

YTELSESAVTALE

mellom

Helse Sør-Øst RHF

og

Skjelfoss psykiatriske senter

Organisasjonsnr: 953 557 088

for perioden

01.01.2020 - 31.12.2020

Sak nr. 18/0022

Fagområde: Psykisk helsevern

I ovennevnte periode gjelder følgende ramme for Skjelfoss psykiatriske senter

Deltelse	Type behandling	Antall plasser	Volum – Antall dager/døgn/ konsultasjoner	Pris	Totalt
Døgnbehandling - Voksne gruppe 1 (alvorlige psykiske lidelser: psykoser, bipolare lidelser, schizofreniproblematikk og alvorlige personlighetsforstyrrelser)	Antall liggedøgn døgnbehandling	10	3650		
Døgnbehandling - Voksne gruppe 2 (dobbeltdiagnoseproblematikk, samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusavhengighet)	Antall liggedøgn døgnbehandling	16	5840		

Godtgjørelsen beregnes ut fra 100 % dekning (jf. avtalens pkt. 21) og utbetales i 12 like store månedlige rater.

Vedlegg: Beskrivelse av ytelsene

Sted, dato: Hamar, 12/12-2019
for Helse Sør-Øst RHF

signatur *Jan Fritth*

JAN FRITTH

Navn i blokkbokstaver

Sted, dato: Holmedal, 18/12-2019
for Skjelfoss psykiatriske senter

signatur *Jon E. Levning*

JON E. LEVNING

Navn i blokkbokstaver

Vedlegg til ytelsesavtale mellom Skjelfoss psykiatriske senter

og

Helse Sør-Øst RHF

for perioden

01.01.2020 – 31.12.2020

Bemanning: Bemanningen forutsettes å være som i gjeldende tilbud. Bemanningsfaktor for delytelse 1 per 10 pasienter er 15,8 og for delytelse 2 per 10 pasienter er 16,2.

Beskrivelse av behandlingstilbudet

Delytelse 1	<p>Pasientgruppe 1 Pasienter med alvorlige psykiske lidelser: psykoser, bipolare lidelser, schizofreniproblematikk og alvorlige personlighetsforstyrrelser</p>
Kortfattet beskrivelse av ytelsen/tilbudet	<p>Målsetting Pasienten skal oppleve bedring og økt mestring av eget liv. Oppholdet skal bidra til et mindre symptomtrykk og bedre mestring av symptomene, og gi pasienten økt forståelse og kunnskap både om seg selv og lidelsen. Institusjonen skal hjelpe familien slik at den får økt mulighetene til å bidra til pasientens beste. Målsettingen for oppholdet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og det skal legges stor vekt på å gi pasienten avgjørende innflytelse på egen behandlingsprosess.</p> <p>Gi et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud hvor målet er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utskrivning til egen bolig 2. Utskrivning til et lavere omsorgsnivå <p>Institusjonen er godkjent for å kunne ta imot pasienter til tvunget psykisk helsevern.</p> <p>Behandlingstilbud/tiltak All behandling er fundert på kunnskapsbasert praksis i henhold til målgruppens behov. Tilbudet er tilpasset den enkelte pasients behandlingsbehov og består av utredning, diagnostikk og målrettede individuelle behandlingstiltak. Kompetanse i vurdering av suicidalfare og voldsrisiko vurdering er sentralt. Det gis individuell psykoterapi,</p>

gruppeterapi, miljøterapi, sosial ferdighetstrening, medikamentell behandling, psykoedukasjon, fysisk aktivitet, arbeidstrening m.m. Avhengighetsbehandling er inkludert i tilbudet der dette er innenfor pasientens problemområde. Familie- og pårørendearbeid står sentralt med flerfamiliegrupper, botrening i egen bolig, samt ambulant virksomhet i tilknytning til døgnbehandling.

Utredning og diagnostisering

1. GAF på symptomer og funksjon
2. Volds vurdering
3. Suicidalvurdering (Etter nasjonale retningslinjer)
4. SCID 1 og 2
5. PANSS
6. MADRS
7. AUDIT
8. DUDIT

Behandling

1. Medikamentell behandling
2. Individuell samtaleterapi
 - Faste samtaler med psykolog, hyppighet etter behov vurdert ut fra gjeldende faglig tenkning.
 - Faste samtaler med psykiater, etter samme kriterier som nevnt ovenfor.
 - Individuelle støttesamtaler med miljøpersonell.
 - Samtalene skal være målrettet og så langt mulig planlagte, og satt inn i den enkeltes ukeplan.
 - Samarbeid om LAR-behandling ved behov.
3. Miljøterapeutisk behandling
Rettet inn mot følgende felt:
 - Styrking av pasientens egne ressurser
 - Trening i dagliglivet gjøremål. (ADL-trening)
 - Meningsfulle aktiviteter og arbeidstrening
Institusjonen samarbeider med Hobøl Asvo
Arbeidstrening skjer både i Hobøl Asvos lokaler og på Skjelfoss
 - Sosiale støttetiltak både på institusjonen og i samfunnet utenfor.
Tilpasset den enkeltes behov. Tiltakene skjer både individuelt og i grupper
 - Fysisk trening. Dette er et satsningsområde for å nå den yngre pasientgruppen. Institusjonen har et eget aktivitetshus, og reiser til treningscenter i Moss.
 - Fokus på ernæring/kosthold der dette er nødvendig.
4. Psykoedukativt familiearbeid
 - Pasientundervisning regelmessig til alle pasienter etter fast opplegg
 - Oppstart av ny fler- og ènfamiliegruppe.
5. Ambulant oppfølging

	<p>Ambulant behandling/oppfølging av pasienter i en overgangsperiode etter utskrivning. Dette for å trygge og ivareta pasienten, samt forebygge reinnleggelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltagelse i pågående gruppebehandling (flerfamiliegruppe) • Polikliniske samtaler med institusjonens behandlere (psykiatere, psykolog, psykiatriske sykepleiere) • Hjemmebesøk <p>Kjent fagpersonell kan støtte opp under pasienten i en overgangsfasen</p> <p>Institusjonen består av seks enheter med plass til 4-6 pasienter i hver enhet, samt treningsleiligheter. Boenhetene er organisert i 4 team.</p> <p>Mål, behandling og tiltak dokumenteres ved: Dokumentasjon og journalføring iht. spesialisthelsetjenestelovkrav: løpende journal, behandlingsplan, individuell plan, dags-/ miljørapporter, epikrise, evaluering og avslutning av det enkelte behandlingsforløp, evaluering av behandlingsopphold og hvordan dette er vurdert i forhold til definerte kriterier for måloppnåelse.</p>
<p>Varighet. Samarbeidsparter og samhandling</p>	<p>Normal varighet 6 mnd. – 2 år, men vil vurderes ut fra faglige kriterier for hver enkelt pasient. Behovet for spesialisthelsetjenestetilbud vurderes kontinuerlig i tråd med faglig forsvarlighet og kriteriene i helselovgivningen.</p> <p>Godt samarbeid med henvisende instans, spesialisthelsetjenesten for øvrig, pasientens pårørende, primærhelsetjenesten, fastlege og andre tverrfaglige/tverretatlige tjenester i pasientens hjemkommune i alle faser av behandlingen vektlegges. Dette gjelder både arbeidet forut for inntak, under behandlingen og for rutiner og oppfølging i forbindelse med utskrivning, herunder rutiner for arbeid med Individuell plan.</p> <p>Situasjoner og behov som kan oppstå under oppholdet og som kan medføre utskrivning eller overføring til andre tjenesteytere, blir ivare tatt gjennom fastlagte rutiner med beskrivelse av ansvarsoverføringer. Det er planer og prosedyrer for å forebygge brudd i behandlingsforløp, hvordan et ev. brudd håndteres og prosedyrer som sikrer gode og helhetlige pasientforløp.</p> <p>Det samarbeides nært med de bydeler/kommuner som den enkelte pasient tilhører. Det opprettes ansvarsgruppe rundt pasienten for å sikre gode pasientforløp under behandlingen, at utskrivning/tilbakeføring skjer til rett tid og at vedkommende får den oppfølging som er nødvendig.</p> <p>Oppfølging fra institusjonen kan skje i inntil 3 måneder etter utskrivning.</p>
<p>Tilleggs merknader</p>	<p>Institusjonen er godkjent for tvunget psykisk helsevern. De siste årene har over 95 % av innskrivninger vært til tvunget psykisk helsevern. De aller fleste pasientene har en lang sykehistorie bak seg med mange innleggelser i sykehus. Mange har lite familie eller sosialt nettverk rundt seg. Dette krever et fokus på familiearbeid, og det er nødvendig å styrke/utvide det nettverket som er.</p>

Delytelse 2	Pasientgruppe 2
-------------	-----------------

	<p>Pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk, samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusavhengighet</p>
<p>Kortfattet beskrivelse av ytelsen/tilbudet</p>	<p>Målsetting Pasienten skal oppleve bedring og økt mestring av eget liv. Oppholdet skal bidra til et mindre symptomtrykk og bedre mestring av symptomene, og gi pasienten økt forståelse og kunnskap både om seg selv og lidelsen. Institusjonen skal hjelpe familien slik at den får økt mulighetene til å bidra til pasientens beste. Målsettingen for oppholdet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og det skal legges stor vekt på å gi pasienten avgjørende innflytelse på egen behandlingsprosess.</p> <p>Gi et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud hvor målet er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utskrivning til egen bolig 2. Utskrivning til et lavere omsorgsnivå <p>Institusjonen er godkjent for å kunne ta imot pasienter til tvunget psykisk helsevern.</p> <p>Behandlingstilbud/tiltak All behandling er fundert på kunnskapsbasert praksis i henhold til målgruppens behov. Tilbudet er tilpasset den enkelte pasients behandlingsbehov og består av utredning, diagnostikk og målrettede individuelle behandlingstiltak. Kompetanse i vurdering av suicidalfare og voldsrisiko vurdering er sentralt. Det gis individuell psykoterapi, gruppeterapi, miljøterapi, sosial ferdighetstrening, medikamentell behandling, psykoedukasjon, fysisk aktivitet, arbeidstrening m.m. Avhengighetsbehandling er inkludert i tilbudet der dette er innenfor pasientens problemområde. Familie- og pårørendearbeid står sentralt med flerfamiliegrupper, botrening i egen bolig, samt ambulant virksomhet i tilknytning til døgnbehandling.</p> <p>Utredning og diagnostisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • GAF på symptomer og funksjon • Volds vurdering • Suicidalvurdering (Etter nasjonale retningslinjer) • SCID 1 og 2 • PANSS • MADRS • AUDIT • DUDIT <p>Behandling</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Medikamentell behandling 6. Gruppebehandling med fokus rus og avhengighet. Dette deler seg i motivasjons- og behandlingsgruppe. 7. Individuell samtaleterapi <ul style="list-style-type: none"> • Faste samtaler med psykolog, hyppighet etter behov vurdert ut fra gjeldende faglig tenkning. • Faste samtaler med psykiater, etter samme kriterier som nevnt ovenfor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle samtaler med ruskonsulent. • Individuelle støttesamtaler med miljøpersonell. • Samtalene skal være målrettet og så langt mulig planlagte, og satt inn i den enkeltes ukeplan. • Samarbeid om LAR-behandling ved behov. <p>8. Miljøterapeutisk behandling Rettet inn mot følgende felt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrking av pasientens egne ressurser • Trening i dagliglivet gjøremål. (ADL-trening) • Meningsfulle aktiviteter og arbeidstrening Institusjonen samarbeider med Hobøl Asvo Arbeidstrening skjer både i Hobøl Asvos lokaler og på Skjelfoss. • Sosiale støttetiltak både på institusjonen og i samfunnet utenfor. Tilpasset den enkeltes behov. Tiltakene skjer både individuelt og i grupper. • Fysisk trening. Dette er et satsningsområde for å nå den yngre pasientgruppen. Institusjonen har et eget aktivitetshus, men reiser også til treningssenter i Moss. • Fokus på ernæring/kosthold der dette er nødvendig. <p>9. Psykoedukativt familiearbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientundervisning regelmessig til alle pasienter etter fast opplegg • Oppstart av ny fler-/énfamiliegruppe. <p>5. Ambulant oppfølging Ambulant behandling/oppfølging av pasienter i en overgangsperiode etter utskrivning. Dette for å trygge og ivareta pasienten, samt forebygge reinnleggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltagelse i pågående gruppebehandling (flerfamiliegruppe) • Fortsatt deltagelse i gruppe for rusbehandling etter utskrivelse. • Polikliniske samtaler med institusjonens behandlere (psykiatere, psykolog, psykiatriske sykepleiere) • Hjemmebesøk Kjent fagpersonell kan støtte opp under pasienten i en overgangsfase <p>Institusjonen består av seks enheter med plass til 4-6 pasienter i hver enhet, samt treningsleiligheter. Boenhetene er organisert i 4 team.</p> <p>Mål, behandling og tiltak dokumenteres ved: Dokumentasjon og journalføring iht. spesialisthelsetjenestelovkrav: løpende journal, behandlingsplan, individuell plan, dags-/ miljørapporter, epikrise, evaluering og avslutning av det enkelte behandlingsforløp, evaluering av behandlingsopphold og hvordan dette er vurdert i forhold til definerte kriterier for måloppnåelse.</p>
Varighet. Samarbeidsparter og samhandling	Normal varighet 3 md. – 6 år, men vil vurderes ut fra faglige kriterier for hver enkelt pasient. Behovet for spesialisthelsetjenestetilbud vurderes kontinuerlig i tråd med faglig forsvarlighet og kriteriene i helselovgivningen.

	<p>Godt samarbeider med henvisende instans, spesialisthelsetjenesten for øvrig, pasientens pårørende, primærhelsetjenesten, fastlege og andre tverrfaglige/tverretatlige tjenester i pasientens hjemkommune i alle faser av behandlingen vektlegges. Dette gjelder både arbeidet forut for inntak, under behandlingen og for rutiner og oppfølging i forbindelse med utskrivning, herunder rutiner for arbeid med Individuell plan.</p> <p>Situasjoner og behov som kan oppstå under oppholdet og som kan medføre utskrivning eller overføring til andre tjenesteytere, blir ivaretatt gjennom fastlagte rutiner med beskrivelse av ansvarsoverføringer. Det er planer og prosedyrer for å forebygge brudd i behandlingsforløp, hvordan et evt brudd håndteres og prosedyrer som sikrer gode og helhetlige pasientforløp.</p> <p>Det samarbeides nært med de bydeler/kommuner som den enkelte pasient tilhører. Det opprettes ansvarsgruppe rundt pasienten for å sikre gode pasientforløp under behandlingen, at utskrivning/tilbakeføring skjer til rett tid og at vedkommende får den oppfølging som er nødvendig.</p> <p>Oppfølging fra institusjonen kan skje i inntil 3 måneder etter utskrivning.</p>
Tilleggsmerknader	<p>Institusjonen er godkjent for tvunget psykisk helsevern. De siste årene har over 95 % av innskrivninger vært til tvunget psykisk helsevern. De aller fleste pasientene har en lang sykehistorie bak seg med mange innleggelser i sykehus. Mange har lite familie eller sosialt nettverk rundt seg. Dette krever et fokus på familiearbeid, og det er nødvendig å styrke/utvide det nettverket som er.</p>