



Styresak 104-2014

Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken – status og videre utvikling

Saksbehandler:

Trude Grønlund

Saksnr.:

2013/532

Dato:

05.11.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Utredning

Ikke trykt vedlegg:

Bakgrunn

Det vises til styresakene 100/11 *Sammenligning av kostnader og personellbruk ved DPSene og sykehusavdelinger innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord for 2010*, og styresak 65/12 *Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken, sluttrapport*.

Rapporten *Sammenligning av kostnader og personellbruk ved DPSene i Helse Nord (2010)*, presentert i Styresak 100/11, viste at Nordlandssykehusets DPSer hadde et betydelig effektiviseringspotensial både på den polikliniske virksomheten og på kapasitetsutnyttelse og liggetid i døgnheter. Den synliggjorde også at Vesterålen DPS hadde 50 % mer ressurser og døgnkapasitet enn de øvrige DPSene i Helse Nord. Analyser foretaket fikk utført sommeren 2012 av Ernst & Young viste samme resultat. Disse funnene, sammen med oppdrag fra våre eiere gjennom flere år via Oppdragsdokumentet, var bakgrunnen for iverksettelsen av Moderniseringsprosjektet i PHR-klinikken.

Nasjonal Strategigruppe II, hvis anbefalinger ble lagt til grunn for Oppdragsdokumentet fra våre eiere i 2012, 2013 og 2014 gav føringer for de mål som skulle ligge til grunn for prosjektet.

Resultatvurdering

Moderniseringsprosjektet i PHR-klinikken har klart å omstille virksomheten innen psykisk helse og rus i tråd med kravene i Oppdragsdokumentene for de årene prosjektet har eksistert.

DPSene er styrket og de har i dag 50 % av de totale ressurser til voksenpsykiatri, sykehusavdelingene har 50 % av ressursene (voksenpsykiatri), mens barne- og ungdomspsykiatri har 20 % av ressursene. Det er en økning i poliklinisk og ambulant virksomhet og ventetid og fristbrudd er betydelig redusert. Omstillingen har medført at klinikken i dag drives etter mer moderne metoder og med bedre pasientflyt og kvalitet på behandling.

Alle tre DPSer har etablert Ambulante Akutt Team og beredskap for akutte kriser er ivaretatt ved Salten og Vesterålen DPS. I Lofoten er beredskapen ivaretatt av somatiske leger/turnuskandidater i akuttmottaket og indremedisinske leger ved den medisinske avdelingen.

Den betydelige omstillingen har også medført noen utfordringer framover og disse er grundig beskrevet i den vedlagte saksutredningen og i administrerende direktørs vurdering.

Administrerende direktørs vurdering

Psykisk helse- og rusklinikken har vært gjennom en betydelig omstilling de siste 3 år. Denne omstillingen er dels begrunnet i krav fra eiere, lav effektivitet sammenliknet med tilsvarende virksomheter i regionen og dels for høyt ressursbruk. Kravene til omstilling og effektivisering har vært relativt omfattende og utfordrende, men klinikken har på disse tre år klart å omstille driften i tråd med kravene i Oppdragsdokumentet. Klinikken har redusert driften med 75 årsverk og 50 millioner. Administrerende direktør er svært fornøyd med at virksomheten har klart den utfordringen det er å legge om driften til økt poliklinikk, dagbehandling og ambulant virksomhet.

Tilrettelegging for at pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet kan mestre livet sitt der de bor, er god behandling og dette er kjernen i de krav som departementet og Helse Nord RHF har stilt. Det er også svært tilfredsstillende at klinikken har lav ventetid og svært få fristbrudd. Administrerende direktør finner derfor at klinikken gjennom Moderniseringsprosjektet i all hovedsak har fulgt opp styrets vedtaks punkter fra sakene som omhandler prosjektet.

Administrerende direktør er også fornøyd med at antall konsultasjoner pr. behandler pr. dag ved poliklinikkene har økt, selv om dagens aktivitet ikke er like høy som i 2013. Klinikken bes arbeide videre med effektiviseringen, dog ikke slik at krav om høyere aktivitet medfører at en faller tilbake til gammel praksis ved å behandle pasienter uten indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten. Antall henvisninger går ned innen barne- og ungdomspsykiatri og en følger nasjonale prioriteringsveiledere i større grad enn tidligere. Det kan derfor tenkes at en har en korrekt dimensjonering av tjenesten på poliklinikkene pr. i dag. Det anses også nødvendig å ivareta kvalitet, fagutvikling og forskning i tjenestene slik at det vurderes at driftsnivået innen Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er dekkende for behovet.

Administrerende direktør vurderer situasjonen i sykehusavdelingene som anstrengt og finner det sannsynliggjort at en ytterligere nedbygging av disse vil være uforvarselig. Styret bes derfor om å signalisere overfor våre eiere at krav om videre nedbygging vil være svært utfordrende. Både Sikkerhetsenheten og Rus- og Psykiatrienheten har tidvis et så høyt belegg at det er lite rom for øhjelpsinleggelse. Særlig er det betenkelig at en må sende pasienter som er dømt til behandling ut av regionen da dette er svært kostbart. Helse Nord RHF bør vurdere å legge regionfunksjonen innen sikkerhetsbehandling til NLSH og utvide denne slik at en slipper sende nye pasienter, som blir dømt til behandling, til Brøset i Trondheim.

Veien videre er skissert og synliggjør at klinikken ikke anser at de har slutført arbeidet med modernisering og effektivisering. De skisserte tiltak for videreutvikling vurderes å være i tråd med synspunkter vi får fra våre samarbeidsparter i primærhelsetjenesten, som har gitt tydelige signaler på at pasientgruppen med kronisk alvorlig psykisk lidelse, som mistet sitt tilbud på sykehusnivå (tidligere Rehab 4) i 2012, periodevis er for alvorlig syk til at primærhelsetjenesten alene kan gi fullgod oppfølging. Administrerende direktør finner det derfor naturlig å anbefale styret at en søker etablert slik tilbud innen rammen av klinikkens budsjett.

Når det gjelder situasjonen i Vesterålen DPS er det vanskelig å forsvare en slik overkapasitet som er nevnt i saken. Administrerende direktør ønsker derfor å innlede samarbeid med kommunene i Vesterålen med sikte på å finne løsninger som ivaretar både pasienter og personalet på enheten på Straume. Det ambulante teamet på Andenes har som skissert i saksutredningen mer eller mindre oppløst seg selv og administrerende direktør vurderer det derfor som formålstjenlig å be styret fatte beslutning om avvikling av virksomheten i Andøy.

Konklusjon

Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken har gjennom årene 2012-14 gjennomført en betydelig omstilling for å tilpasse virksomheten til sentrale krav og mål for tjenestetilbudet for pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet. Målsettingene i prosjektet er i all hovedsak nådd. En videre utvikling av tjenestetilbudet er fremmet og administrerende direktør fremlegger følgende

Innstilling til vedtak:

1. Styret er fornøyd med resultatene av omstillingsarbeidet i Psykisk helse- og rusklinikken.
2. Styret slutter seg til vurderingene i saken omkring sykehusavdelingene og ber Helse Nord RHF om at det ikke stilles ytterligere krav om nedbygging av døgnkapasiteten ved sentralsykehusinstitusjonen i Nordlandssykehuset. Det anbefales at klinikken søker å løse behovet for de kronisk alvorlig syke pasientene med behov for sykehusinnleggelse innen rammen av dagens virksomhet. Styret er også bekymret for det høye belegget ved Sikkerhetsenheten og ber direktøren, i samarbeid med Helse Nord RHF, finne løsninger for en evt utvidelse av kapasiteten i landsdelen i stedet for å bruke ressurser på gjestepasientkjøp.
3. Styret ber direktøren utrede hvordan en kan gi bedre kvalitet i tilbudet til pasientene i Lofoten både i forhold til beredskap for akutte kriser og i forhold til døgnbehandling.
4. Styret ber direktøren komme tilbake med en utredning av hvordan Vesterålen DPS skal tilpasse seg budsjettramme og kapasitetsutnyttelse av døgntilbudet, i løpet av første halvår 2015.
5. Den ambulante virksomheten på Andenes avvikles fra 01.01.15.

Avstemming:

Vedtak:

UTREDNING

1. Bakgrunn

Det vises til styresakene 100/11, ” Sammenligning av kostnader og personellbruk ved DPSene og sykehusavdelinger innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord for 2010” (Samdatarapporten), og styresak 65/12 ”Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken, sluttrapport”.

Styresak 100/11 konkluderte med at Nordlandssykehusets DPSer hadde et betydelig effektiviseringspotensial på den polikliniske virksomheten, på kapasitetsutnyttelse og liggetid i døgnenheter og at Vesterålen DPS hadde 50 % mer ressurser og døgnkapasitet enn de øvrige DPSene i foretaksgruppen. Analyser foretaket fikk utført sommeren 2012 av Ernst & Young viste samme resultat. Disse funnene sammen med oppdrag fra våre eiere gjennom flere år, via Oppdragsdokumentet, var bakgrunnen for iverksettelsen av Moderniseringsprosjektet.

Parallelt med Samdatarapporten kom også nye nasjonale krav/strategier, fra Nasjonal Strategigruppe II, hvis anbefalinger ble lagt til grunn for Oppdragsdokumentet fra våre eiere i 2012, 2013 og 2014.

Hovedmålene i Oppdragsdokumentene disse årene er:

- Vri virksomheten fra døgn til dag- og poliklinikk
- Etablere beredskap 24/7 for akutte kriser ved alle DPS
- Etablere ambulante akutt team ved alle DPS
- DPSene skal være hovedveien inn og ut av spesialisthelsetjenestens tilbud innen psykisk helsevern og TSB
- Ressursfordelingen mellom sykehusavdelinger og DPS skal være 50/50 % innen utgangen av 2014 og 40/60 % innen 01.01.2016
- Sykehusavdelingene skal spisses og ivareta tilbud til de alvorligst syke med behov for lukkede enheter, og pasienter med behov for kompliserte utrednings og behandlingsbehov.

Moderniseringsprosjektet hadde en bredt sammensatt prosjektgruppe som la fram sine anbefalinger for styret i Nordlandssykehuset i sak 65/12. Styret gjorde slik vedtak:

1. *Styret er svært tilfreds med at prosjektgruppen i sin rapport foreslår konkrete tiltak for resultatoppnåelse i forhold til eiers krav for virksomheten innen psykisk helse- og rusklinikken.*
2. *Ambulante akutteam etableres slik skissert i prosjektgruppens rapport, for å ivareta henvisninger til ø-hjelp og tilby hjemmebehandling, for Salten og Lofoten snarest og for Vesterålen i løpet av 2013.*
3. *Styret ser det som nødvendig og realistisk å øke antall refusjonsgivende konsultasjoner pr terapeut i poliklinikkene til det som er gjennomsnitt på landsbasis innen utgangen av 2013. Det gjøres løpende målinger av aktivitet på antall konsultasjoner pr dag og andel pasientrettet arbeid fra tiltakene er iverksatt. Iverksettelse av dette tiltaket skal gjøres for samtlige poliklinikker i DPSene og BUPA innen 01.03.13. Inntektene fra refusjonsutløsende konsultasjoner forventes øket med 60-70 %.*
4. *Det innføres standardisert oppstart av utredning samt standardiserte behandlingsforløp for de vanligste lidelser med forankring i nasjonale veiledere innen sommeren 2013.*
5. *Økningene i årsverk i DPSene i Salten og Lofoten, hentes fra de spesialiserte sykehusavdelingene og økte inntekter generert av økningen i årsverk behandlerstillinger i de ambulante akutteamene. Endringene i Vesterålen DPS gjennomføres innenfor DPSets eksisterende ressursramme*

6. *I Vesterålen DPS nedsettes det en lokal arbeidsgruppe med mandat å etablere ambulant akutteam, øke andelen spesialister og øke poliklinikkvirksomheten. Endringen skal gjøres innenfor DPSets eksisterende ressursramme og ved reduksjon i antall døgnplasser. Arbeidsgruppen skal ha med representanter fra tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerorganisasjon. Gruppen gis prosessstøtte fra klinikkens ledelse og OU-seksjonen. Forslag til løsning leveres senest 15. mars 2013.*
7. *Styret slutter seg også til de øvrige foreslåtte tiltak for å oppfylle nasjonale og regionale krav til moderne tjenester og ber administrerende direktør sørge for iverksettelse i tråd med prosjektgruppens anbefalinger og den framlagte risikovurdering.*

Årsaken til at man i pkt. 2 i vedtaket ber om forlenget frist for utredning i Vesterålen, var at prosjektgruppen ikke hadde hatt tilstrekkelig deltagelse fra Vesterålen, grunnet skifte i ledelse og sykemeldte fagfolk, til å kunne gi noen anbefalinger om tiltak for VDPS. Det ble derfor nedsatt en egen arbeidsgruppe i januar 2013 som utredet hvordan Moderniseringsprosjektet skulle gjennomføres i Vesterålen.

2. Status for Moderniseringsprosjektet

2.1 Salten og Lofoten DPS

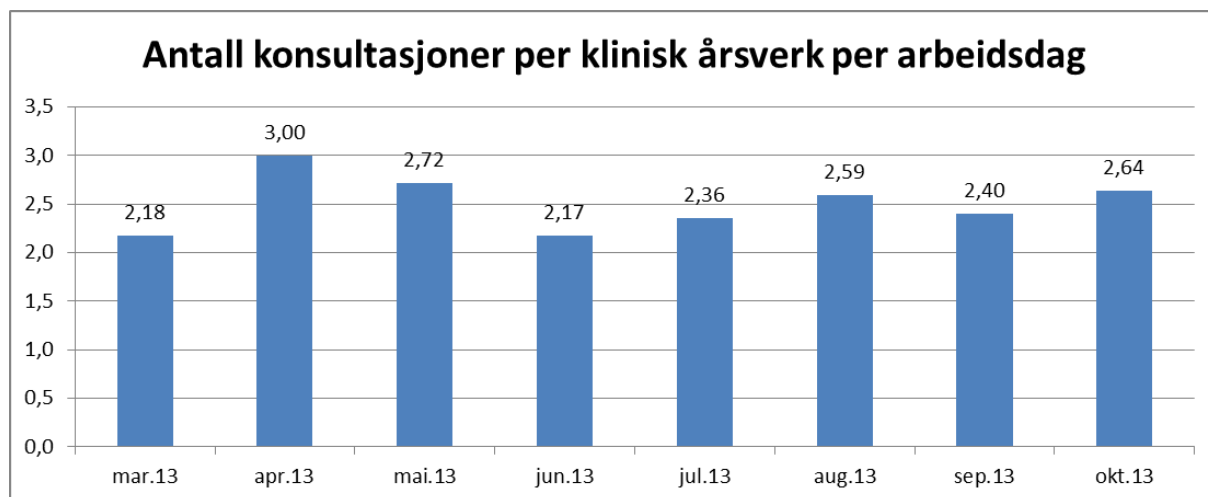
Etablering av Ambulante Akutt Team (heretter AAT) ble gjort i løpet av 2013 ved begge DPS. Teamet i Salten består av 12 stillingshjemler hvorav alle unntatt en psykologspesialisthjemmel er besatt. AAT Salten har åpningstid fra 08.00 til 22.00 og beredskap for akutte henvendelser på natt ivaretas av vaktordningen ved sykehusavdelingene. Det er altså ikke 24/7 beredskap men det var heller ikke målsettingen. Etter at kravet i Oppdragsdokument 2012 om 24/7 beredskap ved AAT kom, har Helsedirektoratet utgitt ny veileder for AAT sommeren 2013, hvor det legges føringer for at helseforetakene kan velge tilpassede løsninger for å ivareta beredskap. Det er ikke ønskelig med beredskap 24/7 for de enkelte team pga det lave volumet på henvendelser utenfor åpningstiden.

I Lofoten består AAT av 8 stillingshjemler, hvor alle unntatt en hjemmel for lege i spesialisering er besatt. Teamet har imidlertid vært for opptatt med å utrede og behandle pasienter innlagt på medisinsk avdeling i Lofoten til at de har kommet i gang med arbeidet etter intensjonene med slike team. Det har vært nødvendig å utrede hvordan teamet kan organisere arbeidet utenfor sengeposten, slik at intensjonene med AAT i forhold til ambulant virksomhet med hjemmebehandling kan oppnås. Målsettingen er at AAT i Lofoten skal ha åpningstid mellom 08.00 og 20.00. Beredskap på kveld/natt må da ivaretas av somatisk lege i vakt eller fra vakthavende lege i Bodø. Henvendelser på natten er svært sjelden i Lofoten.

Både Salten DPS og Lofoten DPS er tilført ressurser for å få teamene på plass i tråd med styrevedtaket. Virksomheten er vridd fra døgn til dag og klinikken har fått ned liggetiden i døgninstitusjonene. Det drives mere ambulant virksomhet. AAT Salten har økt aktiviteten fra 2013 til 2014 med 151 %. Den kanskje viktigste endringen ved DPSene er at de nå driver spesialisthelsetjeneste og mindre ”primærhelsetjeneste”. Det vil si at man har sikret bedre kvalitet på behandlingen og at behandlingen er i tråd med nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere.

Det er kjørt en effektiviseringsprosess ved poliklinikkene ved alle DPSene ved hjelp av E&Y, og det er etablert bedre arbeidsflyt og økt aktivitet på de fleste behandlere. Når det gjelder vedtak om økt antall konsultasjoner pr. behandler pr. dag er situasjonen slik at vi nådde målet om antall konsultasjoner på minimum landsgjennomsnittet (1,7 konsultasjoner) innen sommeren 2013. Vi har gjennomført målinger ved poliklinikkene i Salten og BUP Ytre Salten og for disse var målet om tre konsultasjoner pr. dag pr. behandler nådd i april 2013. Utover høsten 2013 er imidlertid aktiviteten gått noe ned.

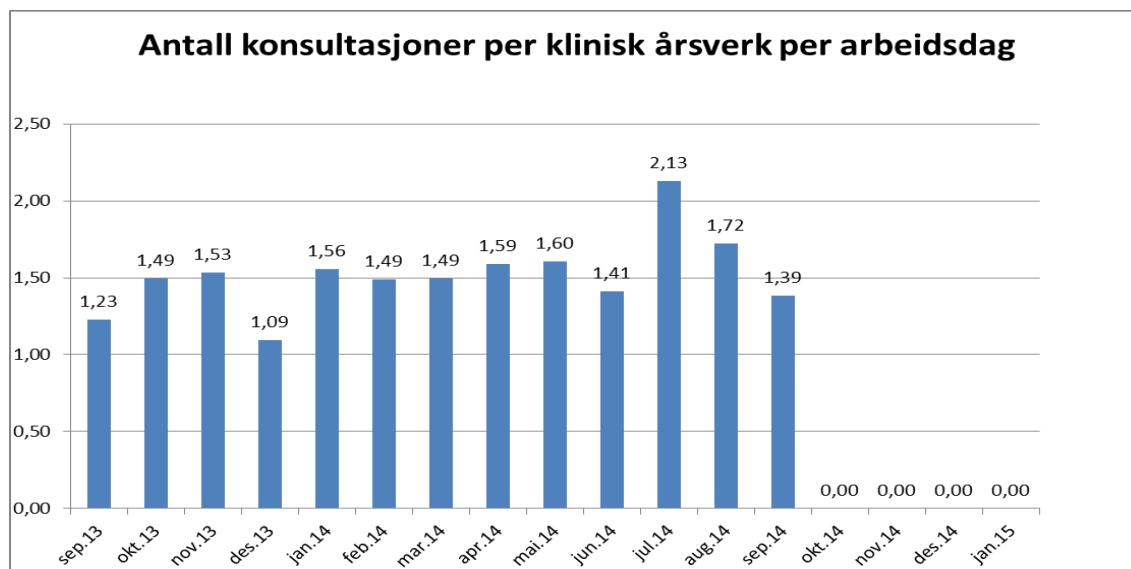
Tabell: Polikliniske konsultasjoner pr. behandler. pr. dag Salten DPS



Målingene er foretatt av Ernst & Young, slik at de er sammenliknbare med analysene fra sommeren 2012. Data for 2014 viser en nedgang i poliklinisk aktivitet i forhold til 2013, men aktiviteten er fortsatt over aktiviteten i 2012 for Salten DPS. Årsaken til at aktiviteten går ned er en reell nedgang i antall henvisninger, og at det er antall refusjonsberettigede konsultasjoner og ikke totalt antall konsultasjoner som måles. Når det er færre behandlere på arbeid i poliklinikken, faller mere av undervisning, veiledning, feriefravær etc på de som er igjen, og tiden til refusjonsberettigede konsultasjoner blir mindre. Det har sannsynligvis også vært medvirkende at det har vært turnover i personalgruppen/behandlerstaben.

For VOP i Lofoten er effektiviseringsarbeidet kommet i gang noe senere pga stort sykefravær i behandlerstaben høsten 2013. Lofoten VOP startet sitt prosjekt vinteren 2014 og har hatt følgende aktivitetsutvikling:

Tabell: Snittet av antall konsultasjoner per kliniske årsverk per arbeidsdag for VOP Lofoten DPS i perioden sept.13 til og med sept.14:



Rapport fra Ernst & Young, okt.14.

Tilgjengelige kliniske arbeidsdager = Antall tilgjengelige arbeidsdager – helligdager – langtidsfravær – Feriedager
I tillegg er det tatt hensyn til klinisk stillingsandel (f.eks. LiS 75 %)

Standardiserte behandlingsforløp er etablert for de vanligste tilstander og det er en bedre utnyttelse av kompetanse og ressurser i pasientforløpet. Dette har medført at en har avsluttet flere pasientforløp enn en har startet og ventetiden har derfor gått ned.

Målsettingen om 60-70 % økte inntekter er ikke nådd. Dette skyldes både at aktiviteten har gått ned i 2014, og at dette inntektskravet var basert på manglende kjennskap til inntektssystemet og inntektsberegninger for psykisk helse og TSB. Det er svært komplisert å beregne inntekter innen PHR. Prinsipielt er det et spørsmål om det skal budsjetteres etter godkjente behandlerstillinger eller på hvor mange som faktisk er i arbeid. Med andre ord; skal det tas høyde for sykefravær? Videre er det vanskelig å budsjettere en gjennomsnittstakst da takstene varierer fra kr 41 på telefontakst til kr 408,- for gruppebehandling i voksenpsykiatrien. For BUP er det variasjon fra kr 62 (telefonkonsultasjon) til kr 1 106 på en førstegangskonsultasjon. Dreining til gruppebehandling vil også medføre færre konsultasjoner. Egenbetalingsprosenten varierer også sterkt fra ca 40 % til over 90 % mellom de ulike enhetene. Prinsipielt skal alle pasienter betale egenandel, men noen team har vanskeligere for å innkreve denne egenandelen (team som gir tilbud til rusavhengige og pasienter i akutte kriser).

Det ble i tillegg gjort feil anslag på beregnede årsverk som inngikk i den polikliniske aktiviteten. Det var i styresak 65/12 lagt til grunn et antall stillingshjemler som lå betydelig over det antall hjemler som faktisk var besatt med personell, og en la til grunn totalt antall konsultasjoner, inklusive de ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner. Det legges heller ikke skjul på at plantallene har vært rapportert vel optimistisk fra avdelingene.

Målsettingen om å øke andelen spesialister i klinikken er heller ikke realisert. Vi jobber kontinuerlig med dette, men sliter med å rekruttere overleger. Årsakene er bla for få spesialister på landsbasis og at foretaket ikke er konkurransedyktige på lønn. Dette er det alvorligste hinder for å få opp aktiviteten og inntjeningen ved poliklinikkene og de ambulante teamene. Klinikken har imidlertid rekruttert svært bra med leger i spesialisering, så det er en bedring i sikte.

2.2 Ressursfordeling DPS og sykehusavdelingene

Nedbygging av sykehusavdelingene er realisert og klinikken har nådd målet om 50/50- deling av ressursforbruket mellom sykehusnivået og DPS-nivået. Dette er oppnådd gjennom at en har lagt ned tre døgnenheter innen voksenpsykiatri og en døgnenhet innen Barne- og ungdomspsykiatri, i Bodø (sykehusnivået). DPSene er styrket med hensyn til antall årsverk og kliniken har kommet et stykke på vei med å sikre at hovedveien inn og ut skal være via DPSene. Det er utarbeidet nye henvisningsrutiner og en har hatt dialog med primærhelsetjenesten for å informere om ny praksis i forhold til henvisninger. Det er imidlertid vanskelig å snu en innarbeidet praksis både hos fastleger og ansatte i sykehusavdelingene, noe som medfører at det dessverre brukes langt mer tid enn vi trodde for å få på plass de nye rutinene. Arbeidet er også forsinket pga manglende spesialistdekning både ved DPSene og sykehusavdelingene, noe som gjør at spesielt DPSene i distriktet har begrenset kompetanse på alvorlige og kompliserte tilstander. Det vanskeliggjør arbeidet med å få primærhelsetjenesten til å benytte DPSene som hovedveien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, og det medfører dermed en del unødvendige innleggelse. Det er også en utfordring av det er mange ferdigbehandlede pasienter i akuttenehetene og på de øvrige sykehusavdelingene fordi kommunene ikke er i stand til å ta i mot pasientene.

2.3 Vri fra døgn til dag- og poliklinikk og ambulant virksomhet

Klinikken har oppnådd å vri aktiviteten fra døgnbehandling til dag- og poliklinisk behandling. Totalt er det tatt ned 29 senger i sykehusavdelingene i Bodø og 8 senger i barne- og ungdomspsykiatrien ved nedlegging av "Langtidsenhet for ungdom" som ble nedlagt sommeren

2012. Dette resulterte i opprettelsen av ambulant team for ungdom som har en betydelig ambulant og poliklinisk virksomhet.

2.3.1 Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

Styret gjorde følgende vedtak i styresak 18/12 den 27. mars 2012 "Langtidsenhet for ungdom:

"Enheten er en døgnenhet med 8 døgnplasser som tilbyr et behandlingstilbud til ungdom med inntil 10 måneders varighet. Nedleggelse av enheten vil frigjøre ressurser for etablering av nytt ambulant behandlingstilbud. En slik endring i tilbudet gjør at vi vil kunne nå langt flere pasienter enn de som har vært innlagt ved langtidsenheten, og det forventes at tiltaket vil redusere presset mot poliklinikken. Kapasiteten ved akutenheten og korttidsenheten opprettholdes, slik at døgnbehandling fremdeles tilbys i tilstrekkelig omfang. De for tiden inneliggende pasienter vil være planmessig utskrevet ved nedleggelse av enheten og nytt inntak til høsten er ikke planlagt. Det arbeides for tiden med planlegging av etablering av nye ambulante team, men dette arbeidet er naturlig nok ikke ferdig ennå men forventes realisert i 2013."

Ambulant enhet gir tilbud i alle Salten-kommunene. Alder på pasientene er fra 6 til 18 år. Blant de yngste er det mest vanlig med ulike atferdsdiagnoser, gjerne i kombinasjon med utviklingsforstyrrelser og/eller hyperkinetiske forstyrrelse. Angst og depresjon er mer fremtredende for de litt eldre barna og ungdommer. I flere saker er angst og depresjon følgetilstander av andre alvorlige somatiske og psykiatriske lidelser. Psykoselidelser og barneautisme blir ivaretatt av andre spesialiserte enheter i klinikken.

Ambulant enhet arbeider med saker som er sammensatte og komplekse, hvor behandling fra poliklinikk ikke vurderes å være tilstrekkelig for den aktuelle pasient. Det kan være at alvorlighetsgraden i forhold til de psykiske vanskene er stor, eller det kan være ytre faktorer som påvirker i så stor grad at behandling innenfor ordinær polikliniske rammer ikke er nok. Ambulant enhet tilbyr da en mer intensiv behandling hvor det arbeides med systemfaktorer som påvirker pasientens sykdom/plager og funksjonstap.

Skolene i de ulike kommunene har store utfordringer i forhold til pasientgruppene som er i BUPA. Ambulant enhet samarbeider i mange saker med skolene, for å tilrettelegge slik at pasientgruppen skal få et best mulig tilbud. Hos mange pasienter er det også utfordringer i forhold til foresattes omsorgsoppgaver. Omsorgsoppgavene er så krevende at vanlig foreldrekompetanse ikke er tilstrekkelig. Ambulant enhet tilbyr da foreldreveiledning for at de skal kunne mestre foreldreoppgavene bedre og således kunne bidra i behandlingen av pasientens psykiske helse.

Tidligere fikk pasientene ofte lange forløp og risikerte å ikke få tilpasset helsehjelp, fordi poliklinisk behandling ikke strakk til samtidig som de ikke var tilstrekkelig syk til å bli innlagt. Ambulant enhet bistår nå med koordinering i disse sakene. Det samarbeides tett med lokalt hjelpeapparat og det legges til rette for at flest mulig av oppgavene skal kunne løses lokalt. Ambulant enhet bidrar og medvirker til at oppgavefordelingen mellom de ulike hjelpetjenestene blir tydeliggjort.

Det er rimelig å anta at de intensive forløp fra Ambulant enhet, i stor grad erstatter tidligere tilbud ved døgnenhet. Dette er i tråd med tanken om lavest mulig inngripen i barn og unges liv og motvirker faren for institusjonalisering.

Ambulant enhet startet opp med pasient nr. 125 i løpet av oktober måned 2014, og har dermed bidratt til en betraktelig økning i kapasitet for de pasientene som trenger mer enn et poliklinisk forløp. Enheten kommer til å fortsette med å øke sin aktivitet.

I mai 2012 fikk BUPA implementert DIPS, etter å ha brukt BUP-data siden 80-tallet. Dette var en stor omstilling for alle i organisasjonen, men det gav også noen muligheter. Samtidig med overgang til DIPS ble det innført EPJ i BUPA. Ikke lenge etter kom E&Y inn og bisto BUP-Ytre Salten med undersøkelser, analyser og implementeringen av forbedret arbeidsflyt og ulike tiltak for økt aktivitet. Poliklinikkene har derfor gjennomført en betydelig effektivisering som resulterte i at BUP Salten var oppe i gjennomsnittlig 2,7 konsultasjoner pr. behandler pr. dag. i 2013. I 2014 har det imidlertid vært en nedgang i antall henvisninger, parallelt med at flere er avvist på bakgrunn av at det ikke har vært indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten. Antall konsultasjoner pr. behandler pr. dag har dermed gått ned til gjennomsnittlig 1,5 i BUPene, samtidig som ventetid og fristbrudd har gått betydelig ned. Dette skyldes dels at det har vært tatt unna et etterslep, dels at det nå er større trygghet i den nye arbeidsflyten, og at behandlerne oftere kan være to i konsultasjonene. Ventetiden er nå rundt 50 dager for pasienter med rett til prioritert helsehjelp. Det handlingsrommet som nå er skapt vil bli brukt til å forbedre kvalitet i utredning, diagnostikk og behandling. Det er også ønskelig å styrke fagutvikling og forskning i virksomheten, noe som også ligger inne i våre oppdrag og overordnede føringer.

Tiltak og erfaringer fra forbedringsarbeidet i BUP-YS er delt og tatt i bruk i de andre poliklinikkene. Medarbeidere og ledere har i de to siste årene gjort store anstrengelser for å skaffe god kontroll over driftssituasjonen slik at pasientrettigheter overholdes.

2.3.2 Sykehusavdelingene i voksenpsykiatri

To allmennpsykiatriske enheter ved sykehuset er lagt ned, den ene sommeren 2012 og den andre ("traumeenheten") fra 01.05.14. Personalet er delvis flyttet til ledige stillinger ved andre avdelinger og delvis til DPSene. Det er også ca 10-15 personer som "går på topp", det vil si at de er tilbudt vikariater eller å jobbe i en enhet på toppen av den stillingsrammen enheten har. Behandlingspersonalet fra traume-enheten er overflyttet Salten DPS, hvor de jobber både på poliklinikken og ved døgnenhetene. Omstillingen i klinikken er i sin helhet gjennomført uten oppsigelser. Kompetansen ved Salten DPS på traumelidelser er økt i tråd med NLSH- og RHF-styrets vedtak. Salten DPS skal ta i mot pasienter med kompliserte traumelidelser fra NLSHs opptaksområde samt Helgeland ved behov.

Sommeren 2012 ble også en rehabiliteringsenhet for kronisk syke pasienter med alvorlige sinnslidelser (schizofreni, psykosesykdommer) lagt ned. Denne pasientgruppen har vi hatt store utfordringer med å ivareta på DPS-nivå pga mangelfull spesialistdekning og fordi dette er pasienter som trenger mer enn det DPSene vanligvis kan tilby. Primærhelsetjenesten hevder også at denne gruppen blir for dårlig ivaretatt i spesialisthelsetjenesten. Klinikken erkjenner at vi har en utfordring ved at sykehusavdelingene ikke lenger har et døgntilbud for denne gruppen, utover den behandling som kan gis ved akutenhetene. Det er derfor søkt å finne løsninger for å etablere et tilbud for disse pasientene innenfor rammen av de ressursene vi har. Løsningen vil beskrives under punktet om videre utvikling innenfor klinikken lenger bak i saksutredningen.

Omstillingen så langt har medført behov for å omorganisere de gjenstående enhetene på sykehusnivå. Klinikken har, som ledd i moderniseringen, fra 01.10.14 opprettet en Spesialpsykiatrisk avdeling (SPA), som har ansvar for all elektiv behandling av alvorlige og komplekse psykiske lidelser. Spesialpsykiatrisk avdeling består av Sikkerhetsenheten, Enhet for dobbeltdiagnoser psykiatri og ruslidelser (ROP), Enhet for unge nysyke med psykoselidelse (ENP), Psykiatrisk Innsatsteam, Alderspsykiatrisk seksjon og Regionalt senter for voksne med spiseforstyrrelser.

Akuttavdelingen består fra 01.10.14 av Akuttenhet Nord, Akuttenhet Sør og Akuttenhet Salten. Avdelingen har ansvar for alle akutte innleggelser på sykehusnivå for pasienter fra Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområder. Akuttavdelingen bestod fram til 01.10.14 også av Alderspsykiatrisk seksjon.

Akuttavdelingen har totalt 32 senger. Planen var at sengetallet skulle kunne reduseres på sikt når de Ambulante Akutt teamene ved DPSene hadde kommet i gang og fungerte godt som portvakter. Mangel på spesialister og vansker med å etablere beredskap ut over ordinær arbeidstid for de ambulante akutt teamene fører imidlertid til at de ikke fungerer helt etter intensjonen ennå.

Akuttavdelingen har hatt like stort belegg som tidligere år og på tross av at ressurser er tatt fra klinikken og overført andre HF for oppbygging av AAT og egne døgnplasser, kan vi ikke se noen nedgang i liggedøgn for f.eks Helgelandspasienter på Akuttenhet Sør. Det vil derfor være uforsvarlig å legge ned plasser ved Akuttavdelingen pr. i dag.

2.4 Vesterålen DPS

Som tidligere nevnt i saken ble Moderniseringsprosjektet i Vesterålen DPS forsinket grunnet manglende deltagelse i hovedprosjektet. Styret behandlet sak om Vesterålen DPS i møte 20.03.13, styresak 22/2013 og gjorde slikt vedtak:

1. *Ambulant akutteam etableres ved Vesterålen DPS slik skissert i den lokale gruppens rapport av flertallet, for å ivareta alle henvisninger av pasienter med behov for akutt hjelp i Vesterålen, så snart som mulig og senest innen utløpet av 2013.*
2. *Endringene i Vesterålen DPS gjennomføres innenfor DPSets eksisterende ressursramme slik arbeidsgruppens flertallsforslag skisserer*
3. *Styret slutter seg også til de øvrige foreslåtte tiltak for å oppfylle nasjonale og regionale krav til moderne tjenester og ber administrerende direktør sørge for iverksettelse i tråd med arbeidsgruppens anbefalinger og den framlagte risikovurdering.*

Vesterålen DPS hadde sammenliknet med øvrige DPS i regionen relativt dobbelt så mye ressurser som Salten og Lofoten DPS og tre ganger så stor døgnkapasitet, samtidig som kapasitetsutnyttelsen var svært lav. Arbeidsgruppens anbefalinger gikk derfor ut på å omgjøre virksomheten på Andenes til et ambulant team og å omgjøre døgnheten i Straume til en femdøgnsenhet med 4 senger mot tidligere 7døgnsenhet med 7 senger. Dette for å ta ned overkapasitet på døgnbehandling samt å frigjøre ressurser (penger og fagfolk) til etablering av flere spesialiststillinger og det ambulante akutt teamet. Voksenpsykiatrisk poliklinikk skulle "halveres" for å frigi ressurser til AAT. Problemet med sistnevnte viste seg å være at VOP kun hadde 50 % av stillingene på bemanningsplanen besatt. Det har derfor vært utfordrende å etablere AAT med det antall årsverk som var anbefalt. Det er imidlertid etablert et AAT i Vesterålen, foreløpig med åpningstid fra 08.00 til 15.30. Vi har ikke klart å rekruttere legespesialist til dette teamet.

Parallelt med nye krav i Oppdragsdokumentene har det i 2010, av helsetilsynet, vært gjennomført nasjonalt tilsyn ved DPSene, hvor Vesterålen ble besøkt. Tilsynet var avgrenset til behandling av voksne med psykiske lidelser ved avdeling VOP og døgnheten på Stokmarknes. Tilsynet undersøkte følgende områder i behandlingsforløpet:

- Vurdering og prioritering av nye pasienter
- Utredning
- Behandling og oppfølging

Tilsynet konkludert slik: Virksomheten har ikke etablert et tilfredsstillende system som kvalitetssikrer utredning, behandling og dokumentasjon i pasientbehandlingen. Virksomheten har et forbedringspotensial når det gjelder behandling av enkelte henvisninger. Konklusjonen var basert på følgende funn:

Gjennom intervju, journal- og dokumentgjennomgang fremkommer det at:

- Det er mangelfull struktur på journalene og vanskelig å følge behandlingsforløpet
- Det er ikke etablert et system som sikrer at det føres fortløpende journal
- Det foreligger ikke systematisk innkomstnotat ved behandlingsstart
- Det er mangelfullt dokumentert i journalene hvilke vurderinger som gjøres og hvilke konklusjoner som trekkes på bakgrunn av iverksatt kartlegging
- I journalene kan noen ganger være vanskelig å gjenfinne beslutningsgrunnlaget/kartlegging av pasientens symptomer som har ført frem til diagnosen
- Mangelfull ruskartlegging
- Mangelfulle selvmordsrisikovurderinger
- Det brukes lite standardisert diagnostiske tester (SCID, MINI, PANSS)
- Mål og plan for behandlingen (behandlingsplan) mangler ved VOP og døgnavdelingen
- Individuell plan brukes i liten grad. Det er ikke dokumentert i journalen at pasientene ev ikke ønsker individuell plan
- Det er ikke etablert rutiner eller praksis som sikrer at epikriser skrives innen forsvarlig tid
- Indikasjon for bruk av døgnbehandling er ikke definert
- Mangelfull oversikt over ventetid, fristbrudd, antall henvisninger, avslag
- Mye av de tilsendte retningslinjer, rutiner og aktivitetsdata har uklar status i virksomheten
- Det er manglende kjennskap til en del sentrale bestemmelser i helselovgivningen
- Det gis ikke alltid tilbakemelding til henvisende instans og pasient om rettighetsstatus og frist for behandling etter vurderingssamtaler. Pasienter som ble innkalt til vurderingssamtale fikk ofte ikke noe rettighetsstatus, og dermed ingen frist.

Dette er alvorlige utfordringer i forhold til forsvarlig drift. Det har dermed vært behov for å jobbe mye med å bedre kvalitet og pasientsikkerhet og sikre dokumentasjon av utredning og behandling. Det var også mye som tilsa at mange pasienter ikke hadde indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er jobbet svært godt med å få på plass prosedyrer for henvisninger, inntak og prioritering i tråd med nasjonale retningslinjer og Prioriteringsforskriften. Det er også gjennomført internrevisjoner knyttet til praktisering av lov om tvunget psykisk helsevern, og disse har avdekket flere avvik. Det arbeides nå for å lukke disse gjennom utarbeidelse av nye avdelingsovergrepene rutiner. Det er også arbeidet mye med gjennomgang av ventelister, journalføring etter forskriften og epikriseskriving. Kvaliteten på behandlingen er betydelig bedret og inntak gjøres i dag etter indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten, basert på Prioriteringsforskrift og nasjonale prioriteringsveiledere.

Vi har nå fått på plass det samme verktøyet for oppfølging av driftsdata ved VOP poliklinikken i Vesterålen som vi tidligere har satt opp i Salten og Lofoten. Rapportene per september viser en bra utvikling for Vesterålen VOP, med et gjennomsnitt på 2,5 konsultasjoner per klinisk årsverk per arbeidsdag.

Døgnkapasiteten er fortsatt for høy i forhold til behovet. Det er i dag 70 % kapasitets-utnyttelse ved allmennpsykiatrisk døgnenhet på Stokmarknes og det er siste år gjennomsnittlig kun 1 pasient ved enheten på Straume. Dette synliggjør at behovet for døgnplasser i Vesterålen er lavere enn vi antok

i vår prosjektrapport. Dette er hovedgrunnen til at vi må omstille døgnkapasiteten ytterligere. VDPS har for tiden et tilpasningsproblem på budsjettet og vi mangler spesialister til å opprettholde et så desentralisert tilbud som vi har i Vesterålen.

Det ambulante teamet som ble etablert på Andenes ved avvikling av de fire døgnplassene der har i all hovedsak avviklet seg selv. 4 av 6 ansatte i teamet har sluttet/skal slutte og en er langtidssykemeldt. Dette medfører at det ikke kan drives forsvarlig behandling med utgangspunkt i dette teamet.

Vesterålen DPS har pr. i dag ingen fast ansatte legespesialister og kun to fast ansatte psykologspesialister. For at ikke ventetid og fristbrudd på poliklinikk og døgnenhet skal øke betydelig må ressursene samles ved virksomheten på Stokmarknes. Det foreslås derfor å avvikle det ambulante teamet.

Nordlandssykehuset gjennomførte 28.oktober 2014 et dialogmøte med sentrale tillitsvalgte og vernetjenesten. På dette møtet var utfordringen i Vesterålen DPS meldt opp som sak, og ble grundig redegjort for.

3. Videreutvikling av tjenestetilbudet i klinikken

Psykisk helse- og rusklinikken har gjennom 2012-14 vært gjennom en betydelig omstilling for å tilpasse virksomheten til sentrale krav og mål for spesialisthelsetjenesten for pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet. Mange av kravene er oppfylt og effektiviteten er bedret innen rammen av budsjettet for de ulike år. Klinikken har i tillegg opparbeidet et relativt stort årlig mindreforbruk fordi vi sårt trenger å rekruttere flere spesialister og det er derfor arbeidet hardt for å skape handlingsrom for slike tilsetninger dersom det lar seg gjøre å få tak i disse. Så langt har vi ikke nådd målet om flere spesialister, men vi har rekruttert mange leger i spesialisering (LIS), flere enn noensinne før, og det lover godt for framtiden. Fire nye overleger ble ansatt i 2014 ved at egne LIS fikk sin spesialistgodkjenning og i 2015 forventes 2-3 til å fullføre spesialiseringen.

Klinikken har også fått på plass en bedre organisatorisk struktur gjennom å samle elektiv og akutt virksomhet hver for seg på sykehusavdelingene. Ventetid og fristbrudd har hatt en betydelig reduksjon i forhold til utgangspunktet i 2012.

Når det gjelder døgnkapasiteten er den redusert på sykehusnivå, slik våre eiere har pålagt oss gjennom krav i Oppdragsdokumentene, og vi har oppnådd en 50/50 % fordeling av ressurser mellom sykehusavdelinger og DPS. Utviklingen kan imidlertid ikke fortsette mot en ytterligere reduksjon av døgnkapasiteten i disse avdelingene.

Sikkerhetsenheten i klinikken har 15 plasser og det er pr. i dag 16 pasienter der. Stadig flere dømmes til behandling og i tillegg er også kapasitet ved sikkerhetsposten på UNN sprengt. Pasienter som er dømt til behandling som ikke får plass hos oss eller UNN blir i dag sendt til Brøset i Trondheim, som har regionfunksjon for Midt- og Nord-Norge. Helse Nord bruker ca. 4-5 millioner i året på kjøp av plasser ved sikkerhetsposter andre steder. Nordlandssykehuset har mulighet til å utvide virksomheten dersom vi kan få etablert en regionfunksjon innen sikkerhet. Det er et gjennomsnittlig belegg på over 90 % på Sikkerhetsenheten, noe som er altfor høyt. Det er også over 90 % belegg på enhet for dobbeltdiagnoser Rus og Psykiatri (ROP).

Ved siden av disse to døgnenhetene har klinikken en Enhet for unge nysyke med psykoselidelser (ENP). Denne enheten tar imot ungdom i alderen 16-30. Her har liggetid og beleggsprosent gått betydelig ned siste halvår. Det er derfor nedsatt en faglig arbeidsgruppe som har utredet hvorvidt vi kan justere målgruppen for enheten, slik at klinikken innenfor rammen av dagens budsjett kan

etablere et døgntilbud for gruppen kronisk alvorlig sinnslidende. Dette er den gruppen som tidligere hadde et rehabiliteringstilbud på døgnenheten som ble nedlagt sommeren 2012.

Arbeidsgruppen har anbefalt at vi etablerer 6 døgnplasser, øremerket pasienter med behov for behandling på sykehusnivå, men som trenger noe lengre behandlingstid enn en akuttenehet kan gi. Direktøren har bedt om at det nedsettes en arbeidsgruppe av ansatte, tillitsvalgt- og vernetjenesten samt en brukerrepresentant for detaljutredning av et slikt tiltak.

Iverksettelse av slik utvidelse av ENP vil utgjøre et kvalitativt mye bedre tilbud til en gruppe pasienter som i dag er mangelfullt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

Det jobbes også med en videre utvikling av klinikkmodellen for å styrke gjennomgående faglig ledelse ved at BUP Lofoten overføres Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). Endringen er utredet i samarbeid med ansatte i BUP Lofoten, BUPA, tillitsvalgte og verneombud. Saken blir behandlet i drøftingsmøte med tillitsvalgte og AMU 12.- 13.november og det foreslås iverksettelse fra nyttår.

Den nye Spesialpsykiatrisk avdeling (SPA) har, som før nevnt, samlet all elektiv virksomhet på sykehusnivå innen sitt ansvarsområde. Ny veileder om eldre med psykisk lidelse fra Helsedirektoratet kom sommeren 2013. Alderspsykiatriske utredninger og behandling foregår i svært liten grad i DPSene og det foregår nesten ikke polikliniske behandlinger av pasientgruppen.

SPA har fått i oppdrag å utrede hvordan alderspsykiatrisk seksjon kan omstille virksomheten til økt veiledning og utadrettet virksomhet, for å styrke kompetansen ved DPSene og legge til rette for økt ambulerings- og poliklinisk virksomhet. Det forventes fra Helsedirektoratet at det skal vris fra døgn til dag, poliklinikk og ambulerings- og poliklinisk virksomhet også for å gi et mer differensiert tjenestetilbud til de eldre. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal levere sin innstilling i saken innen jul.

Aktivitetseenheten ligger i dag organisert under klinikkledelsen. Denne enheten leverer tjenester til pasienter som er innlagt ved både Akuttavdelingen og ved de elektive enhetene i SPA. Aktivitetene for pasientene blir naturlig nok mest brukt av de som er innlagt over lengre tid og det ønskes derfor at denne enheten legges under avdelingsledelsen i SPA.

Det samme gjelder for Kompetansesenter for Arbeid og Psykisk helse, som er etablert i NLSH og som foretaket har søkt om å godkjenne som Nasjonal kompetansetjeneste. Kompetansesenteret er utgått fra SPA, og vil ha sin faglige forankring i pasientgruppen i SPA, selv om selvsagt andre enheter og DPSene vil nyte godt av senterets tjenester.

Når det gjelder våre tre DPSer er de svært ulike både i forhold til tjenestetilbud, størrelse og utfordringer. Lofoten DPS har klart å rekruttere tilstrekkelig med fagfolk, og selv om DPSet har hatt høyt sykefravær har de likevel en betydelig bedre spesialistandel enn Vesterålen. Lofoten DPS har imidlertid ikke døgnenhet og heller ikke noen form for beredskap etter kl. 15.30. Modellen med bruk av senger i en indremedisinsk sengepost må sies å være utgått på dato når stadig mer kompliserte behandlingsforløp skal ivaretas ved DPSene.

Vesterålen DPS mangler spesialister, men de har en god døgnkapasitet og beredskap for akutte kriser 24/7 gjennom at legene (for tiden innleid fra firma) går hjemmenvakt på ettermiddag, kveld og natt. De to DPSene er svært sårbare på hvert sitt vis og klinikkledelsen har derfor bedt avdelingslederne på alle tre DPS om å igangsette et utredningsarbeid for å vurdere en evt framtidig organisering i et større og mer robust DPS, alternativt hvilke samarbeidsformer som kan styrke utviklingen av DPSene i distriktet. Dette arbeidet er ikke startet, men det er lagt en tempoplan for arbeidet med sikte på at gruppen skal avgi rapport/innstilling innen utgangen av mai 2015.

Avslutningsvis kan det nevnes at det også jobbes for å samle den medisinske/psykiatriske kontortjenesten under en faglig ledelse. Dette for å sikre lik kvalitet og praksis i registrering,

journalføring og rapportering innen klinikken. Arbeidet er imidlertid ikke slutført grunnet svikt i noen formelle prosesskrav. Det legges opp til en snarlig løsning for å få samlet den psykiatriske kontortjenesten i en avdeling og håpet er at dette kan iverksettes innen utgangen av januar 2015.

4. Administrerende direktørs vurdering

Psykisk helse- og rusklinikken har vært gjennom en betydelig omstilling de siste 3 år. Denne omstillingen er dels begrunnet i krav fra eiere, lav effektivitet sammenliknet med øvrige tilsvarende virksomheter i regionen og dels for høyt ressursbruk. Kravene til omstilling og effektivisering har vært relativt tøffe for klinikken, men klinikken har på disse tre årene klart å omstille driften i tråd med kravene i Oppdragsdokumentet. Det er tatt bort 75 årsverk og 50 millioner. Administrerende direktør er svært fornøyd med at virksomheten har klart den utfordringen det er å legge om driften til økt poliklinikk, dagbehandling- og ambulant virksomhet. Tilrettelegging for at pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet kan mestre livet i sine lokalmiljø er god pasientbehandling, noe som er kjernen i de krav som Helsedepartementet og Helse Nord RHF har stilt. Det er også svært tilfredsstillende at klinikken har lav ventetid og svært få fristbrudd. Administrerende direktør finner derfor at klinikken gjennom Moderniseringsprosjektet i all hovedsak har oppfylgt styrets vedtaks punkter fra sakene som omhandler prosjektet.

Veien videre er skissert og synliggjør at klinikken ikke har slutført arbeidet med modernisering og effektivisering. De skisserte tiltak for videreutvikling vurderes å være i tråd med synspunkter vi får fra våre samarbeidspartner i primærhelsetjenesten. Kommunene har gitt tydelige signaler på at pasientgruppen med kronisk alvorlig sinnssykdom, som mistet sitt tilbud på sykehusnivå (tidligere Rehab 4) i 2012, periodevis er for syk til at primærhelsetjenesten alene kan ha ansvaret for oppfølgingen. Administrerende direktør finner det derfor naturlig å anbefale styret at en søker etablert slik tilbud innen rammen av klinikkens budsjett.

Administrerende direktør er også fornøyd med at antall konsultasjoner pr. behandler pr. dag ved poliklinikkene har økt, selv om dagens aktivitet ikke er like høy som i 2013. Klinikken bes arbeide videre med effektiviseringen, dog ikke slik at krav om høyere aktivitet medfører at en faller tilbake til gammel praksis ved å behandle pasienter uten indikasjon for behandling i spesialisthelsetjenesten. Siden henvisningene går ned og en følger nasjonale prioriteringsveiledere kan det tenkes at en har en korrekt dimensjonering av tjenesten på poliklinikkene. Det anses også nødvendig å ivareta kvalitet, fagutvikling og forskning i tjenestene.

Administrerende direktør vurderer situasjonen i sykehusavdelingene som anstrengt og finner det sannsynliggjort at en ytterligere nedbygging av disse vil være uforsvarlig. Styret bes derfor signalisere overfor våre eiere at krav om videre nedbygging vil være svært utfordrende. Situasjonen både på Sikkerhetsenheten og Rus- og Psykiatrienheten har tidvis et så høyt belegg at det er lite rom for nye akutte innleggelser. Særlig er det betenkelig at en må sende pasienter som er dømt til behandling ut av regionen da dette er svært kostbart.

Helse Nord RHF bør vurdere å legge regionfunksjonen innen sikkerhetsbehandling til NLSH og utvide denne slik at en slipper å sende nye pasienter som blir dømt til behandling, til Brøset i Trondheim.

Når det gjelder situasjonen i Vesterålen DPS er det vanskelig å forsvare en slik overkapasitet som er nevnt i saken. Administrerende direktør ønsker derfor å innlede samarbeid med kommunene i Vesterålen med sikte på å finne løsninger som ivaretar både pasienter og personalet på enheten på Straume. Det ambulante teamet på Andenes har som skissert i saksutredningen mer eller mindre oppløst seg selv og administrerende direktør vurderer det derfor som formålstjenlig å be styret fatte beslutning om avvikling av virksomheten i Andenes fra årsskiftet.

5. Konklusjon og oppsummering

Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken har gjennom årene 2012, 2013 og 2014 gjennomført en betydelig omstilling for å tilpasse virksomheten til sentrale krav og mål for tjenestetilbudet for pasienter med psykisk sykdom og rusavhengighet. Klinikken har oppfylt de fleste av kravene og bedret effektiviteten innen rammen av budsjettet for de ulike år. Klinikken har fått en bedre organisatorisk struktur gjennom å samle elektiv og akutt virksomhet i hver sine avdelinger på sykehusnivå. Poliklinikkene har stort sett nådd krav om konsultasjonsfrekvens på nivå med gjennomsnittet på landsbasis og ventetid og fristbrudd er betydelig redusert i forhold til utgangspunktet i 2012.

Døgnkapasiteten er redusert på sykehusnivå, slik våre eiere har pålagt oss gjennom krav i Oppdragsdokumentene, og vi har oppnådd en 50/50 % fordeling av ressurser mellom sykehusavdelinger og DPS. Utviklingen kan imidlertid ikke fortsette mot en ytterligere reduksjon av døgnkapasiteten i disse avdelingene. Det anbefales i saken å utvide tjenestetilbudet innen rammen av Enhet for unge nysyke for å legge til rette for at kronisk alvorlig syke over 30 år også kan ha et døgntilbud. Det er uttrykt bekymring for det høye belegget på sykehusavdelingene i særdeleshet ved Sikkerhetsenheten.

Alle tre DPSer har etablert Ambulante Akutt Team og beredskap for akutte kriser er ivaretatt ved Salten og Vesterålen DPS. I Lofoten er beredskapen ivaretatt av somatiske leger/turnuskandidater i akuttmottaket og indremedisinske leger ved den medisinske avdelingen. Denne løsningen anses ikke optimal og klinikken må vurdere andre framtidige løsninger ved behov for døgninnleggelse for pasienter fra Lofoten.