



Sak:	Høring – ny klinisk struktur Psykisk helse og rus klinikken
Fra klinikk:	Avdeling Sør
Til:	Fag- og kvalitetssenteret
Saksbehandler:	
Elements nr.	

## Innspill fra Avdeling Sør

Avdeling Sør leverer en uttalelse fra alle seksjonene i avdelingen, inkludert vedlegg fra noen enheter. Opplevelsen er at det har vært et stort og godt engasjement ved alle seksjonene.

Som avdelingsledelse ønsker vi å trekke frem noen punkter som går igjen i tilbakemeldingene:

- Døgneheter er viktig for rekruttering og stabilisering av spesialister ved seksjonene.
- I avdelingen er det en meget god dekning på høyskolegruppen med et høyt faglig nivå. Spesialistdekning på psykolog siden er god, men vi strever med overleger, særlig ved en seksjon.
- Avdeling sør opplever at det har utviklet seg ulike kulturer i avd. sør og opp mot Tromsø miljøet med tanke på pasientflyten mellom sengeposter og kommuner.
- Det er vanskelig å se at praksisen med høyt forbruk av tjenester i Tromsø endres gjennom et styrket tilbud om døgnbehandling. Tromsø har FACT-team, ACT-team og AAT uten at det kan virke som at det har hatt stor innflytelse på innleggelser på akuttpost. Hva har klinikken gjort av tiltak for å redusere døgnoppholdet for pasienter i Tromsø?
- Slik forslaget foreligger er det en stor skjevfordeling i opptaksområder for de ulike SPHRe, som gir et skjevt tilbud til pasientene.
- Opptaksområdet til avdeling Nord og avdeling Sør er omtrent av samme størrelse. Sør er større, likevel vil størsteparten av sengeplassene være tilknyttet nord.
- Pasientgruppen vår er lite mobil, og ønsker innleggelse lokalt. Slik forslaget foreligger anses det som svært sannsynlig at pasientene må bli meget dårlig før en innleggelse, som da vil bli på tvang.
- Pasienten innlagt ved våre døgn enheter har tilsvarende diagnoser som pasienter innlagt ved akuttposter og døgn enheter i Tromsø. Vi kan ikke håndtere tvang, men vil likevel påpeke at vi forholder oss til alvorlig syke pasienter.
- Døgn enheter vil ofte være en mellomstasjon etter innleggelse på akuttposter, før de skal videre ut til kommunene. Ved å redusere antall døgnplasser i avd. sør vil det gi opptakskommune utfordring i håndtering av pasientene.
- Etablering av FACT ved alle SPHR kan også være positivt med tanke på å ta ned behovet for tvangsinnleggelser. FACT samarbeider tett med alle enhetene på

senteret, også døgnenheten. Nærhet til døgn er viktig for god pasientbehandling og danner grunnlag for god samhandling rundt pasientene. Å ha lett tilgang til innleggelse ved en lokal døgnenhet vil kunne ta ned behovet for eventuelle tvangsinnleggelser.

- Ved reduksjon av plasser vil transport kostnader bli betydelig, og det å sikre en omsorgsfull rapport vil kunne være utfordrende for pasienter innlagt «akutt» (ca 80% av innleggelsene til våre døgn enheter er «akutt»)
- De største utfordringene knyttet til rekruttering/stabilisering og økonomi ligger i Tromsø. Da tenker vi det også vil være hensiktsmessig å gjennomføre tiltak som på sikt bidrar til løsning av disse utfordringene der. Ved å bygge ned den desentrale delen av PHRK på en slik måte det her er foreslått, vil kunne øke presset på behandlingsmiljøet i Tromsø.

**Det er en krevende prosess klinikken står overfor, og vi burde kanskje tatt innover oss at vi i stedet for å omorganisere først burde sett på hvilke effektiviseringsmuligheter vi har i klinikken.**

**Vedlegg fra seksjonene:**

## **SØR TROMS**

Sak:	Høringssvar framtidig klinisk struktur PHRK
Fra klinikk:	Psykisk helse- og rusklinikken
Til:	Avdelingsledelsen avd. Sør
Saksbehandler:	Seksjonsledelsen Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms
Elements nr.	

## **Høringssvar til framtidig klinisk struktur psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge fra Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør Troms**

Lederteam ved SPHR-ST har i høringsarbeidet lagt vekt på å sikre involvering fra ansatte i alle deler av virksomheten. Det har vært oppfordret at hver enkelt ansatt kan komme med innspill de ønsker tatt med i høringssvaret. Seksjonsledelsen har jobbet frem sine svar som ligger som grunnlag for følgende dokument som sammenfatter seksjonens syn på forslag til ny klinisk struktur. Innspill fra ambulant akutteam og poliklinikkens rusteam ligger som selvstendige dokument under seksjonsledelsens innspill.

Utkast til høringsutspill framtidig klinisk struktur for psykisk helse og rusklinikken frist 29.10.23

- 1. Hovedretningen om styrking av sykehusfunksjoner i Tromsø for å kunne gi et bedre tilbud til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene, gjennom omdisponering av ressurser knyttet til desentral døgnavirksomhet.*

Forslag om styrking av sykehusfunksjon i Tromsø vurderes som et faglig godt tiltak for ivaretagelse av de mest alvorlig psykisk syke. Dette forutsetter at postene blir brukt i forhold til forespeilede prioriteringer. Vi ser med bekymring på hvordan UNN skal rekruttere kvalifisert helsepersonell til disse to nye avdelinger gitt eksisterende rekrutteringsutfordringer i UNN.

Det er tematisert i høringsutkastet at det vektlegges fokus på etablering av samhandling mellom somatikk og psykiatri. I Harstad har dette vært jobbet med siden etableringen av senter for psykisk helse i 2000. Det er i dag utviklet et nært og godt samarbeid mellom somatikk og psykiatri som er svært viktig både for pasienter og samarbeidspartnere. At psykiatrisk døgnavirksomhet er samlokalisert med somatisk sykehus er av stor viktighet for pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestetilbudet som klinikken er opptatt av.

Det anbefales at prioritering av de mest alvorlig psykisk syke pasientene skal foregå nærmest mulig pasienten sitt bosted og støtteapparat/ kommunale tilbud.

Hvordan kan det forsvares å legge ned døgnavirksomheten med denne argumentasjonen?

- 2. Hovedretningen om styrking av poliklinisk og ambulant virksomhet innenfor både psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (fra døgnavirksomhet til dag), gjennom omdisponering av ressurser fra desentral døgnavirksomhet*

Hvordan tenker klinikken at de skal rekruttere spesialister til «økende ambulante tjenester» når det ikke har lyktes inntil nå å få besatt spesialister hverken på vop, døgnavirksomhet eller i FACT-team?

Det vil bli betydelig større belastning på Ambulant akutteam, ved eventuelt nedleggelse av døgnavirksomhet i Sør-Troms. Det blir hardere prioritering rundt hvilke pasienter som skal prioriteres til døgnavirksomhet, mere organisering i forhold til transport, større belastning ved oppfølging av pasienter som er i behov av døgnavirksomhet, men som ikke får det pga. plassmangel.

Vi ser at det kan bli utfordrende at pasienter med behov for døgnavirksomhet primært er planlagt å ivaretas gjennom poliklinisk og ambulante behandlingstilbud.

- 3. Forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnavirksomhet til regionalt konsultasjonsteam.*

Forslaget om nedleggelse av medikamentfritt behandlingstilbud støttes, da dette er et ressurskrevende tilbud til en forholdsvis liten pasientgruppe.

- 4. Forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*

I Sør-Troms ble etablert FACT-team nedlagt i 2022. Dette ble avvirket fordi man ikke klarte å rekruttere/stabilisere spesialistkompetansen. Vi kan ikke se at betingelsene er annerledes nå og mulig i mindre grad ved en eventuell nedleggelse av Døgnetenheten.

*5. Andre måter å utforme framtidig klinisk struktur på i lys av de utfordringene klinikken står overfor (med manglende kapasitet ved sykehusfunksjoner, mangel på personell, økende ventetider og fristbrudd) og innenfor gjeldende økonomisk ramme.*

Jfr. framlegg av tall på utvidet lederteam i Harstad 28.9.23, framkom det at døgnetenheten har et gjennomsnittlig belegg på 90 %, av dette er ca. 70% akuttinnleggelser. Det gis behandlingstilbud til flere enkeltpasienter her enn på noen av de andre døgnetenhetene i avd. Sør.

Det framkommer at døgnetenhetene i Tromsø gir lengre døgnoophold til sine pasienter enn noen andre døgnooster i klinikken. Det framkommer også at Tromsø kommune har et høyt forbruk av tjenester ved SPHT Tromsø. Det er vanskelig å se at praksisen med høyt forbruk av tjenester i Tromsø endres gjennom et styrket tilbud om døgnoehandling. Tromsø har FACT-team, ACT-team og AAT uten at det kan virke som at det har hatt stor innflytelse på innleggelser på akuttpost. Hva har klinikken gjort av tiltak for å redusere døgnoopholdet for pasienter i Tromsø?

Se følgende tall:

- Tromsø har 6,7 innleggelser på akuttpost pr. 1000 innbygger.
- Harstad har 3,4 innleggelser på akuttpost pr. 1000 innbygger.
- Senja har 3,4 innleggelser på akuttpost pr. 1000 innbygger.
- Narvik har 1,7 innleggelser på akuttpost pr. 1000 innbygger.

Hvis forslag om nedleggelse av døgnetenheten ved SPHR-ST gjennomføres innebærer det at Døgnetenheten ved SPHR-Ofoten skal dekke et befolkningsområde på 49469 mennesker. Det betyr at området Sør-Troms og Ofoten har dekningsgrad på 4497 pr sengeplass. Storslett får en dekningsgrad på 1800 pr seng, Midt-Troms 2481 pr seng og Tromsø 2565 pr seng.

Det bør være et mål om å skape lik dekningsgrad pr seng i alle SPHR'ene. Dette for sikre at alle SPHR'ene har en mottakskapasitet som setter dem i stand til å løse oppdraget de er satt til å løse, og i tillegg bidra til et likeverdig tilbud til pasienter i hele PHRK's opptaksområde.

Transport virker pr i dag ikke å fungere på en omsorgsfull og effektiv måte, tidvis lang venting.

Ved nedleggelse av døgnetenhet i Harstad vil det ut fra dagens tall kunne påregnes i overkant av 300 transporter av akuttinnleggelser pr år til Narvik. En transport med drosje vil koste omkring kr 3.500,- + innleie av ledsager.

Det anses ikke som forsvarlig å legge ned døgnobasert behandlingstilbud i Sør-Troms. At en poliklinikk som i dag strever med fristbrudd og lange ventelister (estimert 8 mnd. etter frist) skal greie å ivareta et forsvarlig og tilfredsstillende behandlingstilbud for pasienter som er i behov av døgnoophold, vurderes som urealistisk. Det er heller ikke ressurser hos Ambulant akutteam til å følge pasienter med behov for døgnoophold så tett at det kan erstatte døgnoilbudet.

Med bakgrunn i anbefalte tiltak fra revidert nasjonal framskrivningsmodell, er det tematisert at samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten skal styrkes. I Sør-Troms er døgnetenheten samlokalisert med somatisk sykehus og blir i løpet av 2024 samlokalisert med nytt Helsehus. Dette vil

bidra til enda bedre helhetlige og bærekraftige pasientforløp med tilrettelegging av sømløse overganger.

## 6. Synspunkt på forslag fra høringsnotat

Helse Nords definisjon av «bærekraft» er en struktur som lar seg bemanne og som gjør det mulig å yte helsetjenester innenfor budsjettammene. Vi mener at døgnerheten innfrir på disse områdene. Vi har en stabil arbeidsstokk utelukkende bestående av ansatte med bachelor i helse eller sosialfaglig kompetanse. I tillegg har vi god tilgang på helsefagstudenter som ønsker å jobbe i rekrutteringsstillinger på helg for å få kunnskap og erfaring innen vårt fagfelt. Vi har en fast psykologspesialist som har jobbet i over 18 år på avdelingen. Og vi holder budsjettene. Dette kaller vi bærekraftig. Når vi i tillegg kan vise til et godt samarbeid og samlokalisering med somatisk side tilbyr vi også et helhetlig tilbud til pasienter gjennom hele sykdomsforløpet.

### **Rekruttering/stabilisering**

Når det fremholdes at målsetningen med ny klinisk struktur, er å skape mer helhetlig og bærekraftig fagmiljøer, er det vanskelig å se at dette forslaget vil gjøre det lettere å møte de utfordringer som ligger i rekruttering og stabilisering

Det å kunne legge til rette for å gjennomføre all spesialisering lokalt har ofte en positiv effekt på rekrutteringen. Ved å legge ned døgnerheten i Sør-Troms vil denne muligheten forsvinne. Vi har allerede mistet 2 ansatte under spesialisering som en direkte konsekvens av usikkerhet rundt Døgnerhetens fremtid.

Universitetet i Harstad utdanner bl.a. vernepleiere og sykepleiere. Disse studentene gjennomfører praksis på døgnavdelingen under utdannelse. Medisinstudenter gjennomfører også deler av sin praksis/turnus på Døgnerheten i Harstad. Døgnerheten er en nødvendig læringsarena for å styrke fagmiljøet lokalt og som rekrutteringsarena for seksjonen.

### **Forslag/inns spill fra seksjonsledelsen:**

Døgncapasiteten på alle seksjonene i avd. Sør tas ned slik at bemanningsfaktoren reduseres. Øvrige personell kan brukes til å iverksette dreining fra døgner til dagbehandling i tråd med klinikkens føringer.

Om det blir slik at det er nødvendig å legge ned døgnerheter ved lokasjoner er det vår mening at dette gjøres i størst nærhet til Tromsø.

# Under følger selvstendige uttalelser fra AAT og rusteamet ved SPHRST.

## Innspill til høringsutkast fra AAT SPHRST

### **Innledning:**

Ambulant akutt-team Harstad ønsker å komme med følgende tilbakemelding og forslag til fremtidig klinisk struktur. Vår tilbakemelding er i tråd med overordnet mål om et bærekraftig og helhetlig tjenestetilbud innenfor gjeldene økonomiske rammer. Det foreslås fra klinikkens side en styrking av de ambulante og polikliniske tilbudene ved SPHR Sør-Troms, ved å styrke ambulant akutt-team, samt opprette FACT/ACT-team. Det foreslås også nedlegging av Døgnerheten i Harstad.

Som tidligere nevnt i ulike forum, har ambulant akutt-team i Avdeling Sør i forkant av arbeid med ny klinikkstruktur vært gjennom en prosess for effektivisering, der det skulle sees nærmere på tilbud, åpningstid og bemanning. Resultatet ble at åpningstid ble kortet ned med en time på ukedager, og at vi er alene på jobb i helgene. Endringene har gitt betydelig reduksjon i hvilket tilbud vi kan gi på kvelder, i helger og på helligdager, og gir ingen mulighet til ambulerende arbeid for å forebygge innleggelse/ forverring. I forslag til ny klinisk struktur skal ambulante tjenester styrkes. Effekten av de ovennevnte endringene i AAT har gjort teamet vårt mindre robust. Det har redusert kvaliteten og effektiviteten i arbeidet vi utfører, ved å være for mange mennesker på jobb samtidig og for lite fysisk plass, samt for få ansatte på når vi har for mange arbeids oppgaver. Noe som vi ikke opplever særlig bærekraftig. Dette til orientering.

### **Dagens situasjon:**

I høringsutkastet ser vi at dagens organisering av klinikken er mangelfullt beskrevet. SPHR Sør-Troms som seksjon er nevnt med følgende enheter: Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP), Døgnerhet og Ambulant akutt-team. Under VOP ligger også Rusteam og andre spissede tilbud, med sin spesifikke kompetanse. Vi frykter at et vedtak om nedleggelse vil ramme det totale fagmiljøet og gjøre det mindre attraktivt å jobbe her.

Vi ønsker å presisere at vi ikke ser det hensiktsmessig for pasienter eller fagmiljøet at noen døgnposter legges ned. Det er ikke innlysende at det kommer til å redusere den totale belastningen avdeling sør heller. Forslaget fra arbeidsgruppa vil medføre at det blir fem færre senger i Avdeling sør, som kan medføre høyere terskel for innleggelse og/eller lengre reiseavstander for mennesker i en sårbar situasjon.

Dersom klinikken likevel velger å gå for nedleggelse av Døgnavdelingen i Harstad, ønsker vi å komme med noen forslag til alternative endringer i avdeling sør.

## Forslag:

- AAT foreslår å etablere en spesialisert døgnpost i Harstad for å sikre at FACT/ACT kan driftes optimalt, og som kan ivareta de pasientene som har komplekse og sammensatte lidelser. En slik sengepost vil også gjøre det mulig for psykologer å gjennomføre spesialisering i avdeling Sør. Det vil også bli mulig for studenter i andre helsefag å ta sin praksis i psykiatri ved en slik avdeling. Det vil øke sannsynligheten for at Harstad klarer å rekruttere og stabilisere ansatte til senteret. Det er også i tråd med regjeringens innsatsområder for opptrappingsplanen når det gjelder tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Det vil møte kriterier for ny klinisk struktur med tanke på at klinikken blir i bedre stand til å yte helsetjenester av god kvalitet til de pasientene som har størst behov for spesialisert helsehjelp.
- Fremtidig klinisk struktur har fokus på å omdisponere tilgjengelige ressurser i avdeling Sør. Harstad har allerede tilreisende psykiater 1 dag i uka. Vi foreslår at det opprettes flere slike ambulerende stillinger, som gjør at spesialister kan reise hit og bistå Døgnavdelingen, VOP med sine spesialiserte team, AAT og FACT/ACT. Ei slik ordning kan styrke VOP, (som har de største utfordringene mtp. ventelister og fristbrudd), og den kan bidra til at prosessen med å etablere FACT/ACT-team blir enklere. Det vil også kvalitetssikre at AAT har tilgang på spesialistkompetanse som er nødvendig i vårt akuttpsykiatriske arbeid med fokus på forebygging av innleggelser. Dette vil være i tråd med arbeidsgruppens mål om å omfordele personell i klinikken, legge til rette for bedre spesialistdekning og et mer robust fagmiljø. Ei slik løsning vil også styrke muligheten for utdanning av egne spesialister for å sikre tilstrekkelig lokal kompetanse i fremtiden. Også dette i tråd med det arbeidsgruppen har formulert i høringsutkastet. Vi ser det som fornuftig utnyttelse av eksisterende ressurser for å styrke allerede etablerte og velfungerende team. Dette vil også spare pasienter for unødvendige reiser i en sårbar situasjon, spare klinikken for utgifter da ambulerende spesialister i reisestillinger blir billigere enn alle sparte pasientreiser.
- Videre foreslår vi at det ved en eventuell nedleggelse av Døgnetenheten i Harstad kartlegges hvem som har kompetanse/ ønsker å arbeide poliklinisk, og eventuelt i hvilken form (gruppe/ individuelt). Vi ser på det som bærekraftig å utdanne personell innenfor gruppebehandling (traume, sinnemestring, angstmestring osv), fordi flere gruppebehandlinger vil medføre nedgang på ventelister og redusere antall fristbrudd raskere, samt bygge opp under rekrutterings- og stabiliseringsmål. Det vil gi bedre fordeling og utnyttelse av tilgjengelige ressurser, slik høringsdokumentet fokuserer på.
- AAT Harstad vil også oppfordre klinikken til å se på ressursbruken på DPS-nivå i Tromsø. Kan AAT i Tromsø jobbe på en annen måte for å redusere overforbruk av

døgnplasser i Tromsø, samt i større grad benytte ledige døgnplasser andre steder i klinikken? Hva vil slike endringer gi av besparelser?

### **Fryktede konsekvenser ved nedleggelse av Døgn Avdelinga i Harstad:**

- AAT samarbeider godt med de øvrige enhetene/teamene på seksjonen. Døgnetheten er en svært viktig samarbeidspartner for oss. Da ambulanseteam i Juni fikk redusert åpningstid og halvert bemanning på helg, var det med en forutsetning om at personal på døgn skal bistå i vurderinger. Vi har i større grad mulighet til å jobbe med tett oppfølging av pasienter for å unngå innleggelser når vi har kort vei til Døgn dersom det ikke går likevel. Vi samarbeider også Døgn ved vurderinger av pasienter innlagt på somatisk side og vurderes for overflytting til døgn.
- I AAT har vi utarbeidet en trafikklysmoell som setter oss i rød beredskap når vi er mindre enn 2 stk på jobb. Dette fordi at for å kunne gjennomføre tilsyn med suicidalrisikovurdering m.m skal vi være to. Når klinikkledelsen har bestemt at vi må jobbe alene hver helg og høytider, har ledelsen samtidig sagt at vi skal samarbeide med døgn med disse oppgavene. Av ulike årsaker lar de seg ikke alltid gjøre. Dersom døgn legges ned vil vi aldri ha mulighet å gjøre jobben vår ut over å besvare akutt telefon på høytider og alle helger mellom fredag kl. 16 – mandag kl. 08.
- Ifølge beleggstall for siste året fremkommer det at Avdeling Sør har behov for det antall sengeplasser som eksisterer i dag. Hvis det viser seg å være uunngåelig å legge ned en sengepost i avdeling Sør, foreslår AAT Harstad å legge ned Døgn Silsand. Begrunnelsen er at det er kortere reisevei for pasientene fra Silsand til Tromsø (158 km) enn for pasienter fra Harstad til Tromsø (302 km). Om pasientene skal reise til Narvik er det 147 km fra Siland og 100 km fra Harstad.
- Harstad er også samlokalisert med den somatiske delen av sykehuset, snart også nybygget Helsehus.
- Universitetet i Harstad utdanner barnevernspedagoger, vernepleiere og sykepleiere. Disse studentene gjennomfører praksis på døgn avdelingen under utdanning. Medisin studenter gjennomfører sin praksis/ turnus på Døgn avdeling Harstad. Døgn Avdelingen er en nødvendig læringsarena i praksis.
- Harstad har også, uten at Døgnavdelinga legges ned, allerede tilgjengelig bygningsmasse og kan benytte mer areal om BUP flyttes. Arealer som kan brukes til AAT, FACT/ACT kontor og til VOP- gruppebehandling, eller annet dagtilbud.



## **Arbeidsgruppe 1 sitt forslag sett opp mot nasjonale føringer/opptrappingsplan for psykisk helse:**

- Å legge ned den døgnenheten som er lengst unna Tromsø må ansees som sentralisering av sengeplasser, Dette er ikke i tråd med Regjeringens opptrappingsplan der det fremkommer at døgnbehandling ikke skal sentraliseres eller legges ned. Vi ser på forslaget til arbeidsgruppe 1 at senger sentraliseres/legges ned i Avdeling Sør. Tersklene for innleggelse vil måtte bli høyere når det nå foreslås at kun 23 sengeplasser skal være disponibelt for en befolkning på 74.697 innbyggere over 18 år.
- Det er også et nasjonalt satsningsområde å beholde og rekruttere fagfolk i helsevesenet. Å legge ned Døgnenheten i Harstad vil påvirke muligheten for utdanning/praksisplasser og slik redusere muligheten for rekruttering av nødvendig helsepersonell i vårt område. Å presse AAT for ressurser slik det er gjort i forkant av endring av klinikkstruktur er dårlig personalpolitikk, og vi frykter at det blir vanskelig for klinikken å beholde viktig personell med de endringene som nå foreslås. Det sies at AAT skal styrkes. Vi opplever at det motsatte skjer, og dersom Døgnenheten legges ned vil AAT's funksjon svekkes ytterligere, da vi er avhengig av samarbeid med lokal døgnavdeling. Det er å svekke fagmiljøet fremfor å gjøre det robust, og da blir det heller ikke bærekraftig. I høytider på opptil seks dager i strekk vil en ansatt på AAT sitte alene med alle vurderinger, der vi nå kan be om hjelp til fra Døgn.
- Det vil trolig også bli utfordrende å skaffe omsorgsfull og effektiv transport av pasienter som trenger innleggelse i høytider hvor mange i følgetjenesten har fri og reiser bort. Pr. i dag er det vanskelig nok å få til transport av pasienter som har behov for innleggelse andre steder da det ofte blir venting før transporten påbegynnes. Det er uavklart hvor pasientene skal oppholde seg og hvem som skal ivareta dem i ventetida. Systemet svikter allerede på dette området, og det vil være nødvendig å satse økonomiske ressurser på dette området om det skal planlegges for flere pasienttransporter i ny klinikkstruktur.

## **Innspill til høringsutkast fra rusteam SPHRST**

Viser til invitasjon til høring og e-post fra prosjektleder Njål Bjørhovde datert 19.09.23. Rusteamet ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør- Troms (SPHRST) ønsker bidra med innspill vi mener vil kunne styrke poliklinisk og ambulant virksomhet innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

### **Evalueringsrapport mai 2020**

Viser til informasjon om rusteam i PHRK/SPHRST som fremkommer i rapport samt vedlegg. Evaluering basert på erfaring fra 2016 frem til 2020. Anbefalte tiltak er ikke blitt iverksatt i

Avdeling Sør. Vi ønsker at det videre i prosessen vedrørende ny fremtidig klinisk struktur, tas hensyn til videre organisering av rusteam i klinikken. Evalueringsrapport og vedlegg legges ved innspillet fra rusteam SPHRST.

### **Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK)**

Slik vi ser det, er det behov for å se på hvilke tiltak som vil være hensiktsmessig når det gjelder videre utvikling av behandlingstilbud TSB lokalt, samt bruk av ressurser og stabilitet i personal TSB, både lokalt og regionalt. Det vil være lokale variasjoner og interne forskjeller som man må ta hensyn til. Dette vil kunne være av betydning når det gjelder videre fokus på styrking av samhandling i PHRK. Behov for tydelig avklaring når det gjelder ansvarsfordeling ved formalisering av samarbeid mellom rusavdeling og rusteam, styrking av rusteam SPHRST og/eller rusteam ved SPHRST forankres i rusavdeling er noen av våre forslag. Vi ønsker at spesifikk kompetanse prioriteres, ivaretas og styrkes i vår klinikk.

Dersom rusteamet forankres i rusavdelingen vil dette kunne være både fornuftig og effektiv bruk av ressurser som vi har tilgjengelig i vår klinikk. Det vil kunne ha flere fordeler både når det gjelder kompetanse, interesse og erfaring fra spesifikt fagområde. Styrke kvalitet i helhetlige behandlingsforløp mellom 2. og 3. linje. Faglig felleskap har stor betydning i vårt fagfelt og noe som kan være avgjørende for videre rekruttering og stabilisering. Vår pasientgruppe mottar som supplement til poliklinisk rusbehandling, døgnbehandling samt kontakt med ruspoliklinikk, LAR, bakvakt rus osv. allerede. Det vil være naturlig å sette dette i system og organisere rusteamet ved SPHRST utfra erfaring og behov, og ikke slik samarbeidet praktiseres i dag. Rusteamet mottar hovedsakelig henvisninger fra vurderingsinstans rus, TSB Tromsø. Likeverdige tjenester har de beste intensjoner, men det må tas hensyn til ulike utgangspunkt og realistiske forutsetninger samt behov. De ulike rusteamene i PHRK har ulik erfaring, behov og mål. I vår arbeidshverdag erfarer vi behov for ny organisering av rusteam ved SPHRST og ønsker styrke vårt behandlingstilbud ved at det organiseres effektivt og bærekraftig.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og Psykisk helsevern (PHV)**

Rusteamet er forankret i voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) ved SPHRST og samtidig en del av TSB. Rusteamet utfører sine arbeidsoppgaver jfr mandat og primært innen fagfeltet TSB. Fagfeltet hvor vi innehar vår kompetanse, erfaring, interesse og engasjement. Vi tildeles også oppgaver innen PHV. Dette kan være utfordrende for vårt behandlingstilbud da TSB og PHV har ulike prioriteringsveiledere, ulike inntak, ulike pakkeforløp, ulike behandlingsmetoder og tilnærminger, ulik kultur, tradisjon osv. Samarbeid i pasientsaker og kompetanseheving gjennomføres på tvers av de ulike fagfeltene ved SPHRST og vil kunne videreføres ved ny organisering. Dette handler ikke om at man ikke har lyktes med integrering ved lokal VPP, men man har erfart at det kan være svært utfordrende være en del av to fagfelt. Konkrete eksempler på dette fremkommer i evalueringsrapport og vil derfor ikke utdypes her.

Rusteamet har for øvrig ingen fristbrudd til d.d på tross av høy aktivitet og stor pågang av nye henvisninger. Det er flere årsaker til dette, og blant annet handler det om fleksibilitet, engasjement og tydelige rammer og struktur internt i rusteamet. Rusteamet opplever godt

samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere både offentlige og private. Tett dialog/samarbeid med kolleger i rusavdelingen. Slik organiseringen er i dag er ansvar for integrering i stor grad ivaretatt av samlet fagfelt TSB og vi i rusteamet opplever samforståelse med våre kolleger i TSB.

### **Poliklinisk rusbehandling og avrusning**

Slik situasjonen er nå er det behov for å ekspandere rusteamet med antall behandlere. Vår arbeidsmengde har økt ytterligere siste tiden, da psykolog som var tilknyttet rusteamet sluttet og ikke ble erstattet. Våre arbeidsoppgaver er blant annet ukomplisert avrusning, utredning og behandling av ruslidelse og/eller psykisk lidelse. Ofte ivaretas dette ved at våre pasienter mottar døgnbehandling som supplement til poliklinisk rusbehandling.

Avrusning krever ofte døgnbehandling ved lokal døgnenhet, Rusavdeling/TSB eller ved somatisk avdeling. Rusteamet gjør vurdering av behandlingsbehov, aktuelle tiltak samt egnet behandlingssted. Vi har erfaring med godt samarbeid mellom somatiske avdelinger ved UNN Harstad og TSB i slike tilfeller. Dette vil videre kunne ivaretas ved at noen sengeplasser ved SPHRST tildeles TSB og rusteamet. Her vil allerede godt samarbeid være utgangspunkt for videre formalisert samarbeid mellom ulike enheter og avdelinger TSB/somatikk. Lege tilknyttet rusteamet vil kunne ha hovedansvaret med mulighet for å konferere med bakvakt rus og leger ved somatisk avdeling.

### **Oppsummering**

Vi i rusteamet gleder oss over alt som kan bidra til å styrke vårt fagfelt TSB. Flere forslag som foreligger, omhandler TSB Narvik og TSB Tromsø. Vi håper det kan tas hensyn til anbefalte tiltak i evalueringsrapport samt behov for endring når det gjelder rusteamet i Harstad. Omstrukturering i PHRK gir oss flere muligheter for forbedring. Vi anser oss som etablert rusteam hvor vi ivaretar våre interne og eksterne arbeidsoppgaver og funksjoner, men har nå behov for endring som vil kunne bidra til ytterligere positiv utvikling.

Viser for øvrig til evalueringsrapport for utfyllende informasjon om rusteam SPHRST og erfaringer vi har gjort oss siden oppstart høsten 2016. Vi har mottatt mellom 80-120 nye henvisninger hvert år i tillegg ivaretatt andre interne og eksterne oppgaver/funksjoner utover poliklinisk rusbehandling. Vi har behov for å endre vårt behandlingstilbud og tilpasse utfra det aktuelle behovet til vår pasientgruppe i vårt opptaksområde.

Våre forslag/ønsker:

- Rusteamet i Harstad driftes på lik linje som i dag men forankres i Rusavdelingen og ruspoliklinikk Tromsø.
- Samarbeid mellom Rusavdelingen/ruspoliklinikk og rusteamet i Harstad formaliseres og settes i system
- Rusteamet i Harstad styrkes. Tildeles flere stillinger til rusteamet.
- Vurdere ruspoliklinikk Harstad. Evt som del av ruspoliklinikk Narvik og/eller Tromsø.

- 2 sengeplasser ved SPHRST benyttes av rusteamet. (allerede skjermet område ved nåværende lokal døgnenhet) Akutt (avrusning) eller Subakutt (i påvente av døgnbehandling TSB) TSB. Utredning og avklaring av behandlingsbehov.

Iflg e-post fra Bjørhovde datert 19.09.23: «Hensikten med forslaget til ny klinisk struktur er å styrke polikliniske og ambulante tjenester samt sykehusfunksjonene. De foreslåtte endringene skal bidra til et mer helhetlig og bærekraftig tjenestetilbud, av god kvalitet og med tilstrekkelig kapasitet og god tilgjengelighet. Samlet sett er det et mål at færre pasienter skal ha behov for døgnbehandling». Vi ønsker styrke vårt fagfelt TSB og mener ny organisering av rusteamet vil kunne bidra til dette. Det vil igjen bidra positivt når det gjelder målsetning ved omstrukturering PHRK. Rekrutering og stabilisering av helsepersonell samt bedre helhetlige og gode polikliniske behandlingstilbud for pasienter og pårørende TSB.

Vennlig hilsen

Rusteam SPHRST v/ Yulia, Marie, Kato og Lisa



Rusteam -  
evaluering - hoveddfra SPHR-Sør-Troms.



Rusteam- vedlegg

### Andre innspill fra ansatte:

Er det gjort en gjennomgang av administrative funksjoner. Veldig mange spesialister jobber i ikke-kliniske funksjoner. Er alle disse påkrevd?

Er det for mange ledernivå? Er det behov for egne seksjonsledere?

Forslag om å legge ned Silsand, Storslett og Storsteinnes på bakgrunn av befolkningstetthet. Silsand har etablert FACT slik at de sykeste pasientene har et tilbud.

**Harstad 24.10.23**

**Seksjonsledelsen Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms**

## OFOTEN

Sak:	Høringssvar framtidig klinisk struktur PHRK
Fra klinikk:	Psykisk helse- og rusklinikken
Til:	Avdelingsledelsen avd.sør
Saksbehandler:	Seksjonsledelsen Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten
Elements nr.	

Ledelsen ved SPHRO har i høringsarbeidet lagt vekt på å sikre bred involvering fra ansatte i alle deler av virksomheten. Høringssvaret er sendt ut til bearbeidelse fra ansatte i flere omganger og er derfor godt forankret i hele vår virksomhet.

Det har i arbeidet blitt klart uttrykt forståelse for at det må gjøres grep for å løse utfordringene vi som klinikk står overfor. Vi stiller oss likevel undrende til at de største og mest inngripende endringene skal skje der hvor man i utgangspunktet drifter mest robust og bærekraftig, og i minst grad der hvor de største utfordringene ligger.

Forlag om ny klinisk struktur vil, hvis det blir vedtatt, ha stor innvirkning på pasientbehandlingen som tilbys i den desentrale virksomheten i PHV i UNN.

Vi har ikke svart ut tilleggspunktene eksplisitt, men heller svart dem ut i teksten under.

### **Akutt.**

Forslaget innebærer at Døgnerheten ved SPHR-Ofoten skal dekke et befolkningsområde på 49469 mennesker. Det betyr at området Sør-Troms og Ofoten har en dekningsrate på 4497 pr sengeplass. Storslett har dekningsrate på 1800 pr seng, Midt-Troms 2481 pr seng og Tromsø 2565 pr seng. Konsekvensen er altså en betydelig redusert mottakskapasitet av pasienter som er i behov av døgnbehandling i Ofoten og Sør-Troms sammenlignet med andre deler av virksomheten.

Døgnerhetene på SPHR-nivå er et viktig redskap for å kunne tilby tidlig intervensjon i forhold til alvorlig sykdomsutvikling. Voksenpsykiatrisk poliklinikk får en stadig større andel alvorlig psykisk syke pasienter i behandling, og mange av disse pasientene har et svært komplekst sykdomsbilde. Oftere og oftere er vi nødt til å iverksette andre deler av tjenestene for å kunne håndtere disse pasientene forsvarlig. Dette gjøres gjerne gjennom å be AAT følge opp ustabile pasienter mellom konsultasjoner, men også kortere innleggelse for å stabilisere pasienters tilstand. Denne muligheten vil bli kraftig redusert, og i perioder fullstendig fraværende. I ytterste konsekvens vil en så drastisk endring av dagens struktur, som det legges opp til, kunne påvirke pasientforløpene også i den desentraliserte polikliniske virksomheten.

I avdeling sør har vi over mange år arbeidet for å styrke samhandlingen mellom de ulike lokalisasjonene (Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms) for å kunne tilby pasientene nødvendig bistand til rett tid og på rett nivå. Dette er i tråd med nasjonale anbefalinger for god organisering av psykiatrisk helsehjelp. I avdeling sør har dette arbeidet medført at vi i dag har en bærekraftig og solid tjeneste ved alle SPHR'ene, og som setter oss i stand til å utnytte døgnkapasiteten på tvers av lokalisasjonene hvis det av ulike grunner ikke er mulig å legge inn på nærmeste Døgnerhet. Dette kan skyldes at egen enhet har fullt belegg eller at pasientsammensetningen er av en slik karakter at innleggelse er uhensiktsmessig. Det medfører raskt bistand og følgelig forhindrer unødvendig

belastning for pasientene. Denne måten å jobbe på har medført at sentrene i avdeling sør relativt sett benytter akuttpostene i Tromsø lite.

Vi har gjennom samtaler med akuttkjedene på sykehuset, inklusivt legevakten, fått tilbakemeldinger om at de opererer med to tidsregninger, før og etter etableringen av Ambulant Akutt Team (AAT). AAT er vår «spydspiss» i håndteringen av akutte psykologiske/psykiatriske belastninger. Når AAT i sin tid ble etablert, bestemte vi at dette skulle være en lett tilgjengelig ressurs for både pasienter, pårørende og andre hjelpeinstanser. Det ble opprettet ett nummer inn, uten noen krav til henvisning. For at AAT skulle være den ressursen vi ønsket, måtte vi også sikre at det hadde til rådighet de verktøyene de var i behov av når henvendelsen kom. Dette var blant annet nødvendig kompetanse, tilgang på rask spesialistmedvirkning og ikke minst en mulighet for rask innleggelse på egen døgnenhet. Til tross for at noe av intensjon med AAT er å forhindre unødvendige innleggelser, så vi ved etableringen at antallet innleggelser gikk noe opp, men liggetiden gikk ned. Altså vi fikk totalt en nedgang i antall liggedøgn. Pasientene fikk rask behandling tidlig i sykdomsutviklingen og følgelig unngikk de lenger innleggelse på høyere nivå, og som gjerne omhandlet tvang.

Vi har i dag et system hvor fastleger og legevakt benytter AAT for rask bistand til å vurdere akutte psykiske- og psykiatriske tilstander. Systemet fungerer slik at PHV kommer hurtig i kontakt med pasienter, og kan vurdere hvilke tiltak som er nødvendig for å hjelpe pasientene best mulig. Ofte benytter vi døgnplasser for å både stoppe sykdomsutviklingen i en tidlig fase, men også for å kunne observere og vurdere pasientene ytterligere. Tilbudet er et døgnkontinuerlig tilbud, også med mulighet for innleggelser på natt.

Ved å redusere mottakskapasiteten av pasienter på en slik måte som forslaget legger opp til, vil det kraftig redusere vår evne til tidlig intervensjon på rett nivå og en viktig del av det vi kan tilby fastleger og legevakt vil bortfalle. Det må derfor tas høyde for at resultatet vil bli en ikke ubetydelig økning av overføringer av akuttinnleggelser til Tromsø fra både Sør-Troms og Ofoten.

## **Bruk av tvang**

Bakgrunnen for at vi har organisert tilbudet vårt på den måten vi har gjort, har i stor utstrekning bakgrunn i at vi ønsker å tilby pasienter rett behandling til rett tid. Før SPHRO ble en del av UNN benyttet vi akuttpostene i Bodø (Nordlandssykehuset) for behandling av pasienter som var i behov av behandling på tvang. Vi registrerte at vi over tid hadde en relativt stor andel pasienter som ble overført til Bodø og som etter kort tid ble overført tilbake. Denne typen behandling er ressurskrevende både for pasienter og for helsevesenet, og noe vi ønsket å unngå. Sammen med fagmiljøet i Bodø startet vi arbeidet med å undersøke hva som skulle til for å unngå unødvendige overføringer til nivået over og hva som skulle til for at de pasienter som var i behov at rammene til akuttpostene, likevel kunne være i hjemmet i større grad.

To av de viktigste suksesskriteriene vi fant, var tidlig intervensjon og ambulering fra Bodø for å ivareta de pasientene som var på tvang. Antall tvangsinnleggelser gikk ned, og pasienter som ble fulgt opp på tvang i hjemmet, ble også redusert og senteret i Ofoten ivaretok etter hvert disse selv. I dag er vi med god margin det området i UNN som benytter akutt plasser i Tromsø minst, noe som har vært tilfelle over mange år. I all hovedsak benytter SPHR'ene i avdeling sør akuttpostene i pasientforløp som krever behandling mot pasientens ønske. Ingen av døgnenhetene i avdelingen er godkjent for bruk av tvang, og er derfor avhengig av å overføre disse pasienten til Tromsø. Det er en nasjonal målsetning om at man skal forebygge og redusere bruken av tvang i PHV, og dette oppdraget har alle SPHR'ene i avdeling sør levert på.

Dette kan vi illustrere ved å se på tall som viser innleggelser på akuttposter fra de ulike opptaksområdene PHRK. I perioden 1 jan. 2023 – 30 sept. 2023 viser tallene dette:

- Tromsø har 6,7 innleggelser på akuttpost pr 1000 innbygger.
- Harstad har 3,4 innleggelser på akuttpost pr 1000 innbygger.
- Senja har 3,4 innleggelser på akuttpost pr 1000 innbygger.
- Narvik har 1,7 innleggelser på akuttpost pr 1000 innbygger.

Når man i høringsdokumentet slår fast at døgnbehandling på SPHR-nivå i liten grad kommer de alvorligste psykisk syke pasientene til gode, tenker vi at disse tallene burde vist noe langt annet enn det de faktisk gjør.

Hvis man godtar et narrative om at de alvorligste psykisk syke ikke får bistand på SPHR-nivå, må man samtidig spørre seg om hvor de da havner. Tallene viser med tydelighet at de ikke blir overført til Tromsø. Da er det nærliggende å tenke at pasientene mottar behandlingen på SPHR-nivå, og det gjelder også i stor grad de alvorligste psykisk syke. Unntakene er altså der hvor tvang er det eneste alternativet.

Det har vært overraskende liten interesse og nysgjerrighet fra andre deler av virksomheten i UNN i forhold til hva som er grunnen til at bruksmønsteret av akuttpostene fra avdeling sør er som det er. Det har ikke fra UNN's side på noe tidspunkt vært gjort noen form for undersøkelser omkring årsakene til at det er slik.

Ved å drastisk endre rammebetingelsene for vår virksomhet, uten å ha god oversikt over hva dagens rammebetingelser tilbyr pasientene, risikerer man samtidig store negative konsekvenser for pasientforløpene og pasientflyten.

Det er også betimelig å stille spørsmål om hvorfor tallene er som de er i Tromsø. I Tromsø er det etablert ACT-team, FACT-team og Ambulante Akutt Team. Dette er ressurser som skal bidra til å dreie behandlingen fra døgnbehandling over til poliklinisk/ambulant behandling. Likevel ser man at det her benyttes døgnbehandling i langt større grad enn ved andre lokalisasjoner, som i dag ikke har disse strukturene på plass.

### **Rekrutering/stabilisering**

Det er en kjensgjerning at det er utfordringer knyttet til rekrutering og stabilisering av fagfolk innenfor psykisk helse. SPHR'ene er ikke forskånet fra denne utfordringen. Vi er likevel ikke den delen av virksomheten som har de største utfordringene. Både Ofoten og Midt-Troms har god dekning av nødvendig kompetanse.

Erfaringen fra Ofoten er at vi langt på vei må utdanne våre egne spesialister, og da spesielt psykologspesialister. En viktig forutsetning for å kunne spesialisere våre ansatte er at vi i første omgang klarer å få tak i kandidater å spesialisere. I dagens harde konkurranse om fagfolkene må vi skille oss ut og være attraktiv, i tillegg til å være konkurransedyktig på blant annet faglighet, arbeidsmiljø, lønn og utviklingsmuligheter. Det at vi er raus og fleksibel i forhold til spesialisering er en av tingene som gjør oss attraktiv. Det at de kan gjennomføre hele spesialiseringen lokalt har av flere psykologer blitt pekt på som et godt stabiliseringstiltak.

I Ofoten har vi over mange år arbeidet strukturert og målbevisst for å bedre renommeet vårt. Her har vi kommet et langt stykke på vei og vi har i dag psykologistudenter som tar direkte kontakt og ber om plass her. Det er selvfølgelig mange ting som spiller inne i dette bildet men noe av det som

går igjen er at det oppleves at det blir tatt godt imot, deres innspill betyr noe, fleksibelt miljø og mulighet for spesialisering.

Dette er ofte mennesker som er i etableringsfasen og det å kunne gjennomføre all spesialisering lokalt har ofte en positiv effekt på rekrutteringen. Ved å legge ned døgnenheten i Sør-Troms vil denne muligheten forsvinne og vi har allerede mistet 2 kandidater som følge av det.

Når så målsetningen med ny klinisk struktur er å skape mer helhetlig og bærekraftig fagmiljøer, er det vanskelig å se at forslaget som foreligger bidrar til det i den desentrale delen av virksomheten.

Det er faktisk mer sannsynlig en slik organisering som det legges opp til her, vil bidra til å gjøre oss mindre attraktiv og forsterke en rekrutteringsutfordringen vi står overfor. Dette har direkte negative konsekvenser for pasienter som bor utenfor Tromsø.

### **Etablering av FACT-team**

I forslaget legges det opp til at det skal etableres FACT-team ved alle SPHR'ene. FACT er et godt og potent tiltak for å nå de pasientene som ikke klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære hjelpeapparatet. Det er ofte snakk om pasienter som har lav oppmøtekompetanse og som derfor faller utenfor spesialisthelsetjenesten slik denne er organisert i dag.

I Ofoten og Sør-Troms har det for relativt kort tid siden allerede vært etablert FACT-team, men ved begge lokalisasjonene så man seg dessverre nødt til å avvike tilbudet etter noe tid. En viktig begrunnelse for avviklingen var at man ikke klarte å rekruttere/stabilisere spesialistkompetansen i teamet. Slik vi ser det, har ikke denne utfordringen blitt noe mindre etter avviklingen og det er betimelig å spørre seg om det er realistisk at man nå er i en situasjon hvor det er grunnlag for å etablere FACT ved alle SPHR'ene i Psykisk helse og rusklinikken, som et kompensierende tiltak for bortfall av døgnplasser. Dette spesielt i lys av at det skal gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer.

FACT-team retter sitt arbeid mot pasienter som av ulike årsaker i liten grad benytter helsetjenestene på SPHR-nivå. Det kan blant annet skyldes at de ikke oppsøker hjelp før det er snakk om akutt via legevakt eller at de unnlater å komme til planlagte timer og at forløp derfor blir avsluttet. I Ofoten erfarte vi et økt behov for døgnplasser lokalt etter at FACT ble etablert. Bakgrunnen for det, var at vi nå klarte å nå pasientene så tidlig i sykdomsutviklingen at de kunne nyttiggjøre seg av døgnbehandling på SPHR-nivå og ikke var i behov for innleggelse på sykehusnivå (Åsgård). Dette var pasienter som tidligere først kom i kontakt med spesialisthelsetjenesten når symptomtrykket var av en slik karakter at rammene SPHR'ene tilbyr ikke var tilstrekkelig.

Med denne erfaringen framstår det mangelfullt å etablere FACT-team og samtidig fjerne en viktig ressurs (lokale døgnplasser) for å kunne tilby helhetlig behandling. Hvis behovet for innleggelse er tilstede vil disse pasientene måtte legges inn, uavhengig av sted. Med den begrensede mottakskapasiteten forslaget legger opp til på SPHR, må det påregnes at pasientene overføres til Tromsø. Vi risikerer således at flere pasienter får tilbudet sitt på feil behandlingsnivå, i tillegg til unødvendig belastning knyttet til reising.

### **Transport**



I forslaget om framtidig klinisk struktur er det budsjettert med noe økte transportkostnader fra Storsteinnes og Harstad. Vi er usikker på hvordan man har kommet fram til disse tallene, men vi tenker at det også må påregnes økte transportkostnader fra Ofoten. Vi finner det lite realistisk at man skal redusere mottakskapasiteten i en slik størrelsesorden, uten at det vil påvirke evnen til å håndtere akutthenvendelser fra pasienter selv, legevakt og fastleger. Som det framkommer i høringsutkastet er SPH'ene allerede i dag der at de behandler pasienter med et betydelig høyere symptomtrykk enn tidligere. Det er urealistisk at disse i all hovedsak skal følges opp ambulant eller poliklinisk. Belegget på døgnplassene vil øke og følgelig vil flere akuttinnleggelses skje til Tromsø. En drosjetransport mellom Harstad – Narvik på kveld utgjør ca 3000,-. I tillegg må vi kalkulere med retur. Politi vil ikke bidra i transportoppdrag hvor det ikke er kritisk viktig at de er tilstede. Vi må ta høyde for at en økt andel transportoppdrag vil foregå med ambulanse. Vi har snakket med leder for prehospitaltjenester og tilbakemeldingene derfra er at hvis man kommer i en situasjon hvor man må øke antall ambulanser, er det en kostnad på ca. 5 millioner pr bil.

### **Faglig dreining i komplekse pasientforløp.**

I høringsnotatet står det følgende «Virksomhetsdata viser at pasienter fra Tromsø kommune mottar langt mer døgnbehandling enn det befolkningsgrunnlaget skulle tilsa og betydelig mer enn hva som er tilfellet fra andre kommuner». Videre står det at årsaken i variasjon trolig kan tilskrives blant annet forskjeller i behandlingstilbud og ulik faglig praksis. Som fagpersoner har vi ved VOP og AAT Narvik over noen år sett merkbare ulikheter mellom vår og Tromsømiljøets faglige praksis ved forståelse og behandling av de alvorligst syke pasientene.

Som fagpersoner handler vi ut fra hvordan vi forstår verden, også kalt paradigmer. Psykisk helsefeltet har tradisjonelt handlet ut fra et paradigme hvor psykiske problemer forstås som sykdommer, navngitt ved hjelp av diagnoser. Diagnosene settes etter utredninger og kartlegginger utført av fagekspertisen, hierarkisk med psykiaterne og psykologene på toppen – som i neste omgang iverksetter behandling. For virkelig å forstå psykiske problemer, må man reflektere rundt hele mennesket, dets omgivelser, historie, erfaringer og medfødte egenskaper. Mobbing, oppvekst og traumer, alt henger sammen. Kunnskap i et slikt paradigme handler om å forstå mennesket, ikke forstå en diagnose.

Utvikling, også faglige, handler om brytning mellom etablerte og nye paradigmer, der nye paradigmer erstatter de gamle. I Norge har det over de siste 15 – 20 år foregått et skifte i fht forståelse og behandling av de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Ved VOP og AAT begynte vi å jobbe med en ny, felles forståelse av pasienter med traumer, dissosiasjon og psykoser fra 2007 – 2009. For oss er ikke lenger den «lege-styrte» tilnærmingen med medikamentell behandling for å dempe hallusinasjoner/ vrangforestillinger, samt døgninnleggelses det som iverksettes for stabilisering. Tvert imot er hovedfokus på å styrke pasientens ressurser/ evne til selvivaretagelse. Videre lærer de å forstå og mestre sine symptomer i sitt hjemmemiljø. Over tid oppnår pasienten bedring når den nevrobiologiske aktiveringen / stress avtar. Medikamentell behandling og innleggelses er kun nyttig i noen krevende perioder. Akuttposten i Tromsø benyttes i liten grad av oss. Mange av pasientene med kompleks problematikk som vi har fått henvist er i dag friske. Dette perspektivet forutsetter imidlertid at mulighet for lokal samhandling mellom alle enheter er god.

Vi har fått overført pasienter fra Tromsø og omegn til senteret i Narvik, herunder også alvorlig syke pasienter med mange tidligere innleggelses/ reinnleggelses ved akuttposten. Tiltakene har da stort

sett vært basert på medikamentell behandling og døgnopphold. Når disse pasientene overføres til polikliniske forløp hos oss viser det seg, ut fra journal, at de i liten grad har hatt oppfølging hvor de har lært å ta i bruk egne ressurser for bedre selvivaretagelse, teknikker for å roe ned aktiveringen i kroppen, evt mobilisere eget nettverk osv. Når innleggelser og døgnopphold prioriteres med lite fokus på hvordan pasientene kan ivareta seg selv i sitt hjemmemiljø, synes det å bidra til nye innleggelser hvor pasientens problematikk opprettholdes. Videre har vi kjennskap til at mange reinnleggelser skjer etter direkte kontakt med ansatte ved akuttposten. Pasienten blir i mange tilfeller reinlagt uten en reell akuttvurdering i forkant. Tiltaket i pasientens kriseplan er da innleggelse ved akuttpost.

Vi vil kort fortelle historien til en av våre felles pasienter. «Isak» kom til Norge som flyktning i 2009. Han bodde på asylmottak et sted i Troms. Fikk opphold i Norge i 2013. Han hadde poliklinisk oppfølging ved BUP. «Isak» hadde opplevd alvorlig traumatisering og hadde stemmehøring, dissosiasjon, selvskading, flashbacks, mareritt og søvnevansker. Frem til 2017 hadde han ca 20 innleggelser ved akuttposten i Tromsø, her var han diagnostisert med paranoid Scizofreni, psykose og suicidrisiko. Han kom til Narvik i 2015 og startet da i et poliklinisk forløp. I løpet av behandlingsperioden var han innlagt på lokal døgnavdeling til sammen tre ganger. Han fikk oppfølging gjennom individuelle samtaler. I dag er forløpet avsluttet, han oppfyller ingen kriterier for noen psykiatrisk diagnose. Han bruker ingen medisiner. Han har i dag tatt fagbrev og jobber i dag på full tid.

Vi finner det bemerkelsesverdig at det i høringsnotatet konstateres at Tromsø har et overforbruk av døgnopphold, men det foreslås ingen tiltak for å kartlegge hva det skyldes. Dermed kan det heller ikke iverksettes nødvendige tiltak for å redusere bruken av døgnopphold. I stedet er det ved flere anledninger argumentert med at Tromsø har «storbyutfordringer». Akuttpostene driftes ikke i dag på en økonomisk bærekraftig måte. Vi har sett at det heller ikke er bærekraftig for pasientene da hyppige reinnleggelser med lite fokus på egen mestring av symptomer i hjemmemiljøet synes å bidra til å opprettholde pasientenes problematikk.

Etter mange års erfaring i behandlerrollen er det vår erfaring at det skjuler seg traumelidelser bak mange diagnoser, også blant de mest alvorlige lidelsene. Vi finner det bemerkelsesverdig at det ikke på noe sted i høringsutkastet er foreslått tiltak for pasienter med alvorlige traumelidelser. Det synes fortsatt å være slik i fagmiljøet i Tromsø at pasienter med for eksempel sensoriske vrangforestillinger blir diagnostisert med psykose. Tilnærmingen blir da ofte antipsykotisk medisin og innleggelser/reinnleggelser som behandling. Dette uten at det foreligger noen differensialdiagnostisk vurdering vedrørende traumelidelse før behandling iverksettes. Vi etterlyser herved et nytt paradigme i fagmiljøet ved psykisk helse og rusklinikken i Tromsø.

## **Oppsummering**

Situasjonen i PHRK er vanskelig og det er nødvendig å gjøre grep for å bedre denne. Vi opplever dog at forslaget til framtidig klinisk struktur i liten grad bidrar til løsning på lang sikt. Det oppleves sågar å bidra til å destabilisere den delen av virksomheten som tross alt er mest stabil og bærekraftig.

De største utfordringene knyttet til rekruttering/stabilisering og økonomi ligger i Tromsø. Da tenker vi det også vil være hensiktsmessig å gjennomføre tiltak som på sikt bidrar til løsning av disse utfordringene der. Ved å bygge ned den desentrale delen av PHRK på en slik måte det er foreslått, vil kunne øke presset på behandlingsmiljøet i Tromsø.

Når det gjelder utfordringene med rekrutering og stabilisering er vi i flere ulike sammenhenger blitt gjort oppmerksom på at det eksisterer et utfordrende arbeidsmiljø i deler av virksomhetene i Tromsø. Det er i hele klinikkens interesse at det igangsettes et arbeid for å kartlegge omfang og iverksette nødvendige tiltak som bidrar til at både dagens og morgendagens fagressurser ønsker PHRK som sin arbeidsplass.

Vi tenker videre at den desentrale delen av virksomheten i større grad kan ivareta pasienter fra Tromsø i saker som ikke krever rammene til TPH. Vi har hatt slik ordning i sommeravviklingen men den har etter vårt syn ikke blitt optimalt utnyttet. Vi har også stilt spørsmål i pasientsaker om hvorfor disse velges å legges inn på overbelegg framfor å overføres til ledige plasser utenfor Tromsø. Svarene vi har fått går ofte i retning i at det er vanskelig å skulle motivere pasienter å motta tilbud utenfor Tromsø. For oss betyr det at det at her ligger det et ubenyttet potensial for å frigjøre kapasitet i Tromsø og således redusere overbelegg og behov for innleie.

Hvis man, etter å ha gjort dette arbeidet, fortsatt ser behov for å redusere døgnkapasiteten på SPHR'ene, tenker vi at det bør gjøres på en slik måte at man opprettholder en viss mottakskapasitet nært der pasientene bor gjennom å redusere antall sengeplasser på alle SPHR'ene i stedet for å legge ned enkelte poster.

Hvis man likevel lander på å legge ned desentrale døgnerheter, tenker vi at dette bør gjøres nærmest mulig Tromsø. Videre tenker vi det er uheldig å legge ned døgnplasser som ligger i tilknytning til sykehus. Vi vet at en del pasienter som har behov for akutt innleggelse i PHV i første omgang kommer inn gjennom intensivavdelingen på sykehuset, enten i form av intox eller alvorlig selvskadning.

Det bør også være et mål om å skape en så lik dekningsgrad pr seng i alle SPHR'ene som mulig. Dette for sikre at alle SPHR'ene har en mottakskapasitet som setter dem i stand til å løse oppdraget de er satt til å løse, og i tillegg bidra til et mest mulig likeverdig tilbud til pasienter i hele PHRK's opptaksområde.

Med bakgrunn i det overstående er det vanskelig for oss å støtte styrking av sykehusfunksjonene i Tromsø gjennom omdisponering av ressurser knyttet til desentral døgnvirksomhet. Vi mener det er både kulturelle, strukturelle og faglige grep som kan iverksettes og som kan ha stor innvirkning på kapasitetsutfordringene i Tromsø. I ytterste konsekvens vil en nedbygging av den desentrale virksomheten kunne ha en helt motsatt effekt i form av mindre robuste og bærekraftige enheter og økt press på sykehusfunksjonene i Tromsø.

**Narvik 23/10 2023**

**Seksjonsledelsen Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten**

**MIDT-TROMS**

## Tilbakemelding fra Midt-Troms angående høring ny klinisk struktur

I Midt-Troms har det vært gjennomført et møte med tillitsvalgte, vernombud, spesialister og ledere. Det ble utarbeidet et referat fra møtet av fagutvikler som seksjonsleder har bearbeidet, deretter har det vært på tilbakemeldingrunde til alle som deltok og som var invitert til møtet. De ulike lederne har fritt kunnet drøfte og luften innspill til notatet i sine enheter.

Vi gir tilbakemelding på hvert av de ulike punktene som det ble vist til i mailen med høringen.

### **Synspunkt på hovedretningen i forslag om styrking av sykehusfunksjoner i Tromsø for å kunne gi et bedre tilbud til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene, gjennom omdisponering av ressurser knyttet til desentral døgnvirksomhet**

Hovedretningen er fornuftig med tanke på å styrke sykehusfunksjonene, men pasienter skrives gjerne ut til et opphold på lokal DPS før de skrives ut til kommunal helsetjeneste. Uten dette lokale tilbudet kan det tenkes at kommunene vil kunne få utfordringer med å gi et helhetlig tjenestetilbud til pasientene som er i behov av det. Det ligger en forventning i planen som ikke tar med seg hva kommunene kan stille opp med.

Redusere sengeplasser/ressurser på DPS nivå vil med stor sannsynlighet føre til mer innleggelser til Tromsø, og da nødvendigvis ikke av de mest alvorlige og sammensatte lidelsene, eller vil det bli sånn at pasientene blir så syke at de må tvangsinnlegges? Er det riktig bruk av sykehusfunksjoner?

Ved Døgn enheten tas pasienter imot med til dels kompliserte lidelser, da knyttet både til somatikk, alvorlig psykiatri og rus. Det vil ikke være mulig for døgn enheten i vår enhet og avdeling å ta imot pasienter på tvang, bortsett fra TUD, men utover det er opplevelsen helt klar på at det er alvorlig og sammensatt problematikk i våre senger.

Vi registrerer i høringsuttalelsen at det er ønskelig å legge til rette for mer bruk av elektive innleggelser. I Midt-Troms er det nesten ikke elektive innleggelser, kun akutte/halv akutte innleggelser. Det bør tilstrebes lik praksis på de ulike DPS'ene inkludert Tromsø, med tanke på kriterier for innleggelse. Problemstillingen knyttet til Tromsø at de ikke har rom for å tilby elektive innleggelser – det er det samme i avd sør.

Det blir for mye å legge ned to døgnenheter. Kunne en tenkt å legge ned kun en, Storsteinnes?

Det fremkommer i møtet en opplevelse av at forslaget går for langt på å ta ned i distriktet (som her betyr utenfor Tromsø). Sykehusfunksjon er vel og bra, men et godt tilbud på DPS nivå er viktig for å sikre god pasientbehandling.

Et grunnleggende problem er at psykisk helsetjeneste er underfinansiert i utgangspunktet og det er problematisk at det skal kuttes.

En må se antall innbyggere opp mot antall plasser. Slik forslaget nå foreligger med tanke på DPS senger så er det 12 plasser på Silsand som skal serve et befolkningsgrunnlag på 29775, mens det er 11 plasser i Narvik som skal serve et befolkningsgrunnlag på 49469.

Til sammenligning legges det opp til 25 døgn plasser i Tromsø med et befolkningsgrunnlag på 64139.

Det betyr at avdeling Sør etter ny struktur vil ha 23 plasser på en befolkning på 79244, mens avdeling Nord vil ha 32 plasser på en befolkning på 76741. Selv om vi her tar høyde for store reiseavstander er det likevel en stor ulikhet i tilbudet til befolkningen.

Vi legger frem et forslag på siste punktet for å balansere dette på en bedre måte, og likevel kunne styrke sykehusfunksjonene.

**Synspunkt på hovedretningen i forslag om styrking av poliklinisk og ambulant virksomhet innenfor både psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (fra døgn til dag), gjennom omdisponering av ressurser fra desentral døgnvirksomhet**

Vi er enig i at så langt det lar seg gjennomføre er det bra at pasientene får et poliklinisk tilbud, da gjerne oppsøkende. Det er likevel viktig å ha mulighet til å benytte døgn innleggelse for de som trenger det, og ved å legge opp til en litt høy terskel for innleggelse (sykehusfunksjoner) vil det kunne medføre at pasientene må bli veldig syke før de får tilbud om døgn. Er det god pasientbehandling? Vi mener at det vil være behov for flere døgnplasser på DPS i distriktet i større grad enn det dette forslaget legger opp til.

Forslaget er å legge ned 2 døgn enheter og medikamentfritt, og at mesteparten av midlene overføres sentralt til Åsgård for å styrke etablering av fleksibel intermedierpost og rehabiliteringspost, slik vi oppfatter det. Det blir lite igjen til å styrke poliklinisk og ambulant virksomhet ved de ulike seksjonene. I avd sør har vi lyktes med å omstille fra døgn til dag gjennom at vi har fått beholde ressursene som ble frigjort ved omlegging, noe våre aktivitetstall viser. I denne prosessen legges det ikke opp til å benytte ressursene i størst mulig grad der endringen skjer, men overføre ressurser. Det tror vi ikke vil være praktisk gjennomførbart, og at vi i denne prosessen vil miste fagfolk.

I vårt lille land er det mange som er bekymret for økte strømpriser, renteoppgang og høye boligpriser med påfølgende lite handlingsrom for den jevne befolkningen. Det har resultert i at det nå er flere som ønsker å flytte ut av byene. Høyskole gruppen har i alle år vært sterke gode ressurser

ved de ulike DPSene utenfor Tromsø, og forholdsvis lett å rekruttere og stabilisere. Det er et faktum at spesialistdekningen er sårbar ved DPSene, men også her ser vi at det er mulig å bygge opp en god spesialistdekning, også utenfor byene. Helse Nord er tydelig på at de er opptatte av at vi må sentralisere for å få og beholde fagfolk. Det kan nok til en viss grad være riktig, men vi kan ikke legge opp til et helsevesen som tilsier at «alle» må flytte til byen for å få hjelp. Særlig ikke siden det også i Tromsø rapporteres om store rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer av alle yrkesgrupper, med påfølgende mye bruk av overtid og innleie for å kunne drifte i henhold til kravet.

Spesialistdekning kan gjøres mye gjennom digital tilstedeværelse, noe det også er satset på – som f.eks bruk av digitale løsninger opp mot konsultasjonstall. Vil det være mulig å se om vi kan få til noe mer ved bruk av digitale løsninger?

Høyskolegruppen er det lagt et betydelig samfunnsloft på for å styrke i distriktene, noe vi ser tydelig resultatet av i distriktene. I Midt-Troms ble det lagt opp til desentralisert utdanning for sykepleiere i 1992, denne er fortsatt vedvarende, og i tillegg er det også satset på vernepleiere, barnevernspedagoger og andre typer pedagogutdanninger. Dette for at det skal være bærekraftig å bo og arbeide i distriktet. Denne satsningen har gitt oss en betydelig tilførsel og stabilitet når det gjelder høyskolegruppen.

Vi styrker ikke poliklinisk og ambulant virksomhet når det ikke overføres midler. Det er litt naivt å tro at en kan få til denne styrkingen gjennom å omdisponere ressurser fra døgn til dag. I Tromsø er vår erfaring som nevnt at det er utfordrende å rekruttere personell, det være seg sykepleiere eller spesialister. I Avdeling sør er det en utfordring å rekruttere spesialister. Kan vi bruke disse ressursene der de er? Altså mer bruk av digitale løsninger knyttet til særlig leger? Psykologspesialister er det relativt god dekning på i avd. Sør.

Tanken om å legge ned døgnenheter utenfor Tromsø for å få en økt tilgang på fagfolk i Tromsø tror vi ikke vil skje. Vi tror det er stor fare for at UNN vil miste kvalifiserte og dyktige fagfolk i denne prosessen slik forslaget foreligger.

Fra døgn til dag bør vel gjelde enten pasienten bor i by eller bygd? Vi må ha døgnplasser og vi må styrke det polikliniske og ambulante tilbudet, men skal vi gjennomføre en slik styrkning må den gjelde hele klinikken.

I distriktene brukes argumentene mangel på fagfolk som argument for nedleggelse, erfaringene er som nevnt at høyskolegruppen rekrutterer vi godt på i distriktet. Vi snakker også mye om jobb glidning. Ved poliklinikken i distriktene arbeider også høyskolegruppen, godt kvalifiserte med videreutdanninger, og vi har psykologer på lisens. I Midt-Troms har vi gjort det slik at psykologspesialistene veileder disse gruppene, på den måten sikrer vi at våre pasienter får et godt spesialisert tilbud.

Det ble stilt spørsmål ved hvorfor det ikke foreslås å legge ned poliklinikken på Storsteinnes når det ellers brukes rekrutteringsproblemer som argument for nedleggelse. Rekrutterer de spesielt godt ved den poliklinikken?

## **Synspunkt på forslag om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam**

Dette er et ressurskrevende tilbud til en liten gruppe mennesker. Tiltaket støttes for å få dette ut til en større brukergruppe. I tillegg er det en opplevelse av at pasientene på medikamentfritt er en gruppe som ville vært for frisk til å legges inn på DPS. Det tilsier også at det burde være mulig å gi tilbudet poliklinisk. Vi anser det som viktig at dette konsultasjonsteamet må ambulere, de må ut og gi veiledning der det er behov for dette. Både pasienter, pårørende, behandlere og hele personalgrupper kan få veiledning.

Dersom det er pasienter som ønsker å prøve seg med mindre medisiner så er det fint at vi har et fokus på det og legger til rette for det. Et konsultasjonsteam kan bidra til å få en drøfting mellom legene ifht hva som er mulig å få til.

Det er mye fokus i samfunnet på reduksjon av medisiner, det er ikke alle som kan redusere eller være uten, men muligheten for å få til endring bør være der.

Etablere konsultasjonsteam - evaluere etter ett år. Hvor mange henvendelser har det vært.

## **Synspunkt på forslag om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR(DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering**

Vi støtter forslaget om å etablere FACT team ved samtlige av klinikkens SPHR'er, men ser at det kan bli vanskelig, da også på grunn av mangel på spesialister. Noen spesialister takler godt delte roller, ha flere arbeidssteder, men ikke alle er bekvem med den måten å jobbe på. Det er en balansegang å klare på en god måte å ivareta den enkelte spesialist opp mot behovet for spesialister, og da kanskje særlig med tanke på overleger. I tillegg må samtlige kommuner være positiv til etablering av FACT og kostnadene knyttet til det.

Etablering av FACT ved alle SPHR kan også være positivt med tanke på å ta ned behovet for tvangsinnleggelse. FACT samarbeider tett med alle enhetene på senteret, også døgnheten. Nærhet til døgn er viktig for god pasientbehandling og danner grunnlag for god samhandling rundt pasientene. Å ha lett tilgang til innleggelse ved en lokal døgnhet vil kunne ta ned behovet for eventuelle tvangsinnleggelse.

Evaluering av de syv første FACT temaene viser at etablering av FACT team kan medføre reduksjon av tvangsinnleggelse, fordi lokalt DPS benyttes til innleggelse, noe som kan medføre mindre press på sykehusfunksjonene.

**Innspill på andre måter å utforme framtidig klinisk struktur på i lys av de utfordringene klinikken står overfor for (med manglende kapasitet ved sykehusfunksjoner, mangel på personell, økende ventetider og fristbrudd) og innenfor gjeldende økonomiske ramme utforme framtidig klinisk struktur**

Vi forstår at for å gi klinikken handlingsrom må det tas ned aktivitet og tilbud, selv om vi selvsagt skulle ønske at vi fikk midler tilført. Å ta ned to DPSer i distriktet vil være sårbart, og vil kunne representere en «fare» for at vi mister ressurser i stedet for å kunne benytte de til å styrke sykehusfunksjonene.

Kan DPS sengene på Åsgård benyttes som sengeplasser i sykehusfunksjonen? Med å styrke sykehusfunksjonene vil det kanskje ikke være det behovet for bruk av tvang inne på Tromsø SPHR. Kan en da omgjøre en døgnpost i SPHR Tromsø til en intermedier sengepost? Det vil gi en større sjanse for at en faktisk får benyttet ressursene som blir frigitt i Tromsø. Vil det være mulig med tanke på lokaler og rom å etablere en sengepost på DPS i Tromsø med 15 senger?

Opptaksområdene til døgn enhetene endres slik som foreslått, med Storsteinnes til Silsand og Lyngen og Storfjord til Storslett.

Det er blitt sagt at det må endres i Tromsø til elektive innleggelse, skal ikke det gjelde alle DPS tilbudene? I avd. Sør er det ikke mange elektive innleggelse, etter at det har vært jobbet for å få til en endring fra elektive innleggelse for å håndtere de akutte. Som et ledd i arbeidet med å ta ned bruken av akutte postene så mye som mulig.

Det vises til at det er et overforbruk av senger i Tromsø, og at det er vanskelig å finne ut hva dette handler om. Burde det ikke vurderes å gå litt i dybden for å finne ut hva som er årsaken til dette?

I høringsuttalelsen, side 11 om bakgrunnen for prosessen nevnes det at Tromsø har et forbruk av tjenester som gir kapasitetsutfordringer ved SPHR Tromsø, samt skjevhet i kapasitetsutnyttelse mellom døgn i Tromsø og døgn tilbud ved SPHR utenfor Tromsø. Hvorfor er det ikke iverksatt tiltak for å sikre lik bruk av de ulike tilbudene ved alle SPHR'ene i klinikken?

I Avd Sør brukes AAT for å forebygge og forhindre innleggelse. AATene i Avd.Sør jobber gjennom ambulerende virksomhet, vurderingssamtaler, samarbeid med fastleger, legevakt, pasient og pårørende om annet tilbud fra AAT (alternativ til innleggelse) og poliklinisk oppfølging fra AAT ved behov. AAT er således et reelt alternativ til innleggelse i saker der indikasjon for innleggelse er enten lav eller uklar.



Vi er litt usikre på om alle AAT i klinikken jobber tilsvarende som AAT i avd.Sør, men kanskje er dette noe som kan sees på?

Denne måten å jobbe på mener vi gir færre tvangsinnleggelses og således også mindre bruk av sengekapasiteten i Tromsø.

Vi har til en viss grad forståelse for at det kan være et økt behov for innleggelses i en by på størrelse med Tromsø, men samtidig kan en si at nettopp det at det er en by og forholdsvis korte avstander burde gjøre det «enkelt» å jobbe ambulant og poliklinisk.

Det bør settes fokus på måten en jobber på og læring på tvers av hverandre, særlig at de som har DPS funksjon jobber noenlunde likt. Det er nok etablerte kulturer ved de ulike tilbudene -vil det være mulig å gjøre noe med det?

Det bør settes fokus på å finne frem til de gode måtene å jobbe på og sørge for at dette blir implementert i andre avdelinger.

Vedr side 23 om

Dersom en legger ned døgn vil vi få enda sykere pasienter som må legges inn akutt.

Det reageres på at det uttales at pasientene på døgn på DPS nivå ikke består av de mest alvorlig syke. Det medfører riktighet at DPS i distrikt ikke tar imot på tvang, bortsett fra TUD pasienter, men symptom bildet kan til tider være stort og komplisert med tanke på psykiatri, rus og somatikk.

Med å fjerne døgnplasser ute så fratår vi alvorlig psykisk syke uten tvang en mulighet til frivillige døgninnleggelses. De blir fratatt et adekvat tilbud, og dette kan medføre økt bruk av tvang. Selv om en skal jobbe mer ambulant og poliklinisk kan en ikke se bort ifra at en del av pasientene vil måtte bli så syke at tvang er det eneste alternativet for å få døgn plass.

Vår opplevelse er at det foregår en behandlingskultur i Tromsø som ikke samsvarer med den som praktiseres i Avd.Sør. Vi vil påstå at slike ulikheter kan være en del av problemet, og at det kan være verdt å bruke tid for å finne ut hva dette dreier seg om. Klinikken ledelse må stille krav til DPSene om å jobbe mest mulig enhetlig og likt i hele klinikken.

