetsgrad og hvor sjeldne lidelsene er må være viktig for om tjenesten skal organiseres i DPS eller sentralsykehus:

Samhandling og ressursfordeling

En faglig god tjeneste og høyere effektivitet, produktivitet og kvalitet, betinger at det skjer endringer vedrørende beslutning, ressursfordeling og samhandling. Disse endringene må vurderes i sammenheng. Målet er å gi brukere en god nok *omsorgs- og bosituasjon* med tilstrekkelig oppfølging. Dette forutsetter rett *dimensjonering av tjenester i forhold til hverandre*, og rett *dimensjonering innad i spesialisthelsetjenesten*.

For å oppnå den omstilling og rollefordeling som er skissert ovenfor, må ressursfordelingen endres. Å endre fordelingen på de økonomiske og personellmessige rammene vil være det mest effektive virkemiddel for å sikre en riktig utvikling av tjenestetilbudet. Det bør derfor være et mål at ressursfordelingen mellom sykehusavdelingene og DPS-ene blir om lag 50 % til hver.

2.2.1 Tjenester på sentralsykehusnivå

For å avklare hvilke behandlingstilbud bør legges på sentralsykehusnivå, kan man ta utgangspunkt i at sentralsykehusnivået skal gi tjenester til følgende grupper:

- Pasienter som trenger lukket akuttpsykiatrisk tilbud.
- Pasienter som trenger oppfølgende behandling i døgnavdeling ved alvorlig utagerende atferd og psykose som må møtes i en skjermet eller lukket avdeling.
- Pasienter med behov for behandling på sikkerhetsavdeling.
- Pasienter med lidelser og kombinasjoner av sykdommer som krever spesiell og sjelden kompetanse. Kompliserte spiseforstyrrelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og omfattende selvskading er eksempler på dette.
- Pasienter med behov for utredning og diagnostikk som opptrer for sjelden til å bli ivare tatt på DPS-nivå. Det gjelder for eksempel unge med nydiagnostisert alvorlig sinnslidelse.
- De vanskeligste pasientene med dobbeltdiagnose (alvorlig sinnslidelse og alvorlig rusmisbruk).
- Eldre pasienter med omfattende og kompliserte utrednings- og behandlingsbehov.
- Utredning av pasienter med uklare nevrologiske tilstander.
- Pasienter som er dømt til behandling i psykisk helsevern.

2.2.2 Oppsummering av sentrale elementer i tjenesten ved DPS og BUP

Ut fra Helsetilsynets DPS-veileder fra 2000 og Sosial- og helsedirektoratets rapport om sentralsykehusfunksjonene og DPS, vil DPS-funksjonen blant annet omfatte følgende:

- En høy grad av tilgjengelighet for brukerne og for samarbeidspartnerne på kommunalt nivå.
- Høy kompetanse på behandling og hjelp overfor de mest utbredte lidelsene.
- Nødvendig samarbeid og koordinering med kommunale tjenester og statlige tjenester. Dette vil være en viktig del av den framtidige innsatsen for mange av pasientene.
- Et differensiert tjenestetilbud der samarbeid med primærhelsetjenesten og andre kommunale tjenester står sentralt.
- Døgnplasser for korttidsopphold og for avlastnings- og kriseopphold, med og uten mulighet for tvangsbehandling.
- Varierte former for polikliniske samtaler og dagbehandling.
- Tjenester til familier med behov for innleggelse i familieavdeling, og der primærpatienten kan være barn, ungdom eller voksen.
- Ambulante tjenester.
- Øyeblikkelig hjelp ut over hva som må ivaretas av akuttavdelinger på sentralsykehusnivå.
- Veiledning overfor kommunale tjenester
- Ulike forebyggende aktiviteter.

2.3 DPS-veilederen

2.3.1 Anbefalte tiltak for å tydeliggjøre ansvars og oppgavefordeling:

- Tilfredsstillende bemanning på DPS
- DPS funksjoner som opprettholdes ved sentraliserte sykehusavdelinger overføres DPS med tilhørende ressurser
- RHF påser at fordelingen av ressurser mellom DPS og sentralsykehus samsvarer med oppgavefordelingen
- HF som ikke har tilfredsstillende spesialistbemanning på DPS lager forpliktende planer for rekruttering og utdanning av spesialister

2.3.2 Anbefalinger for akuttjenester ved DPS:

- Akuttjenester ved DPS bør så langt mulig organiseres i egne tverrfaglige ambulante team som også er tilgjengelige på kveldstid og i helger
- Ambulante akutteam må inneha både real – og formalkompetanse, dvs at de bør tilsikte tverrfaglighet samt besitte eller tilegne seg særlig kompetanse på akutfeltet
- Pasienter bør i akutteamets åpningstid så langt det er mulig vurderes av teamet før en eventuell innleggelse i akutavdeling ved sykehus finner sted
- Ambulant akutteam bør disponere kriseplasser på DPS

2.4 Samhandlingsutvalget

Arbeidsgruppen har lagt NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste sitt syn på samhandling til grunn.

Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. Men også innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatoriske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, f.eks trygdekontor, sosialtjeneste og skole. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

Det er en stor oppgave å dekke alle disse samhandlingsutfordringene med presis analyse og forslag til tiltak. Det finnes sjelden ett enkelt svar på så vidt kompliserte problemstillinger.

2.5 Plandokumenter Psykisk helsevern Helse Sør/ Øst

Helse Øst RHF har hatt årlige tiltaksplaner basert på Nasjonal Strategi og handlingsplan for psykisk helsevern, der de nasjonale målsettingene er søkt nådd gjennom konkretisering av tiltak på RHF og HF nivå. Tiltakene er trinnvis beskrevet innen tidperioden 2006 -2008 med årlige tiltaksplaner. Tiltaksplan for 2007 ligger som vedlegg.

For dette arbeidet har vi tatt med fra Tiltaksplan psykisk helse Helse Øst RHF 2007

Tiltak 2006-2008

- De enkelte HF skal fortsette planarbeidet med å nå målsettingene om en fordeling mellom sentralsykehusavd/ DPS på 60/40 innen 2008 og 50/50 innen 2015.
- Dekningsgrad skal være minst 5 % (5,5 % Oslo).
- Minst 4,5 % av barn og ungdom innen Helse Øst skal få hjelp i 2007. Dekningsgraden på 5 (5,5 %) skal nås senest innen utgangen av 2008.

Helse Sør sine planer er bygget opp med samme ambisjonsnivå, men har en klar formulering om å nå fordelingsmålet 50/50 i DPS / sykehus og 20/80 Barn –unge og voksne i 2008

2.6 Avgrensninger og presiseringer

2.6.1 Kvalitet

Gruppen har valgt å ikke omtale kvalitet i tjenesten eksplisitt. Men gruppen mener dog at det implisitt i vurdering av kapasitet, oppgavefordeling og samhandling ligger et betydelig potensiale for kvalitetsforbedring.

Man har lagt de nasjonale overordnede kvalitetsmål til grunn for arbeidet.

Gode pasientforløp og god samhandling beskrives kort og er underliggende for arbeidet.

Overordnede kvalitetsmål for helsetjenesten

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Dette kan for dette arbeidet bety:

- Samling av funksjoner
- Økonomi til å ta i bruk ny teknologi og medikamenter
- Bedre det pasientopplevde servicenivået
- Tydeligere oppgavefordeling
- Gode behandlingsforløp
- Bedret tilgjengelighet
- Utnytte kapasiteten i de nyeste sykehusene fullt ut
- Behandle på riktig nivå
- Tilpasning av total kapasitet

2.6.2 SINTEF-rapport.

I november 2007 ble det på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF framlagt ”**Sluttrapport Framskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst RHF**”. Målet med oppdraget var å skaffe til veie oppdaterte aktivitetstall for somatikk og psykisk helsevern for voksne for sykehusene i Helse Sør-Øst RHF for 2006 (2005 for psykisk helsevern) og framskrevet til 2015 og 2025:

Arbeidsgruppen har valgt å vurdere rapportens mer generelle føringer, men latt være å legge det konkrete tallmaterialet til grunn.

Årsaken til det er flere:

- unngå diskusjon om forutsetninger og tall
- rapporten påpeker selv noen metodiske utfordringer
 - o *Analysen baseres kun på 2005-data.* Beregningene er derfor sårbare for valg av utgangspunkt
 - o *Høyere sykkelighet i Hovedstadsområdet.* Vi antar at det er en viss storbyeffekt i Oslo - området som kan slå ut i høyere sykkelighet som det ikke tas høyde for i beregningene. Vi tar ikke stilling til hvor høy denne oversykkeligheten er, men kommenterer den i noen sammenhenger
- mandatet gir i oppdrag å kartlegge og vurdere dagens kapasitet

2.6.3 Organisering.

Arbeidsgruppen mener det er avgjørende for pasientflyt og gode behandlingsforløp at det er en enhetlig struktur og organisering av hele tjenesten og alle leddene. Det betyr at akutfunksjoner/ spesialiserte døgnfunksjoner sykehus,(slik som alderspsykiatri, psykosebehandling, sikkerhetspsykiatri) og DPS tiltak, er organisert i samme ledelseslinje i hvert foretak og ikke splittes. DPS funksjoner som ansees som lokalsykehusfunksjoner må ikke organiseres utenfor denne kjeden.

Arbeidsgruppen har merket seg RHF-styrets holdning til organisering av PHV jfr styresak 40/07 og styresak 68/07.

Arbeidsgruppen har dermed valgt å tolke organisering som strukturering av tjenestetilbudet i retning som ligger nært de nasjonale føringene

- ressursfordeling
det er et overordnet prinsipp at man skal tilstrebe en ressursfordeling mellom sentralsykehusfunksjoner og DPS slik at DPS har minst 50% av ressursene
- struktur – desentrale tjenester
man skal tilstrebe en desentral struktur på tjenestene slik at man tidligst mulig kan møte befolkningens behov for almenne tjenester, og befolkningens behov for tett samhandling internt og med førstelinjen. Det er et overordnet mål å tilstrebe mestring og et selvstendig liv, og at dette best oppnås med sterk satsing på polikliniske og ambulante tjenester, samt med et tilstrekkelig nivå på døgnbehandling i DPS
- intern samhandling
de forskjellige nivåene må ta et felles ansvar for befolkningen i sitt opptaksområde og til enhver tid sørge for at pasienten får behandling på riktig nivå
- samhandling med førstelinjen

Arbeidsgruppen har ikke prioritert noen omfattende diskusjon om hvor vidt psykisk helsevern i hovedstadsområdet bør organiseres i et eget foretak. Temaet om organisering av PHV for hele eller deler av hovedstadsområdet som et eget foretak (evt for en periode)kan imidlertid være et effektivt virkemiddel for raskere å nå målene. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det gis mulighet for å diskutere dette seinere. I så fall må nødvendig samhandling med de øvrige tjenestene ivaretas slik at brukerne opplever tjenestene samlet som sømløse.

Arbeidsgruppen ser med bekymring på at PHV som et prioritert satsingsområde kan lide under de økonomiske utfordringene foretakene i dag har, og mener at et felles PHV-foretak kan begrense muligheten for saldering av PHV ressurser mot somatikkens utfordringer.

Arbeidsgruppen mener også at man bør tilstrebe å samlokalisere akuttmottakene med somatikken. Tilsvarende bør også gjelde for noen andre sykehusfunksjoner. DPS ansees som psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon lokalisert så tett opp mot befolkningen som mulig og fortrinnsvis, men ikke nødvendigvis samlokalisert med øvrige somatiske lokalsykehusfunksjoner. Et DPS kan i tillegg ytterligere desentralisere sine tjenester med lokalisering av poliklinikker og ambulante tjenester enda mer desentralt.

Arbeidsgruppen har mottatt innspill fra LPP

I tillegg ønsker LPP å legge til følgende (her er det ikke enighet mellom LPP og Mental Helse):

Når hovedstadspsykiatrien skal omorganiseres, ville det etter vårt syn vært naturlig å seriøst vurdere en modell med psykisk helse og rus i eget foretak. Vi vet det er gode resultater av en slik modell i Vestfold. Behovet for et styrket samarbeid på tvers av helseforetakene i Oslo-området er påtregende, og vi vet også at faren for økonomiske lekkasjer til somatikken er stor i felles foretak. Vi beklager derfor at Helse Sør-Øst ser ut til å mene at denne modellen

ikke er aktuell. Spesielt fordi øremerking og andre mekanismer for skjerming av psykisk helse vil falle bort eller bli sterkt svekket når Opptappingsplanen for psykisk helse utløper i 2009.

2.6.4 Forholdet til spesialisert rusbehandling og dobbeltdiagnoseproblematikk

Helt siden St melding 69 "Tiltak for rusmiddelmissbrukere" (1991-92) og St melding 25 "Åpenhet og helhet", har det blitt gitt helsepolitiske føringer i forhold til mennesker med sammensatte lidelser, rus og psykiske lidelser. Det er i ulike styringsdokumenter i etterkant forsøkt å tydeliggjøre hvordan både psykisk helsevern og rusfeltet på ulike måter må ta ansvar for å sikre at pasientgruppen faktisk får hjelp og at lidelsestrykket håndteres med egnede terapeutiske virkemiddel.

Et helt sentralt anliggende er at svært mange mennesker som psykisk helsevern behandler, har et samtidig komplisert forbruk av rusmidler, og/eller et avhengighetsproblem til alkohol, medikamenter eller illegale stoffer. Videre har en svært stor andel av pasientgruppen innen tverrfaglig rusrelatert behandling, ulike typer psykiatrisk symptomatologi. Det stilles krav til begge fagfelt at alle pasienter må utredes for å avdekke "samtidig problematikk" og på eget initiativ sikre adekvate hjelpetiltak. Dette betyr at ingen lenger kan fraskrive seg ansvar eller "eksportere" pasienter fordi de har flere samtidige lidelser.

Pasienter med alvorlig rusavhengighet og alvorlig psykiske lidelser, (eksempelvis psykoser og alvorlig suicidalitet) skal sikres behandling innen psykisk helsevern. Både akutt / subakutt, og DPS struktur, må påregne å behandle denne pasientgruppen i tett samspill med 1.linjetjenesten og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, da pasientgruppen trenger samtidig og sammensatte tjenester over tid. All forskning og klinisk erfaring sier at pasienter med komorbide lidelser eller såkalt dobbeltdiagnoser, trenger langvarig oppfølging fra flere ledd i tjenestene samtidig. Relasjonsbygging og tilgjengelighet til tjenestene er sentrale elementer og skal skape den helt nødvendige trygghet denne pasientgruppen trenger for å mestre eget liv

Det er en vesentlig begrensning i arbeidsgruppas mandat at den ikke har hatt anledning til å diskutere organisatoriske løsninger som er i tråd med de faglige realitetene som beskrives i dette avsnittet. Etter gruppens syn burde Helse Sør-Øst lagt til rette for at rus og psykiatri kunne blitt behandlet som langt på vei sammenfallende problemområder, der samorganisering ville være en høyaktuell løsning.

2.7 Innspill vedrørende PAM fra LPP ligger som vedlegg.

Arbeidsgruppen har mottatt innspill fra LPP angående psykiatrisk akuttmottak. Innspillet betraktes pga av detaljeringsgrad som et vedlegg til arbeidet, og bør følge videre prosess.

2.7.1 Kommentarer til Hovedstadsprosessen – psykisk helsevern Mental helse og LPP samt Voksne for Barn

Arbeidsgruppen har mottatt skriftlig innspill fra Voksne for Barn og innspillet ligger som vedlegg til rapporten, og bør følge videre prosess. Det samme gjelder vedlagte innspill fra Mental Helse og LPP.

2.7.2 Vurderinger og framskrivninger fra SINTEF-rapporten

Vurdering av framtidig kapasitetsbehov

Arbeidsgruppen har på nåværende tidspunkt ikke gjort vurderinger av framtidig behov for helsetjenester. Dette er det flere grunner til, både av metodisk karakter og fordi man mener

en omstilling av tjenestetilbudet i stor grad vil påvirke dagens kapasitet, og dermed må framskriving av behovet for helsetjenester sees i lys av dette.

Når vurdering av framtidig kapasitet skal gjøres, må dette sees i lys av befolkningsgrunnlag, befolknings sammensetting og ut i fra dagens kapasitet, og ikke minst i lys av foreliggende nasjonale føringer. En omstilling av psykisk helsevern i tråd med nasjonale føringer vil medføre endring av ressurser fra døgnbehandling til en stor vekst i poliklinisk virksomhet, dagbehandling og ambulant virksomhet, samt bedret samhandling med kommunene. I tillegg til en utbygging av robuste DPS'er.

Disse forholdene vil i betydelig grad påvirke kapasitetsbehov for ulike behandlingstilbud og for personell.

Når det gjelder de metodiske utfordringene knyttet til framskrivinger sies det fra Sintef: *Tjenester i psykisk helsevern kan ikke framskrives på samme måte som somatikken, der man har forbruksbaserte modeller for framskriving. I psykisk helsevern finnes betydelige strukturelle forskjeller, selv om man også de siste årene kan observere en viss konvergens av behandlingsmåter, mv, trolig som følge av en tydeligere overordnet styring i henhold til en ønskelig utvikling. Det er derfor nødvendig å identifisere hvilke elementer som vil gjøre seg mest gjeldende i de kommende årene, og hvilket omfang endringene vil ta. Ideelt sett forutsetter dette en gjennomgang av faktisk og ønsket tilbud til ulike pasientgrupper. Dette forutsetter igjen hensiktsmessige måter å gruppere pasientene/ aktiviteten på i forhold til parametre som både er viktige og målbare (Buhaug og Hatling 2001). Per i dag er imidlertid dette ikke mulig, pga begrensninger i datagrunnlaget.*

Pasientene i det psykiske helsevernet har en helt annen aldersprofil enn de somatiske sykehusene – basert på pasienttellingen i 2003 finner vi for døgnavdelingene de høyeste prevalenstallene i den yngste aldersgruppen (18-29 år). Prevalenstallet synker gradvis til det halve for den eldste aldersgruppen (80 år og eldre). Samme mønster finner man også ved de offentlige poliklinikkene. Utgangspunktet må være befolkning 2005 og for en valgt framtidig planhorisont, ut fra SSBs framskrivningsmodeller. Det må også vurderes hvordan tjenestetilbudet kan utvikle seg i henhold til en struktur som svarer til et modell-HF. Vi vil foreslå 2020 eller 2025 som planhorisont. Det må i den forbindelse gjøres forutsetninger om:

- *Utnyttelsesgrad for døgnplasser (for eksempel om denne skal være 80 eller 85 %, ulike utnyttelsesgrader for akuttavdelinger og øvrige sykehusavdelinger, eventuelt også DPS)*
- *Hvordan virkningen av befolkningsendringen skal slå ut i henholdsvis døgnplasser, dagbehandling (dagopphold/ oppholdsdøgn) og poliklinisk virksomhet. Da må bruk av tjenester på ulike omsorgsnivå knyttes opp mot alder (Prosentvise fordelinger eller annet)*
- *Hvordan konvertering av døgnplasser skal beregnes (Nøkkeltall estimeres med hensyn på hvor mange pasienter som benytter hver døgnplass per år, hvor mange dagopphold og polikliniske konsultasjoner hver pasient bruker).*

Erfaringer fra andre land

De fleste vestlige land har gjennomgått en tilsvarende utvikling som den vi finner i Norge, med nedgang i tallet på døgnplasser, pasientbelegg varighet av døgnoppholdene, og en økning i tallet på utskrivninger og dagbasert/ambulant/poliklinisk virksomhet. Denne utviklingen representerer samtidig en vesentlig utvidelse av målgruppen for det psykiske helsevernet. For en oversikt over litteraturen på feltet viser vi til Pedersen (2002).

3 Svar på mandatet

3.1 Sykehusområder/opptaksområder.

"En organisering av spesialisthelsetjenestene i større opptaksområder/sykehusområder har som formål at flere tjenester skal kunne ytes desentralt. Ved å differensiere tjenestene innenfor større opptaksområder i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester, kan man sikre nærhet til de vanligste spesialisthelsetjenester, både lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester av høy faglig kvalitet og god samlet ressursutnyttelse. En stor andel av pasientene vil kunne ferdigbehandles på lokalsykehusnivå (LEON-prinsippet), og de fleste pasientene (80-90 %) vil kunne ferdigbehandles innenfor opptaksområdet og sykehusområdet. Organiseringen og fordelingen av tjenestene vil kunne gi oversiktighet og lett tilgjengelighet for brukerne. Det vil også legge til rette for mer helhetlige behandlingsskjeder, samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket samarbeid mellom små og store sykehus (om vaktordninger, ambulerings mv) og underbygge god samhandling og oppgavefordeling med kommunene". (Dette er hentet fra høringsdokumentet H S Ø vedrørende sykehusområder).

Arbeidsgruppen vil peke på at fagområdene psykisk helsevern og rusbehandling er forutsatt å være kommunenære og i større og større grad skal utøves på brukerens arena. Innføring av større opptaks-/sykehusområder må ikke redusere muligheten for en slik utvikling, og arbeidsgruppen slutter seg til de prinsipper som er lagt til grunn for oppretting av sykehusområder.

PHV er forutsatt å ha en desentral profil med kommunenære spesialisthelsetjenester, med tett og nært samarbeid med førstelinjen som må ivaretas og styrkes i denne modellen. Vi mener PHV med en slik tenkning vil kunne få dekket nærmest det totale behandlingsbehovet for befolkningen, bortsett fra det som er knyttet til de regionale kliniske funksjoner.

Følgende må ivaretas innen sykehusområdet:

- et helhetlig ansvar for befolkningen innen området
- like opptaksområder for barn (unge, voksne innen PHV og spesialisert rusbehandling)
- mulighet for felles sammenhengende kjede fra sykehusfunksjoner til DPS til kommune

Arbeidsgruppen forutsetter at det tydeliggjøres hvilken styringsstruktur man finner hensiktsmessig innen hvert sykehusområde, og at dette gjøres på en slik måte at det innen hvert område kan gjøres beslutninger knyttet til framtidig struktur.

Forslag til kriterier for Sykehusområdene:

- Dagens opptaksområder
- Eksisterende pasientstrømmer
- Samlet pasientvolum (3-500 000)
- Eksisterende kapasitet og fremtidig kapasitet som følge av pågående utbygging
- Bygningsmessig standard
- Geografi/avstander/infrastruktur/veier
- Kommune- og bydelsgrenser
- Etablert samhandling

Helse Sør Øst har i prosessen for arbeidet foreslått to alternative sykehusområder for hovedstaden. Arbeidsgruppen har vurdert de to alternativene:

Alt.1

Etter dette alternativet skal Ahus og AUS bli ett sykehusområde, med ansvar for Follo og Romerike i Akershus, og bydelene Bjerke, Grorud, Stovner og Alna i Oslo.

Sammenliknet med alternativ 2, vil dette alternativet innebære flere fordeler:

1. Klinikk for psykisk helse AUS vil kunne beholde sine eksisterende opptaksområder i Oslo og Follo. For klinikken innebærer dette at en i mindre grad må inngå i krevende og kostbare omorganiseringsprosesser, noe som er en fordel også for brukerne og samarbeidspartnere i kommunene. Alna DPS vil kunne beholde sine to bydeler som opptaksområde, og en slipper å måtte dele Alna DPS mellom to HF (som i alt 2) i en helt ny DPS-inndeling. Samarbeidsrelasjonene til de seks Follokommunene vil kunne opprettholdes og videreutvikles.
2. Ahus har underkapasitet innen voksenpsykiatri. Byggingen av det nye store somatiske sykehuset som nødvendiggjør et større opptaksområde innebærer ikke økt kapasitet innen voksenpsykiatri, og utvidelsen av sykehusets opptaksområde vil derfor forverre en allerede eksisterende underkapasitet. Ahus trenger derfor Klinikk for psykisk helse ved AUS som samarbeidspartner for å dekke det økte opptaksområdet. Det vil kunne bety at avdelingene på Aker og Gaustad vil kunne videreutvikles for å dekke etterspørselen fra befolkningen i fire bydeler i Oslo som vil ha Aker/Gaustad som sitt nærmeste sykehus, og videreføre tilbudet til Follo. Alternativet med å bygge ut nye tilbud på Ahus for å dekke et nytt stort område (Alna pluss Follo med til sammen 180.000 mennesker), vil være uøkonomisk og sløsende i forhold til investeringsbudsjettet i HSØ som allerede er sterkt presset.
3. Follo BUP har idag Ullevål som barnepsykiatrisk sykehus, mens ansvaret for pediatrien i Follo er lagt til Ahus. Da psykisk syke barn ofte har somatiske komplikasjoner og tilleggslidelser (og omvendt), skaper det store problemer at de to fagområdene er fordelt på to forskjellige sykehus. Ikke minst har det vært betydelige problemer med å koordinere somatiske og psykiatriske tjenester til ungdom med spiseforstyrrelser. Med Ahus og AUS i et felles sykehusområde som omfatter Follo, vil dette være løst. Ahus har dessuten bedre kapasitet enn Ullevål på barne- og ungdomspsykiatriske døgn tjenester, slik at det generelt vil kunne bli lettere å få innlagt barn fra Follo, Alna og Bjerke enn i dag.

Alt. 2.

Etter dette alternativet får Ahus alene ansvaret for Romerike og Follo, og bydelene Grorud, Stovner og Alna i Oslo. AUS inngår i et sykehusområde sammen med RH, UUS, LDS og DS.

Alternativet innebærer at Klinikk for psykisk helse AUS mister nesten hele sitt nåværende opptaksområde (Follo og Alna), og bare vil sitte igjen med Bjerke bydel. Denne bydelen er for liten til at det er hensiktsmessig å ha et eget DPS, og også Bjerke bydel bør i så fall overføres til Ahus.

Argumentene mot dette alternativet er i stor grad sammenfallende med argumentene for alternativ 1:

1. Klinikk psykisk helse Aker vil måtte få helt nye opptaksområder, med nye samarbeidspartnere og meget krevende omorganiseringsprosesser, både økonomisk og faglig.
2. UUS har overkapasitet innen voksenpsykiatri. LDS og DS som skal inn i samme sykehusområde, har allerede kapasitet til å dekke sine områder. Hvis bare Bjerke bydel tilføres dette området, vil det knapt være behov for den kapasiteten som AUS representerer. Alternativet vil derfor med nødvendighet medføre nedleggelse av mange voksenpsykiatriske tilbud innen det nye sykehusområdet, ved Aker/Gaustad

eller andre steder. Nedlegging av tilbud her samtidig som det må bygges opp nye tilbud ved Ahus, vil som nevnt være særdeles uøkonomisk, samtidig som det er vanskelig å se fordelene ved en slik omfordeling.

For Follo BUP vil alternativet i stor grad medføre samme fordel som i alt. 1. Også i alternativ 2 vil det pediatriske og barnepsykiatriske ansvaret for Follo samles ved Ahus. Forskjellen blir at Follo BUP etter dette alternativet må inn i et nytt HF, med de omstillingskostnader og nye samarbeidsrelasjoner som dette vil medføre.

Samlet vurdering

Basert på overstående synes alternativ 1 å være den beste løsningen av de to alternativene som er lansert og arbeidsgruppen anbefaler følgende sykehusområder for psykisk helsevern:

- **Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud** - 460.000 innbyggere. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til hvorvidt Ringerike sykehus og hele eller deler av Blefjell sykehus skal være del av dette sykehusområdet, da dette ligger utenfor gruppens mandat
- **Akershus universitetssykehus og Aker universitetssykehus**- 475 000 innbyggere: Follo og Romerike, bydel 9 (Bjerke), 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)
- **Ullevål universitetssykehus, Lovisenberg sykehus, og Diakonhjemmet sykehus**-: 425.000 innbyggere Oslo, unntatt bydel 9 (Bjerke), 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)

Innenfor hvert område må det vurderes:

- antall akuttmottak og lokalisering av disse
- om akuttmottak bør samlokaliseres med somatikken
- kapasitet akuttfunksjoner og øvrige sykehusfunksjoner
- DPS struktur som ivaretar befolkningens behov
- DPS- opptaksområder på ca.75- 100.000 innb for å ivareta muligheten for differensiering av behandlingstilbudet og faglig robusthet.

3.2 Beskrivelse av nasjonale og regionale funksjoner i helseregionen

Regionale og nasjonale funksjoner/ kompetansesentra:

Ullevål universitetssykehus HF	Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri
Ullevål universitetssykehus HF	Regional avdeling for spiseforstyrrelser med kompetansesenterfunksjon
Ullevål universitetssykehus HF	Psykiatrisk avdeling for utviklingshemmede
Ullevål universitetssykehus HF	Kompetansesenter for sikkerhets- fengsel og rettspsykiatri
Ullevål universitetssykehus HF	Kompetansesenter for tidlig intervensjon psykoser
Aker universitetssykehus HF	Regionalt ressursenter om vold, traumer og selvmordsforebygging i region Øst (RVTS/Ø)

Aker universitetssykehus HF	Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (NSHP)
Aker universitetssykehus HF	Kompetansesenter angstlidelser
Aker universitetssykehus HF	Kompetansesenter spiseforstyrrelser
Sykehuset Innlandet HF	Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnoser
Psykiatrien i Vestfold HF	Regional senter for autisme
Sykehuset Buskerud HF	Regionalt senter for spiseforstyrrelser
Sykehuset Buskerud HF	Regionalt senter for utviklingshemmede
Sørlandet sykehus HF	Kompetansesenter psykososialt team
Sørlandet sykehus HF	Kompetansesenter affektive lidelser
Sørlandet sykehus HF	Barn av psykisk syke og rusmisbrukere
Sørlandet sykehus HF	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Psykiatrien i Vestfold og Sykehuset Telemark HF	Kompetansesenter alderspsykiatri
Psykiatrien i Vestfold og Ullevål universitetssykehus	Nasjonal senter for aldring og helse
Rikshospitalet HF	Nasjonalt kompetansesenter for autisme

Aker universitetssykehus sitt Nasjonale senter for hørsel og psykisk helse (NSHP) har både en regional og nasjonal funksjon, landsfunksjonen har en kostnad på kr 5,7 mill.

Den korte fristen for arbeidet og det omfattende mandatet arbeidsgruppen har hatt, har ført til at tematikken rundt nasjonale og regionale kompetansesenter er behandlet kort. Flere av kompetansesentrene er etablert etter initiativ fra nasjonale myndigheter eller regionalt helseforetak og arbeidsgruppen har ingen grunn til å mene at dette fortsatt ikke skulle være berettiget. Det er enkelte funksjoner av ren klinisk karakter arbeidsgruppen ser som sentrale i forhold til den samlede tjenesten. Regional avdeling for spiseforstyrrelser –RASP, Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri- RSA., er slike eksempler. Videre er det enkelte nasjonale funksjoner som helt klart bør fortsette, for eks fordi de relativt nylig er etablert slik som Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse.

For øvrig anbefales at man som ny helseregion i fortsettelsen tar en samlet gjennomgang av kompetansesentrene og de regionale funksjonene, gjerne i regi av en egen prosjektgruppe nedsatt av Helse Sør Øst. Et slikt arbeid kan i større grad svare på formueringene som ligger i vårt mandat på dette området.

3.3 Total behandlingsskapasitet avtalespesialister i regionen og hovedstadsområdet

Antall avtalespesialister Oslo / Akershus og beregnet kapasitet

En studie gjennomført i Oslo i 2007 i regi av Samarbeidsutvalget for psykologer/Norsk Psykologforening og Helse Øst RHF, viser at hver behandler i gjennomsnitt ferdigbehandler 20 – 22 pasienter hvert år.

Det skal være gjennomført en noenlunde tilsvarende undersøkelse blant psykiaterne som viser omtrent nøyaktig de samme tall. Disse undersøkelsene er derfor lagt til grunn for beregningene som er gjort. Videre er oversikt over antall årsverk for avtalespesialister hentet fra Helse Sør Øst RHF og enhet for Kjøp av helsetjenster som har ansvar for avtalespesialistene.

Samlet sett viser oversikten:

	Psykologspesialister			Psykiatere			SUM		
	årsverk	konsult	beh pas	årsverk	konsult	beh pas	årsverk	konsult	beh pas
Akershus	51,8	57 000	1 090	17,0	18 700	357	68,8	75500	1 444
Oslo	124,6	137 000	2 600	68,7	75 600	1 443	193,3	212 600	4 059
Samlet	176,4	194 000	3 690	85,7	94 300	1 800	262,1	287 300	5 503
Regionen ellers	100,23	110 200	2 100	45,0	49 500	945	1 45,2	159 800	3 045
SUM regionen	276,6	304 200	5 790	130,7	143 800	2 745	407,3	448 000	8 548

- Tallene i tabellen er beregnet ut i fra studien som er nevnt i innledningen
- Antall beh pasienter skal forstås som ferdigbehandlede pas pr år

Det anbefales at det etableres en overordnet strategi for fordeling av avtalehjemler og for å etablere et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å øke tilgjengeligheten av avtalespesialistene i henhold til plandokumenter og føringene i Oppdragsdokumentet 2008 for Helse Sør Øst RHF.

3.4 Kartlegging av behandlingsskapasitet og ressursbruk

3.4.1 Total behandlingsskapasitet og ressursbruk på sentralsykehusfunksjoner i hovedtadsområdet; antall og type døgnplasser

Antall senger, Psykisk helsevern sykehus:

	Akutt-/subakutt-avdeling	Sikkerhets-avdeling	Avd. for psykose-behandling	Rehab.	Dobbelt-diagnose-enhet	Lukket inter-mediær	Åpen inter-mediær	Almen-psykiatrisk avdeling	Alders-psykiatrisk avdeling	Sum
Akershus universitetssykehus	62		36						14	112
Aker universitetssykehus	45	20	21						25	111
Ullevål universitetssykehus	45		20					42	32	139
Lovisenberg diakonale sykehus	28									28
Diakonhjemmet sykehus	24								50	74
Sykehuset Asker og Bærum	36	9	19						16	80
Sykehuset Buskerud	41	6	8	12	7				10	84
Oslo Hospital	15						16			31
Vor Frue Hospital	12					15	15			42
Sum	308	35	104	12	7	15	31	42	147	701

- Sengene ved Oslo Hospital og Vor Frues hospital benyttes 50 % av kapasiteten brukes av Diakonhjemmet og 50 % av Lovisenberg

- For sengene ved alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet benyttes 50 % av kapasiteten av Lovisenberg
- 4 av sengene ved sikkerhetspsykiatrien ved Aker og Bærum benyttes av Ahus
- 1 post ved allmennpsykiatrisk avdeling ved Ullevål driftes for Lovisenberg
- Avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål har hele Oslo som opptaksområde
- Avdeling for førstegangssykoser ved Ullevål har Hele Oslo + Follo som opptaksområde
- De 20 plassene for sikkerhetspsykiatri (nivå 2) ved AUS, dekker også opptaksområdene til Lovisenberg og Diakonhjemmet

Tallene viser at det er store forskjeller i mellom helseforetakene/sykehusene når det gjelder sengekapasitet og samlet ligger kapasiteten betyrdelig over resten av regionen, når det gjelder antall senger pr innbygger. Behovsvurdering er komplisert og må blandt annet sees i sammenheng med sykkelighet. Arbeidsgruppen har ikke hatt kapasitet til å vurdere antall senger pr innbygger for de forskjellige foretakene Det anbefales derfor at Helse Sør-Øst RHF i fortsettelsen gjør en samlet gjennomgang og vurdering som sikrer at man i større grad når intensjonene i målsettingen om likeverdige tjenester og lik tilgjengelighet. Det presiseres brukerperspektiv og viktigheten i all omstilling at ingen ting må bygges ned før andre tjenester er etablert.

3.4.2 Total behandlingsskapasitet og ressursbruk DPS i hovedstadsområdet innen døgntbehandling, samt poliklinisk og ambulant behandling

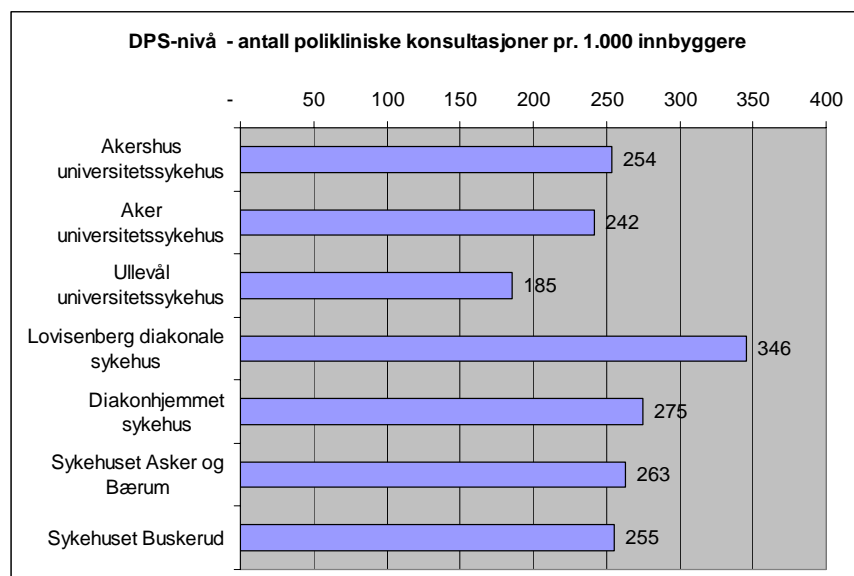
DPS-psykisk helsevern - senger

			Sum
Akershus universitetssykehus	Lillestrøm DPS	45	103
	Jessheim DPS	36	
	Grorud DPS	22	
Aker universitetssykehus	Alna DPS	8	26
	Follo DPS	18	
Ullevål universitetssykehus	Søndre Oslo DPS	23	77
	Josefinesgate DPS	54	
Lovisenberg diakonale sykehus	Tøyen DPS	22	30
	Lovisenberg DPS	8	
Diakonhjemmet sykehus	Vinderen DPS	18	46
	Villa Ly	16	
	TEDD1) (dobb.diag)	12	
Sykehuset Asker og Bærum	DPS Asker	39	79
	DPS Bærum	40	
Sykehuset Buskerud	Thorsberg	17	48
	Brøholt	19	
	Bergfløtt	12	
Kirkens bymisjon	Tåsen		33
	Louisesgate		
Furukollen		20	20
Skjellfoss		25	25
Grefsenlia		25	25
Manifest-senteret		12	12
Sum		524	524

- Ved Lovisenberg – Tøyen DPS er 24 senger Krise/allmenn og 6 senger Avlastning
- Ved Aker – Follo DPS er 18 midlertidig i byggeperiode. Nybygg under prosjektering med 44 plasser

Kapasitet poliklinikk DPS – konsultasjoner 2007

		Sum	Sum
Akershus universitetssykehus	Lillestrøm DPS	27 928	56 293
	Jessheim DPS	11 964	
	Grorud DPS	16 401	
Aker universitetssykehus	Alna DPS	19 228	32 911
	Follo DPS	13 683	
Ullevål universitetssykehus	Søndre Oslo DPS	17 195	28 388
	Josefinesgate DPS	11 193	
Lovisenberg diakonale sykehus	Tøyen DPS	19 065	31 935
	Lovisenberg DPS	12 870	
Diakonhjemmet sykehus	Vinderen DPS	26 240	26 240
Sykehuset Asker og Bærum	DPS Asker	14 446	31 088
	DPS Bærum	16 642	
Sykehuset Buskerud	DPS Psykiatrisk poliklinikk	25 281	25 281
Sum		232 136	232 136



3.4.3 Total behandlingsskapasitet og ressursbruk i hovedstadsområdet innen BUP – sentralsykehusfunksjoner og BUP DPS funksjoner

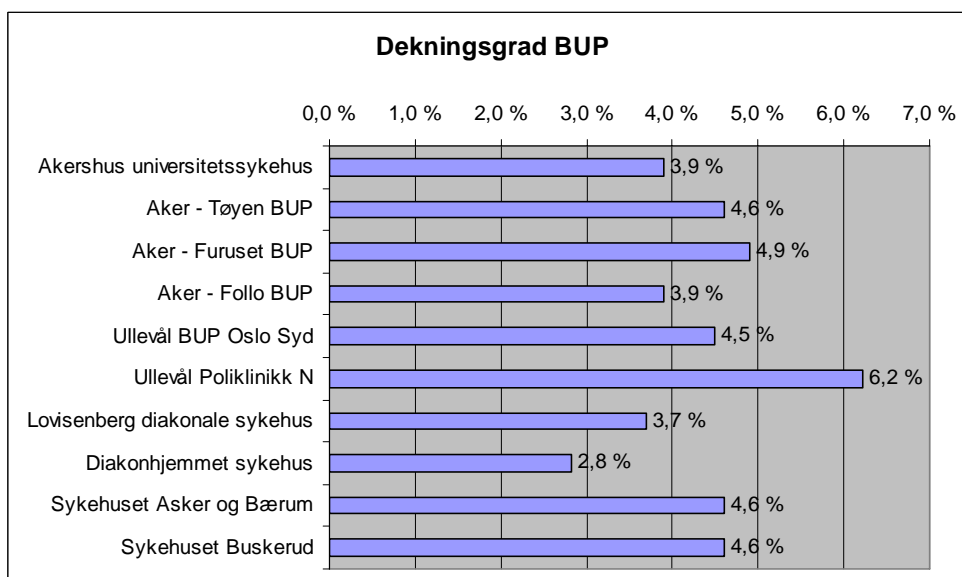
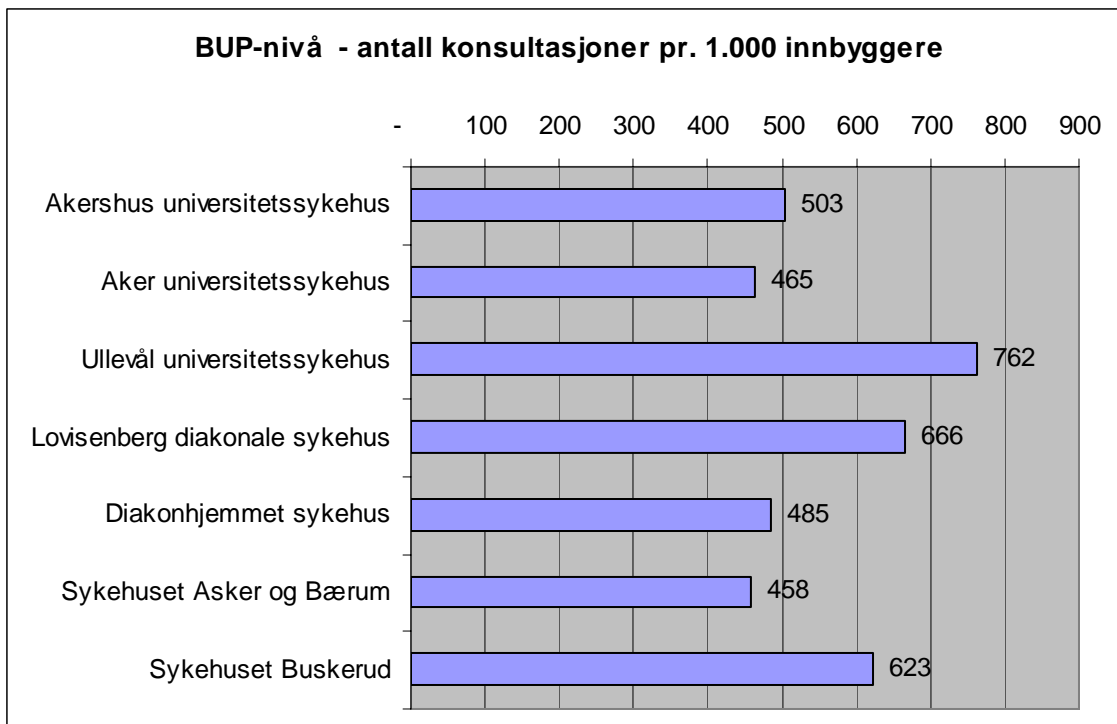
Senger BUP:

			Sum
Akershus universitetssykehus	Bråten behandlingssenter	8	24
	Ungdompsykiatrisk klinikk	16	
Aker universitetssykehus		0	0
Ullevål universitetssykehus	Ungdompsykiatrisk akutt enhet	5	32
	Enhet for psykoser	6	
	Ungdompsykiatrisk enhet	6	
	Familieenhet, Ungdom	3	
	Sogn døgnerhet	6	
	Nydalen døgnerhet	6	
Lovisenberg	Avdeling Nic Waals Institutt	0	0
Diakonhjemmet	BUP-Vest	0	
Sykehuset Asker og Bærum	Bjerketun	18	18
Sykehuset Buskerud	Ungdomsenheten	2	8
	Behandlingsenhet for barn	3	
	Fjellbrott	3	
Larkollen	(ungdom) 14	14	14
Østbyttet	(barn)	18	18
Sum		114	114

Antall konsultasjoner BUP:

			Sum
Akershus universitetssykehus	Lillestrøm BUP	16 414	36 589
	Jessheim BUP	9 984	
	Grorud BUP	10 191	
Aker universitetssykehus	Tøyen BUP	3 471	20 670
	Furuset BUP	5 615	
	Follo BUP	11 584	
Ullevål universitetssykehus	Bup Oslo Syd, Enhet Østensjø	7 393	35 289
	BUP Oslo Syd, Enhet Søndre Nordstrand	6 545	
	BUP Oslo Syd, Enhet Nordstrand	6 855	
	Poliklinikk Nord, Nordre Aker/Sagene	12 717	
	Familiepoliklinikk	1 031	
	Ambulant miljøterapi	748	
Lovisenberg diakonale s	Avdeling Nic Waals Institutt	16 845	16 845
Diakonhjemmet sykehus	BUP-Vest	5 420	5 420
Sykehuset Asker og Bærum	BUP polikl. Asker	5 896	18 840
	BUP polikl. Bærum	12 944	
Sykehuset Buskerud	Poliklinisk enhet	19 085	19 085
Sum		152 738	152 738

* Familiepoliklinikk og ambulant miljøterapi UUS er byovergripende



4 Vurderinger og anbefalinger

Vurdering av kapasitet og fordeling, med forslag til endring i henhold til førende dokumenter.

4.1 Omstillingsutfordringer

Et sentralt anliggende i all omstilling er at ingen deler av tjenestene tas ned før nye tiltak er etablert.

Forskjellene mellom enkelte foretak/sykehus i hovedstadsområdet og nasjonale føringer kan synes dramatiske, spesielt for psykisk helsevern for voksne.

Det bør gjøres en særskilt vurdering av bygningsmassen, fordi deler av dagens bygningsmasse, og manglende tilgang på investeringsmidler, kan sette en stopper for videre utvikling og omstilling.

Samtidig har Oslo en høyere psykisk sykkelighet enn landet som kan gi behov for noe mer kapasitet i sykehusavdelinger (psykoser, dobbeltdiagnoser, mv). Arbeidsgruppen mener det er behov for videre analyse av det totale behov for sykehussenger innen området.

Samtidig må man også regne med at større vekt på samhandling mellom sykehusavdelinger og DPS og mellom DPS og kommunene, vil føre til et lavere døgnplassbehov i sykehusavdelingene. Styrking av det kommunale tilbudet vil trekke i samme retning.

4.1.1 Akuttpsykiatri voksne

Akuttpsykiatriske tjenester er et vidt begrep. Faglige føringer og behandlingsmetodikk gir et viktig utvidet akuttbegrep, der et akuttpsykiatrisk tilbud omfatter både akutt - tilbud i sentralsykehusfunksjon og DPS. Redusert bruk av behandling hjemlet med tvang er en nasjonal føring.

Sentrale elementer ved siden av selve akuttenheten er:

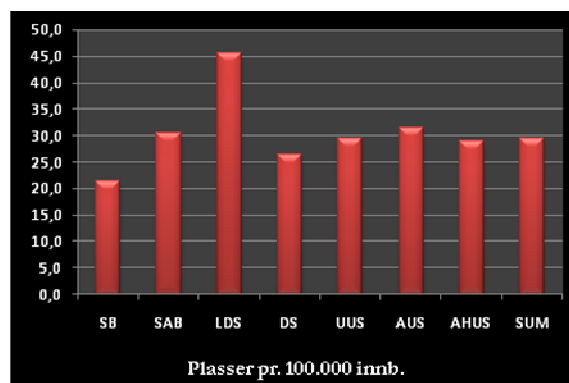
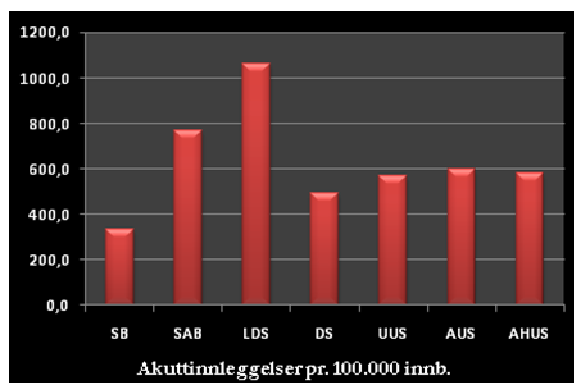
- Kompetente fagpersoner
- Individuell plan
- Tilbakefallsforebygging (Varselsignaler)
- Sammenhengende behandlingsskjede
- Samarbeid 1.-linje/ambulante tjenester
- Hastetimer ved DPS
- akuttteam

I hovedstadsområdet er det i dag:

1.006.000 innbyggere over 18 år

- 7 mottak med 295 akutt/ subakutt plasser
- 5.910 innleggelser
- Liggetid 18,3 dager- liggetiden er teknisk beregnet ut i fra full kapasitetsutnyttning

SB 191.000 innb 41 plasser 633 innlegg 21,4 pl/innb 331 i/innb	SAB 118.000 innb 36 plasser 904 innlegg 30,5 pl/innb 766 i/innb	LDS 92.000 innb 42 plasser 971 innlegg 44,4 pl/innb 1.059 i/innb	DS 95.000 innb 25 plasser 470 innlegg 26,2 pl/innb 493 i/innb	UUS 153.000 innb 45 plasser 869 innlegg 29,4 pl/innb 568 i/innb	AUS 143.000 innb 45 plasser 815 innlegg 33,1 pl/innb 599 i/innb	AHUS 214.000 innb 62 plasser 1.248 innlegg 27,9 pl/innb 582 i/innb
--	---	--	---	---	---	--



*Pr innbygger betyr her pr innbygger over 18 år

Det er stor variasjon i antall plasser og innleggelse pr innbygger både innen og mellom sykehusområdene i hovedstadsområdet noe som kan skyldes flere faktorer, men man kan ikke overse de relativt store forskjeller i sykkelighet og befolkningssammensetning i de ulike bydeler. Dette er godt dokumentert og må ivaretas i arbeidet.

Erfaringen viser at behov for plasser og det antall innleggelse man har, avhenger av en rekke faktorer:

- grad av sykkelighet og befolkningssammensetning i de ulike bydeler/kommuner
- kultur/faglig holdning
- hvor godt utbygd og fungerende DPS-strukturen er i området
- hvilke andre akuttfunksjoner man har på et lavere nivå
- hvor godt PHV-tjenestene i førstelinjen fungerer
- hvor god samhandlingen med førstelinjen er

Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppens vurdering er at en endring i dagens struktur når det gjelder de rene akuttpsykiatriske mottak ikke bør gjøres uten en mer helhetlig vurdering, og at dette ikke må sees løst fra en utvikling av øvrig akuttpsykiatri.

- Ut i fra omfanget av tjenestene, sykdomsbildet og behandlingens karakter innen akutt og sub- akutt sykehusbehandling, anbefaler gruppen ikke et felles akuttmottak for hovedstaden.
- Vi mener kvaliteten på behandlingen og god ressursutnyttelse løses bedre med en modell der man baserer seg på ett eller flere akuttmottak innen hvert sykehusområde og / eller helseforetak.
- Alvorligheten i sykdomsbildet og symptomatologien er av en slik karakter at romforhold og terapeutiske miljøer har stor betydning både for sykdomsutvikling, medisiner og bruk av tvang. Størrelsen på et mottak er av betydning i dette perspektivet og for store miljøer er ikke å anbefale.
- For å yte kvalitativt gode tjenester med helhetlige behandlingsforløp, trenger man ett ledelsesmessig grep på hele behandlingsskjeden, som sikrer samhandlingen mellom 1.linjetjensten, DPS, akuttmottak og intermediær /sub akutt behandling og andre spesialiserte sykehusfunksjoner. Tilgang til akuttpsykiatriske tjenester til rett tid, er essensielt for alle ledd i tjenesten.

- Det anbefales at hvert sykehusområde og områdepsykehuset vurderer hvor hensiktsmessig egen akuttfunksjon er og evt vurderer egne funksjonsfordelinger, som for eksempel rene akuttfunksjoner og subakutte funksjoner

4.1.2 Vurderinger og anbefalinger i forhold til Regional sikkerhetspsykiatri

Høsten 2006 pågikk et arbeidet i Helse Øst i forhold til finansieringen av sikkerhetspsykiatrien. Kort kan kopi av notat beskrive hva som var gjort de siste årene i forhold til organisering og finansiering av sikkerhetspsykiatrien på ulike nivå:

"Framtidig organisering og finansiering av sikkerhetspsykiatrien

Innledning

Det ble i 2004 satt ned en arbeidsgruppe som skulle utrede framtidig finansiering av Regional sikkerhetsavdeling på Ullevål (RSA) og Sikkerhetspsykiatrisk avdeling på Aker (SPA). Man sto ovenfor flere komplekse forhold. Det var et overforbruk på regional sikkerhetsavdeling på Ullevål noe man mente var knyttet til finansieringsformen. Man hadde observert overforbruk av plassene fra Oslos side utover det man kunne forvente utløst av særskilt storbyproblematikk. Pasientlogistikken var vanskelig og Ullevål slet med å få pasienter ut i Oslo.

Helse Øst RHF besluttet etter en bred prosess og mange avveininger å ende opp med aktivitetsbasert finansiering for både RSA og SPA. Hele budsjettet for avdelingen på Aker ble delt ut til hf-ene/de private sykehusene i Oslo, mens bare deler av budsjettet på Ullevål ble delt ut grunnet statstilskudd samt at avdelingen også har ansvar for helseregion Sør. Den økonomiske fordelingen som ble gjort ble beregnet ut i fra befolkningsgrunnlag. Det ble samtidig besluttet at omleggingen til aktivitetsbasert finansiering skulle evalueres etter to år.

Helseforetakene/de private sykehusene ble innkalt til et evalueringsmøte høsten 05 hvor man ble enige om å anbefale at finansieringen ble lagt om til 50% rammefinansiering av begge avdelingene. Helse Øst RHF var på denne bakgrunn i ferd med å sende ut et brev til alle helseforetakene. Man ble imidlertid gjort kjent med at HF direktørene i hovedstadsområdet hadde satt i gang egne drøftinger om saken. Helse Øst RHF avventet derfor konklusjonene i disse drøftingene, som ble mottatt i august i form av et brev.

Anbefalingene fra Ullevål/direktørgruppa innebar at antallet regionale sikkerhetsplasser skulle reduseres fra 34 til 25 plasser, hvorav 20 skulle rammefinansieres og 5 skulle ha en 50% aktivitetsbasert finansiering. Det ble videre anbefalt at avdelingen på Aker ble aktivitetsfinansiert 100%, og at alle hf-ene/de private sykehusene i prinsippet skulle ha det samme ansvar for sikkerhetsnivået lavere enn det regionale nivået. De øvrige plassene på den regionale sikkerhetsavdelingen ble som en følge av dette anbefalt å skulle ivareta behovet til Ullevål. De foreslåtte løsningene i brevet var imidlertid ikke forsøkt operasjonalisert og dermed ikke egnet for implementering uten videre prosess.

Drøftingsmøte med divisjonsdirektørene

Helse Øst RHF innkalte på bakgrunn av brevet fra Ullevål helseforetakene/de private sykehusene til et drøftingsmøte 20.09.06, hvor temaet var hvordan anbefalingene fra helseforetakene/sykehusene i hovedstadsområdet skulle operasjonaliseres. Det ble på møtet drøftet erfaringene etter omleggingen av finansieringsformen i 2004, samt bedt om helseforetakenes/sykehusenes vurdering av de foreslåtte løsningene.

Den regionale avdelingen (RSA) har pt en beleggsprosent 85%, den har gått ned etter omleggingen til aktivitetsbasert finansiering. Inntrykket til RSA er at pasientene tas tilbake til HF ene på en grei måte. Oslo – Akershus har belegg i tråd med befolkningen, enkelte bydeler i Oslo er mer belastet enn andre. Innlandet og Østfold bruker RSA lite. Helse Sør bruker RSA mindre i takt med oppbyggingen av egne tilbud på lavere sikkerhetsnivå. Ullevål pekte på at beredskap koster og det må ivaretas med ny finansieringsform.

Aker informerte om at det er synkende etterspørsel etter plassene på Sikkerhetspsykiatrisk avdeling (SPA). Aker vurderer det derfor ikke som mulig å opprettholde antallet plasser dersom etterspørselen fortsatt synker.

Helseforetakene/de private sykehusene ga sin tilslutning til at de regionale sikkerhetsplassene ble videreført med 25 plasser, en reduksjon fra 34 plasser, slik det fremgår av brevet fra UUS. Dette innebærer at RSA på UUS beholdes med 25 plasser der man rammefinansierer 20 plasser og får en 50% aktivitetsfinansiering av 5 plasser. Det ble imidlertid pekt å at det vil være krevende å skille mellom bruk av de 20 rammefinansierte plassene og de 5 øvrige plassene. Det ble videre presisert at dersom sikkerhetsplassene blir gratis må det lages et svært klart kriteriegrunnlag for inntak/behandling ved disse avdelingene, da man mister incitamentet til pasientflyt som ligger i en delvis aktivitetsbasert finansiering.

Det var enighet om at men at hvert foretak skal ta ansvar for sikkerhetsnivået under regionalt nivå. Det kan være aktuelt med gjensidige avtaler mellom noen foretak om kjøp av plasser.

Aker og UUS som har hatt ansvar for for RSA/SPA-plasser finner eksisterende finansiering vanskelig og uforutsigbart og vil ikke videreføre denne ordningen. Særlig Aker presiserer dette fordi de ikke har noen rammefinansiering. De andre foretakene synes at den aktivitetsbaserte finansieringen nå fungerer for begge avdelingene og at den burde videreføres.

Helseforetakene/de private sykehusene var enighet om at man nå hadde kjørt en så grundig prosess og arbeidet så lenge med saken, at det nå var viktig å fatte en beslutning. HFene ønsket derfor at Helse Øst RHF skulle fatte en overordnet beslutning.

Vurdering fra RHFet etter møtet

Det forventes at Bestillerdokumentet 2007 legger føringer om at de regionale helseforetakene øker den samlede kapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien. Dette kan innebære at Helse Øst på sikt forventes å etablere om lag 20 nye plasser. Det kommer ikke øremerkede midler til dette i regi av Opptappingsplanen, men det var i Opptappingsplanen forutsatt at det ble etablert 160 nye plasser relatert til ordningen med "Dørmtte til behandling". Det vil i liten grad bli lagt føringer på om disse plassene etableres på regionalt eller lavere nivå.

Helse Øst RHF vil vanskelig kunne etablere en finansieringsform for sikkerhetspsykiatrien som innebærer risiko for reduksjon i den samlede kapasiteten. Dette taler for at både avdelingen på Ullevål og på Aker rammefinansieres. Det vil antakelig ikke være hensiktsmessig at kun 5 plasser på den regionale avdelingen underkastes en delvis aktivitetsbasert finansiering, da det i praksis vil være vanskelig avklare hvilke forhold/pasienter som skal utløse en slik finansiering.

Det bør antakelig videre legges føringer for helseforetakene om hvilken kapasitet de skal ha innen sikkerhetspsykiatrien, hvor det legges opp til større grad av likhet enn dagens kapasitet som er som følger:

HF/sykehus	Antall sikkerhetsplasser i dag	Antall sikkerhetsplasser på 100.000
UUS, Aker, LDS og DKS	20	0.34
SAB/Ahus	9	0.20
SI	20, hvorav 3 til ungdom	0.55/0.46
SØ	8	0.30

Eventuelle føringer med henhold til kapasitet må imidlertid ta hensyn til at helseforetakene/de private sykehusene har svært ulik bruk av den regionale avdelingen hvor SI og SØ har lav bruk.

Forslag til vedtak

1. Det legges opp til en full rammefinansiering av sikkerhetsavdelingene både på Ullevål og på Aker
2. Det foretas et uttrekk fra basisrammene på de helseforetakene/de private sykehusene i Oslo basert på tilførte midler i 2004 da det ble innført en aktivitetsbasert finansiering
3. Det enkelte helseforetak/private sykehus overtar ansvaret for sikkerhetsnivået lavere enn regional sikkerhetsavdeling, og inngår eventuelt avtale seg i mellom om kjøp av kapasitet
4. Helse Øst RHF legger i driftsavtalene for 2007 føringer for hvilken kapasitet det forventes at det enkelte helseforetak/private sykehus skal ha.
5. Det søkes i budsjettet for 2007 lagt inn en viss finansiell styrking av sikkerhetspsykiatrien"

Arbeidsgruppens vurdering:

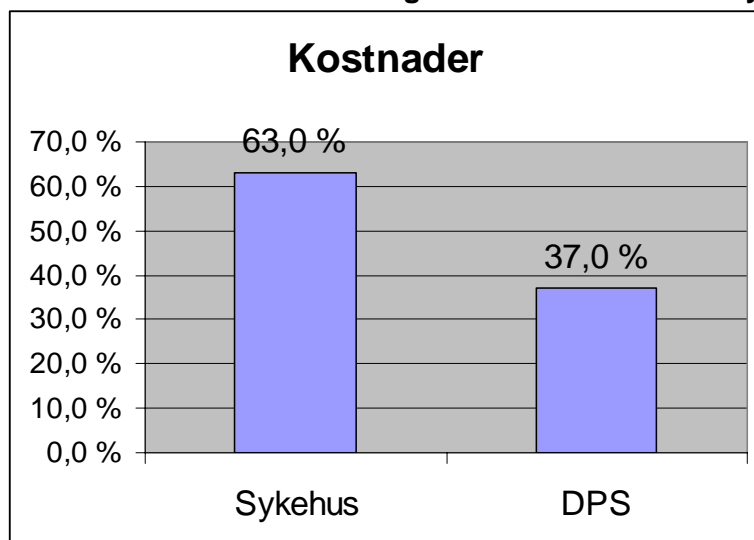
Arbeidsgruppen for Hovedstadsprosesssen er kjent med at man nå i 2008 har utfordringer knyttet til for liten pasientflyt og stor pågang på de regionale plasser for sikkerhetspsykiatri. Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri er for hele helseregionen og det er avgjørende for de øvrige deler av sykehustjenesten at pasientflyten er god og at plassene utnyttes optimalt, slik at pasienter raskest mulig kan overføres til et lavere nivå eller vise vers. Det anbefales derfor at det gjøres en gjennomgang av kapasitet, struktur og finansieringsform for RSA, slik at man sikrer kapasitet i henhold til nasjonale føringer. Det forventes videres at alle helseforetak /sykehus sikrer tilstrekkelig kapasitet i egen virksomhet på sikkerhetspsykiatri nivå 2.

4.1.3 Omstillingsutfordring knyttet til ressursfordeling Oslo/ Akershus

Sykehus/DPS

Ressursbruk på sykehusnivå og DPS er kartlagt. Dette gjelder kun Oslo/Akershus Vi har utelatt Buskerud fordi det her må gjøres en særskilt vurdering innen det eventuelt nye sykehusområdet, som vil omfatte Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud, der man må ta stilling til tilgrensende geografi. Dette er utenfor arbeidsgruppens mandat.

Tabellen under viser fordeling av kostnader mellom sykehus og DPS nivå i området.

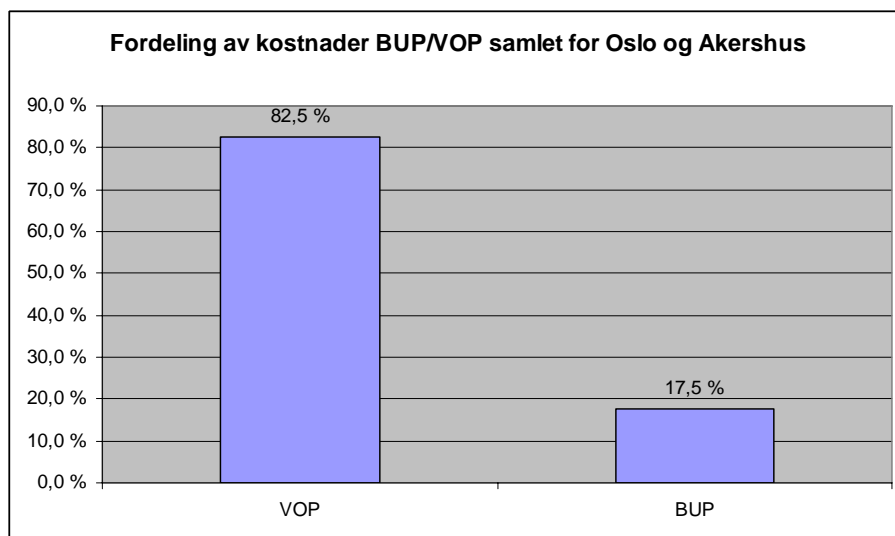


I forhold til målet om en fordeling på 50 % til sykehus og 50 % til DPS, medfører dette et behov for omstilling av kr. 309 mill, fra sykehus til DPS. Det må vurderes om denne fordelingsnøkkelen er riktig i forhold til Oslo`s særegen stilling med storbyproblematikk og økt sykkelighet.

Fordelingen som vises i regnestykket ville kunne medføre en mulig omstilling av personale fra sykehusavdelinger til DPS. Poliklinisk og ambulant virksomhet bør da vektlegges for å gi en ønsket vridningseffekt i forhold til målene i Opptappingsplanen. Det bør vurderes nærmere i hvilken grad dette er mulig å oppnå.

BUP/VOP

Ressursbruk mellom BUP og VOP er kartlagt. Dette gjelder kun Oslo/Akershus Vi har utelatt Buskerud fordi det her må gjøres en særskilt vurdering innen det eventuelt nye sykehusområdet, som vil omfatte Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud, der man må ta stilling til tilgrensende geografi. Dette er utenfor arbeidsgruppens mandat.



I forhold til målet om en fordeling 20 % til BUP og 80 % til VOP medfører dette et behov for omstilling av kr. 65 mill, fra VOP til BUP. Det må vurderes om denne fordelingsnøkkelen er riktig i forhold til Oslo`s særegen stilling med storbyproblematikk og økt sykkelighet. Tiltaksplanen til Helse Øst sier at dekningsgraden for BUP skal være 5,5% i Oslo, dette bør få konsekvenser for fordelingsnøkkelen.

4.1.4 Omstillingsutfordringer knyttet til investeringer

Det er i kartleggingsarbeidet framkommet en rekke problemstillinger knyttet til eksisterende bygningsmasse.

Hvorvidt bygningsmassen er hensiktsmessig må vurderes ut i fra flere perspektiver:

- tilgjengelighet
- arealutnyttning
- vedlikeholdsetterslep
- om eiendommen totalt sett gir grunnlag for videre drift og utvikling av moderne PHV
- grad av verneverdighet
- grad av fleksibilitet
- om bygningsmassen og eiendommen er godt egnet for terapeutisk virksomhet

Arbeidsgruppen har ikke hatt kapasitet til slik vurdering, men kun kartlagt samlet areal i kvadratmeter. Ut i fra en gjennomgang i gruppen erkjenner man at dette er en stor problemstilling, som krever nærmere vurdering og ikke minst prioritering, både innen VOP og BUP.

I henhold til tidligere utredninger og vurderinger er det dog noen særskilte problemstillinger som er kjente og felles diskutert i siste møte i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen var delt på hvorvidt man skulle omtale disse spesielt, men ut i fra en samlet vurdering presenteres disse her:

- **Dikemark**

UUS har fortsatt en relativt stor aktivitet ved Dikemark. Hovedtyngden av bygningsmassen er uhensiktsmessig og og dårlig tilpasset krav til moderne psykiatrisk behandling. Det er et stort vedlikeholdsetterslep og det er en svært lav utnyttingsgrad av arealet. Både bygningenes beskaffenhet og virksomhetens beliggenhet virker fordyrende på driften. Den delen av virksomheten som er knyttet til Ullevåls lokale opptaksområde er dessuten ikke i tråd med Opptappingsplanens krav om nærhet til behandlingstilbudet.

UUS har konkrete planer for innflytting og samling av hovedtyngden av sentralsykehusfunksjonene i nybygg på Ullevåls område I Kirkeveien, men videre framdrift forutsetter godkjenning av konseptfase fra Helse Sør-Øst. Arbeidsgruppen anbefaler at gjennomførte skisseprosjekt følges opp, slik at hovedtyngden av aktivitet ved Dikemark kan flyttes til mer hensiktsmessige lokaler i Oslo.

Sikkerhetspsykiatri

Det er bred enighet om at det er lite hensiktsmessig å flytte Regional sikkerhetsavdeling til Ullevåls område.

Strukturen på sikkerhetspsykiatrien i hovedstaden bør vurderes, inklusive regional sikkerhetsfunksjon, både når det gjelder kapasitet, beliggenhet og en robust finansieringsordning som styrker muligheten for rasjonell drift, se eget punkt om dette.

Man må sikre at det blir etablert et faglig godt nok tilbud til pasientgruppen før man avvikler driften ved Dikemark.

- **Lier**

Det er en særskilt problemstilling at Lier har uhensiktsmessig og urasjonell bygningsmasse. Eiendomsmassen ansees ikke som framtidsrettet og deler av den ansees som kondemnabel. Man anbefaler derfor ikke videre investeringer på området. Gruppen har diskutert hvorvidt driften ved Lier bør avvikles så raskt det er hensiktsmessig med flytting av så mye av dagens sykehusfunksjoner som mulig til ledige lokaler ved Blakstad, hvor det er 25 ledige plasser. Gruppen valgte å ikke konkludere på dette, men viser til at det pågår gode prosesser mellom Sykehuset Buskerud og Sykehuset Asker og Bærum om økt samarbeid og vurdering av de samlede funksjoner innen PHV i dette området. -

Blakstad:

På Blakstad er det om lag 80 døgnplasser, inkludert en enhet for rusbehandling. I utkanten av sykehusområdet er det en liten DPS avdeling (unge psykosepasienter) og "Strandveien" som er et samarbeidsprosjekt med kommunen (overgangsboliger for tidligere innlagte pasienter). I tillegg er det flere eldre, men godt rehabiliterte hus, som brukes til fritidsaktiviteter, arbeidsterapi, kulturelle aktiviteter og Lærings- og mestringssentret. På sykehuset er det i dag ledig areal i nybygg/nyoppussede lokaler som kan tas i bruk til ca 25 pasientrom omgående. Videre er det tre områder (ca 90 mål) på Blakstad som er regulert til sykehusformål. Arbeidsgruppen har ikke drøftet om Blakstad har en bygningsmasse som er frmtidsrettet og ber om at det gjøres en slik vurdering.

- **Gaustad**

Arbeidsgruppen har drøftet hvorvidt Gaustad har en bygningsmasse som er fremtidsrettet for døgnbasert klinisk virksomhet. Gruppen konkluderte ikke på dette. Videre er det uklarerhet rundt regulering av eiendommen på Gaustad i forhold til muligheter og handlingsrom. Dermed er det usikkerhet om bygningsmassen eller tomtearealet gir mulighet for fleksibilitet og videreutvikling, og om det kan ansees som framtidsrettede lokaliteter. Pr i dag er det betydelig aktivitet ved Gaustad inklusive flere regionale kompetansesentra.

Det har gjennom dette arbeidet kommet innspill med forslag om funksjoner som kan legges til Gaustad.

4.1.5 Investeringsstrategi.

For å kunne omstille voksenpsykiatrien i hovedstadsområdet i en tidsperiode på 5 – 10 år mener arbeidsgruppen at det må utvikles en egen finansierings- og utbyggingsplan.

Denne planen må bl.a. anskueliggjøre følgende:

- Hvilke økonomiske ressurser som må stilles til disposisjon for en nødvendig omstilling og hvordan finansieringen kan løses gjennom nybygg og mulig innleie av lokaler.
- Hvilke muligheter og begrensninger som er knyttet til mulig salg/videreutvikling og avhending av hele eller delere av eiendommene på Lier, Dikemark og Gaustad.
- Hvilket økonomisk potensial som ligger i eiendommene Lier, Dikemark og Gaustad ved et eventuelt videresalg/videreutvikling (foredling) av eiendommene.

For arbeidsgruppen er det viktig å understreke at en omstilling av døgntilbudet til desentrale løsninger og etableringen av nye behandlingstilbud i Oslo, forutsetter at en finansieringsplan foreligger før et slikt omstillingsarbeid starter.

I en overgangsperiode kan også slik omstilling foretaes ved å flytte ut kapasitet til leide lokaler.

Det gjenstår investeringsmidler knyttet til Opptappingsplanen til DPS/BUP utbygging i hovedstadsområdet.

Arbeidsgruppen har mottatt innspill fra LPP/Mental Helse som blant annet sier noe om eiendom og mulig omstrukturering:

"Og aller sist vil vi i LPP si noe om avhending av eiendom i Helse Sør-Øst. Vi mener salg av verdifulle eiendommer bare må skje dersom det kommer brukerne til gode. I så måte er vi skeptiske til salg av sykehusbygninger før det er etablert fullgode alternativer. Vi kan ikke se at det er tilfelle for den virksomheten som er igjen på Dikemarkområdet, og vi tror også man står i fare for å miste verdifulle døgntilbudsmiljøer dersom virksomhet avhendes på Senter for barne- og ungdomspsykiatri. Likeledes er vi skeptiske til om modeller for samorganisering med somatikken i Akershus/Buskerud-området, samt eventuelle salg av sykehusbygninger på Blakstad og Lier, vil være til det beste for brukerne".

4.2 Samarbeid, samhandling og gode pasientforløp

Brukerperspektivet

Det er to brukerrepresentanter fra Brukerutvalget i Helse Sør- Øst RHF i arbeidsgruppen, der en kommer fra Mental Helse. Arbeidsutvalget har hatt eget møte midtveis i arbeidet med Mental Helse og LPP og bedt om innspill i forhold til mandatet med særskilt vekt på samhandling og gode pasientforløp. Det mottatte innspill som her refereres er også tatt inn i arbeidsgruppens siste plenums møte 4.mars, der det fikk mye støtte.

Fra dette har vi sakset i stikkordsform, innspillet som helhet ligger som vedlegg:

Innspill fra Mental Helse Oslo og LPP

På bakgrunn av møtet med arbeidsgruppen for Hovedstadsprosessen – psykisk helsevern, ønsker LPP og Mental Helse Oslo å komme med et felles innspill til arbeidsgruppen i forhold til momenter vi mener bør ha konsekvenser for den prosessen dere nå er inne i.

Stikkordsmessig kan vi oppsummere som følger:

- *Realistisk virkelighetsbeskrivelse, få frem mørketallene. Dette er viktig for dimensjoneringen*
- *Man må forholde seg til at det ikke finns nok boliger med psykiatrifaglig oppfølging i bydelene / kommunen, med de konsekvensene det får for spesialisthelsetjenesten*

- *Samhandling og brukermedvirkning som arbeidsmetoder krever holdnings- og kulturendringer*
- *Større standardisering av organisering og tilbud på DPSene og i bydelene*
- *Enda mer desentralisering i virksomheten, med kvalitetskrav som gjør det mulig å bruke tid på oppsøkende virksomhet og å bygge relasjoner*
- *Større tilgjengelighet i den ambulante virksomheten på DPS*
- *Styrke fastlegenes psykiatrifaglige kompetanse gjennom systematisk og rutinemessig samarbeid med DPSene*
- *Felles ambulansetjeneste for somatikk og psykiatri for å motvirke tvang og polititransport ved akutte kriser*
- *Ventetiden for barn og unge er for lang og man har mange fallgruver i forhold til overganger for denne sårbare gruppen. Ventetiden må ned og man må sikre overgangene.*

I tillegg har Oslo kommune beskrevet nødvendige kriterier for å lykkes. Hvor vi her har sakset inn følgende:

- *Skal kommunen og bydelene bygge opp og yte de tjenester som ligger til kommunens ansvar, er vi avhengig av tett dialog og forpliktende samarbeid, slik at vi i fellesskap kan etablere gode løsninger for den enkelte pasient / bruker.*
- *Informasjon og tett dialog er særlig viktig i forbindelse med pasienter med store sammensatte problemer som nødvendiggjør tilbud om tilrettelagt bolig, omsorg og pleie i bydelene, kombinert med tilbud om behandling og veiledning fra spesialisthelsetjenesten*

Samhandling må innrettes på en slik måte at de innspillene som er kommet fra brukerne og Oslo kommune ivaretas.

Vi har fått innspill fra brukere om at det i hovedstaden er mørketall i forhold til mennesker med til dels alvorlig psykiatrisk problematikk, som sliter med å nå fram til hjelpeapparatet.

4.2.1 Forpliktende samarbeid og samhandling med førstelinjetjenesten og DPS, evt også sentralsykehusfunksjoner, som skaper gode behandlingsforløp

Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste – utfordringer og muligheter

Samhandling må springe ut i fra et klart og opplevd behov, og ta utgangspunkt i noe konkret

Samhandlingen må understøtte hovedmålet om å utvikle gode tjenester til befolkningen i opptaksområdet

Samhandlingen må være tuftet på likeverdighet og tillitt

- Sykehus og bydeler(kommuner) har forskjellige, men likeverdige oppgaver
- Likeverdigheten må prege hvordan vi samarbeider og samhandler
- Krever inngående kunnskaper om symmetri og asymmetri

Samhandlingen må være tuftet på felles forståelse og kunnskap om hverandre

- Det er viktig å være sikker på at vi oppfatter likt at vi samhandler og hva vi samhandler om
- Vi representerer i utgangspunktet forskjellige kulturer og fagmiljøer
- Vi forvalter og "skjønner" til dels forskjellige lovverk
- Kunnskapen om "den andres spilleregler" er viktig og nødvendig
- Ingen forståelse er den "riktige"
- Viktig å bli enig i hva som er hva

Godt samarbeid er tuftet på gjensidig respekt

- Vi har forskjellige oppgaver
- Vi er ulike og representerer ulik kompetanse
- Det bør vi utnytte, akseptere og ikke minst respektere

Håndtering av uenighet

- Etablere forståelse for at det er greit å være uenige om de viktige tingene, men ugreit å være uenig om bagateller
- Uenighet kan håndteres av et rådgivende utvalg eller en oppmannsordning.
- Det vil uansett være et ledelsesansvar å sørge for å bli enige

Viktige forutsetninger for at samhandlingen kan lykkes

- At den er organisert på en forpliktende og fornuftig måte
- At organiseringen er forutsigbar, men smidig
- At organiseringen er transparent og kjent av samarbeidspartnerne
- At organiseringen i størst mulig grad er pasientnær
- At organiseringen er lite sårbar for turnover blant ansatte

Det betyr at samhandlingen må

- Nedfelles i regler og skriftlige avtaler som tydeliggjør ansvarsforhold og som regulerer plikter og rettigheter
- Forankres i virksomhetenes topp-ledelse
- Vies oppmerksomhet og utstyres med autoritet i det daglige arbeidet
- At deltakerne har nødvendige fullmakter til å finne gode løsninger
- Finne sted i egnede fora som møtes regelmessig

Det eksiterer et rådgivende utvalg for hovedstadsområdet mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler at man gjør en evaluering av dette i henhold til føringene som er lagt her for samhandling.

Arbeidsgruppas arbeid og anbefalinger lider under relativt få deltagere i prosessen fra ansvarlige nivåer i kommuner og bydeler i hovedstadsområdet. Samhandling er et springende punkt for å kunne utvikle trygge og sammenhengende behandlings- og omsorgskjeder rundt mennesker med psykiske lidelser. Arbeidsgruppas vurderinger av samhandling har lite relevans dersom de ikke forankres i et likeverdig og åpent samarbeid med disse nivåene. Det påhviler Helse Sør-Øst et stort ansvar for å ta dette på alvor i alle faser av det videre arbeidet med hovedstadsprosessen.

4.2.2 Nødvendige samspillsregler mellom DPS og sentralsykehusfunksjoner med spesielt fokus på akutt og sikkerhetspsykiatri.

Samhandling internt i kjeden i spesialisthelsetjenesten

- Det bør være et etablert prinsipp at DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten, unntatt der hvor det er åpenbart at det vil føre til unødig forsinkelse, byråkratisering der det foreligger kriterier for at pasienter legges rett inn på sykehusnivå, eller skrives ut derfra.
- DPS bør som hovedregel være spesialisthelsetjenestens sentrale samhandlingsmotor

- DPS bør få informasjon om hvilke pasienter fra sitt opptaksområde som er innlagt på akutt/sykehusnivå første virkedag etter innleggelse
- Hvert DPS bør ha en sentral fagperson som mottar informasjon og som har fullmakt til å fatte beslutninger om overtakelse av behandlingsansvar
- Overføringsklare pasienter fra sykehusnivå skal som hovedregel overføres til DPS ute opphold, og vise versa, dvs samme eller senest neste virkedag.
- DPS skal stå fritt til å vurdere hvilket behandlingsnivå pasienten skal ha
- DPS må arbeide innen et "utvidet" akuttbegrep med
 - hastetimer ved poliklinikkene hvor legevakt og lignende kan tildele time umiddelbart
 - hvert DPS bør ha ambulante akuttjenester med utvidet åpningstid som dekker kvelder/helger/høytidsdager
- Det er en forutsetning av det finnes robuste DPS'er, både økonomisk og ift spesialistdekning
- Det bør forefinnes en vaktordning for DPS

5 Oppsummering. Sammendrag av arbeidsgruppens rapport

5.1 Prosess og arbeidsform

Helse Sør Øst RHF inviterte alle helseforetak og private sykehus til å oppnevne egne representanter inn i arbeidet, samt brukerrepresentanter og ansattes organisasjoner. Oslo kommune og KS har også vært representert i arbeidsgruppen som til sammen har bestått av 27 medlemmer. Stein Are Agledal har ledet arbeidsgruppen og Anne Aasen har vært sekretær for arbeidet.

Prosjektrapporten ansees som arbeidsgruppens felles dokument og det er søkt å finne løsniner og anbefalinger med størst mulig konsensus. Uenighet framkommer derved som skriftelige dissenser.

Det har vært en utfordring i arbeidet at mandatet har vært omfattende og man har hatt kort tid til rådighet. Det har vært søkt å jobbe bredt i arbeidsgruppen og implementere innspill fra mange områder. Mange deltagere i arbeidsgruppen har underveis og i møter uttrykt frustrasjon over omfanget av arbeidet og tidsperspektivet. Et relativt unisont ønske har vært at man skulle hatt tid til rådighet til en bred involvering i egen organisasjon. Mange av arbeidsgruppens medlemmer mener at sluttdokumentet burde ha vært ute på en bred høring før styrebehandling.

5.2 Kvalitet

Implisitt i vurdering og endring av kapasitet, oppgavefordeling og samhandling ligger et betydelig potensiale for kvalitetsforbedring, og dermed styrket mulighet til å nå de nasjonale kvalitetsmålene som sier:

Tjenestene skal være

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)

- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

5.3 Organisering

Arbeidsgruppen har valgt å tolke organisering som strukturering av tjenestetilbudet i retning som ligger nært de nasjonale føringene, med hovedfokus på:

- ressursfordeling
- struktur – lokalbaserte tjenester
- intern samhandling
- samhandling med førstelinjen

Temaet om organisering av psykisk helsevern for hele eller deler av hovedstadsområdet som et eget foretak (evt for en periode) kan imidlertid være et effektivt virkemiddel for raskere å nå målene. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det gis mulighet for å diskutere dette seinere. I så fall må nødvendig samhandling med de øvrige tjenestene ivaretas slik at brukerne opplever tjenestene samlet som sømløse.

For å yte kvalitativt gode tjenester med helhetlige behandlingsforløp, må psykisk helsevern organiseres på en slik måte at det er *ett* ledelsesmessig grep på hele behandlingsskjeden, som sikrer samhandlingen mellom 1.linjetjensten, DPS, akuttmottak og intermedisær eller sub-akutt behandling. Dette inkluderer alderspsykiatri, psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri.

5.4 Sykehusområder

På bakgrunn av kriteriene, og de framlagte modellene, anbefaler arbeidsgruppen følgende sykehusområder:

1. **Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud** - 460.000 innbyggere
Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til hvorvidt Ringerike sykehus og hele eller deler av Blefjell sykehus skal være del av dette sykehusområdet, da dette ligger utenfor gruppens mandat
2. **Akershus universitetssykehus og Aker universitetssykehus:** – 475.000 innbyggere.
Follo og Romerike, bydel 9 (Bjerke), 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)
3. **Ullevål universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus:** - 425.000 innbyggere
Oslo, unntatt bydel 9 (Bjerke), 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)

I følge arbeidsgruppens analyse vil en annen løsningsmodell innebære betydelige utfordringer for psykisk helsevern med store omstillingskostnader.

Innenfor hvert sykehusområde må det vurderes:

- antall akuttmottak og lokalisering av disse
- om akuttmottak bør samlokaliseres med somatikken
- kapasitet akuttfunksjoner og øvrige sykehusfunksjoner
- DPS struktur som ivaretar befolkningens behov
- DPS- opptaksområder på ca.75- 100.000 innb for å ivareta muligheten for differensiering av behandlingstilbudet og faglig robusthet.

5.5 Lokalbaserte tjenester

DPS ansees som psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon lokalisert så tett opp mot befolkningen som mulig og fortrinnsvis, men ikke nødvendigvis samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner. Et DPS kan i tillegg ytterligere desentralisere sine tjenester med lokalisering av poliklinikker og ambulante tjenester til enda mer desentrale lokasjoner.

DPS skal ivareta befolkningens allmenne behov for tjenester innen psykisk helsevern og skal være bærebjelken i det psykiske helsevernet. Det bør være et etablert prinsipp at DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten, og at DPS som hovedregel skal være spesialisthelsetjenestens sentrale samhandlingsmotor.

Både i tidligere Sør og Øst er det etablert ruspoliklinikker integrert i DPS strukturen og arbeidsgruppen mener denne integreringen er viktig å opprettholde. Videre anbefaler arbeidsgruppen en samorganisering av de to fagfeltene.

Et robust og velfungerende DPS anbefales å ha et opptaksområde på 75.000 – 100.000 innbyggere. Størrelsen på opptaksområdet må sees i sammenheng med geografi og reiseavstander.

DPS skal ha akuttjenester på sitt nivå

Akuttpsykiatriske tjenester er et vidt begrep. Faglige føringer og behandlingsmetodikk gir et viktig utvidet akuttbegrep, der et akuttpsykiatrisk tilbud omfatter både akutt -tilbud i sentralsykehusfunksjon og DPS. Redusert bruk av behandling hjemlet med tvang er en nasjonal føring.

Sentrale elementer ved siden av selve akutteneheten er:

- Kompetente fagpersoner
- Individuell plan
- Tilbakefallsforebygging (Varselsignaler)
- Sammenhengende behandlingsskjede
- Samarbeid 1.-linje/ambulante tjenester
- Hastetimer ved DPS
- Akuttteam
- Krise/avlastningssenger.

Vi har i arbeidet fått innspill fra brukere om at det i hovedstaden er mørketall i forhold til mennesker med til dels alvorlig psykiatrisk problematikk, som sliter med å nå fram til hjelpeapparatet. Dette er et viktig anliggende for de lokalbaserte tjenestene som skal gi trygghet og nærhet til befolkningen.

5.6 Akuttpsykiatriske mottak- psykisk helsevern voksne

Det er ikke tatt stilling til størrelse på opptaksområde for akuttpsykiatriske mottak. Dette er å betrakte som sentralsykehusfunksjon innen psykisk helsevern og det bør tilstrebes å samlokalisere mottakene med sykehus som har en tilfredsstillende vaktberedskap. Arbeidsgruppens vurdering er at en endring i dagens struktur når det gjelder de rene akuttpsykiatriske mottak ikke bør gjøres uten en mer helhetlig vurdering, og at dette ikke må sees løst fra en utvikling av øvrig akuttpsykiatri.

- Ut i fra omfanget av tjenestene, sykdomsbildet og behandlingens karakter innen akutt og sub- akutt sykehusbehandling, anbefaler arbeidsgruppen ikke et felles akuttmottak for hovedstaden.
- Vi mener kvaliteten på behandlingen og god ressursutnyttelse løses bedre med en modell der man baserer seg på ett eller flere akuttmottak innen hvert sykehusområde og / eller helseforetak.
- For å yte kvalitativt gode tjenester med helhetlige behandlingsforløp, trenger man *ett* ledelsesmessig grep på hele behandlingsskjeden, som sikrer samhandlingen mellom 1.linjetjensten, DPS, akuttmottak og intermedisær eller sub akutt behandling. Tilgang til akuttpsykiatriske tjenester til rett tid, er essensielt for alle ledd i tjenesten.
- Det anbefales at hvert sykehusområde og områdesykehuset vurderer hvor hensiktsmessig egen akuttfunksjon er og evt vurderer egne funksjonsfordelinger, som for eksempel rene akuttfunksjoner og subakutte funksjoner

5.7 Regionale funksjoner

Den korte fristen for arbeidet og det omfattende mandatet arbeidsgruppen har hatt, har ført til at tematikken rundt nasjonale og regionale kompetansesenter er behandlet kort. Flere av kompetansesentrene er etablert etter initiativ fra nasjonale myndigheter eller regionalt helseforetak og arbeidsgruppen har ingen grunn til å mene at dette fortsatt ikke skulle være berettiget. Det er enkelte funksjoner av ren klinisk karakter arbeidsgruppen ser som sentrale i forhold til den samlede tjenesten. Regional avdeling for spiseforstyrrelser –RASP, Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri- RSA., er slike eksempler.

Det anbefales at den nye helseregion i fortsettelsen tar en samlet gjennomgang av kompetansesentrene og de regionale og nasjonale funksjonene, gjerne i regi av en egen prosjektgruppe nedsatt av Helse Sør Øst. Et slikt arbeid kan i større grad svare på formuellingene som ligger i vårt mandat på dette området.

Regional sikkerhetsavdeling

Arbeidsgruppens vurdering:

Arbeidsgruppen er kjent med at man nå i 2008 har utfordringer knyttet til for liten pasientflyt og stor pågang på de regionale plasser for sikkerhetspsykiatri. Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri er for hele helseregionen og det er avgjørende for de øvrige deler av sykehustjenesten at pasientflyten er god og at plassene utnyttes optimalt, slik at pasienter raskest mulig kan overføres til et lavere nivå eller vise vers.

Det anbefales derfor at det gjøres en gjennomgang av kapasitet, struktur og finansieringsform for RSA, slik at man sikrer kapasitet i henhold til nasjonale føringer. Det forventes videres at alle helseforetak /sykehus sikrer tilstrekkelig kapasitet i egen virksomhet på sikkerhetspsykiatri nivå 2.

5.8 Avtalespesialister

Det anbefales at det etableres en overordnet strategi for fordeling av avtalehjemler og for å etablere et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å øke tilgjengeligheten av avtalespesialistene i henhold til føringene i Oppdragsdokumentet 2008 for Helse Sør-Øst RHF.

5.9 Omstillingsutfordringer knyttet til resursfordeling

VOP

For å nå målet om en fordeling på 50 % til sykehus og 50 % til DPS, medfører dette et behov for omstilling av ca kr. 309 mill, fra sykehus til DPS. Det må vurderes om denne fordelingsnøkkelen er riktig i forhold til Oslos særegen stilling med storbyproblematikk og økt sykkelighet.

Fordelingen som vises i regnestykket ville kunne medføre en mulig omstilling av personale fra sykehusavdelinger til DPS.

Det er store forskjeller i mellom helseforetakene/sykehusene når det gjelder sengekapasitet på sykehusnivå, og samlet ligger kapasiteten betydelig over resten av regionen når det gjelder senger pr innbygger. Behovsvurdering er komplisert, og må blant annet sees i sammenheng med sykkelighet. Det anbefales derfor at Helse Sør-Øst RHF i fortsettelsen gjør en samlet gjennomgang og vurdering som sikrer at man i større grad når intensjonene i målsettingen om likeverdige tjenester og lik tilgjengelighet.

En omstilling av sykehussenger til poliklinisk og ambulant virksomhet vil ytterligere øke omstillingspotensialet, uten at dette er kvantifisert.

Samlet sett vil omstilling av sykehussenger til poliklinisk og ambulante tjenester, samt omstilling av ressurser fra sykehusnivå til lokalbasebaserte tjenester, gi en ønsket vridningseffekt i forhold til målene i Opptrappingsplanen.

Det presiseres brukerperspektiv og viktigheten i all omstilling at ingen ting må bygges ned før andre tjenester er etablert.

BUP

I forhold til målet om en fordeling 20 % til BUP og 80 % til VOP medfører dette et behov for omstilling av ca kr. 65 mill, fra VOP til BUP. Det må vurderes om denne fordelingsnøkkelen er riktig i forhold til Oslo's særegen stilling med storbyproblematikk og økt sykkelighet.

Tiltaksplanen til Helse Øst sier at dekningsgraden for BUP skal være 5,5% i Oslo, dette bør få konsekvenser for fordelingsnøkkelen.

5.10 Investeringsstrategi

Det bør gjøres en særskilt vurdering av bygningsmassen, fordi deler av dagens bygningsmasse, og manglende tilgang på investeringsmidler, kan sette en stopper for videre utvikling og omstilling.

For å kunne omstille voksenpsykiatrien i hovedstadsområdet i en tidsperiode på 5 – 10 år mener arbeidsgruppen at det må utvikles en egen finansierings- og utbyggingsplan. Denne planen må bl.a. anskueliggjøre følgende:

- Hvilke økonomiske ressurser som må stilles til disposisjon for en nødvendig omstilling og hvordan finansieringen kan løses gjennom nybygg og mulig innleie av lokaler.
- Hvilke muligheter og begrensninger som er knyttet til mulig salg/videreutvikling og avhending av hele eller delere av eiendommene på Lier, Dikemark og Gaustad.
- Hvilket økonomisk potensial som ligger i eiendommene Lier, Dikemark og Gaustad ved et eventuelt videresalg/videreutvikling (foredling) av eiendommene.

For arbeidsgruppen er det viktig å understreke at en omstilling av døgntilbudet til desentrale løsninger og etableringen av nye behandlingstilbud i Oslo, forutsetter at en finansieringsplan foreligger før et slikt omstillingsarbeid starter. I en overgangsperiode kan også slik omstilling foretas ved å flytte ut kapasitet til leide lokaler. Det gjenstår investeringsmidler knyttet til Opptappingsplanen til DPS/BUP utbygging i hovedstadsområdet.

5.11 Samhandling

Samhandling med førstelinjetjenesten

- Samhandling må springe ut i fra et klart og opplevd behov, og ta utgangspunkt i noe konkret
- Samhandlingen må understøtte hovedmålet om å utvikle gode tjenester til befolkningen i opptaksområdet
- Samhandlingen må være tuftet på likeverdighet og tillitt
- Samhandlingen må være tuftet på felles forståelse og kunnskap om hverandre
- Godt samarbeid er tuftet på gjensidig respekt
- Håndtering av uenighet
 - Etablere forståelse for at det er greit å være uenige om de viktige tingene, men ugreit å være uenig om bagateller
 - Uenighet kan håndteres av et rådgivende utvalg eller en oppmannsordning.
 - Det vil uansett være et ledelsesansvar å sørge for å bli enige
- Viktige forutsetninger for at samhandlingen kan lykkes
 - At den er organisert på en forpliktende og fornuftig måte
 - At organiseringen er forutsigbar, men smidig
 - At organiseringen er transparent og kjent av samarbeidspartnerne
 - At organiseringen i størst mulig grad er pasientnær
 - At organiseringen er lite sårbar for turnover blant ansatte
- Det betyr at samhandlingen må
 - Nedfelles i regler og skriftlige avtaler som tydeliggjør ansvarsforhold og som regulerer plikter og rettigheter
 - Forankres i virksomhetenes topp-ledelse
 - Vies oppmerksomhet og utstyres med autoritet i det daglige arbeidet
 - At deltakerne har nødvendige fullmakter til å finne gode løsninger
 - Finne sted i egnede fora som møtes regelmessig

Samhandling internt i kjeden som sikrer gode pasientforløp

- Det bør være et etablert prinsipp at DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten, unntatt der hvor det er åpenbart at det vil føre til unødig forsinkelse, byråkratisering når det foreligger kriterier for at pasienter skal legges rett inn på sykehusnivå, eller skrives ut derfra.
- DPS bør som hovedregel være spesialisthelsetjenestens sentrale samhandlingsmotor

- DPS bør få informasjon om hvilke pasienter fra sitt opptaksområde som er innlagt på akutt/sykehusnivå første virkedag etter innleggelse
- Hvert DPS bør ha en sentral fagperson som mottar informasjon og som har fullmakt til å fatte beslutninger om overtakelse av behandlingsansvar
- Overføringsklare pasienter fra sykehusnivå skal som hovedregel overføres til DPS uten opphold, og vise versa, dvs samme eller senest neste virkedag.
- DPS skal stå fritt til å vurdere hvilket behandlingsnivå pasienten skal ha
- DPS må arbeide innen et "utvidet" akuttbegrep med
 - hastetimer ved poliklinikkene hvor legevakt og lignende kan tildele time umiddelbart
 - hvert DPS bør ha ambulante akuttjenester med utvidet åpningstid som dekker kvelder/helger/høytidsdager
- Det er en forutsetning av det finnes robuste DPS'er, både økonomisk og ift spesialistdekning
- Det bør forefinnes en vaktordning for DPS

6 Litteraturhenvisning

Litteraturliste:

- Nasjonal helseplan
- Opptrappingsplan for psykisk helse (Ot.prp. 63 – 1996-97) samt nasjonale dokument som gir videre føringer for dette arbeidet.
- St. meld. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
- Nasjonal strategi for psykisk helsevern (2006)
- Sosial- og helsedirektoratet: Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, IS-nr: IS-1388, 2006
- Akuttgjennomgangen i regi av SHdir, samt relevante utredninger/dokumenter fra tidligere Sør og Øst, herunder tidligere rapporter om utvikling av tjenestetilbudet i hovedstadsområdet
- Fremskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør- Øst (Sintef 2007)
- Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF og Helse Sør RHF: Nasjonal strategi for psykisk helsevern, 2006
- Helse Øst: Psykiatri, Prosjekt 2003 – Funksjons- og oppgavefordeling
- Helse Øst: Private avtalespesialister – opplegg for felles rapportering til de regionale helseforetakene. Rapport nr. 5-2006
- Helse Øst: Avtalepraksis i Helse Øst. Handlingsplan for organisering og lokalisering 2006 – 2010, 2006
- Helse Øst: Strategisk plan for prioritering, organisering og lokalisering av avtalepraksis. Prosjektrapport, desember 2004
- Helse Sør: Plan for psykisk helsevern, 2004
- SINTEF: Sluttrapport. Fremskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst RHF, somatikk og psykisk helsevern. SINTEF A3249. 2007
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse. PassOpp-rapport Nr 1 - 2006

Mottatte dissenser 14. mars på utsendte versjon av 13.03 (nb sidetall er noe endret i siste versjon 28.03)

Dissens fra Aker universitetssykehus:

*"I anbefalingen er AUS satt sammen med AHUS i et felles sykehusområde med ansvar for Follo, Romerike, Bjerke, Grorud, Stovner og Alna. **Aker US kan ikke gi sin tilslutning til denne anbefalingen fra arbeidsgruppen.** AUS kan imidlertid støtte at AHUS får ansvaret for Follo. Dette ligger i begge de to presenterte alternativene. Men når AHUS får ansvaret for Follo, kan de ressurser som AUS disponeres brukes godt både sammen med AHUS og med Ullevål/Lovisenberg/Diakonhjemmet."*

Side 15, etter andre avsnitt:

Dissens fra Are Saastad/LO Stat:

"Samlokalisering av akuttmottak med somatikk har både fordeler og ulemper. En klar ulempe av å fjerne akuttmottak fra øvrige psykiatriske sykehusfunksjoner er at psykiatrifaglig samarbeid og dynamikk vanskeliggjøres, og at vaktordninger for leger ofte må dubleres. Det er vårt syn at fordelene for pasientene av samlokalisering psykiatri og somatikk overvurderes, og vi kan derfor ikke stille oss bak en generell anbefaling av samlokalisering."

Side 18 - og også på side 35 i oppsummeringen:

Dissens fra Are Saastad/LO Stat:

"LO Stat kan ikke se at arbeidsgruppa har fått seg forelagt et godt nok grunnlag til å kunne vurdere hvorvidt organiseringen i sykehusområder, slik de er beskrevet i dokumenter fra Helse Sør-Øst, betyr en bedret mulighet til å virkeliggjøre de nasjonale faglige og politiske målene for det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet. Vi merker oss at modellen som er valgt i store trekk er hentet fra København, men også at man i København har valgt separate organisasjoner for somatikk, rusbehandling og psykisk helse. Vi synes det er påfallende at dette ikke har vært problematisert. Slik vi ser det er begrepene sykehusområde, områdesykehus og lokalsykehus først og fremst relevante for somatikk, mens de i mindre grad er egnet i psykisk helsevern. I psykisk helsevern er det langt mer relevant å organisere sentrale og lokale sykehusfunksjoner i samme helseforetak, og la sykehusene i ulike HF'er samarbeide som likeverdige partnere. LO Stat kan følgelig heller ikke stille seg bak noen av de foreslåtte sykehusinndelingene."

Side 24, etter 4.1:

Dissens fra Are Saastad/LO Stat som Mental helse tilslutter seg

"Det følger ikke automatisk at en større vekt på samhandling mellom sykehusavdelinger og DPS, og mellom DPS og kommunene, vil føre til et lavere døgnplassbehov. I likhet med påpekninger fra brukerorganisasjonene, tror også vi det finnes store mørketall for ubehandlet psykisk sykdom i hovedstadsområdet. En etterlengtet bedring i samhandlingen mellom nivåene vil kunne bidra til å avdekke slike behov. Det er derfor vesentlig å beholde døgnbehandlingskapasiteten i området inntil videre, og også holde muligheten åpen for å øke døgnkapasiteten ytterligere hvis det avdekkes et reelt behov for dette."

Side 30, etter første avsnitt:

Dissens fra Are Saastad/LO Stat:

"Vi kan ikke se at arbeidsgruppa har tilstrekkelig informasjon til å konkludere med at hoveddelen av Dikearks bygningsmasse er uhensiktsmessig og dårlig tilpasset krav til moderne behandling. Samtidig vet vi at planene for et nybygg for psykiatri på Ullevål er høyst usikre. Det er i en slik situasjon overhengende fare for at avviklingen på Dikemark får skje før et faglig godt nok alternativ er på plass. Vi advarer mot en slik utvikling."

Side 30, etter siste avsnitt:

Dissens fra Are Saastad/LO Stat:

"De fire psykiatriske sykehusene i Oslo-området - Gaustad, Dikemark, Lier og Blakstad - representerer samlet og hver for seg vesentlige deler av norsk psykiatrihistorie. Sykehusene viderefører også, i noe ulike grad, fortsatt det som med et litt belastet uttrykk kan kalles en levende asylkultur, som i dag vel og merke ikke lenger må forveksles med tidligere tiders totale og livsvarige institusjonsopplevelser. Selv om sykehusene har mye påført lidelse å svare for - lidelse det i alt for liten grad er blitt tatt troverdige oppgjør med - så yter de fortsatt også betydelige og sannsynligvis umistelige bidrag i behandlingen av mennesker med alvorlige, langvarige og sammensatte lidelser. Disse bidragene kan ikke ses løsrevet fra sykehusenes lokalisering, organisering, bemanning og kultur - og også sykehusmiljøenes mer avdempete syn på en strengt medinsk-faglig tilnærming som det eneste saliggjørende for pasientenes bedring. Det er vårt syn at disse kvalitetene, i likhet med kvalitetene som ligger i omsorg og bruk av tid i behandlingen, systematisk underslås i gjeldende psykiatriplaner. Vi mener derfor det er et stort behov for en samlet gjennomgang av hvilke fordeler og ulemper som knytter seg til de psykiatriske sykehusene før de eventuelt bygges videre ned, og vi beklager sterkt at dette overhode ikke problematiseres i Helse Sør-Østs planlegging for det framtidige psykiske helsevernet i hovedstadsområdet."

Mvh. Are Saastad

Innspill fra Mental helse vedrørende sykehusområder og kommunegrenser

Mental Helse har heller ikke god nok grunnlag til å mene veldig mye om sykehusområder. Hvis fylkesgrensene krysses (jfr. A-hus og Aker) må kommunene involveres, det må tas hensyn til transport med mer.

(For eksempel må pårørende som er TT-bruker kunne besøke sine slektninger på sykehuset uten å betale full taxipris fra bygrensen!)

Hilsen Helga Skåden

Vedlegg nr 1 Innspill fra Mental Helse og LPP

Hovedstadsprosessen – psykisk helsevern Innspill fra Mental Helse Oslo og LPP

På bakgrunn av møtet med arbeidsgruppen for Hovedstadsprosessen – psykisk helsevern, ønsker LPP og Mental Helse Oslo å komme med et felles innspill til arbeidsgruppen i forhold til momenter vi mener bør ha konsekvenser for den prosessen dere nå er inne i.

Vi vil først kommentere at vi på det første informasjonsmøtet Helse Sør-Øst (HSØ) inviterte til uttrykte ønske om at bruker- og pårørendeorganisasjonene og kommunene skulle være en del av arbeidsgruppen og ikke bare en del av referansegruppen. Dette for å sikre reell påvirkningsmulighet for bruker- og pårørendeorganisasjonene. Vi mener også at mange elementer i denne prosessen er så nært knyttet til forhold i kommunen at det er helt nødvendig at de er med. Når det er sagt er vi likevel glade for møtet med arbeidsgruppen og muligheten til å komme med innspill til denne.

Vi kommer til å konsentrere vårt innspill om tre hovedpunkter, både ut i fra eget ståsted, men også ut i fra prosjektets mandat og ønsker fra arbeidsgruppa. Disse punktene er: desentralisering, tilgjengelighet og samarbeid.

I mandatet heter det: "Gode pasientforløp og oversiktelige tilbud er en målsetning og psykisk helsevern har et utvidet mandat for å ha en gjennomgang av tilbudet i hovedstadsregionen for å sikre et tilstrekkelig desentralisert behandlingstilbud". I Innledningen til mandatet står det: "Oslo-området har en del særegne trekk når det gjelder demografi og sykkelighet som må få konsekvenser for hovedstadsprosessen". Det er rundt dette vi ønsker å konsentrere våre innspill.

Når det gjelder den særegne situasjonen man har i Oslo, så opplever vi som bruker- og pårørendeorganisasjoner at den virkeligheten som beskrives av kommunen og HFene ikke stemmer overens med de erfaringene og tilbakemeldingene vi får. Det er store mørketall i forhold til hvor mange syke som finns og hvor de finns. I tillegg så er det sånn at mange bydeler / kommuner, mener vi, ikke har gjort jobben sin i forhold til å bygge opp nok boliger med gode og differensierte oppfølgingstjenester til en akseptabel pris. Det resulterer i et stort antall mennesker som ikke har et godt botilbud, og i verste fall ikke noe sted å bo i det hele tatt. Dette er forhold som nødvendigvis får konsekvenser for det tilbudet spesialisthelsetjenesten gir. Når det er sånn at mange mennesker ikke har noe sted å bo er det vanskelig å gi behandling på riktig nivå, for ikke å snakke om å gi et godt ambulant tilbud. Det viser seg også å være vanskelig å gi god behandling dersom primærbehov som bolig og økonomi ikke er tatt hånd om på en tilfredsstillende måte. Alt dette er forhold som dere blir nødt til å forholde dere til, selv om det i utgangspunktet ikke er en del av mandatet. Derfor mener vi også at kommunen er så viktig inn i dette samarbeidet. "Gode pasientforløp og oversiktelige tilbud" er veldig vanskelig å få til uten et tett og nært samarbeid med 1. linjetjenesten og pasientens pårørende I denne forbindelse ønsker vi å understreke den kritiske rollen som fastlegen har i en desentralisert behandling. Det er en realitet at oppfølgingen fra DPS ofte ikke er tilstrekkelig, og at den psykiatriske oppfølgingen overlates til fastlegen. Systemer for psykiatriske støtte fra DPSene til fastlegene må styrkes.

Vi er også redd for en utvikling der sengeplasser i psykisk helsevern bygges ned før man har bygget opp et tilsvarende eller bedre tilbud. Vi tror heller ikke det er realistisk at behovet for psykiatriske sykehus vil forsvinne i uoverskuelig fremtid. Vi mener derfor at det bør være et klart fokus på kvalitetsforbedring og tilstrekkelig finansiering av dette behandlingsnivået, parallelt med en oppbygging av gode desentraliserte tilbud.

I forlengelsen av dette er det naturlig å si noe om samarbeid og samhandling. For oss er det viktig at samhandling blir en måte å jobbe på, ikke bare noe man snakker om og har nedskrevet på papirer og i avtaler. Man må **ville** samhandle til beste for pasienten, hvis ikke kommer man aldri i mål. Samhandlingen, og ønske om samhandling, må gå begge veier og man må også samhandle godt internt i HFet. Samarbeid med pasientens nettverk/nærmiljø og pårørende må også inkluderes, de er en vesentlige medspillere i å få til en reell desentralisering av psykisk helsevern og omsorg. I tiltaksplan for pårørende (SH-dir) er det sagt såpass tydelig at det er et mål å legge til rette for pårørendes deltakelse i behandlingen. Holdningsendring og kulturendring blir dermed viktige stikkord. Dette er prosesser som tar tid, men de er like fullt viktig å ha fokus på.

I tillegg så er det sånn i Oslo at man har 15 bydeler som er helt forskjellig organisert. Samtidig er DPSene også veldig forskjellig oppbygd både i forhold til organisering og tilbud. Dette gjør at bildet blir veldig uoversiktlig og fragmentert. Vi ønsker derfor å spille inn at det er nødvendig med en større grad av standardisering av tilbudene og organiseringen av DPSene.

I den forbindelse ønsker vi også å understreke viktigheten av desentraliseringen. Det er viktig at man setter inn ressurser på å jobbe lokalt, nært der folk lever og bor. Med det virkelighetsbilde som vi beskrev tidligere som bakteppe, er det særdeles viktig. Det er ved hjelp av utadrettet og oppsøkende virksomhet man kan nå de menneskene man i dag ikke har kontakt med. For å nå disse aller mest sårbare med mange og sammensatte behov, så er det viktig for å yte god behandling at man ikke i så stor grad måler kvalitet i antall konsultasjoner pr

dag. Dette virker for disse menneskene helt klart mot sin hensikt. Man må ha tid til å oppsøke folk der de er og å bygge relasjoner. Dette vil også bidra til å få ned antall tvangsinnleggelses og akuttinnleggelses med polititransport. (Det vises til LPPs forslag til utredning av en felles ambulansetjeneste for psykiatri og somatikk i Oslo-området)

Det er også sånn i dag at den ambulante virksomheten ved Oslo-sykehusene som etter intensjonen skal ha utvidet åpningstid, i realiteten både er mangelfullt utbygd og ikke har denne utvidete åpningstiden som skal være med på å øke tilgjengeligheten. Dette beklager vi sterkt, og vi håper at det gjennom denne prosessen blir en endring på dette.

Til slutt ønsker vi å si noe om barn og unge. Dette er en utsatt gruppe og Folkehelseinstituttet hevder at dimensjoneringen i hovedstadsområdet må ligge noe over det man regner med er tilstrekkelig i resten av landet. Det er i alle fall vår erfaring at tilbudet i dag ikke er tilstrekkelig. Det er så lange ventetider at mange gir opp å få hjelp før man i det hele tatt har prøvd. I tillegg er det mange sårbare overganger i barne- og ungdomspsykiatrien. Den kanskje mest åpenbare er overgangen mellom barn- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Her svikter systemet i alt for stor grad, og det er det kjempeviktig å gjøre noe med.

Stikkordsmessig kan vi oppsummere som følger:

- Realistisk virkelighetsbeskrivelse, få frem mørketallene. Dette er viktig for dimensjoneringen
- Man må forholde seg til at det ikke finns nok boliger med psykiatrifaglig oppfølging i bydelene / kommunen, med de konsekvensene det får for spesialisthelsetjenesten
- Samhandling og brukervedvirkning som arbeidsmetoder krever holdnings- og kulturendringer
- Større standardisering av organisering og tilbud på DPSene og i bydelene
- Enda mer desentralisering i virksomheten, med kvalitetskrav som gjør det mulig å bruke tid på oppsøkende virksomhet og å bygge relasjoner
- Større tilgjengelighet i den ambulante virksomheten på DPS
- Styrke fastlegenes psykiatrifaglige kompetanse gjennom systematisk og rutinemessig samarbeid med DPSene
- Felles ambulansetjeneste for somatikk og psykiatri for å motvirke tvang og polititransport ved akutte kriser
- Ventetiden for barn og unge er for lang og man har mange fallgruver i forhold til overganger for denne sårbare gruppen. Ventetiden må ned og man må sikre overgangene.

I tillegg ønsker LPP å legg til følgende (her er det ikke enighet mellom LPP og Mental Helse):

Når hovedstadspsykiatrien skal omorganiseres, ville det etter vårt syn vært naturlig å seriøst vurdere en modell med psykisk helse og rus i eget foretak. Vi vet det er gode resultater av en slik modell i Vestfold. Behovet for et styrket samarbeid på tvers av helseforetakene i Oslo-området er påtrengende, og vi vet også at faren for økonomiske lekkasjer til somatikken er stor i felles foretak. Vi beklager derfor at Helse Sør-Øst ser ut til å mene at denne modellen ikke er aktuell. Spesielt fordi øremerking og andre mekanismer for skjerming av psykisk helse vil falle bort eller bli sterkt svekket når Opptrappingsplanen for psykisk helse utløper i 2009.

Og aller sist vil vi i LPP si noe om avhending av eiendom i Helse Sør-Øst. Vi mener salg av verdifulle eiendommer bare må skje dersom det kommer brukerne til gode. I så måte er vi skeptiske til salg av sykehusbygninger før det er etablert fullgode alternativer. Vi kan ikke se at det er tilfelle for den virksomheten som er igjen på Dikemarkområdet, og vi tror også man står i fare for å miste verdifulle døgnbehandlingsmiljøer dersom virksomhet avhendes på Senter for barne- og ungdomspsykiatri. Likeledes er vi skeptiske til om modeller for samorganisering med somatikken i Akershus/Buskerud-området, samt eventuelle salg av sykehusbygninger på Blakstad og Lier, vil være til det beste for brukerne.

Vedlegg nr 2 fra Voksne for Barn

Kommentarer til Hovedstadsprosessen – psykisk helsevern

Voksne for Barn (VfB) er en ideell medlemsorganisasjon som arbeider for at barn og unges interesser synliggjøres og at barn og unges psykiske helse ivaretas på best mulig måte. For å bidra til dette samarbeider vi med - og har tilbud for - barn og unge, foreldre og omsorgspersoner samt alle som arbeider med barn og unge.

Med bakgrunn i vårt mandat og våre målgrupper ønsker vi å komme med et innspill til hovedstadsprosessen for å sikre at barn og unge synliggjøres i denne prosessen. Vi tar utgangspunkt i det som ble presentert på møte med brukerorganisasjonene 25.01.08, og viser til powerpoint-presentasjon fra samme møte: Hovedstadsprosessen, Psykisk helsevern – problemstilling og ambisjon.

Generelt er vi i Voksne for Barn opptatt av at barn og unges perspektiv må løftes fram og bli synligere i planleggingen som pågår. Vi synes dette perspektivet er for lite framtreddende i det som hittil foreligger, og vil uttrykke vår bekymring for at barn og unges stemme vil drukne i den omfattende omstillingsprosessen dette er. Voksne for Barn mener at barn, unge og deres pårørende må omhandles mer eksplisitt på alle nivå.

I tillegg ønsker vi å presisere følgende punkter:

1. Organisering

1.1 Tiltakskjeden

Vi ser at det i prosessen fokuseres på å optimalisere tilbud og ressursbruk ut fra Opptrappingsplanens intensjoner, og at det settes søkelys på blant annet økt tilgjengelighet, akuttfunksjoner, døgnbehandlingstilbud for barn og unge, differensiering av tjenestene i tråd med behov osv. VfB støtter dette som viktige momenter i den videre prosessen.

Tiltakskjeden bør nøye vurderes og planlegges ut fra kartlagt kapasitetsbehov i ulike ledd (akutt, poliklinisk, døgn osv). Samarbeid med kommunene er selvfølgelig en viktig del av dette, med tanke på ansvars- og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene.

Vi synes det i denne sammenhengen er nødvendig å nevne ivaretagelse av – og tilbud for – de barn og unge som har utviklet alvorlige psykiske lidelser og som har omfattende behov for hjelp og oppfølging. Vi er bekymret for at disse barna kan bli skadelidende i mangel på gode og stabile tilbud dersom det ikke fokuseres særlig på denne gruppen.

Disse barna er ofte økonomisk og faglig ressurskrevende, og kanskje særlig utfordrende å samarbeide med kommunene om. Kompetansen i kommunene i forhold til de alvorligste psykiske lidelsene hos barn og unge kan være begrenset, da dette er relativt sjeldne tilstander. Kommunene har ofte ikke et godt apparat for å ta imot barna/ungdommene etter evt innleggelse, særlig dersom de av ulike grunner ikke har mulighet for å bo hjemme hos foreldrene. Det kan også virke som om samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevern blir for tilfeldig i forhold til hvilke oppgaver som tillegges hvilken instans. Diskusjonene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om hva som defineres som "ferdigbehandlet" og hvem som har ansvar for hvilke oppgaver kan oppstå, og i verste fall fjerne fokus fra primæroppgaven som er å ivareta barnet og familien på best mulig måte.

Det er derfor viktig å problematisere hvordan det på best mulig måte kan etableres gode tilbud til denne gruppen av barn og unge i helseforetakene, og også i nært samarbeid med kommunen. Vi tenker her både i akutt fase og i videre behandling og oppfølging.

1.2 Samarbeid med kommune og evt andre instanser

Vi registrerer at samarbeid med kommunene er understreket som viktig, og har noen presiseringer i forhold til dette punktet. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak bør inneholde en tydeliggjøring av ansvar og oppgaver på de ulike nivåene for å sikre en mest mulig sammenhengende tjeneste for barn, unge og deres familier.

I tillegg rutiner i forhold til utskrivning og individuell plan, bør en avtale også omhandle rutiner for oppfølging og samarbeid i ventetiden fra henvisning til tilbud, faglig og økonomisk samarbeid om brukere med særlig omfattende behov for hjelp, samarbeid om planlegging og evaluering av tilbud samt veiledningstjenester. Målet må være best mulig pasientflyt ut fra riktig behandling på riktig nivå og til riktig tidspunkt.

Barn og unge bør omtales eksplisitt i alle samarbeidsavtaler.

1.3 Sikre overgangen fra barn til voksen

VfB anser det som særlig viktig at det legges til rette for et tett samarbeid mellom Psykisk helsevern for barn og unge og Psykisk helsevern for voksne for å sikre gode tjenester og oppfølging også i overgangen fra barn til voksen. Vi forventer at dette er et forhold som vektlegges og synliggjøres.

2. Tilgjengelige tjenester og effektivitet

2.1 Behandlingskapasitet

Vurdering av behandlingskapasitet i alle ledd i tiltakskjeden, må løftes fram som et viktig moment i hovedstadsprosessen. Nasjonale tall, samt lokal og regional kartlegging, bør ligge til grunn for denne vurderingen, slik at kapasitet og ressursbruk i størst mulig grad er tilpasset behovet i regionen.

Voksne for Barn forventer at det i hovedstadsprosessen synliggjøres hvordan Helse Sør Øst vil sikre tilstrekkelig behandlingskapasitet i alle ledd, og hvordan frister for utredning og maksimum ventetid skal overholdes.

Vi understreker igjen viktigheten av å ha avtalefestet samarbeid med kommunene om oppfølging i ventetiden.

Også ved vurdering og tilrettelegging av behandlingskapasitet vil vi framheve ansvarsavklaring i samarbeid med kommunene og særlig ivaretagelse av de dårligst fungerende barna med omfattende hjelpebehov som viktige momenter.

2.2 Effektivitet

Psykisk helsevern har i stor grad vært beskyttet når det gjelder krav til resultat og effektiv ressursbruk. For å være i stand til å gi tilbud til flere barn og unge, og innen foreliggende frister, er det avgjørende at psykisk helsevern for barn og unge organiseres på en måte som muliggjør en effektivisering av tjenestene uten at dette går ut over kvalitet og samarbeid. En viktig del av effektiviseringen bør være planlagt og målrettet virksomhet, god tiltakskjede med rett kapasitet på rett nivå, godt samarbeid med kommunene ved både henvisning og utskriving samt økt grad av implementering av faglige retningslinjer.

Strategi for effektivisering av tjenestene bør tydeliggjøres i omstillingsprosessen.

3. Faglig innhold og kvalitet

3.1 Trygge og virkningsfulle tjenester

Innenfor rammer av effektivitet og ventetidsgarantier er det avgjørende at tjenestene som tilbys på alle nivåer kvalitetssikres og kan karakteriseres som trygge og virkningsfulle. Dette innebærer målrettede tjenester med kvalifisert personell, og gode planer for virksomhet og behandling. Faglige retningslinjer og veiledere må tas i bruk i den daglige virksomheten, og en plan for implementering av slik faglig kunnskap bør foreligge som et krav fra ledelsen.

3.2 Pårørende

Når barn og unge har psykiske vansker og lidelser påvirker dette hele familien i stor grad. De pårørende, både foreldre/foresatte og evt søsken skal ivaretas med tanke på informasjon, brukermedvirkning, tilstedeværelse, samarbeid, støtte, veiledning osv. Pårørendearbeidet er en viktig del av helseforetakets rolle som forebyggende instans. VfB ser viktigheten av å synliggjøre pårørendeperspektivet gjennomgående i prosessen.

Pårørendesenteret, som eies av VfB og LPP, er et regionalt senter med Helse Sør-Øst som nedlagsfelt. Påørendesenteret ønsker å imøtekomme og bistå helseforetak i deres arbeid med pårørende og kan tilby konkrete tiltak som kvalitetssikrer dette arbeidet. Både **Pårørendeguidene** og **Møteplassen** er utviklet for implementering i helseforetak, og kan ivareta helseforetakenes ansvar overfor pårørende innen psykisk helsevern på en god måte.

Pårørendesenteret bistår også helseforetak med utforming og formidling av relevant informasjon til pårørende og helsepersonell – og tilbakefører pårørendes erfaringer til helseforetakene, fagmiljøer og utdanningsinstitusjoner.

Barn og unge er også selv en stor pårørendegruppe som barn av – eller søsken til – pasienter med psykiske lidelser (og selvfølgelig også andre lidelser).

Det er særdeles viktig at Psykisk helsevern for voksne har gode rutiner som sikrer at barn av psykisk syke foreldre fanges opp og blir ivare tatt på en god måte. Slike rutiner må implementeres i organisasjonen som helhet, på alle nivåer.

3.3 Tvangsbruk i psykisk helsevern for barn og unge

Prosjektet "Ut av konflikt", et samarbeid mellom VfB, Ullevål universitetssykehus og Forandringsfabrikken, satte i 2006 fokus på konflikthåndtering, grensesetting og bruk av holding i psykisk helsevern for barn og unge. Gjennom intervjuer av barn og unge kom det tydelig fram hvordan holding oppleves som krenkende og nedverdiggende. Barna gir også forslag til hvordan konflikter kan forebygges og håndteres på en bedre måte.

Dette er viktig kunnskap når psykisk helsevern for barn og unge skal utformes. I et erfaringshefte fra prosjektet presenteres det flere forslag og anbefalinger til hvordan bruken av holding kan reduseres, blant annet i forhold til fysisk tilrettelegging og kompetansehevede tiltak. VfB anbefaler at denne kunnskapen tas i bruk, særlig dersom det nå er mulighet til å vurdere bruk av areal og bygningsmasse.

3.4 Forebyggende innsats overfor spe- og småbarn

VfB ønsker at det i prosessen vil være en bevissthet i forhold til hvordan det Regionale helseforetaket kan og vil ivareta en forebyggende innsats overfor spe- og småbarn, og hvordan det kan samarbeides med kommuner og frivillige organisasjoner om denne oppgaven.

3.5 Lærings- og mestringssentrene

VfB ser på lærings- og mestringssentrene som en viktig brikke i helsefremmende arbeid og for ivaretagelse av informasjonformidling, brukervedvirkning, ivaretagelse av pårørende osv. Vi vil understreke betydningen av at LMS blir brukt bevisst i forhold til å sette fokus på barn og unges psykiske helse generelt, og på barn, unge og familiers rettigheter og individuell plan som verktøy for brukervedvirkning spesielt.

4. Spesielt om brukervedvirkning

Brukermedvirkning er både en rettighet, politisk og ideologisk korrekt og også svært nyttig i planlegging og utforming av tjenester.

Brukermedvirkning bør være et overordnet prinsipp som kommer tilsyne gjennom alle deler av prosess, planlegging og ved implementering og gjennomføring av tjenester.

VfB er opptatt av at reell brukervedvirkning for barn og unge må sikres både på systemnivå og på individnivå. På individnivå kan individuell plan være et godt verktøy for brukervedvirkning dersom den brukes i tråd med intensjonene. På systemnivå er det viktig å ha med representanter for barn og unge når det etableres brukerfora på ulike nivå. VfB har gjennom **ARENA-programmet** etablert et nettverk av talspersoner som blant annet kan representere barn og unge i brukerråd, kontrollkommisjoner for psykisk helsevern for barn og unge, referanse- og ressursgrupper eller i arbeidsgrupper når tjenester for barn og unges psykiske helse skal planlegges og utformes.

VfB anbefaler høringer blant barn og unge, for å få frem deres synspunkter direkte. Dette kan være nyttig for å få bedre "treffsikkerhet" i forbindelse med planlegging av tjenester og tiltak for spesielle grupper.

For å sikre reell brukervedvirkning må personell i hele virksomheten få tilstrekkelig opplæring og kompetanse i forhold til brukervedvirkning, både som rettighet og som metode.

Voksne for Barn ønsker lykke til videre i prosessen, og bistår gjerne dersom det skulle være forhold det ønskes ytterligere drøftinger rundt. Ta også gjerne kontakt med oss vedrørende mer informasjon om Voksne for Barn sine tilbud i forhold til brukervedvirkning for barn og unge (talspersoner eller høringer), pårønderarbeid, barn av psykisk syke foreldre med mer.

Med vennlig hilsen

Randi Talseth
Generalsekretær

Thalita Blanck
Fagkoordinator

Ina B Nergård
Fagkoordinator

Vedlegg nr 3 Innspill vedrørende PAM fra LPP

Forslag om å knytte PAM (Psykiatrisk akuttmottak) opp mot AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral)

Bakgrunnen for dette forslaget, er at jeg over to år som ansatt i psykiatrisk ambulanse (PA) har sett daglig at Psykiatrisk divisjon sitter med dokumentasjon og kunnskap som AMK-Bergen har bruk for. Det andre er å samle all koordinering av prehospitalt arbeid i Helse Bergen; dermed kan pasienter, pårørende og helsepersonell som tar kontakt med Helse Bergen få helsehjelp ved å henvende seg til ett sted.

Lov og forskrift som regulerer forslaget

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 01.04.06.
Aktuelle avsnitt

§ 8. AMK- og LV-sentralene

De regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4. Det gjelder helsepersonell ved AMK-sentraler og LV-sentraler, helsepersonell i vaktberedskap i somatiske og psykiatriske sykehus med akuttfunksjon, og helsepersonell i ekstern vaktberedskap. De skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødetater i et kommunikasjonsnett.

§ 3. Definisjoner

Med akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus menes i denne forskrift medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.

Med akuttmedisin menes kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse.

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Aktuelle avsnitt

§ 3-1. Øyeblikkelig hjelp

Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Arbeidsgiver kan pålegge helsepersonell ansatt i institusjoner nevnt i første og annet ledd, å rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp.

Dagens situasjon for AMK-Bergen og PA slik jeg ser den.

Slik det er i dag, har ikke AMK-Bergen tilgang til de ressursene som skal til for å oppfylle kravene i forhold til psykiatri fullt ut. AMK-Bergen mangler tilgang til journalsystemet til Psykiatrisk divisjon (DIPS) og har ikke anledning til å rekvirere ambulante team som kan rykke ut til pasienter.

Den psykiatriske ressurs AMK-Bergen besitter er PA, operativ på hverdager mellom 0900-2200. Det at AMK-Bergen besitter en psykiatrisk ressurs uten å ha noen hjelpemidler eller spesiell opplæring i psykiatri, medfører ofte at AMK-Bergen bare blir en formidlingssentral for oppdrag. I praksis merker jeg dette med at når PA får et oppdrag, står det ofte bare "psykiatri/psykososialt" og et telefonnummer til innringer på skjermen i bilen. Deretter må jeg ringe PAM og/eller innringer for å søke informasjon. Finnes det informasjon i DIPS om at pasienten er

farlig, må jeg så kontakte AMK-Bergen igjen for at de skal bestille politi til oppdraget. Dette skulle ideelt sett vært løst før PA fikk oppdraget. Det har hendt at politiet har nektet PA å kjøre frem før bevæpnet politi har fått kontroll på pasienten når de har hørt hvem vi er på vei til. Dette må jeg av og til gjøre under stort tidspress under uttrykning. Ved haste- og akutt-turer, er det bare unntaksvis vi rykker ut til pasienter der det ikke er informasjon i DIPS.

Andre eksempler på hva som av og til skjer når AMK-Bergen er satt til å lede psykiatri uten hjelp/vurdering fra PAM:

- Mange PA-turer kunne vært løst på lavere respons, ved hjelp av et ambulant team eller kommunehelsetjenesten.
- Pasienter på tvungen ettervern tar kontakt med AMK-Bergen for å få hjelp når de føler at de blir dårlig, men blir henvist til legevakt/fastlege da AMK-Bergen ikke vet om at pasienten er under behandling. Pasientene tror gjerne de kan ringe 113 da de har vært hentet av PA og kjørt til behandler tidligere.
- PA blir sendt ut på oppdrag for bare å oppdage at det er lite å gjøre så lenge det ikke er fattet vedtak om tvungen legeundersøkelse.
- Pasienter som er i permisjon fra Psykiatrisk divisjon og skader seg eller truer med selvsykning/selvskading/selvskading blir kjørt til legevakt for vurdering for innleggelse i stedet for å bli kjørt rett til sengepost.
- Rømt pasient fra Psykiatrisk klinikk har blitt innlagt somatisk avdeling uten at Psykiatrisk klinikk eller politiet har blitt varslet.

Dagen situasjon for PAM/Psykiatrisk divisjon slik jeg ser den

- PAM mangler helseradio og oppkopling til AMK-Bergen sitt datanett/kommunikasjonsnett.
- Bakvakt har ofte ikke tilgjengelig DIPS når det skal vurderes om pasienten skal legges inn. Dette fører av og til at innlagte pasienter på permisjon blir søkt inn igjen, eller at rømte/savnete psykiatriske pasienter slipper unna når AMK vet hvor de er. AMK kan lese i AMIS at pasienten er savnet fra psykiatrisk divisjon, men bakvakt vet ikke nødvendigvis om det og kan komme til å avgjøre at pasienten kan slippes.
- Opp til innringer å finne ut om han skal kontakte ambulant team, ringe Sandviken for å snakke med bakvakt, ta kontakt med AMK-Bergen for å få hjelp fra PA, eller kontakte politiet.
- Datatilsynet mener at for mange i PAM har utvidet tilgang til DIPS.
- Ingen elektronisk logg på hvem som har tatt kontakt med psykiatrisk divisjon for konsultasjon.
- Vakthavende sykepleier er ikke alltid i umiddelbar nærhet av en PC, der informasjon fra DIPS kan leses, når PA trenger øyeblikkelig hjelp.
- Ambulante team har av og til ledig kapasitet som ikke benyttes.

Forslag om hvordan PAM kan knyttes opp mot AMK-Bergen

Alternativ 1

PAM operatør sitter i AMK-Bergen, der alt utstyr er tilgjengelig. Driftsutgiftene for utstyret belastes AMS. Det vil også styrke det faglige miljøet i PAM og AMK-Bergen ved samlokalisering og kommandolinjene vil fungere mer effektivt ved nødoppringninger. Dette antar jeg er den billigste løsningen for Helse-Bergen.

Alternativ 2

PAM operatør sitter i PAM på Sandviken. Psykiatrisk divisjon investerer i PCér, helseradio, sikre telefonlinjer og utstyr for logging av samtaler. Driftsutgiftene for utstyret belastes Psykiatrisk divisjon. Operatør på PAM vil i liten grad være tilgjengelig for annet arbeid i PAM da kravet er at man skal være umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, og enhetlig kommunikasjonsnett.

Hvilke oppgaver er PAM-operatør i AMK tiltenkt?

- Ta imot alle telefonhenvendelser angående psykiatri (også barn), vurdere og iverksette tiltak. Aktuelle tiltak kan være: fastlege, legevakt, politi, drosje, PA, ambulans, ambulant team konferere om innleggelse med bakvakt eller å gi råd til pasienten direkte.
- Ha kontroll med ledig kapasitet hos ambulante team og ØH-timer på poliklinikk og fordele oppdrag fra AMK til teamene.
- Hjelpe ambulante team med å hente informasjon fra DIPS om de er ute hos en pasient og trenger hjelp.
- Når lege ringer for å legge inn en pasient: være pålogget telefonlinje med bakvakt og hjelpe til med å finne aktuell informasjon i DIPS og somatisk journal. Skal pasienten legges inn: ordne med transport og varsle aktuell avdeling om hvilke pasient som kommer, hva som er aktuelt og beregnet ankomsttid.
- Når en pasient er savnet og PA eller ambulans ikke har funnet pasient på bopel: varsle politiet om at pasienten er savnet.
- Der det er opplysningsplikt: varsle aktuelle offentlige myndigheter ved innleggelse.
- Logge alle henvendelser i DIPS evt. AMIS.

Tilgang til rusdata

Om PAM operatør skal ha lesetilgang til Rusdata kan diskuteres. Jeg antar at det kan finnes en del viktig informasjon der som det kan være hensiktsmessig å ha tilgang til.

Kommandolinjer

AMK-ener (vaktleder) bør ha det øverste ansvaret. Dette på grunn av at somatisk som regel prioriteres før psykiatri i akutsituasjoner.

Finansieringsmodeller (det vanskeligste?)

- PAM får tilført nødvendig antall nye stillinger fra Helse-Bergen i 2007 budsjettet.
- Dele utgiftene likt mellom ambulant akutt eining og PAM da begge skal benytte seg av tjenestene.
- Ta PAM stillingene fra PA og overføre de til AMK-tjeneste og la AMS ta ansvaret for all pasienttransport.
- Trekke tilbake stillingene som ble overført til PAM sengepostene fra mottak

Andre gevinster

- Færre PAM ansatte trenger utvidet tilgang til DIPS da det bare er PAM operatører som nå trenger tilgang.
- Færre møter med eksterne aktører, da PAM/Psykiatrisk divisjon vil være en naturlig deltaker på samarbeidsmøter med andre nødetater, f. eks politi og BLV. Helse-Bergen vil framstå samlet utad.
- PAM/Psykiatrisk divisjon vil lettere få tilgang til somatisk hjelp når de har en operatør sittende i AMK.
- PAM vet til enhver tid hvor en pasient som skal til en somatisk undersøkelse før en eventuell innleggelse i psykiatrisk divisjon er.
- Skal nødsentralene (politi, brann og helse) slås sammen til en enhet en gang i fremtiden, vil psykiatrien være representert.
- Mindre arbeid på bakvakt da operatør tar første vurdering av aktuelle tiltak, varsler avdelingene/forvakt ved eventuell innleggelse og skriver logg på henvendelsene.
- Bakvakt vil kunne få opplest viktige opplysninger fra somatisk journal.
- Enklere å få hjelp av politiet til psykiatriske pasienter, da politiet er pliktig til å bistå annen nødetat.
- Enklere for politiet å få hjelp av psykiatrien når de får ett telefonnummer å forholde seg til.
- Tryggere arbeidsplass for ambulansearbeidere da DIPS kan inneholde informasjon om farlighet.
- PAM-mottak kan planlegge pasientmottaket bedre når de får informasjon om beregnet ankomsttid.
- Somatiske avdelinger kan muligens skrive intokspasienter raskere ut om ambulant team kan hjelpe til med utskrivelsen og oppfølgingen av pasienten. (Jf. Prosjektet akuttmedisinsk behandlingsskjede)

Annet som kanskje kan komme over tid

- Bakvakt Psykiatrisk divisjon kan få PDA (håndholdt datamaskin) og varsles allerede når ambulanse, PA eller ambulant team er hos pasient og skal transportere pasient for framstilling til lege. Bakvakt kan da på forhånd gi beskjed til AMK-operatør om hvilke paragraf pasienten ønskes innlagt på, slik at det går fortere når lege ringer for å melde pasient.
- Ambulante team kan få PDA for å få raskere og sikrere informasjon om pasienten de skal til.
<http://www.locus.no/default.asp?cat=4&id=46>
- Ambulante team kan få helseradio med overfallsalarm.

Aktuelle statlige publikasjoner om akuttpsykiatri og organisering.

[Helsetilsynet](#)
[Veiledningsserie 1-2001 IK-2738](#)
[DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE](#)
[- ORGANISERING OG](#)
[ARBEIDSOMRÅDER](#)

Her står det litt om akuttfunksjoner utenfor psykiatriske sykehusavdelinger.

[Sosial- og helsedirektoratet](#)
[Rapport 03/2006](#)
["DU ER KOMMET TIL RETT STED"](#)
[Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre](#)

Dette er tjenester som AMK kan dra stor nytte av. (Under avsnittet om henvisning er ikke AMK nevnt som mulig rekvisit.)

KoKom sin uttalelse over hvilke plikter kommuner og foretak har i henhold til "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus"
<http://www.kokom.no/kokomsoek/rapportar/100905forskrift%20om.pdf>

Hilsen
Erlend Lilletvedt
Psykiatrisk sykepleier
Mobil 90559769

Vedlegg nr 4: Kommentarer fra Unio og Akademikerne 26.03

Foreløpig kommentarer til sluttrapport Hovedstadsprosessen, Psykisk Helsevern datert 14.03.08 fra Unio og Akademikerne.

Unios og Akademikerne kommentarer tar utgangspunkt i sluttrapport datert 14.03.08. Korte tidsfrister har medført at vi ikke har kommet med innspill under arbeidet. Vi er takknemlig for at det er blitt berammet et avslutningsmøte for å gjennomgå sluttrapporten. Til tross for utsatt tidsfrist for tilbakemelding, har det kun kommet noen få innspill fra de Foretakstillitsvalgte i HFene og det er vanskelig å komme med representative kommentarer. Rapporten er derfor i liten grad forankret blant våre medlemmer.

På vegne av Unio og Akademikerne velger vi likevel å komme med noen generelle kommentarer. Den korte tiden som har vært til rådighet har i stor grad preget arbeidet i gruppen da det har vært korte tidsfrister og liten tid og mulighet til diskusjon og innspill. Tidsperspektivet er forøvrig problematisert og godt beskrevet i selve rapporten. I rapporten står det at den anses som arbeidsgruppens felles dokument og flere steder i teksten skrives det hva som er arbeidsgruppens vurdering og anbefalinger. Slik prosjektarbeidet har vært gjennomført, har arbeidsgruppen mer fungert som en referansegruppe med et mindre arbeidsutvalg. På de tre felles møtedagene har det vært lite tid og mulighet til diskusjon og vurdering i arbeidsgruppen. En annen svakhet med rapporten er at den ikke inneholder konsekvensanalyser av arbeidsgruppens forslag. Det forutsettes at det gis en anbefaling til eier at dette gjøres før man setter noen av forslagene ut i livet.

Generelt vil vi si at det i rapporten er svært mye generelt om bakgrunnsdokumenter, men begrenset om de forskjellige tilbudene innen psykisk helsevern i Hovedstadsområdet. Mange funksjoner er kun nevnt og kort beskrevet, men ikke vurdert slik det antydes i mandatet. Dette gjelder spesielt nasjonale og regionale funksjoner og kompetansesentre. Med unntak av sikkerhetspsykiatri, er sentralsykehusfunksjonene også for lite beskrevet og vurdert. Det dokumenteres store forskjeller i ressurser og kapasitet mellom foretakene uten at det knyttes noen kommentarer til det. Dette burde også vært drøftet nærmere. Når det gjelder størrelse på sykehusområder, antall akuttmottak og DPSer, er også dette bare så vidt berørt i arbeidsgruppens diskusjoner og burde vært drøftet nærmere.

Akademikerne støtter anbefalingen om felles opptaksområde og samorganisering av somatisk og psykisk helsevern. Slik Unio ser det foreligger det ikke sikker kunnskap om samorganisering av somatisk og psykisk helsevern gir bedre tjenester i psykisk helsevern. Unio støtter en organisering som er mest mulig hensiktsmessig i forhold til pasientenes behov for tjenester. En viktig forutsetning er uansett at psykisk helsevern som et prioritert satsningsområde ikke får reduserte ressurser etter at opptrappingsplanen er fullført. Slik Unio og Akademikerne ser det, er det viktig at målene i Opptrappingsplanen blir fulgt også i Hovedstadsområdet, slik at en skal omstille sykehussenger til poliklinikk og ambulante tjenester, samt omstille ressurser fra sykehusnivå til lokalbaserte tjenester. Når det i rapporten skrives at det bør vurderes nærmere i hvor stor grad en slik omstilling skal gjennomføres og om dette er mulig å oppnå, stilles det i realiteten spørsmål ved målene for opptrappingsplanen - noe vi stiller oss undrende til.

Når det gjelder sammensettingen av arbeidsgruppen, er det beklagelig at kommunene kun har vært representert ved Oslo kommune og ikke fra de andre kommunene i Hovedstadsområdet. En viktig forutsetning for god behandling innen spesialisthelsetjenesten er god samhandling med kommunen, særlig når det gjelder pasienter med behov for sammensatte tjenester. Det er også beklagelig at fastleger ikke har vært representert. Fastlegen er en sentral aktør i behandlingsskjeden og ville særlig kunne tilført gruppen viktige synspunkter på samhandling.

Oslo 26.03.08

Irene Kronkvist
KTV Unio, Helse Sør-Øst

Marit Grande
KTV Akademikerne, Helse Sør-Øst