

Innspill til høring «Tiltak for bærekraft i Helse Nord»

Fra ressursgruppe 2 Psykisk helse og rus

1 Oppsummering

Ressursgruppe 2 Psykisk helsevern og rus mener delrapport om funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB foreslår tiltak som bærer preg av å være for lite utredet og vurdert med tanke på risiko og konsekvenser for bærekraft, både økonomisk, bemanning- og kapasitetsmessig. Dette kommenteres også av arbeidsgruppen selv i rapporten s.6:

“Den stramme tidslinjen har blitt grundig diskutert i arbeidsgruppen og har vært til hinder for å få drøftet alle aktuelle problemstillinger. Det har ikke vært mulig å gjøre grundige vurderinger av gode kvalitetsforbedringsforslag, som f.eks. felles regional vurderingsenhet for TSB eller omstillinger av områder med stor faglig variasjon. Tidsbegrensningen har satt begrensninger for prosessen, muligheten til å innhente nye data og påfølgende analyser”.

Ressursgruppen mener det er utfordrende å gi en uttalelse om struktur og innretning av psykisk helsevern på Helgeland så lenge vi ikke vet øvrig struktur på det akutte og elektive somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset. Psykisk helsevern er i noen grad avhengig av tilgjengelighet i somatikk, spesielt for innlagte pasienter. Noen av våre tilbud kan vi ikke videreføre uten relativt nær tilgjengelighet til tjenester i somatikk. Dette vil føre til et dårligere behandlingstilbud, lengre ventetid og lengre reisevei for flere av de dårligste pasientene.

Arbeidsgruppens rapport beskriver dagens situasjon innen psykisk helsevern og TSB på en lite nyansert måte. Det er nærmest utelukkende fokusert på kapasitet i UNN og NLSH, og i for liten grad fokusert på hvordan utnytte den totale kapasiteten i regionen. Bortsett fra kapasitetsutfordringene knyttet til sikkerhetspasientene, er det ikke noe som haster i form av at tilbudene er dårlige eller at det vil spare penger å gjøre grep nå. Den sentrale utfordringen synes å være at de store sykehusene ikke klarer å ivareta de sykeste pasientene tilstrekkelig, pga utfordringer med bemanning og rekruttering.

Ressursgruppen kjenner seg i liten grad igjen i beskrivelsen av situasjonen i Helgelandssykehuset, som premiss for forslaget om å flytte døgnenhet fra Mosjøen til Mo i Rana og redusere antall senger. Når det gjelder ventetid og fristbrudd ligger Helgelandssykehuset relativt godt an sammenlignet med andre foretak i Helse Nord. Helgelandssykehuset ligger i underkant av landsgjennomsnittet når det gjelder innleggelse innen kategorien psykisk helsevern, dette må hensyntas i dimensjoneringen.

Det er gruppens samlede oppfatning at forslag om å legge ned døgnavdeling for voksne i Mosjøen og redusere antall senger totalt sett, setter mye på spill. Det er vanskelig å forutse omfanget av konsekvenser dette kan føre med seg. Arbeidsgruppe 2 foreslår også nedbygging av 16 TSB-sengeplasser i Helse Nord-området. I forslaget om å redusere antall døgnplasser innen TSB i Helse Nord finner vi ingen faglige argumenter eller forskningsrapporter som underbygger et slikt tiltak.

Oppsummert har ressursgruppen en felles forståelse av at alternativet som foreslås vil gi konsekvenser på behandlingstilbud, bemanning, spesialiseringsforløp for både leger og psykologer, og økonomi som i meget liten grad er utredet. Dette kommer tydelig til syne gjennom ROS-analysen som er gjennomført og som er kommentert lengre ned i høringssvaret, hvor flere sentrale områder

er vurdert til rød (høy risiko). De fleste av disse områdene er direkte knyttet til pasientenes behandlingstilbud.

Når delrapporten foreslår styrking av det polikliniske tilbudet bør dette konkretiseres nærmere gjennom å beskrive hva som bør legges vekt på, både med tanke på kompetanse og fagområder innen både psykisk helsevern og TSB. Det er åpenbart for ressursgruppen at en oppgavedeling i regionen der DPS-ene i større grad kan avlaste sykehusavdelingene i Tromsø og Bodø vil være et bedre grep for å bøte på problemene. Bruk av DPS-senger er også billigere enn å bruke sykehussenger der dette ikke er helt nødvendig.

Ressursgruppen vil videre vise til styresak 64-2022 der styret i Helse Nord ba om at det ble utarbeidet en felles regional strategi for hvordan utfordringene med bemanning/rekruttering, kapasitet og organisering av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB kan møtes i årene som kommer. Det var planlagt, og styrebehandlet, et større arbeid knyttet til gjennomgang av psykisk helsevern og TSB i Helse Nord, som skulle munne ut i en delstrategi for fagområdet. Mandat for arbeidet ble lagt fram for styret høsten 2022. Forventet oppstart var oktober/november 2022 og forventet overlevering av styresak med utarbeidet delstrategi innen desember 2023. Det er ukjent hva som var grunn for at dette arbeidet ikke ble fullført. Med de områder som ble beskrevet i denne styresaken er det hevet over tvil at det hadde foreligget et langt bedre grunnlag for beslutninger enn tilfellet er nå.

Forslag om sentralisering og argumenter for at det er det beste for pasientene lokalt og for fagmiljøet, treffer i liten grad et samlet fagmiljø innenfor psykisk helse og rus i Helgelandssykehuset.

2. Vurdering

Utgangspunkt for vurderinger er arbeidsgruppe 2 sitt alternativ 2, beskrevet i delrapport (s.37):

“Alternativ 2 for Helgelandssykehuset samler døgnaktiviteten ved DPS i Mo i Rana og utvider med en ekstra døgnenhet (9+9 plasser). Hensikten er å bygge et robust og fleksibelt fagmiljø, med færre lokasjoner med døgntilbud som krever bemanning gjennom døgnet. Med to døgnposter på samme sted kan det bygges opp et forsterket tilbud som er rustet både til å tåle mer variasjon i fravær, samtidig som tilbudet kan utvides til å romme pasientgrupper med ulike behov. For å styrke tilbudet ved DPS, foreslår Helgelandssykehuset å:

- *Samle DPS-døgnbehandling i Mo i Rana (9+9 plasser)*
- *Styrke poliklinisk tilbud ved alle lokasjoner for poliklinisk tilbud for psykisk helsevern for voksne (VOP)*
- *Styrke tilbudet ved alle lokasjoner for poliklinisk tilbud for psykisk helsevern for barn og unge (BUP)*

For å frigjøre midler foreslås å:

- *Legge ned døgnenhet ved DPS i Mosjøen (14 plasser)”*

2.1 Tilbudet til pasientene

Diskusjonen i arbeidsgruppa fokuserer på hvordan forslaget vil påvirke kvaliteten, likeverdigheten og tilgjengeligheten til helsetjenester for pasientene på Helgeland. Bekymringer om økt reisevei, tap av spesifikke pasienttilbud og konsekvensene for sårbare pasientgrupper har blitt diskutert.

Ressursgruppen har vurdert hvordan tiltak foreslått av den regionale arbeidsgruppen vil oppfylle prinsippet om likeverdige helsetjenester og behovet for tydeligere definisjoner av begreper som “tilstrekkelig dimensjonert” og “forsvarlige helsetjenester”.

2.1.1 Psykisk helsevern for voksne

I delrapporten er det en overvekt av diskusjon og prioritering av de mest alvorlig syke pasientene, og som skal få sitt behandlingstilbud i sykehus, men det må ikke skapes et inntrykk av at alvorlig syke pasienter bare behandles i UNN og NLSH. Den største andelen alvorlig syke behandles lokalt, selv om pasienter som av ulike grunner må være i akuttpost eller sikkerhetspost må være innlagt i sykehusavdeling. Det er dog et mindre antall sett i forhold til antall pasienter med alvorlige lidelser som behandles i lokale DPS, både poliklinisk og innleggelse. Rapporten foreslår at man legger ned 5 DPS døgnplasser i Helgelandssykehuset for å styrke tilbudet til de polikliniske pasientene.

I psykisk helsevern skal vi ha som målsetting at så mange pasienter som mulig skal få tilbud om frivillig behandling, både poliklinisk og innleggelse. Helgeland har historisk hatt et lavt antall pasienter behandlet på tvunget vern. Tjenesten har vært i utvikling, og døgntilbudene har utviklet seg i takt med økt rekruttering til faget. Døgnavdelingen i Mosjøen var opprinnelig sanatorium drevet som en privat stiftelse, men ble overtatt av Nordland fylkeskommune i 1986. I forbindelse med opptrappingsplan for psykisk helsevern ble tilbudet utviklet og modernisert. Tilbudet ble utvidet til også å omfatte alle innbyggerne på hele Helgeland i første halvdel av 1990-tallet. Døgnavdelingen i Mo i Rana ble etablert i 2005 som følge av nedleggelse av Ytteren psykiatriske sykehjem som også var et fylkeskommunalt tilbud.

HSYK har tradisjonelt brukt forholdsvis færre døgnplasser i NLSH enn beregnet og sammenlignet med for eksempel Finnmarkssykehuset. Det tette samarbeidet innen psykisk helsevern som har vært på Helgeland, lenge før foretaksmodellen ble innført, mener vi har hatt stor betydning for forbruksmønsteret.

Ved en eventuell redusering i antall døgnplasser kan det være fare for at terskelen for innleggelse øker og bruk av tvang dermed også øker. I tillegg vil det kunne føre til forlengede liggetider i akuttpost fordi pasientene blir dårligere og kapasiteten i HSYK går ned. En viktig forutsetning for en god sammenhengende behandlingsskjede er tilstrekkelig kapasitet til å kunne gi behandling på riktig omsorgsnivå, og unngå at pasienter må innlegges på akuttpost. Slike innleggelse kan oppleves skremmende for pasienter som ikke er i absolutt behov av akuttinnleggelse, og det er kostnadskrevene plasser. Økt trykk på akutt plasser fører også til et dårligere tilbud til den enkelte pasient som er i behov av behandling i akuttavdeling.

I dag drar man veksler på kompetansen mellom døgnavdeling for barn/unge og voksen i Mosjøen, noe som blir vanskelig hvis den ene avdelingen flyttes. Et konkret eksempel er det nyoppstartede tilbudet for mor og spedbarn knyttet til svangerskapsdepresjon som er et unikt tilbud i Helse Nord inspirert etter Orkdalsmodellen utviklet i St. Olavs hospital, Nidelv DPS Orkdal. Det nye tilbudet har også knyttet til seg følgeforskning som vil gi verdifull kunnskap om feltet. Dette tilbudet bygger på nettopp denne vekselvirkningen av kompetanse på tvers av avdelingene, og at det er en fysisk nærhet mellom avdelingene. Dette tilbudet i Mosjøen vil ikke kunne videreføres ved nedleggelse av døgnavdeling for voksne.

Det kan se ut som om foreslått alternativ har sitt utgangspunkt i hvor "skoen trykker" for UNN og NLSH, og det er vår vurdering at det fremkommer i liten grad at situasjonen på Helgeland og i Helgelandssykehuset er en annen.

2.1.2 Barn og unge

Det polikliniske tilbudet til barn og unge skal ifølge forslaget styrkes, men det er beskrevet lite konkret om hvordan. Derimot er det grunn til å tro at døgntilbudet for barn og unge i Mosjøen vil få uheldige konsekvenser ved flytting av døgn voksen Mosjøen til Mo i Rana.

2.1.3 Rusbehandling og TSB

Arbeidsgruppe 2 foreslår nedbygging av 16 TSB-sengeplasser i Helse Nord-området. Rusbehandling og TSB er et relativt nytt fagfelt i spesialisthelsetjenesten og det er fortsatt begrenset med kunnskap og forskning som sier noe om hvilke behandlingsmetoder som gir god effekt.

I forslaget om å redusere antall døgnplasser innen TSB i Helse Nord finner vi ingen faglige argumenter eller forskningsrapporter som underbygger et slikt tiltak. Her underbygges forslaget utelukkende på sammenligning med andre helseforetak og dekningsgrad pr 1000 innbygger. Helgelandssykehuset får ukentlig forespørsler fra øvrige RHF om mulighet for bruk av Helse Nord sine plasser. Dette kan indikere at det er usikkerhet rundt hva en skal regne som riktig nivå på antall plasser.

Høringsnotatet peker samtidig på at regionen har en underdekning innen poliklinisk tilbud til målgruppen sammenlignet med andre helseforetak i landet. Man peker også på problemene med å rekruttere spesialister og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB i landsdelen.

I dag er det store forskjeller mellom tilgjengelighet til døgntilbud versus polikliniske tilbud i landets helseregioner. Helse Nord er blant regionene med flest døgnplasser i forhold til innbyggertall, men har under halvparten av landsgjennomsnittet i dekningsgrad for poliklinisk behandling (RF-TSB). Det å sammenligne bruk av døgnplasser i TSB mellom Helse Nord, Helse øst, vest og midt, som har bygd ut sine polikliniske tilbud over tid med god og riktig kompetanse vil etter vår mening være lite fornuftig. Nettopp mangelen på kompetanse og utbygging av polikliniske tilbud innen TSB i Helse Nord gjør at vi har behov for institusjoner som kan benyttes av de pasientene som har behov for god tverrfaglig oppfølging over tid.

Videre er det usikkerhet i pasientpopulasjonen når det kommer til hvordan den vil utvikle seg i fremtiden. Det er en økning i rusbruk blant unge, det er forespeilet mørketall både på medikamentavhengighet i somatikken og når det kommer til antall alkoholavhengige. I tillegg er det også forespeilet en økning i antall eldre som kommer til å være i behov for behandling av avhengighetsproblematikk.

Gjennom avviklingen av fritt behandlingsvalg (jan.2023) ble antall senger helseforetakene kunne benytte, redusert. En ytterligere reduksjon vil kunne føre til mindre valgmuligheter, lengre ventetider, fristbrudd og potensielt flere kjøp av plasser fra HELFO.

Som vist i høringsnotatet er den polikliniske aktiviteten i TSB betydelig lavere i Helse Nord enn i de andre helseregionene. Helse Nord har siden 2015 bevilget ekstra midler for å styrke tjenesten. Tall fra 2016 viser imidlertid at veksten i de andre helseregionene er like sterk som veksten i Helse Nord og ulikhetene er derfor mer eller mindre uendret.

Ifølge regional fagplanen for TSB, vil

“(…)poliklinisk TSB, selv etter en betydelig utbygging, bestå av små polikliniske team. Mange av disse vil også være tilknyttet DPS-er, hvor hoveddelen av aktiviteten foregår på et annet fagfelt. En overordnet samordning og utvikling av poliklinisk TSB på helseforetaksnivå er avgjørende for å gi bedre kvalitet og mer robuste tilbud. Hvert helseforetak bør derfor utpeke en ruspoliklinikk som ivaretar veiledning og faglig støtte til øvrige team i eget helseforetak”.

I Helse Nord tilbys spisskompetanse i TSB ved noen av våre poliklinikker. Egne døgntilbud for TSB er nødvendig for å kartlegge uavklarte tilstander og gi behandling som ikke kan gjennomføres poliklinisk

eller ved lokale DPS. I høringsutkastet foreslåes det å omstille døgnbehandling der kapasiteten er over nasjonalt gjennomsnitt og styrke det polikliniske tilbudet i TSB. Denne satsningen bør komme i gang i god tid før man eventuelt går til det skrittet å redusere antall sengeplasser i regionen.

Skulle det likevel besluttes å redusere antall senger i TSB, bør man ha en god prosess i forkant. Dette for å få et grunnlag til å si noe om hvilke plasser som skal reduseres. Mangfold i behandlingsmodeller vil være en suksessfaktor for å møte de ulike behovene pasientene våre har. Rusbehandlingstilbud må reflektere behovene til pasientgruppen og ikke utelukkende behovene til helseforetakene.

Det faglige innholdet i TSB er basert på ulike tilnærminger, blant annet 12- trinnsbehandling, kognitiv- og mentaliseringsbasert behandling og fellesskapet som metode, mens avrusningsplassene har medikamentelle, miljøterapeutiske og motivasjonsrettede tilbud. Det er vanskelig å definere en standard for behandling på grunn av manglende kunnskapsgrunnlag, men disse metodene vurderes å være i tråd med anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje

2.2 Hvordan dekker forslaget bemanningsbehovet i Helgelandssykehuset, og hvilken betydning kan endringene ha for utdanning av helsepersonell?

Ressursgruppen har diskutert i hvilken grad forslaget påvirker bemanningssituasjonen i Helgelandssykehuset, både når det gjelder stabilisering av eksisterende fagmiljø og behov for rekruttering. Bekymringer om tap av kompetanse og svekkelse av fagmiljøer har blitt adressert, sammen med tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse på sikt.

Fagmiljøet i Helgelandssykehuset har blitt bygget opp over tid og representerer i dag et velfungerende tjenestetilbud. Det tar tid å bygge opp et fagmiljø, og denne tiden virker det ikke som forslaget har tatt inn over seg.

Nedleggelse av døgnenheten i Mosjøen og flytting til Mo i Rana vil i første omgang bidra til å destabilisere fagmiljøet i Mosjøen. Altså vil fjerning av døgntilbudet påvirke stabiliteten også for andre ikke direkte berørte enheter og tilbud i Mosjøen da de ulike fagområdene og tilbudene vekselvirker med hverandre. I neste ledd vil dette kunne gi konsekvenser for fremtidig rekruttering til Mosjøen, all den tid fagmiljøets størrelse også påvirker rekrutteringsevnen. Utdanningstilbudet for leger og psykologer vil svekkes. Konkret vil man ikke lenger kunne tilby helhetlige lokale utdanningsforløp for psykologer i spesialisering i Mosjøen, slik vi gjør i dag. Muligheten for å tilby praksis til psykologistudenter vil også svekkes. Helgelandssykehuset tar imot flere psykologistudenter som skal ut i sine praksisforløp på 20 uker. Det har vært viktig og nødvendig å kunne tilby praksis ved flere enheter i klinikken. Det gjør at den enkelte student får en bredere og mer variert praksis ved at det ikke er for mange studenter i samme enhet. Å kunne tilby praksisplasser for psykologistudenter har vært en særdeles viktig rekrutteringsarena for Helgelandssykehuset, som for de fleste andre foretak.

Forslaget i alternativ 2 er et signal om å styrke fagmiljøet i Mo i Rana. Dette vil sannsynligvis også styrke rekrutteringsevnen, men det er viktig å være innforstått med at dette vil ta tid og interimfasen medfører risiko for økte kostnader til innleie, lengre ventetider og flere fristbrudd. En bør derfor forvente at endringen i første omgang vil skape et rekrutteringsbehov til Mo i Rana. Det er lite i dag som tilsier at personell bosatt i Mosjøen er interesserte i å flytte, evt. pendle, til Mo i Rana. For å dekke opp for vakante stillinger, må en derfor regne med bruk av overtid og innleie hvis en skal holde ventelistene nede og unngå fristbrudd, som har en betydelig økonomisk konsekvens. Økt pasientvolum i kombinasjon med for få personellressurser vil kunne skape økt belastning på

eksisterende personell, og en slik situasjon over tid vil også kunne virke destabiliserende på fagmiljøet i Mo i Rana.

Tabell 1: Oversikt årsverk Døgnavdelingen Voksne Mosjøen og Mo i Rana pr. 01.04.24

Stillingskode	Mosjøen		Mo i Rana	
	Person	Årsverk	Person	Årsverk
Ass. Enhetsleder	1	0,8	1	1
Enhetsleder	1	1	1	1
Klin. Barnevernspedagog	1	1		
Hjelpepleier			2	1,5
Spes. sosionom			1	1
LIS 2-3	1	1	1	1
Sykepleier	10	7,84	9	7,98
Psykiatrisk Sykepleier	10	8,2	7	6,15
Vernepleier	3	1,83		
Overlege	1	1	1	1
Psykolog	1	1		
Psykologspesialist	3	2,8	1	1
SUM	32	26,46	24	21,63

Tabellen viser at begge døgnavdelingene har dekket sine budsjetterte stillinger med fast ansatt personell, både innen spesialistgruppen og øvrig personell. I dette inngår også samarbeidsprosjektet med døgn barn/unge rundt svangerskapsdepresjon.

2.3 Hvordan sikrer alternativet økonomisk bærekraft i Helgelandssykehuset?

Ressursgruppen har diskutert hvilke økonomiske effekter forslagene i alternativ 2 vil kunne gi. Teorien gir forventninger om stordriftsfordeler, og selv om begreper som *robust*, *fleksibel* og *stabil* benyttes for å beskrive ønsket effekt på enkelte bestanddeler i tjenestetilbudet, vet vi at helheten kan være skjør. Fjerner man et tilbud får det erfaringsmessig flere konsekvenser enn de åpenbare.

Å flytte døgnavdelingen fra Mosjøen til Mo i Rana vil kreve bygningsmessige investeringer. Døgntilbudene må være lokalisert sammen for at en skal kunne hente ut "stordriftsfordeler". Situasjonen i dag er at det ikke finnes areal som dekker behovet ved en sammenslåing av tilbudet. Det er ikke beskrevet hvordan dette skal løses/finansieres.

I en interimsfase med uviss varighet, har vi sagt at bemanningssituasjonen trolig vil bli en større utfordring enn hva som er beskrevet i rapporten fra arbeidsgruppe 2. Selv om intensjonen ser ut til å være å styrke fagmiljøet i Mo i Rana og sånn sett bidra til økt rekrutteringsevne, har vi erfaring for at det tar tid å bygge opp et robust fagmiljø. Og i mellomtiden vil innleiekostnader og bruk av variabel lønn øke. Den økonomiske gevinsten av sammenslåingen tror vi derfor vil la vente på seg, om det i det hele tatt vil være en gevinst. Dette vil ha betydning for styrkingen av poliklinikker som er beskrevet i rapporten som en gevinstrealisering.

Ved å fjerne døgnavdeling for voksne i Mosjøen, vil det også bli dyrere å drive døgnavdelingen for barn i Mosjøen. Samarbeid mellom døgn BU og døgn Voksen vil endres hvis døgn voksne flyttes til Mo, og det vil ikke være mulig å drive like kostnadseffektivt som i dag. Et eksempel på dette er legemiddelhåndtering der avdelingene samarbeider rundt sykepleierressurs i perioder med knapphet.

Det sykepleiefaglige miljøet vil også innsnevres hvis det bare er døgnavdeling for barn og unge som skal bestå i Mosjøen, og utdanning og rekruttering vil vanskeliggjøres.

Det argumenteres med at Helse Nord har flere TSB døgnplasser enn landet for øvrig, og en trekker en konklusjon og at Helse Nord dermed har for mange. Dette er meget usikre antagelser som ikke kan være sikker på er riktig. En konsekvens av å redusere antall TSB senger vil potensielt være behov for kjøp av flere plasser fra HELFO, noe som bidrar til økte kostnader.

2.4 Vurderinger av eventuelle forutsetninger for implementering av foreslåtte endringer, som ikke er tilstrekkelig belyst i saken.

I forslaget om nedlegging av Døgnenhet for voksne i Mosjøen beskrives det at man ved flytting til Mo i Rana vil kunne etablere en «DPS-enhet som kan gi behandling til en pasientgruppe som tidligere har måttet reise til Bodø for behandling». Det er ikke videre belyst hvilken type tilbud som skal etableres og hvilke pasientgrupper det gjelder. Det fremgår heller ikke om dette skal gå på «bekostning» av de ni elektive døgnplassene som foreslås bygget opp. Det er uklart hvorvidt det foreligger planer, eller er diskutert, om behandlingstilbud som mangler i Helgelandssykehuset.

Uten at det er konkret nevnt i rapporten er tilbudet ved regional enhet for spiseforstyrrelser redusert. Dette er den pasientgruppen med høyest dødelighet innen psykisk helsevern. Det forventes at de lokale tilbudene skal ivareta disse i større grad. Vi har sett en økning på disse problemene etter pandemien. Helgelandssykehuset har mottatt informasjon fra regional enhet for spiseforstyrrelser om at pasienter som søkes innlagt frivillig der først skal innom døgntilbud i DPS. I forkant av denne beslutningen som NLSH har tatt har det ikke vært diskusjoner med Helgelandssykehuset hvordan dette skal gjøres og evt. konsekvenser av en slik beslutning. Lignende tilbakemelding har vi fått for området alderspsykiatri der det også forventes at pasientene skal innom DPS før henvisning dit. Om disse endringene er kjent for Helse Nord RHF er vi ikke kjent med. Dette er uansett endringer som har betydning for dimensjoneringen av døgntilbudet i Helgelandssykehuset, og som må tillegges vekt. Rapporten nevner heller ikke hvordan tilbudet til pasientgruppen som får døgntilbudet sitt redusert, påvirkes. I forslaget som innebærer flytting av døgntilbudet fra Mosjøen til Mo i Rana og en nedskalering av senger fra 14 til 9, fremstår det noe uklart om dette er et mål i seg selv, eller om det er aktuelt bare hvis flyttingen gjennomføres. Når det gjelder brukerstyrte innleggelse, som er et tilbud til de alvorlig syke, er det ikke belyst hvilken kapasitet nytt tilbud på Mo i Rana kan ha for disse pasientene, tatt i betraktning reduksjon på 5 plasser. Det er også vanskelig å se for seg hvordan et slikt tilbud praktisk skal kunne organiseres for pasienter med lang reisevei.

Det heter i alternativ 2 at det polikliniske tilbudet i BUP og VOP skal styrkes, men det er ikke videre belyst *hvordan* det tilbudet skal styrkes. Der et også formulert at det polikliniske tilbudet innen TSB skal styrkes. Slike behandlingstilbud skal omfatte sosialfaglig, medisinskfaglig og psykologfaglig kompetanse. Krav om en slik tverrfaglighet er ikke gjeldende på samme måte inn psykisk helsevern og kan bli underordnet i en felles poliklinisk tjeneste, slik det i stor grad er i de mindre poliklinikkene i Helse Nord og på Helgeland.

Arbeidsgruppe 2 har vurdert konsekvensen av økt reisevei for pasienter som benytter døgntilbudet i Mosjøen som *lav*. Det er verken godt nok belyst eller vurdert hvilke konsekvenser nedleggelse medfører for de ulike pasientgruppene.

Ifølge delrapporten forutsetter arbeidsgruppen *ikke* at personell i enheter som legges ned blir værende i samme foretak. Konsekvensen av å miste et helt fagmiljø synes ikke adressert. Risikoen for at ny struktur ikke lar seg bemanne er ikke godt nok vurdert lokalt.

Det er videre påpekt behovet for mer informasjon om hvordan tiltaket er planlagt gjennomført, da det vil ha store implikasjoner for hvordan bemanning og kapasitet vil være i en interimsfase.

Vurdering av risiko for å gjøre feilbedømming" opp mot det fremtidige behovet i populasjonen, basert på her-og-nå-situasjon som kommer av nåværende demografi mener ressursgruppen at mangler. 10-20 år frem i tid vil vi ha eldre populasjon på Helgeland og denne populasjonen kan ha andre behov for helsetjenester, for eksempel mener vi at behovet for døgntilbud for differensialdiagnostiske vurderinger mellom degenerative nevrologiske tilstander og psykiske lidelser vil øke. Da kan tilgjengelighet til tjenester og reisevei bli viktigere, og hva betyr dette for "risiko for å skape dårligere totaltilbud til befolkningen på Helgeland"?

Det reageres på at rapporten "funksjons og oppgavedeling" sier at "fagmiljøene i regionen må være tilstrekkelig dimensjonert for å kunne yte forsvarlige tjenester", uten at "tilstrekkelig dimensjonert" og "forsvarlige helsetjenester" er definert. Rapporten sier ikke noe om hva som ligger i dette, hva beskrivelse av behovet er pr i dag og fremtidig behov. Det står skrevet at det anbefalte alternativet "styrker tilbudet til de mest alvorlig psykisk syke ved å styrke sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø", men det skilles ikke mellom populasjonene på Helgeland, Bodø eller Tromsø. Rapporten beskriver en styrking av tjenestene samtidig som den ikke beskriver noe om at det kan foreligge risiko for redusert kvalitet på tjenestene på Helgeland, hvilket synes plausibelt gitt at det foreslås å redusere antallet sengeplasser her.

Generelt benyttes en del begreper som i liten grad defineres og avgrenses. Begreper som robust, fleksibel og bærekraft benyttes til å beskrive gevinstene av foreslåtte tiltak. For eksempel står det i forslaget at «*Hensikten er å bygge et robust og fleksibelt fagmiljø (...)*». Her burde det vært beskrevet hva en tenker er et minimum av ressurser og kompetanse for å kunne definere det som robust.

2.5 Betydning for deling av oppgaver og samarbeid om pasientforløp mellom kommuner og helseforetak.

Hvilke forventninger skal vi ha til kommunene? Innen psykisk helsevern og TSB er det en utfordring å trekke opp klare skillelinjer for hva som er kommunenes ansvar og hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar. I tillegg kan det se ut til at kravene til de minste kommunene innen dette området kan være vanskelig å oppfylle. I slike situasjoner har vi erfaring for at våre behandlere legger mer vekt på at pasienten skal få det behandlingstilbudet som er nødvendig, enn om det egentlig kan sies å være et kommunalt ansvar.

Det er et overordnet mål å redusere behovet for bruk av tvang gjennom å tilby hjelp nærmere der pasienten bor, og på et tidligere tidspunkt i forløpet. Det er ikke vurdert/risikovurdert hvordan nedleggelse i Mosjøen vil påvirke behovet for bruk av tvang.

Ved nedlegging av døgntilbudet for voksne i Mosjøen vil det føre til at en større andel av befolkningen på Helgeland må motta psykiatrisk døgnbehandling lengre unna sitt hjemsted og sine pårørende. Under behandling ved DPS døgn er det svært vanlig og ønskelig med hyppige permisjoner hjem. Pasienter fra sør må nå tåle en vesentlig lengre reisevei, og de må stå for utgiftene selv.

Brukerstyrte innleggelser har vært et tilbud for de alvorligst syke pasientene i mange år. Opprettelse av slike tilbud var et krav fra myndighetene. Lengre reisevei vil gjøre det ytterligere komplisert for disse pasientene å få tilgang på et slikt lavterskeltilbud. Det kan føre til at pasienter istedet blir hjemme inntil de er for dårlige for et frivillig tilbud og dermed må innlegges i akuttavdeling. Dette vil gi økt press på akuttpostene, økt opplevelse av lidelse for pasienter og økt belastning for kommunene.

Utvikling av større bredde i tiltaksapparatet kommunalt og lokalt avhjelper døgnbasert TSB, sikrer at pasienter som har behov for døgnbasert TSB blir innlagt, og at pasienter som er innlagt får bedre oppfølging etter innleggelser slik at behandlingseffekten styrkes. Det er derfor viktig å utvikle døgntilbudet slik at det ivaretar en funksjon som effektiv støtte når øvrige tjenester ikke er tilstrekkelig. Behov for lange sammenhengende døgnopphold vil trolig reduseres, men pasienter som har behov for det, skal fortsatt ha god tilgang til slike behandlingstilbud.

2.6 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen fagområdet, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Ser en på det som fremstår som hovedutfordringen for psykisk helsevern og rus i Helse Nord, er det kapasiteten ved UNN og NLSH. Vi ser at utfordringene de står i, har konsekvenser for Helgelandssykehuset, men vi har ikke hatt innsikt eller innflytelse i hvordan de har jobbet med sine utfordringer. Rapporten beskriver i liten grad hvilke funksjoner som eventuelt kan flyttes ut fra sykehus og til DPS, samtidig som ulike enheter i Nordlandssykehuset gir tilbakemelding til Helgelandssykehuset om å ta imot flere pasientgrupper. Som beskrevet har det altså skjedd endringer i funksjons- og oppgavedeling som ikke er beskrevet i rapporten.

Det er åpenbart for ressursgruppen at en oppgavedeling i regionen der DPS-ene i større grad kan avlaste sykehusavdelingene i Tromsø og Bodø vil være et bedre grep for å bøte på problemene. Bruk av DPS-senger er også billigere enn å bruke sykehussenger der dette ikke er helt nødvendig.

For ansatte i Klinikk psykisk helse og rus i Helgelandssykehuset kan det oppleves som at løsningen på mangel av sikkerhetssenger har ført til at hele DPS-strukturen må gjennomgå store omstillinger uten at det har vært gitt rom for å se på hvordan vi kan løse enkeltutfordringer. Det er vår oppfatning at DPS-ene kan gjøre mer innenfor eksempelvis alderspsykiatri, spiseforstyrrelser og psykooseproblematikk hvis vi kan drøfte og løse utfordringer sammen.

3.0 ROS-analyse

Ressursgruppa har gjennomført 2 møter samlet for å gjennomføre en ROS-analyse på det konkrete forslaget om å flytte døgnavdelingen fra Mosjøen til Mo i Rana, samtidig som totalt antall senger reduseres. Gruppen har valgt å ta utgangspunkt i den samme systematikken som nettverket i HN benytter med følgende inndeling av risikoområder:

1. Brukeren av tjenesten
2. Behandlingstilbud
3. Bemanning
4. Kapasitet
5. Organisatoriske forhold
6. Økonomi

For risikoområde 1 "Bruker av tjenesten" har gruppen pekt på følgende trusler:

- I. Dårligere totaltilbud
- II. Økt bruk av tvang
- III. Dårligere involvering av pårørende i behandling
- IV. Bruk av permisjoner for pasienter i behandling blir dårligere pga lengre fysisk avstand.
- V. Lengre reisevei for pasient vil føre til høyere terskel for innleggelse.
- VI. Brukerstyrte tilbud reduseres

- VII. Pasienter ikke vil motta behandling øker.
- VIII. Pasienttilfredsheten går ned.
- IX. Økt ventetid elektive innleggelser

I gjennomgangen blir følgende områder definert som rødt:

- Totaltilbudet for pasientene
- Brukerstyrt tilbud reduseres eller avvikles
- Økt ventetid ved elektive innleggelser

For risikoområde 2 "Behandlingstilbudet" har gruppen pekt på følgende trusler:

- I. Reduksjon i antall senger
- II. Integriert tilbud mor-barn til mødre med svangerskapsdepresjon fjernes (Orkdalmodell - Regionalt).
- III. Brukerstyrt innleggelse av psykosepasienter blir redusert. Lavterskeltilbud av god kvalitet forsvinner
- IV. Pasienter som har vært behandlet på et høyere omsorgsnivå blir forsinket i overflytting til lavere nivå.
- V. Overføring til hjemmet blir dårligere, og evalueringen av behandlingen blir svekket. Vil komme til å føre til følgekonskvenser som vi ikke vet ennå.
- VI. Tilbudene innen alderspsykiatri blir ikke godt nok utbygd.
- VII. Geografisk ulikhet i behandlingstilbud.

Følgende områder er definert som rødt:

- Reduksjon i antall døgnplasser
- Integriert tilbud ved svangerskapsdepresjon
- Brukerstyrte innleggelser for psykosepasienter
- Tilbud innen alderspsykiatri

For risikoområde 3 "bemanning" har gruppen pekt på følgende trusler:

- I. Fare for å miste stabil bemanningsgruppe i MSJ
- II. Stor usikkerhet for at bemanning følger flytting av behandlingstilbud
- III. Økt arbeidsbelastning på bemanningsgrupper MIR. Rekrutteringutfordringer.
- IV. Flere HMS utfordringer og brudd

Følgende områder er definert som rødt:

- Fare for å miste stabil bemanningsgruppe
- Stor usikkerhet for at bemanning følger flytting av behandlingstilbud

For risikoområde 4 "kapasitet" har gruppen pekt på følgende trussel:

- I. Økte ventetider elektive pasienter. Dette er definert som rødt

For risikoområde 5 "organisatoriske forhold" har gruppen pekt på følgende trusler:

- I. Redusert tilbud og kapasitet i Helgelandssykehuset vil gi økt belastning Nordlandssykehuset. Særlig akutte pasienter. Mangel på fleksibilitet.
- II. LEON prinsippet blir ikke understøttet

Følgende område er definert som rødt

- Redusert tilbud og kapasitet i Helgelandssykehuset vil gi økt belastning på Nordlandssykehuset

For risikoområde 6 "økonomi" har gruppen pekt på følgende trusler:

- I. Økte personellkostnader knyttet til rekruttering. I en overgangsfase.
- II. Økte byggekostnader for HSYK, pga. manglende kapasitet MIR

III. Økte kostnader til videreutdanning og spesialisering av nytt personell. Både på kort og lang sikt.

Ingen av de definerte risikoområdene er definert som rød, men økte byggekostnader må vel kunne sies å ligge i grenseland til rødt. Uten at det er tatt med som en risiko under område økonomi må det kommenteres at om vi får økte ventetider, og dermed fristbrudd, for elektive pasienter vil dette kunne generere økte utgifter.

Oppsummert er fargene innenfor hvert risikoområde noe «branngult», noen få trusler har fått lavt risikonivå. Felles for de risikoområder som er definert som røde er at de i stor grad er vurdert å ramme de pasientgruppene som vi innen fagfeltet vil definere som de sykeste, eller blant de gruppene som regnes som kronikere eller svake pasientgrupper. Dette er pasienter som vi skal prioritere og som har krav på tilbud i spesialisthelsetjenesten. Som en ser for risikoområde 5 vil disse endringene kunne gi uheldige konsekvenser for kapasiteten innen akuttområdet i sykehusene.