



Møtedato: 21.02.2024

Vår ref.:

2024/923-2

Saksbehandler:

Ingrid Lernes Mathiassen

Dato:

26.01.2024

## **Styresak 16-2024      Orienteringssaker til styremøte 21.02.2024**

### **Forslag til vedtak**

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar sakene til orientering:

1. Kvalitet og pasientsikkerhet- pasienthistorie – *mundlig*
2. Psykisk helseteam i somatikk - *mundlig*
3. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
4. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF – *skriftlig*
5. Statusrapport interne revisjoner UNN, årlig rapport for 2023 – *skriftlig*
6. Rapport fra arbeidet med Fremtidig klinisk struktur Psykisk helse- og rusklinikken – *skriftlig*
7. Orientering om Tromsø kommunale legevakt – *skriftlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 09.02.2024

Anita Schumacher  
administrerende direktør



Møtedato: 21.02.2024

Vår ref.:

2022/3435-6

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

07.02.2024

## Styresak 16-2024/4 Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Formål

Orienterer styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om alvorlige hendelser som er varslet til Statens helsetilsyn i siste tertial 2023.

### Bakgrunn

UNN skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

### Saksutredning

I perioden 01.09.-31.12.2023 har UNN sendt 12 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. I tillegg er det sendt ett varsel fra en pasient om forhold ved UNN. Helsetilsynet vurderte dette varselet til ikke å være omfattet av varselordningen. Flere av varslene som er meldt fra UNN er avsluttet, mens noen er under intern gjennomgang eller i saksgang med tilsynsmyndighetene.

UNN har etablerte prosedyrer for oppfølging av alvorlige hendelser. Prosedyreverket inkluderer blant annet melderutiner, vurdering av hendelsesanalyse og oppfølging av pasient, pårørende og involvert helsepersonell.

Av de 13 varslene som er sendt til Statens helsetilsyn i perioden 01.09.-31.12.2023 er det ikke funnet grunnlag for videre tilsynsmessig oppfølging i 5 av sakene. For de øvrige hendelsene meldt fra UNN pågår saksbehandling. Det er gjennomført forenklet hendelsesanalyse eller annen strukturert gjennomgang for 10 av de meldte hendelsene.

7 av hendelsene som er varslet fra UNN har funnet sted utenfor sykehus, men pasientene har på ulik måte stått i kontakt med UNN på hendelsestidspunktet.

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

## Vurdering

UNN har etablerte rutiner for varsling av alvorlige hendelser i tråd med gjeldende regelverk.

UNN varsler alvorlige hendelser og gjennomgår alvorlige hendelser for å finne forbedringsområder.

Tromsø, 09.02.2024

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

## Vedlegg

- Oversikt § 3-3a meldinger til Statens helsetilsyn

## Vedlegg – Oversikt over § 3-3.a meldinger til Statens Helsetilsyn

Hendelse	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og interne forbedringstiltak
Uventet dødsfall utenfor sykehus få dager etter utskrivelse.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging, saksbehandling pågår.	Forenklet hendelsesanalyse (HA) er gjennomført. Oppfølging av ulike forbedringstiltak pågår herunder gjennomgang av rutiner for varsling mellom ansvarlige vaktrekker.
Uventet dødsfall utenfor sykehus	Død	Ja	Statsforvalter har avsluttet saken.	Dokumentgjennomgang viser at rutiner ved sykehuset er fulgt.
Uventet dødsfall utenfor sykehus	Død	Ja	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging, saksbehandling pågår.	Dokumentgjennomgang er gjort.
Uventet dødsfall under innleggelse.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging. Obduksjonsrapport er etterspurt av SF.	Forenklet HA gjennomført. Blant oppfølgende tiltak er internundervisning og kvalitetssikring av nyansatteopplæring.
Akutte magesmerter/obstipasjon. Uventet dødsfall, hjerteinfarkt.	Død	Ja	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging, saksbehandling pågår.	Forenklet HA gjennomført. Oppfølgende tiltak inkluderer rutiner for debrief.
Uventet dødsfall utenfor sykehus	Død	Ja	Statsforvalter har avsluttet saken.	Hendelsen er grundig gjennomgått i fagmiljøet.
Medikamentfeil	Død	Ja	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging, saksbehandling pågår.	Forenklet HA gjennomført, gjennomgang av aktuelt tiltaksarbeid pågår.
Uventet dødsfall utenfor sykehus	Død	Ja	Saken avsluttet hos Helsetilsynet etter innledende undersøkelser.	Forenklet HA gjennomført. Oppfølging skal kvalitetssikre at anbefalte behandlingsmetoder implementeres ved alle UNNs lokalisasjoner innenfor det aktuelle fagområdet.
Meldt av pasient ved PHRK, ikke kjent med årsak.	Ukjent		Saken er oversendt til Statsforvalteren	Helsetilsynet vurderer hendelsen til ikke å være omfattet av varselordningen.
Uventet dødsfall utenfor sykehus	Død	Ja	Statsforvalter har avsluttet saken.	Forenklet HA gjennomført. Ingen oppfølgingspunkter.
Alvorlig lungeemboli, forsinket diagnostikk.	Forverring symptomer	Nei	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging, saksbehandling pågår.	Forbedring av rutiner internt i avdelingen for oppfølging av involvert helsepersonell.
Uventet dødsfall utenfor sykehus	Død	Ja	Statsforvalter har avsluttet saken.	Under intern gjennomgang
Fall fra vindu under innleggelse.	Betydelige skader	Ja	Oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging, saksbehandling pågår.	Forenklet HA planlagt.



Møtedato: 21.02.2024

Vår ref.:

2020/9729-5

Saksbehandler:

Marte Lødemel Henriksen

Dato:

24.01.2024

**Styresak 16-2024/5****Statusrapport interne revisjoner UNN - årlig rapport for 2023****Bakgrunn**

Internrevisjon er en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å avklare om aktiviteter og resultater er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift, eller sykehusets interne dokumenter. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomfører internrevisjoner både på foretaksnivå og på klinikk-/senternivå.

Styret orienteres årlig om status på internrevisjoner som er gjennomført på foretaksnivå.

**Formål**

Orienterer styret om funn og oppfølging av internrevisjoner i 2023.

**Saksutredning**

For 2023 var det vedtatt seks revisjoner på foretaksnivå. Tre av disse er gjennomført og presenteres i vedlagt styrerapport. De øvrige lot seg ikke gjennomføre som følge av sykefravær blant nøkkelpersoner og at en erfaren revisjonsleder fratrådte sin stilling i UNN.

Tre internrevisjoner er ferdigstilt:	
- R01-23 Helse-, miljø- og sikkerhet	
- R02-23 Strålevern	
- R03-23 Personalressursforvaltning	
Tre internrevisjoner er ikke gjennomført:	
- R04-23 Økonomiforvaltning	Utgikk som følge av ressursmangel. Det er i 2023 gjort andre omfattende arbeid innen tema økonomiforvaltning, eksempelvis risikovurdering av budsjett.
- R05-23 Likeverdige somatiske helsetjenester	Ikke gjennomført som fagrevisjon i 2023. Tema er forskjøvet til årsprogram 2024 og gjort om til en systemrevisjon, jf. beslutning i styresak 102-2023 Revisjonsprogram for 2024-2026 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- R06-23 Samhandling mellom tjenestenivå	Utgikk som følge av ressursmangel.

I tillegg gjennomføres internrevisjoner på klinikknivå. Revisjoner på klinikknivå inngår ikke i rapportering til styret.

## Vurdering

Gjennomføringsgraden for internrevisjonsprogrammet i 2023 var for lav på foretaksnivå. Dette skyldes i hovedsak mangel på nøkkelpersonell i form av erfarne revisjonsledere. UNN har derfor gjennom høsten 2023 og våren 2024 igangsatt flere kompetansehevende tiltak som skal sikre at revisjonsprogrammet for 2024 blir gjennomført.

Tromsø, 09.02.2024

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

## Vedlegg

- Styrerapport internrevisjon, foretaksnivå UNN 2023

## Styrerapport internrevisjon, foretaksnivå UNN 2023

### R01-23 Helse-, miljø- og sikkerhet

Elements saksnr.	2024/548
Status	Under behandling
Revisjonskonklusjon	4 avvik
<b>Internrevisjon</b>	
Melding sendt	2.10.23
Revisjonstema	Revisjonen søker å bekrefte at UNN HF etterlever krav til systematisk HMS arbeid jf. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter §5 pkt 6.
Revisjonshandling	Dokumentgjennomgang, egenrapportering, intervju
Tidspunkt for revisjonshandling	14-22. november 2023
Revisjonsgrunnlag	<p><b>Lover og forskrifter:</b>            AML kap 3,4,5,6 og 7            Forskrift om systematisk HMS arbeid (internkontrollforskriften) §5 pkt 6            Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten            Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kap 7,8,9 og 10</p> <p><b>Interne retningslinjer/prosedyrer:</b>            Vernerunde- gjennomføring PR7464            Helhetlig risikostyring i UNN RL3406            Retningslinje intern revisjon UNN- ansvar, myndighet og oppgaver RL1186            Forbedringsundersøkelsen PR56308            Uønskede hendelser og avvik UNN PR15922            HMS arbeid i UNN HF PR7468</p>
Involverte klinikker/senter	Operasjons- og intensivklinikken Akuttmedisinsk Klinik
Revisjonsrapport	9.12.24
Funn	<p><b>Avvik 1:</b> Manglende gjennomføring i å kartlegge farer og problemer og på bakgrunn av dette vurdere risiko.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er krav til at det skal gjennomføres kartlegginger for å avdekke risiko på arbeidsplassen. De metoder vi har i UNN for dette er basert på lovkrav og Nasjonale bestemmelser eks For Bedringsundersøkelsen. Avvik pga manglende oppfyllelse av: Forskrift om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) § 5 pkt 6, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kap 7, som omhandler risikovurdering</li> </ul> <p><b>Avvik 2:</b> Manglende utarbeidelse av handlingsplaner etter kartlegginger.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennom handlingsplan skal man sikre oppfølging og forbedring av de risiko man har kartlagt. Det finnes noen få handlingsplaner etter Forbedrings undersøkelsen, men også her er det svært mangelfullt. Avvik pga manglende oppfyllelse av: Forskrift om systematisk helse, - miljø, - og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) § 5 pkt 6</li> </ul> <p><b>Avvik 3:</b> Manglende opplæring av ledere i systematisk HMS arbeid, mangelfull dokumentasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det er lovkrav til at ledere skal ta en grunnopplæring i HMS arbeid, denne skal kunne dokumenteres. UNN HF har intern HMS kurs og opplæring ledere skal delta på. Avvik pga manglende oppfyllelse av: Arbeidsmiljøloven § 3-5.</li> </ul> <p><b>Avvik 4:</b> Manglende opplæring satt i system av ansatte om de risiko man eksponeres for i eget arbeidsmiljø.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avvik pga manglende oppfyllelse av: Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kap 8 som omhandler Opplæring og kap 9 som omhandler informasjon til ansatte.</li> </ul>
<b>Oppfølging</b>	
Beslutning	Revisjonen presenteres på kommende fellesmøte i Kvalitetsutvalget/Arbeidsmiljøutvalget 7.3.2024.
Ansvarlig	Ikke fremlagt for beslutning
Frist	Ikke fremlagt for beslutning
<b>Kommentar</b>	

#### 22.1.24

Karina Fredheim

Revisjonsleder

HMS-rådgiver, Lederstøtte- og organisasjonsutvikling. Personal- og organisasjonssenteret

### R02-23 Strålevern

<b>Elements saksnr.</b>	2023/9250
Status	Avsluttet etter oppfølging
Revisjonskonklusjon	0 avvik, 0 merknader, 8 anbefalinger
<b>Internrevisjon</b>	
Melding sendt	25.8.23
Revisjonstema	Revisjon søker å bekrefte at UNN HF har beskrevet system for å ivareta myndighetskrav for internkontroll av strålevern, samt at rutine etterleves.
Revisjonshandling	Dokumentgjennomgang, intervju, observasjon
Tidspunkt for revisjonshandling	9. oktober 2023
Revisjonsgrunnlag	Revisjonen er avgrenset til veileder 6 Stråleterapi - kapittel 5 yrkesmessig eksponering med undertema: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klassifisering og merking av arbeidsplassen for Brachyterapi og Linac.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transport av radioaktive kilder</li> </ul> <p>Følgende dokument ligger til grunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)</li> <li>• Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</li> <li>• Forskrift om systematisk helse miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)</li> <li>• Veileder 6 Stråleterapi fra DSA</li> <li>• Interne prosedyrer innen tema strålevern som benyttes av seksjon for stråleterapi</li> <li>• RL8493 Ansvar, myndighet og oppgaver for å sikre opplæring i UNN</li> <li>• RL8882 Obligatorisk opplæring UNN</li> </ul>
Involverte klinikker/senter	K3K Kreftavdelingen Seksjon for stråleterapi
Revisjonsrapport	3.11.23
Funn	<p><b>Det ble ikke avdekket avvik under revisjon.</b></p> <p><b>Anbefaling 1:</b> Mangel på kompetanseplaner/dokumentasjon på opplæring</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seksjonen har ikke definerte kompetanseplaner i kompetansemodulem utover de obligatoriske planene for alle ansatte UNN og HN. Opplæring dokumenteres på skjema som ligger på E: - område og utfylt skjema arkiveres i perm ifølge enhetsleder. Seksjonsleder mener de har god oversikt over kompetansen til de ansatte, men revisjonsteamet vil anbefale at dette settes i system, ved bruk av kompetansemodulem. Kanskje kan leder delegerer oppgaven til en av de ansatte.</li> </ul> <p><b>Anbefaling 2:</b> Nødprosedyre mangler versjonsnummer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosedyren, PR61216 Nødprosedyre brachy – arbeidsfordeling er lagt inn med en pdf fil, i stedet for som word-dokument. Ved utskrift av prosedyren kommer det derfor ikke med heading og versjonsnummer. For bedre dokumentstyring anbefaler revisjonsteamet at dette endres.</li> </ul> <p><b>Anbefaling 3:</b> Oppfølging av avvik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkludere strålevernkoordinator i avviksoppfølging. Det er avtalt at strålevernkoordinator settes på e-post mottakerliste, sånn at han mottar rapport etter hvert evalueringsmøte for avvik.</li> </ul> <p><b>Anbefaling 4:</b> Mer systematisk opplæring av ansatte i Docmap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledere bør sikre at de ansatte kan bruke DocMap, selv om de har eget avvikssystem. Et eksempel kan være at ansatte kjenner til hvordan de registrerer personskade.</li> </ul> <p><b>Anbefaling 5:</b> Kontroll av ADR-sertifikat til sjåfør</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble sagt under revisjonen at firmaet Elekta klargjør alle dokumenter til sjåfør for transport. Seksjonen bør ta stilling til hvordan de skal sikre at sjåfør har ADR-sertifikat.</li> </ul> <p><b>Anbefaling 6:</b> Kalibrering av automess</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det var ikke klart for de som ble intervjuet, hvem som har ansvar for å kalibrere automessen, om det var definert i noen prosedyre. Under sluttmøte ble det diskutert om det var mer hensiktsmessig å gjøre en kontroll i form av krysskalibrering.</li> </ul> <p><b>Anbefaling 7:</b> Hvem skal kontaktes ved nødsfall?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det var diskusjoner rundt dette under omvisningen i avdelingen, i tillegg var det en del ulike svar fra de spurte. Revisjonsteamet anbefaler at det er tydelig avklart hvem som kontaktes ved fravær, ferier o.l</li> </ul> <p><b>Anbefaling 8/avklaring:</b> PR38498 Kildehåndtering i brachyterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er et avsnitt i prosedyren med lys grå skrift som er uklart om skal endres eller fjernes. I tillegg bør det vurderes om tid for levering, to år tilbake er nødvendig å ha med i prosedyren.</li> </ul>
<b>Oppfølging</b>	
Beslutning	Rapporten har ikke vært oppe i Kvalitetsutvalget (KU), men er presentert på sluttmøte 16.10.23 for alle deltakere på revisjonen, klinikkssjef K3K og rådgiver K3K. Etterpå ble rapporten sendt til seksjonsleder for stråleterapi med kopi til klinikkssjef (K3K), avdelingsleder (kreftavdeling) rådgiver K3K og klinikkssjef Diagnostisk klinikk.
Ansvarlig	Ansvar for oppfølging, forbedringsarbeid og læring er tillagt ledelseslinjen.
Frist	Ansvar for oppfølging, forbedringsarbeid og læring er tillagt ledelseslinjen.
<b>Kommentar</b>	

16.01.2023

Jakob Tetlie

Kvalitetsleder, Klinisk patologi/Diagnostisk klinikk

### R03-23 Personalressursforvaltning

<b>Elements saksnr.</b>	2023/3144
Status	Avsluttet etter oppfølging
Revisjonskonklusjon	1 avvik, 5 merknader, 3 anbefalinger
<b>Internrevisjon</b>	
Melding sendt	27.3.2023
Revisjonstema	Revisjon søker å bekrefte at UNN har etablert et system for å sikre personalressursforvaltning i den enkelte organisatoriske enhet. Innhold rettes spesielt mot delegering av lederoppgaver, samt overholdelse av innkjøpsavtalen på vikarinnleie.
Revisjonshandling	Dokumentgjennomgang og intervju

Tidspunkt for revisjonshandling	28. april, 10-12. mai og 23. mai 2023
Revisjonsgrunnlag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven), kapittel 10 og 14</li> <li>• Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</li> <li>• RL9841 Ledelse i UNN</li> <li>• RL3473 Instruks for fullmakter for Universitetssykehuset Nord-Norge HF</li> <li>• RL7171 Fullmaktsmatrise for Universitetssykehuset Nord-Norge HF</li> <li>• RL10046 Retningslinjer for bemanningsplanlegging ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF</li> <li>• Personalhåndboka: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fane: Rekruttering</li> <li>○ Fane: Arbeidstid</li> <li>○ Fane: Arbeidstidsplanlegging</li> </ul> </li> <li>• Nasjonale avtaler for vikartjenester. Publisert på sykehusinnkjøp.no.</li> </ul>
Involverte klinikker/senter	Personal- og organisasjonssenteret Hjerte- og lungeklinikken Operasjons- og intensivklinikken
Revisjonsrapport	10.8.2023
Funn	<p><b>Avvik 1:</b> Manglende stillingsbeskrivelser for ledere UNN har en stillings- og funksjonsbeskrivelse som er lik for alle ledere uansett nivå (RL9841). Ifølge Personalhåndboka er klinikkleder, avdelingsleder og tilsvarende, ansvarlig for at det til enhver tid finnes oppdaterte stillingsbeskrivelser for aktuelle stillinger i enheten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Under intervjuene blir det klart at flere ledere mangler oppdatert stillingsbeskrivelse.</li> </ul> <p><b>Merknad 1:</b> En ansvarlig leder på alle nivå Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven §3-9 skal sykehus organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivå. Intern retningslinje om Ledelse i UNN (RL9841) beskriver at det i praksis betyr at lederansvaret for personal, økonomi og fag ikke kan deles opp.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operasjons- og intensivklinikken har seksjoner og enheter som ikke er tegnet inn i organisasjonskartet (PR37818). Sett i sammenheng med hvordan organiseringen blir beskrevet, er det ikke tydelig hvordan overnevnte krav er ivaretatt.</li> </ul> <p><b>Merknad 2:</b> Arkivering av protokoller og avtaler tilknyttet arbeidsplan Ifølge personal- og organisasjonssenteret skal protokoller og avtaler tilknyttet arbeidsplaner arkiveres i saks- og arkivsystemet (Elements).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Under revisjonen blir det klart at protokoller og avtaler som oftest lagres i permer. Det blir ikke gitt avvik, siden Personalhåndboka henviser til et eldre system (Ephorte) og fordi arkiveringen heller ikke er beskrevet i foretakets retningslinjer for arkiververdige dokumenter (PR16334).</li> </ul> <p><b>Merknad 3:</b> Kjennskap til fullmaktsmatrise</p>

	<p>I følge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7b skal medarbeidere ha nødvendig kunnskap om og kompetanse i [...] retningslinjer, veiledere og styringssystemet.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enkelte ledere i revisjonen sier de har noe begrenset kjennskap til fullmaktsinstruks- og matrise (RL3473, RL7171). Dokumentene er nylig revidert, og det kan av den grunn være behov for en ny gjennomgang.</li></ul> <p><b>Merknad 4:</b> Oppdatering av Personalhåndbok Administrative og ledelsesrelaterte prosedyrer er en del av styringssystemet. Ifølge forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring § 5 skal dokumentasjonen til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det blir under revisjonen funnet eksempler på utdatert informasjon i Personalhåndboka. Det er ikke funnet feil av vesentlig betydning, men det er revisjonens vurdering at manglende oppdatering kan skape tvil om dokumentenes gyldighet.</li></ul> <p><b>Merknad 5:</b> Fortsatt fokus på legers arbeidstid Arbeidsmiljøloven (AML) § 10-7 sier at det skal foreligge en oversikt som viser hvor mye den enkelte arbeidstaker har arbeidet. Ifølge retningslinjer for bemanningsplanlegging (RL10046) skal det gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid for alle yrkesgrupper.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det fremgår at utrykning på vakt ikke alltid registreres, og at dette kan ha sammenheng med ulik oppfatning av hvorfor det er nødvendig. Videre beskrives en utvikling hvor forventningene til legers arbeidstid er i endring. Fortsatt fokus på legenes arbeidstidsordninger er derfor nødvendig i arbeidet med kontinuerlig forbedring av personalressursforvaltningen.</li></ul> <p><b>Anbefaling 1:</b> Tydeliggjøre hvilke administrative lederoppgaver som kan gjøres av andre Instruks for fullmakter for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (RL3473) beskriver roller, ansvar og delegering.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mange administrative lederoppgaver gjøres av annet personell. Revisjonen foreslår en tydeliggjøring for å øke effekten av jobb- og oppgaveledning, og samtidig sikre at det ikke er tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6a.</li></ul> <p><b>Anbefaling 2:</b> Evaluere kurset i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) Bemanningsplanleggingen i UNN skal følge prinsippene i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP), med fokus på langtidsplanlegging (RL10046). Personal- og organisasjonssenteret arrangerer kurs i APB to ganger i året.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisjonen får opplyst at det er lite oppslutning om kurset i ABP. Ettersom APB er et satsingsområde, kan det være nyttig å evaluere kurset.</li></ul>
--	--

	<p><b>Anbefaling 3:</b> Vurdere å synliggjøre føringer for overtid og innleie fra byrå</p> <p>Ifølge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 5 skal styringssystemet tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overtid og innleie reguleres av lovverk, forskrifter, avtaler og overenskomster. Samtidig finnes det lite rutiner og retningslinjer som følger opp UNN-interne føringer, til tross for at overtid og innleie er en kjent risiko. Tydeligere beskrivelser kan vurderes, hvis det kan øke sjansen for måloppnåelse.</li> </ul>
<b>Oppfølging</b>	
Beslutning	<p>Presentert i kvalitetsutvalget, 26.9.23. Sak. 25/23.</p> <p>Beslutning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Kvalitetsutvalget tar presentasjonen av internrevisjonsrapporten til orientering.</li> <li>2 Klinikk- og senterledere orienterer egne lederlinjer om avvik 1, merknad 2 og merknad 3 slik at disse kan korrigeres der aktuelt. Opn skal i tillegg følge opp merknad 1.</li> <li>3 Personal- og organisasjonssenteret sørger for at merknad 4 og 5, samt anbefaling 1-3 gjøres kjent og kan tas hensyn til i pågående forbedringsprosjekter innen personalressursforvaltningen.</li> </ol>
Ansvarlig	<ol style="list-style-type: none"> <li>2 Klinikk-/senterledere</li> <li>3 Personal- og organisasjonssjef</li> </ol>
Frist	<ol style="list-style-type: none"> <li>2 31.10.23</li> <li>3 31.10.23</li> </ol>
<b>Kommentar</b>	

**16.1.2024**

Anja Kjærland

Rådgiver, Kvalitetsavdelingen. Fag- og kvalitetssenteret

**R04-23 Økonomiressursforvaltning**

Utgikk som følge av ressursmangel. Det er i 2023 gjort andre omfattende arbeid innen tema økonomiforvaltning, eksempelvis risikovurdering av budsjett.

**R05-23 Likeverdige somatiske helsetjenester (fagrevisjon)**

Ikke gjennomført som fagrevisjon i 2023. Tema er forskjøvet til årsprogram 2024 og gjort om til en systemrevisjon, jf. beslutning i styresak 102-2023 Revisjonsprogram for 2024-2026 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

**R06-23 Samhandling mellom tjenestenivå**

Utgikk som følge av ressursmangel.



Møtedato: 21.02.2024

Vår ref.:

2024/917-1

Saksbehandler:

Eirik Stellander

Dato:

06.02.2024

## Styresak 16-2024/6 Rapport fra arbeidet med fremtidig klinisk struktur i Psykisk helse- og rusklinikken

### Formål

Orientere styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om status for Psykisk helse- og rusklinikken arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering.

### Bakgrunn

Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) har over tid hatt utfordringer med manglende kapasitet og kronisk overbelegg ved Akuttpsykiatrisk- og sikkerhetspsykiatrisk seksjon, ventetid langt over måltall og fristbrudd ved flere av klinikkens poliklinikker, samt mangel på helsepersonell og økonomisk underskudd. Framskrivninger viser at det er størst behov for å styrke kapasiteten innenfor sykehusfunksjonene, samt polikliniske og ambulante tjenester i årene som kommer. Den vanskelige driftssituasjonen og framskrivningene gjør det nødvendig å se på strukturelle tiltak for å løse dagens og framtidens utfordringer.

Gjennom behandling av styresak nr. 24/2022 «Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering» vedtaks punkt 4, fattet styret for UNN følgende vedtak: «Styret ber direktøren innen mai 2023 legge fram egen sak som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud». Tidsrammen for ferdigstilling av arbeidet er senere utsatt til medio mars måned 2024. I styremøte i UNN 28.11.2023 (sak nr. 93/2023) ble styret informert om klinikkens forslag til framtidig klinisk struktur, høringsinnspill og videre arbeidsplan. Det ble også informert om at klinikken hadde fått tilbakemeldinger fra ulike hold om at det var uheldig at det pågikk to parallelle prosesser, en i regi av UNN og en i regi av Helse Nord, med tilnærmet samme oppdrag og mål.

Klinikkens interne arbeidsgruppe, klinikkledelsen og administrerende direktør hadde i forkant av styremøtet og på bakgrunn av detaljgraden i forslaget fra arbeidsgruppe 2 i Helse Nord, samt usikkerheten rundt framdriftsplanen til Helse Nord og om hvem som tar endelig beslutning i sak om oppgave- og funksjonsdeling, konkludert med at det ikke vil være meningsfullt eller hensiktsmessig å jobbe videre med klinikkens eget arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering.

På bakgrunn av dette besluttet styret at klinikkens arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering skal avsluttes. Styret ba ved denne anledning om å bli orientert om arbeidet i egen styresak i februar 2024.

## Saksutredning

### *Prosess*

Som oppfølging av styrets vedtak i sak nr. 24/2022 ble det i slutten av 2022 opprettet en bredt sammensatt arbeidsgruppe bestående av representanter fra klinikkens 5 avdelinger, pasient- og brukerorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner, klinikkverneombud og erfaringskonsulent. Arbeidsgruppen har vært ledet av klinikkensjef som prosjekteier. En egen gruppe har ivaretatt prosessledelse og sekretariatsfunksjon.

Arbeidsgruppens oppdrag var å utarbeide et forslag på framtidig klinisk struktur og organisering som, innenfor klinikkens gjeldende økonomiske rammer, skulle bidra til å bedre poliklinisk tilgjengelighet (for å redusere ventetid og fristbrudd), styrking av sykehusfunksjonene (for å redusere overbelegg og gi et mer helhetlig tilbud), bidra til bedre rekruttering og stabilisering (gjennom mer robuste og bærekraftige fagmiljøer) og redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

Det har gjennom hele arbeidsprosessen vært stort fokus på åpenhet rundt det pågående arbeidet. Arbeidsgruppens medlemmer har hatt et felles ansvar for å sikre god medvirkning og forankring ute i virksomhetene de representerer. Det har likevel vært utfordrende å få dette til i tilstrekkelig grad, dette gjelder spesielt for medvirkning fra bruker- og pårørendesiden. Som del av arbeidet har det vært utviklet digitale allmøter for klinikkens ansatte, og egne dialogmøter med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Arbeidsgruppen har gjennomført totalt 12 heldagsmøter i perioden 16.12.2022 til 20.12.2023. Hovedfokuset i det første møtet var å beskrive og skape en felles forståelse for utfordringsbildet, oppdraget og målet med arbeidet. Møtene fram til sommeren 2023 ble brukt til gjennomgang av eksisterende føringer, virksomhetsdata, framskrivninger, formulering av egne føringer for det videre arbeidet og utarbeidelse av et konkret forslag på framtidig klinisk struktur.

Det ble i styremøte 24.05.2023 gitt en skriftlig orientering til styret om status og framdrift i klinikkens arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering (styresak 56-2023). Et forslag på framtidig klinisk struktur ble sendt ut på høring 15.09.23 med høringsfrist 29.10.23. De siste tre møtene i arbeidsgruppen høsten 2023 ble brukt til gjennomgang av høringsinnspill, diskusjon rundt mulige endringer av forslaget som var sendt på høring, og drøfting av hvordan det pågående arbeidet med oppgave- og funksjonsdeling i regi av Helse Nord har påvirket klinikkens eget organisasjonsutviklingsarbeid.

### ***Høringsnotat med forslag på framtidig klinisk struktur***

En sentral målsetting med ny klinikkstruktur er å skape et mer helhetlig og bærekraftig tjenestetilbud for pasientene med de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelsene

og/eller ruslidelsene. Dette skal skje gjennom å styrke polikliniske og ambulante tjenester og øke døgnkapasitet innenfor sykehusfunksjoner, samt legge til rette for mer robuste og bærekraftige fagmiljøer. For å få til dette innenfor gjeldende økonomiske rammer ble det vurdert nødvendig å redusere døgnkapasitet på SPHR-nivå (Senter for psykisk helse- og rusbehandling, tilsvarende DPS).

I høringsnotatet ble det presentert et forslag på framtidig klinisk struktur som for psykisk helsevern (PHV) innebærer avvikling av døgnenhetene på Storsteinnes (SPHR Tromsø) og i Harstad (SPHR Sør-Troms), samt omgjøring av regionalt Medikamentfritt behandlingstilbud ved UNN Åsgård til et konsultasjonsteam. En slik omstilling vil frigjøre ressurser (både personell, økonomi og arealer) til styrking av poliklinikkene i Tromsø og Harstad, opprettelse av FACT-team ved samtlige SPHR og styrking av sykehusfunksjonene ved UNN Åsgård. Sistnevnte gjennom etablering av en fleksibel intermedierpost med særskilt ansvar for utredning og behandling av nysyke og en rehabiliteringspost med særskilt ansvar for utredning og behandling av psykoselidelser. I tillegg ble det foreslått omgjøring av dagens Psykose- og rusenhet (PRE) til en Rus- og Psykiatripost (RoP), samt omgjøring av en av dagens tre akuttposter til en mottakspost.

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) innebærer forslaget på framtidig klinisk struktur en dreining av virksomhet fra døgn til dag gjennom nedtak av 12 døgnplasser i Tromsø. Samtidig er det foreslått at kapasiteten ved døgnenheten ved Russeksjon Narvik økes med 2 akutt-/utredningsplasser, samt etablering av egen ruspoliklinikk i Narvik. I tillegg ble det foreslått opprettelse av subakutte plasser som del av tjenestetilbudet ved døgnenhetene ved Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik.

Forslaget på framtidig klinisk struktur vil samlet sett bevare dagens døgnkapasitet innenfor psykisk helsevern, noe som er i tråd med Stortingets vedtak etter representantforslag (vedtak 694-697, 25.02.21) og anbefaling i ny opptrappingsplan for psykisk helsevern. Det vises til høringsnotat (vedlegg 1) for ytterligere redegjørelse.

### **Høring av forslag på framtidig klinisk struktur**

Høringsnotatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

- Pasient- og brukerorganisasjoner
- Eksterne høringsinstanser: kommuner i Troms og Ofoten, Troms og Finnmark fylkeskommune, KS Troms og Finnmark, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Troms politidistrikt, Finnmark politidistrikt, Kriminalomsorgen Troms og Finnmark, Statsadvokaten i Troms og Finnmark, UiT – Norges arktiske universitet, Pasient- og brukerombudene i Nordland, Troms og Finnmark samt Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset HF
- Interne høringsinstanser: andre klinikker og sentre, avdelinger i klinikken, foretakstillitsvalgte, vernetjeneste, brukerutvalg, ungdomsråd og fastlegeråd

I følgebrev til høringsnotatet ble det, utover tilbakemeldinger på de ulike elementene i forslaget, bedt om innspill på følgende:



- 1. Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
- 2. Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
- 3. Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
- 4. Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
- 5. Det ønskes innspill på 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.*

Klinikken har mottatt totalt 62 hørings svar (inkl. hørings svar mottatt etter oppsatt frist). Kort oppsummert gir den klare majoritet av hørings svarene ingen støtte til høringsnotatets forslag om omstilling/nedleggelse av deler av dagens tjenestetilbud. Klinikken har i tillegg mottatt underskriftskampanjer rettet mot foreslåtte endringer som innebærer omstilling/nedleggelse av døgnenheter. Det er både forut for, under, og i etterkant av høringsperioden registrert en mengde medieoppslag knyttet til forslaget på framtidig klinisk struktur. Spesielt fra kommunene er det påpekt at klinikkens arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering bør samkjøres med regional prosess knyttet til funksjons- og oppgavedeling i regi av Helse Nord RHF.

Vedlegg nr. 2 inneholder en gruppering av høringsinstansene, og en vurdering og visualisering av om høringsforslaget støttes/ikke støttes/delvis støttes. Vedlegg nr. 3 – 9 inneholder sammendrag av hørings svarene.

## **Vurdering**

Den opprinnelige planen var at klinikkens interne arbeidsgruppe skulle arbeide videre med å forbedre og videreutvikle eget forslag på bakgrunn av høringsinnspill og risikoanalyse, og levere et endelig forslag på framtidig klinisk struktur og organisering som sak til UNN-styret i april/mai måned 2024.

Som omtalt foran har det parallelt med klinikkens arbeid pågått et eget arbeid i regi av Helse Nord RHF rundt funksjons- og oppgavedeling. I dette arbeidet ble det etablert 5 arbeidsgrupper, hvor arbeidsgruppe 2 fikk i oppdrag å utarbeide 2 alternativer til ny struktur og organisering av psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Begge alternativene fra arbeidsgruppe 2 har et fokus på styrking av polikliniske/ambulante

tjenester og sykehusfunksjoner gjennom omstilling av døgnkapasitet på DPS nivå. Forskjellen mellom klinikkens eget forslag og det foretrukne forslaget fra arbeidsgruppe 2 i Helse Nord RHF er hvilke døgnenheter som foreslås nedlagt. I forslaget fra arbeidsgruppe 2 er det foreslått nedleggelse av døgnenheten på Silsand (SPHR Midt-Troms), døgnenheten på Storsteinnes (SPHR Tromsø) og døgnenheten på Storslett (SPHR Nord-Troms).

Klinikkledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken har fra ulike hold, både internt og eksternt, fått tilbakemeldinger på at det er uheldig at det pågår to parallelle prosesser med tilnærmet samme oppdrag og mål. Detaljgraden i forslaget fra arbeidsgruppe 2 i Helse Nord, samt usikkerheten rundt framdriftsplanen til Helse Nord og om hvem som tar endelig beslutning i sak om funksjons- og oppgavedeling, gjør at det ikke vil være meningsfullt eller hensiktsmessig å jobbe videre med klinikkens eget arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering.

Med henvisning til beslutning i styremøte 28.11.2023 er arbeidet med framtidig klinisk struktur og organisering nå avsluttet. Arbeidsgruppen gjennomførte et siste arbeidsgruppemøte 20.12.2023 for å oppsummere arbeidet og høringsinnspill. I dette møtet ble følgende momenter løftet fram:

- Det har til tross for mange møter vært vanskelig å skape en felles forståelse av oppdraget, sentrale begreper og utfordringsbildet.
- Arbeidsgruppen er ikke omforent om forslaget som har blitt sendt på høring, eller hvilke endringer som bør gjøres på bakgrunn av høringsvarene.
- Det er viktig å understreke at det ikke har blitt gjort noen ROS-analyse av forslaget som ble sendt ut på høring.
- Bruker- og pårørendeperspektivet har vært for svakt, og samhandlingsperspektivet med kommunene har vært helt fraværende.
- Bruker- og pårørendeorganisasjonene er sterkt imot nedleggelse av døgnenheter og endring av det medikamentfrie døgntilbudet.
- Det må sikres at mottatte høringsvar blir tatt inn i det pågående arbeidet med oppgave- og funksjonsdeling i regi av Helse Nord RHF.
- Forslaget fra arbeidsgruppen og høringsvarene kan benyttes som utgangspunkt for høringsvar fra UNN på forslag på helhetlig plan for oppgave- og funksjonsdeling fra Helse Nord RHF.

Denne styresaken utgjør sammen med høringsnotatet og sammenfatting av høringsvarene, den endelige rapporteringen på klinikkens arbeid med framtidig klinisk struktur og organisering. Det vil bli gjennomført en egen evaluering av arbeidsgruppens arbeid i løpet av februar måned 2024.

Tromsø, 09.02.2024

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg 1 - Høringsnotat sendt 15.09.23

Vedlegg 2 - Høringsvar vedlegg

Vedlegg 3 - Sammendrag høringsuttalelser - bruker- og pårørendeorganisasjoner 17.01.24

Vedlegg 4 - Sammendrag høringsuttalelser - kommuner 17.01.24

Vedlegg 5 - Sammendrag høringsuttalelser - ansattes organisasjoner-tillitsvalgte

Vedlegg 6 - Sammendrag høringsuttalelser - Helseforetak og kriminalomsorgen

Vedlegg 7 - Sammendrag høringsuttalelser - avdelinger, seksjoner og enheter

Vedlegg 8 - Sammendrag høringsuttalelser - andre UNN

Vedlegg 9 - Sammendrag høringsuttalelser - andre



Vår ref.:

xxxxxxx

Saksbehandler:

ES

Dato:

14.09.2023

# HØRING: FRAMTIDIG KLINISK STRUKTUR PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN, UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

## **Forkortelser benyttet i dokumentet:**

UNN: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

PHRK: Psykisk helse- og rusklinikken.

SPHR: Senter for psykisk helse og rusbehandling, tilsvarer den nasjonale benevnelsen DPS.

DPS: Distriktpsikiatrisk senter.

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

PHV: Psykisk helsevern for voksne.

PHR: Psykisk helse og rus – benevnelse benyttet i forhold til arbeidet med nye arealer i Tromsø.

FACT og ACT: Fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT)/Aktiv oppsøkende behandling (ACT).

TPH: Tvungent psykisk helsevern.

TUD: Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

# 1 Innhold

2	Innledende betraktninger .....	4
2.1	Prosesen.....	4
2.2	Mål, føringer og begrunnelser for forslaget.....	5
2.3	Bærekraft og robusthet.....	6
2.4	Om forslaget.....	7
3	Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF.....	9
3.1	Klinikken dekker følgende funksjoner .....	9
3.2	Klinisk struktur.....	9
3.3	Organisering .....	9
3.3.1	Avdeling sør bestående av seksjonene: .....	9
3.3.2	Avdeling nord bestående av seksjonene:.....	10
3.3.3	Psykiatrisk avdeling bestående av seksjonene:.....	10
3.3.4	Rusavdelingen bestående av seksjonene:.....	10
3.3.5	Fagutvikling, forskning og utdanning bestående av:.....	10
4	Formål.....	11
4.1	Bakgrunn .....	11
4.2	Hovedprinsipper og mål for arbeidet .....	12
5	Saksutredning.....	14
5.1	Arbeidsgruppen: Sammensetning og oppgaver .....	14
5.2	Virksomhetsdata og framskrivinger .....	14
5.3	Anbefalte tiltak fra revidert nasjonal framskrivningsmodell .....	16
5.4	Føringer .....	18
5.5	Endagsregisteringer og fokusgruppeintervjuer.....	19
5.6	Funksjons- og oppgavedeling .....	20
5.6.1	Basiskompetanse i psykisk helsevern og TSB ved DPS:.....	20
5.6.2	Spisskompetanse ved sykehusfunksjon PHV:.....	21
5.6.3	Spisskompetanse ved sykehusfunksjon TSB:.....	22
6	Arbeidsgruppens forslag til framtidig klinisk struktur.....	23
6.1	Sykehusfunksjoner PHV.....	24
6.1.1	Dagens situasjon.....	24
6.1.2	Arbeidsgruppens forslag.....	27
6.1.3	Øvrige sykehusfunksjoner .....	28
6.2	Sykehusfunksjoner TSB.....	29
6.2.1	Dagens situasjon.....	29
6.2.2	Arbeidsgruppens forslag.....	30

6.3	Desentrale tilbud – SPHR (DPS).....	31
6.3.1	Dagens situasjon.....	31
6.3.2	Arbeidsgruppens forslag.....	32
6.3.3	Samlet framstilling klinisk struktur SPHR (DPS-struktur).....	34
6.4	Omgjøring av Medikamentfritt døgntilbud til konsultasjonsteam .....	35
6.4.1	Dagens situasjon.....	35
6.4.2	Arbeidsgruppen forslag .....	35
7	Økonomiske konsekvenser.....	37
8	Samlet framstilling av forslag til framtidig klinisk struktur.....	38
9	Vedlegg.....	39

## 2 Innledende betraktninger

Dette dokumentet inneholder et forslag til framtidig klinisk struktur for Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Forslaget er utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe bestående av fagpersoner, ledere, tillitsvalgte, verneombud, erfaringskonsulent og representanter for brukerorganisasjoner. Arbeidsgruppen har blitt ledet av klinikkjef med støtte fra sekretariat tilknyttet dette organisasjonsutviklingsprosjektet.

### 2.1 Prosessen

Det har gjennom hele arbeidsprosessen vært et stort fokus på åpenhet rundt det pågående arbeidet. Arbeidsgruppens medlemmer har hatt et felles ansvar for å sikre god medvirkning og forankring ute i virksomhetene de representerer. Det har likevel vært utfordrende å få dette til i tilstrekkelig grad, dette gjelder spesielt for medvirkning fra bruker- og pårørendesiden. Bruker- og pårørendeorganisasjoner oppfordres derfor særskilt til å gi innspill på høringsnotatet slik at forslaget kan videreutvikles og forbedres på bakgrunn av et bruker- og pårørendeperspektiv.

Forslaget til framtidig klinisk struktur er resultatet av en arbeidsprosess som har pågått siden høsten 2022. Arbeidsgruppen har hatt som utgangspunkt at ingen av klinikkens enheter eller tjenestetilbud skulle være «vernet» mot gjennomgang og endringer. Dette betyr at samtlige enheter i klinikken har blitt diskutert og vurdert i arbeidet med å utvikle forslaget til framtidig klinisk struktur. Arbeidsprosessen har basert seg på forbedringsmetodikk med et fokus på å skape en åpen og bred diskusjon om fordeler og ulemper ved dagens kliniske struktur.

Arbeidsgruppen har beskrevet oppdraget med å utarbeide et forslag til framtidig klinisk struktur som engasjerende, men også som svært krevende. Det er en nærmest uoverkommelig oppgave å sammenfatte alle nyansene i diskusjonene og synspunktene til arbeidsgruppens medlemmer gjennom høringsnotatet. Det er ikke full konsensus innad i arbeidsgruppen m.h.t. alle sider av forslaget, og det foreligger ulike begrunnelser for de endringer som foreslås. Det er også ulike synspunkter i arbeidsgruppen m.h.t. styrkene og svakhetene ved forslaget som nå sendes ut på høring. Arbeidsgruppen har likevel greid å samle seg rundt et konkret forslag. Dette har vært mulig gjennom en mer felles forståelse av utfordringsbildet og målet for oppdraget, samt aksept for premisset om at framtidig klinisk struktur skal kunne realiseres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Arbeidsgruppens forslag er et resultat av tydelige prioriteringer og en felles forståelse av at dagens klinikkstruktur og tjenestetilbud ikke er bærekraftig, gitt dagens økonomiske rammer i kombinasjon med personellmessige utfordringer, og at det derfor er helt nødvendig med ny klinisk struktur og organisering. Bakteppet for dette er de store utfordringene klinikken opplever med mangel på fagpersoner (spesielt sykepleiere, psykologspesialister og psykiatere), økt pågang av pasienter, manglende kapasitet på flere områder, økende ventetider og et stigende antall fristbrudd. Konsekvensene av alt dette er stor belastning på klinikkens medarbeidere, et utilstrekkelig tilbud til pasientene, redusert kvalitet på tjenestene og betydelige budsjettoverskridelser.

Det er i høringsnotatet forsøkt å skille mellom faktaopplysninger hentet fra eksterne kilder og arbeidsgruppens egne argumenter og begrunnelser for forslaget til framtidig klinisk struktur. Det er dog ikke mulig å lage et helt klart skille da mange av de overordnede føringene og anbefalingene også har blitt presentert som argumenter i diskusjoner i arbeidsgruppen.

Et sentralt tema som har blitt drøftet i arbeidsgruppen er hvor mange sengeplasser de ulike enhetene bør ha og hvilken kapasitet som er mulig å få til i eksisterende bygningsmasse. Det har i forbindelse med utforming og ferdigstillelse av høringsnotatet blitt gjort mindre justeringer på antall døgnplasser ved enkelte enheter. Dette har blitt gjort for å sikre at forslaget ikke innebærer en reduksjon i sengeplasser i PHV, jfr. vedtak i Stortinget (vedtak 695/2021) og målsetning i ny opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033) om å hindre ytterligere nedbygging av sengeplasser.

## 2.2 Mål, føringer og begrunnelser for forslaget

Målet er å skape en ny klinisk struktur og organisering som bidrar til å skape et bærekraftig og mer helhetlig tjenestetilbud innenfor gjeldende økonomiske rammer. Dette skal skje gjennom en dreining fra døgnbehandling over til polikliniske og ambulante tjenester, samt gjennom styrking av sykehusfunksjonene (dvs. akuttpsykiatri, alderspsykiatri og sikkerhetspsykiatri). Arbeidet som har ledet fram til forslaget må også sees i lys av det pågående arbeidet i Helse Nord rundt ny funksjons- og oppgavedeling med fokus på å skape mer robuste tjenestetilbud og en bærekraftig økonomi. Konkret har Helse Nord gitt sykehusene i oppdrag å utrede behovet for styrking av sykehusfunksjoner i psykisk helsevern og utrede organiseringen av, og funksjoner og tjenestetilbudene ved, distriktpsikiatriske sentre (DPS – tilsvarende SPHR i UNN) og styrking av polikliniske tjenestetilbud.

Helsepersonellkommissjonen leverte sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i februar i år. Kommissjonens rapport og anbefalinger har blitt tatt inn i diskusjonene som ligger til grunn for arbeidsgruppens forslag. Dette gjelder særlig de tydelige signalene rapporten gir om at det er nødvendig med en kursendring for å få helsevesenet inn på et mer bærekraftig spor, noe som vil kreve ny holdning og ny politikk. I framtiden vil det bli færre ansatte per pasient, noe som gjør det nødvendig med en felles erkjennelse av tjenestenes realistiske omfang og kvalitet. PHRK må derfor, som resten av helsevesenet, struktureres og organiseres på en måte som gjør det mulig å yte bærekraftige og helhetlige tjenester av god kvalitet og med riktig kapasitet uten vesentlig flere ansatte.

Det har både internt i arbeidsgruppen og ute i virksomheten blitt stilt spørsmål om det er mulig å skape et tilstrekkelig robust og bærekraftig tjenestetilbud innenfor dagens økonomiske rammer. Det er også uttrykt bekymring for om klinikken vil ha kapasitet til å ivareta alle lovpålagte oppgaver, og om en styrking av døgnkapasitet ved sykehusfunksjoner i Tromsø på bekostning av døgnkapasitet på SPHR-nivå bare vil komme pasienter i Tromsø til gode. Andre bekymringer som har blitt løftet fram er at de foreslåtte endringene kan medføre tap av kompetente fagmiljøer og et dårligere tjenestetilbud til deler av befolkningen i opptaksområdet.

Psykisk helse- og rusklinikken har i dag en betydelig større døgnkapasitet på SPHR-nivå enn f.eks. Nordlandssykehuset som det er naturlig å sammenligne seg med, og vi bruker mest døgnbehandling



nasjonalt sett. Samtidig har klinikken manglende poliklinisk kapasitet, både innenfor PHV og TSB. Konsekvensen av dette er blant annet ventetider langt utover nasjonale måltall og et økende antall fristbrudd som i 2022 alene kostet UNN over 52 millioner kroner (gjennom kjøp av private helsetjenester kanalisert gjennom HELFO). I tillegg medfører manglende kapasitet i akuttpsykiatrien og sikkerhetspsykiatrien et stort overforbruk av lønnsmidler, med betydelige budsjettoverskridelser som resultat. Forslaget til framtidig klinisk struktur legger opp til styrking av det polikliniske og ambulante tilbudet, samt sykehusfunksjonene på bekostning av døgnkapasitet på SPHR-nivå. Styrking av de delene av klinikken som har de største utfordringene med kapasitet og tilgjengelighet er et viktig og nødvendig grep for å oppnå bedre tilgjengelighet og drift innenfor gjeldende økonomiske rammer. Foreløpige økonomiske estimater viser at foreslått framtidig klinisk struktur vil la seg realisere innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Styrking av polikliniske og ambulante tjenester, samt sykehusfunksjonene, vil gjøre klinikken bedre rustet til å ivareta lovpålagte oppgaver. Styrkingen av døgnkapasitet i Tromsø vil gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud for pasienter fra hele regionen. Nedleggelse av tjenestetilbud vil alltid medføre risiko for tap av fagkompetanse. Målet er likevel å i størst mulig grad bevare fagkompetansen i klinikken gjennom omdisponering av medarbeidere som blir berørt av nedleggelse. Nedleggelse av døgnenheter vil for noen pasienter innebære en endring i behandlingstilbudet og noe lengre reisevei ved behov for døgnbehandling. Arbeidsgruppen har vurdert noe lengre reisevei til døgnbehandling i deler av regionen som forsvarlig gitt at transport skjer på en omsorgsfull og effektiv måte.

Som det vil fremkomme av høringsnotatet har forslag til endringer i dagens kliniske struktur sammensatte og til dels ulike begrunnelser. Det framkommer ikke direkte faglige argumenter for hvorfor en døgnenhet er foreslått nedlagt framfor en annen. Det er de overordnede føringene for, og målet med, framtidig klinisk struktur som i all hovedsak ligger til grunn for arbeidsgruppens forslag. Forslaget forsøker å balansere en rekke ulike hensyn og forhold som tilgang på helsepersonell, rekrutterings- og stabiliseringsmuligheter, tilgjengelighet, kapasitet, nærhet til tjenester, mulighet for samarbeid på tvers av fagfelt, utnyttelse av eksisterende bygningsmasse og nybygg, kommunikasjon og avstander mellom lokalisasjoner og mulighet for stedsuavhengige tjenester gjennom økt bruk av digitale løsninger m.m.

### 2.3 Bærekraft og robusthet

Ord som helhetlig, robusthet og bærekraft blir ofte brukt for å beskrive et ønsket tjenestetilbud. Det vil alltid kunne stilles spørsmål ved hva som ligger i disse begrepene. Helse Nord RHF har i sitt pågående arbeid med oppgave- og funksjonsdeling definert bærekraft i form av en struktur som lar seg bemanne og som gjør det mulig å yte helsetjenester innenfor budsjetttrammene.

I denne sammenheng betyr bærekraft og robusthet tjenestetilbud med tilstrekkelig og stabil bemanning med riktig kompetanse som kan tåle naturlige variasjoner i tilgang og avgang på personell og den spådde framtidige utviklingen på dette området, samt drift i balanse. Med helhetlig menes sammenhengende tjenester på tvers av kliniske enheter og fagfelt gjennom hele sykdomsforløpet.

PHRK har i dag en struktur som ikke lar seg bemanne tilfredsstillende. Foreslått framtidig klinisk struktur vil kunne bidra til bærekraftige, robuste og mer helhetlige tjenestetilbud gjennom omfordeling av personell fra døgnenheter til polikliniske og ambulante tjenester. Styrking av sykehusfunksjonene vil medføre redusert press på sengepostene ved UNN Åsgård. I dette ligger det et potensial for forbedring av arbeidsmiljøet og en bedre balanse mellom oppgaver og ressurser, noe som kan bidra til økt rekruttering og stabilisering, redusert sykefravær og dermed mindre kostbar drift. For pasientene med de alvorligste og mest sammensatte lidelsene vil forslaget på ny klinikkstruktur innebære et mer sammenhengende tjenestetilbud, både under og i etterkant av døgnbehandling.

## 2.4 Om forslaget

Forslaget som presenteres i høringsnotatet er et resultat av avveininger og kompromiss mellom ulike hensyn, ønsker og behov. Arbeidsgruppen har ikke greid å bli helt omforent om alle detaljene i det forslaget som presenteres i dette høringsnotatet. Dette gjelder spesielt avveiningen mellom å unngå ytterligere nedbygging av døgnkapasitet i PHV sett opp mot ønsket om å redusere antallet sengeplasser ved enkelte enheter for å unngå trengsel/crowding (med de negative konsekvenser dette har for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø). Det har blitt uttrykt bekymring for at forslaget prioriterer kapasitet over kvalitet ved at forslaget legger opp til maksimal utnyttelse av tilgjengelige arealer i dagens bygningsmasse. Det har på nåværende tidspunkt likevel blitt vurdert som riktig å legge mest vekt på hensynet til å bevare dagens sengekapasitet, jfr. politiske føringer og anbefaling i Opptappingsplan for psykisk helse om å unngå ytterligere nedbygging av sengekapasitet i PHV. I denne sammenheng er det viktig å ta med en rimelig forventning om at foreslått framtidig klinisk struktur vil bidra til et redusert behov for døgnbehandling gjennom styrking av polikliniske og ambulante tjenestetilbud.

Forslaget er utformet på en slik måte at det vil være mulig å realisere forslaget både innenfor eksisterende bygningsmasse og i planlagt nytt sykehusbygg for PHV og TSB i Tromsø. Byggestart for nytt sykehusbygg i Tromsø vil tidligst skje i 2028, jfr. styresak 87-2023 Økonomisk langtidsplan/investeringsplan for Helse Nord RHF. Gitt de utfordringene klinikken har med tilgjengelighet, kapasitet og økonomi, så kan ikke endringer av struktur og organisering vente til nytt sykehusbygg for PHV og TSB i Tromsø står klart. Det er derfor nødvendig at forslag til framtidig klinikkstruktur kan realiseres også innenfor eksisterende bygningsmasse.

Nasjonal framskrivningsmodell for PHV og TSB 2021 – 2040 viser en forventet økning i liggedøgn for PHV på 12,9 % og en økning i polikliniske konsultasjoner for PHV på 16,8 % og for TSB på 23,1 %. Nasjonalt viser framskrivningen at det vil være behov for styrking av årsverk med 15 % fram til 2040. Forslaget på ny framtidig klinisk struktur har ikke tatt høyde for den økningen i liggedøgn og årsverk som beskrives i framskrivningen. Begrunnelsen for dette er enkelt forklart at oppdraget gitt fra UNN-styret er å beskrive et helhetlig og bærekraftig tjenestetilbud *innenfor gjeldende økonomiske rammer*. En eventuell framtidig styrking av døgnkapasitet og årsverk vil kreve ytterligere tilpasninger og justeringer av dagens kliniske struktur, organisering og kapasitet.

Forslaget på ny klinikkstruktur representerer et viktig steg for å skape et mer helhetlig og bærekraftig tjenestetilbud. En struktur som legger til rette for bedre spesialistdekning og mer robuste fagmiljøer

vil innebære et kvalitetsmessig løft av tjenestetilbudet. En dreining fra døgn til dag vil skape bedre tilgjengelighet. Styrking av ambulante tjenester og sykehusfunksjoner innebærer en prioritering av tilbudet til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelsene og/eller ruslidelsene. Det er avgjørende at klinikken får til en bedre fordeling og utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Arbeidsgruppens forslag til framtidig klinisk struktur beskriver nødvendige endringer som må til for å løse hovedutfordringene klinikken har stått i over lengre tid.

Forslaget legger opp til styrking av det ambulante tjenestetilbudet gjennom opprettelse av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR. Arbeidsgruppen har løftet fram styrking av ambulante tjenester som et viktig tiltak for å gi bedre tjenester til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene. Etablering av FACT-team må skje i samarbeid med kommunene og forankres og reguleres i samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Ingen kommuner har deltatt i utarbeidelsen av forslaget på ny klinikkstruktur, noe som naturlig nok skaper et usikkerhetsmoment på dette området. Psykisk helse- og rusklinikken er allerede i dialog med Harstad kommune og Narvik kommune om (re)etablering av FACT-team, noe som tolkes som et sterkt signal på at dette er tjenestetilbud som også kommunene ønsker å satse på.

Forslaget har som mål å bidra til å løse dagens utfordringer med kapasitet, tilgjengelighet og mangel på helsepersonell. Dagens og framtidens utfordringer på disse områdene må likevel løses gjennom et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten. Redusert tilgang på helsepersonell parallelt med økt etterspørsel etter helsetjenester gjør det nødvendig med oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, jfr. rapport fra Helsepersonellkommisjonen. Ny opptrappingsplan for psykisk helse framhever at en stor del av den framtidige satsingen må skje i regi av kommunehelsetjenesten gjennom forebygging og lavterskeltilbud. Samtidig ser klinikken nødvendigheten av å styrke spesialisthelsetjenestetilbudene i form av sykehusfunksjoner og polikliniske/ambulante tjenestetilbud.

Mvh

Eirik Stellander, klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF

## 3 Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF

Psykisk helse- og rusklinikken er den største klinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF målt etter antall ansatte og budsjett. Klinikken har for 2023 et netto budsjett på kr. 890 mill. kr. etter budsjetterte inntekter. Antall faste stillinger: 910. Med utgangspunkt i 2022 er det beregnet 1045 årsverk, herav 54 i eksterntfinansiert virksomhet.

Psykisk helse- og rusklinikken er ansvarlig for UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

### 3.1 Klinikken dekker følgende funksjoner

- Sykehusfunksjon innenfor psykisk helsevern for voksne for Ofoten, Troms og Finnmark.
- Regional sykehusfunksjon innenfor TSB for Helse Nord RHF.
- Lokalsykehusfunksjoner (tilsvarende DPS) for Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og omegn samt Nord-Troms.

Klinikken ivaretar også regionale funksjoner for Helse Nord RHF m.h.t. regionale sikkerhetsplasser, Medikamentfritt behandlingstilbud, OCD-team for voksne samt regionale og nasjonale kompetansesenterfunksjoner.

### 3.2 Klinisk struktur

Klinisk struktur omhandler hvilke tilbud klinikken har, dimensjonering og lokalisering og sammenheng mellom disse. Klinikken har gjennom gjeldende klinisk struktur virksomhet lokalisert 7 steder i Troms og Ofoten. Kapasitet innenfor døgnbasert virksomhet er samlet 216 døgnplasser, fordelt med 76 døgnplasser på sykehusnivå, 73 ved sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) og 67 innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hertil kommer poliklinisk og ambulant virksomhet i form av poliklinikker, ambulante akutteam, FACT/ACT-team m.v.

Gjeldende kliniske struktur har sin bakgrunn i arbeid gjennomført i 2015 med etterfølgende implementering i 2016. Klinisk struktur med kapasitet og lokalisering av virksomhet fremgår av vedlegg 1 og 2.

### 3.3 Organisering

Gjeldende organisering har sin bakgrunn i arbeid gjennomført i 2015 med etterfølgende implementering i 2016. Klinikkenes virksomhet er organisert gjennom 5 avdelinger.

#### 3.3.1 Avdeling sør bestående av seksjonene:

- SPHR Ofoten med voksenpsykiatrisk poliklinikk, døgnenhet og ambulant akutteam.

- SPHR Sør-Troms med voksenpsykiatrisk poliklinikk, døgnenhet og ambulant akutteam.
- SPHR Midt-Troms med voksenpsykiatrisk poliklinikk, døgnenhet, ambulant akutteam samt FACT-team.

### 3.3.2 Avdeling nord bestående av seksjonene:

- SPHR Tromsø døgn med tre døgnenheter.
- SPHR Tromsø poliklinikk med to voksenpsykiatriske poliklinikker (hvorav en også ivaretar regionalt OCD-team for voksne for Helse Nord RHF), Ambulant akutteam, FACT-team og ACT-team.
- SPHR Tromsø Medikamentfritt behandlingstilbud, som er et regionalt tilbud for Helse Nord RHF.
- SPHR Nord-Troms med voksenpsykiatrisk poliklinikk, døgnenhet, ambulant akutteam og FACT-team.

### 3.3.3 Psykiatrisk avdeling bestående av seksjonene:

- Sikkerhetspsykiatrisk seksjon med tre sikkerhetsposter hvorav en dekker RSA-funksjon (regional sikkerhetsavdeling) for Helse Nord RHF med 3 døgnplasser (ytterligere 2 plasser under etablering 2023).
- Alderspsykiatrisk seksjon bestående av alderspsykiatrisk døgnenhet og alderspsykiatrisk poliklinikk.
- Akuttpsykiatrisk seksjon bestående av tre akuttposter med definerte geografiske opptaksområde og Psykose- og rusenhet.

### 3.3.4 Rusavdelingen bestående av seksjonene:

- Russeksjon Narvik med døgnenhet og avrusningsenhet som regionale tilbud for Helse Nord RHF.
- Russeksjon Tromsø med Avrusning med 4 akutt plasser, Rusbehandling Restart, Rusbehandling ung og Ruspoliklinikken (inkludert LAR) som regionale tilbud for Helse Nord RHF.

### 3.3.5 Fagutvikling, forskning og utdanning bestående av:

- Fagutviklingsenheten.
- Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Nord). Regionalt tilbud Helse Nord RHF.
- VIVAT, selvmordsforebygging (et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak). Nasjonalt opplæringsprogram.
- Kompetansesenter rus Nord-Norge (KoRus-Nord). Regionalt tilbud Helse Nord RHF.
- Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Regionalt tilbud Helse Nord RHF.
- Frivillighet og tvang. Nasjonalt nettverk for forskning om kunnskapsutvikling på bruk av tvang i psykisk helsevern.

Dagens organisering fremkommer gjennom vedlegg 3.

## 4 Formål

Høringsnotatet redegjør for bakgrunn, saksutredning og forslag til framtidig klinisk struktur for Psykisk helse- og rusklinikken.

Klinisk struktur som begrep omfatter hvilke tilbud skal klinikken ha, inkludert dimensjonering og lokalisering, og hvordan disse skal henge sammen. Klinisk struktur vil danne utgangspunkt for videre arbeid knyttet til organisering og ledelse av virksomheten. Forslag til framtidig struktur og organisering av virksomheten vil bli gjort til gjenstand for egen intern høring ved årsskiftet 2023/2024.

### 4.1 Bakgrunn

Gjennom behandling av styresak 24-2022 «Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering» vedtaks punkt 4 ble følgende vedtatt: «Styret ber direktøren innen mai 2023 legge fram egen sak som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud». Tidsrammen for ferdigstillelse av arbeidet er senere utsatt til medio mars måned 2024.

Bakgrunnen for oppdraget er de store utfordringene klinikken opplever med mangel på fagfolk (spesielt sykepleiere, psykologspesialister, leger og legespesialister), tilgjengelighet og manglende kapasitet på flere områder, særlig innenfor akutt- og sikkerhetspsykiatrien. Det erfares en økt pågang av pasienter, et langvarig og økende overbelegg ved sengeposter i Tromsø, økende ventetider og fristbrudd ved klinikkens poliklinikker og en oppgavemengde som vanskelig lar seg løse innenfor eksisterende struktur, organisering og økonomiske rammer. Alt dette medfører en stor belastning på klinikkens medarbeidere og ledere, noe som gjenspeiles i stor gjennomstrømming og vansker med rekruttering og stabilisering. Dagens kliniske struktur lar seg ikke bemanne på en tilfredsstillende måte, noe som bidrar til en uønsket driftssituasjon med betydelige budsjettoverskridelser. Det er på denne bakgrunn nødvendig å gjennomføre strukturelle endringer for å skape et bedre, mer bærekraftig, riktigere dimensjonert og mer helhetlig tjenestetilbud.

*Behovet for gjennomgang av dagens kliniske struktur er også fremkommet på bakgrunn av andre forhold, noen av disse nevnes her:*

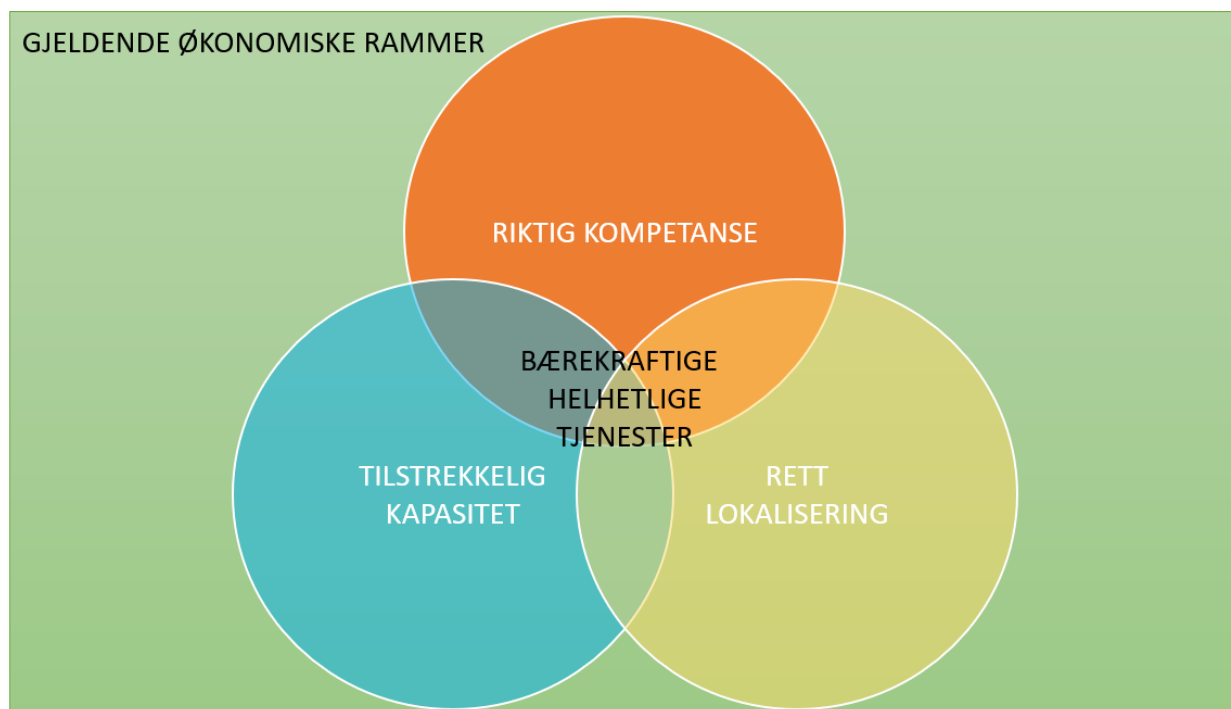
- En over tid svært krevende driftssituasjon med betydelige kapasitetsutfordringer ved Akuttpsykiatrisk seksjon og Sikkerhetspsykiatrisk seksjon.
- Et forbruk av tjenester fra Tromsø kommune som gir kapasitetsutfordringer ved Senter for psykisk helse (SPHR) Tromsø, samt skjevhet i kapasitetsutnyttelse mellom døgntilbud i Tromsø og døgntilbud ved SPHR utenfor Tromsø.
- Økende fristbrudds- og ventetidsproblematikk ved flere av klinikkens poliklinikker.
- Behov for en felles og tydelig utviklingsretning for Psykisk helse- og rusklinikken.
- Faglig bærekraft i tilbud mht. tilgang på kritiske personellgrupper og nødvendigheten av å utdanne egne spesialister for å sikre tilstrekkelig kompetanse i framtiden.

- I forbindelse med framskrivning av aktivitet til 2035 ble det utarbeidet notat «*Kapasitet i Tromsø sett i sammenheng med aktiviteten i hele klinikken, foreløpige vurderinger*» som aktualiserer arbeidet med framtidig klinisk struktur.
- Hovedfunn i revidert nasjonal framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling 2021-2040.
- I styringsgruppen for nye arealer til psykisk helse og rus i Tromsø (PHR) ble behovet for å se på forholdet mellom kapasitet ved sykehusfunksjoner og SPHR tematisert.
- Sykehusbygg har i forbindelse med arbeidet med nye arealer til PHR i Tromsø understreket behov for ytterligere gevinstrealisering og at klinikken må tenke nytt omkring aktivitet, kapasitet og tjenestetilbud, for å oppnå bedre balanse mellom kostnader, kapasitet og tjenester.
- Gjennom rapport fra arbeidet med nye arealer til PHR i Tromsø er det blant annet pekt på behov for endring av eksisterende tilbud og nye tilbud på sykehusnivå.

Resultatmål for arbeidet er at Psykisk helse- og rusklinikken innen desember måned 2023 skal ha utarbeidet forslag til framtidig klinisk struktur og organisering innenfor gjeldende økonomiske ramme.

## 4.2 Hovedprinsipper og mål for arbeidet

Figur 1: Hovedprinsipper



*Dette innebærer å:*

- Lage et forslag på en struktur som lar seg bemanne av helsepersonell med riktig kompetanse (jfr. bærekraft og kvalitet).

- Lage et forslag som sikrer rett kapasitet på rett sted (jfr. dagens kapasitetsutfordringer).
- Lage et forslag som gjør det mulig å styrke sykehusfunksjonene og det polikliniske/ambulante tilbudet (jfr. utfordringer med overbelegg og tilgjengelighet/fristbrudd).
- Lage et forslag som gjør klinikken bedre i stand til å yte helsetjenester av god kvalitet til pasientene med størst behov for spesialisert helsehjelp.
- Lage et forslag som gjør at klinikken holder budsjettet (jfr. budsjettoverskridelser og krav om budsjettbalanse).
- Lage et forslag som er i tråd med foreliggende nasjonale, regionale og lokale føringer, samt føringer fra Helse Nord m.h.t. pågående arbeid med funksjons- og oppgavefordeling.

Oppdraget innebærer at det skal utarbeides et forslag til ny klinisk struktur som gjør det mulig å gi et helhetlig tjenestetilbud innenfor gjeldende økonomiske rammer. Strukturen skal legge til rette for at klinikken unngår budsjettoverskridelser. Dette innebærer at dersom man prioriterer å styrke eksisterende tilbud eller etablere nye tilbud, så må andre eksisterende tilbud reduseres, legges ned eller flyttes, samt at strukturen skal bidra til reduserte driftskostnader totalt sett. Samtlige kliniske enheter er blitt diskutert og vurdert som del av arbeidsprosessen.



## 5 Saksutredning

### 5.1 Arbeidsgruppen: Sammensetning og oppgaver

Det har vært etablert en bredt sammensatt arbeidsgruppe bestående av representanter fra klinikkens 5 avdelinger, brukerorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner, klinikkverneombud og erfaringskonsulent. Arbeidsgruppen har som mandat at den, med utgangspunkt i dagens kliniske struktur, skal komme med konkret forslag til hvordan framtidens tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal utformes og organiseres. Arbeidsgruppen har vært ledet av klinikkssjef som også er prosjekteier, mens en egen gruppe har ivaretatt prosessledelse og sekretariatsfunksjon.

*Arbeidet har omfattet:*

- Gjennomgang av virksomhetsdata og framskrivninger.
- Faglig målsettinger og føringer for virksomheten.
- Endagsregisteringer og fokusgruppeintervjuer.
- Hvilke funksjoner og oppgaver som skal ivaretas.
- Hvilke døgnbaserte og polikliniske tilbud skal klinikken ha (inkludert dimensjonering).
- Hvor tilbudene skal lokaliseres.
- Hvordan tilbudene skal henge sammen for å gi et helhetlig tilbud.
- Hvilke fagområder hvor det kan være behov for mer spesialiserte tjenestetilbud.
- Etablering/styrking av tjenestetilbud til pasientgrupper med udekte behov.

Arbeidsgruppen har gjennomført interessentanalyse og utarbeidet kommunikasjonsplan. Det er forutsatt at medlemmene i arbeidsgruppen har løpende dialog med virksomheten de representerer, for å sikre forankring og medvirkning. Det har vært vektlagt at prosessen skal være åpen og transparent. Man har vært opptatt av åpenhet omkring pågående diskusjoner, både for å sikre medvirkning og tillitt til prosessen. Dette hensynet er underveis veid opp mot hensynet til å la arbeidsgruppen få tid og rom til å diskutere fritt og utrede ulike muligheter og løsninger.

### 5.2 Virksomhetsdata og framskrivninger

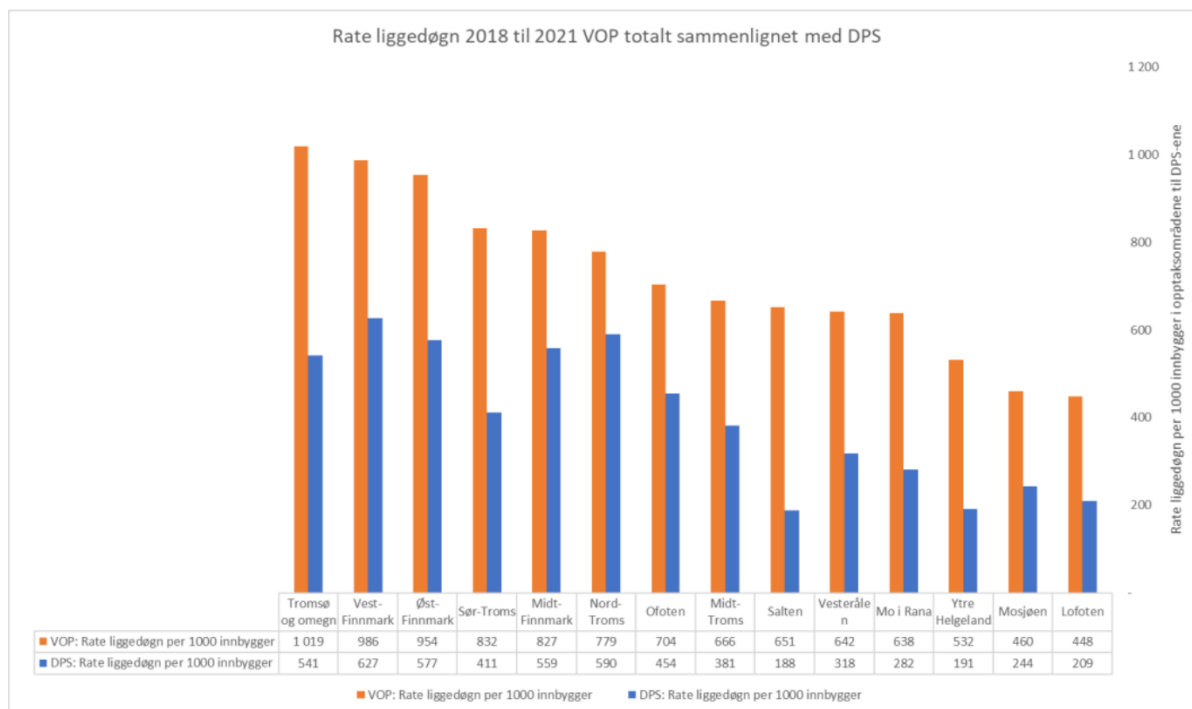
For PHV viser Samdata 2021 bl.a. at omfanget av innleggelser var høyere i Nord, med en rate på 13,7 innleggelser per 1000 innbyggere i 2021 – og lavere i Sør-Øst med en rate på 9,0. I Nord var det særlig befolkningen som hører til Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarkssykehuset som hadde høyere bruk av innleggelser. Befolkningen i Nord hadde lavere bruk av poliklinikk i det psykiske helsevernet enn befolkningen i Sør-Øst. I Nord var bruken av poliklinikk på linje med bruken i Midt-Norge og i Vest, mens bruken av innleggelser var høyere. Innenfor TSB var det mer døgnbehandling for befolkningen i Nord sammenlignet med landsgjennomsnittet. Målt pr. innbygger var omfanget av innleggelser og oppholdsdøgn 12-17 prosent høyere. Samtidig var raten for polikliniske kontakter i TSB 62 prosent lavere enn gjennomsnittet for regionene samlet.

Samdata 2021 viser videre at kostnaden per innbygger til PHV og TSB var 6 prosent over gjennomsnittet i Helse Nord i 2021, etter korreksjon for ulikheter i behov og struktur. Dette kan tolkes som at kostnadsinnsatsen var 6 prosent over forventet nivå pr. innbygger. Den regionale kostnadsutviklingen viser at Helse Nord hadde en vekst i kostnader til psykisk helsevern og TSB på nær 9 prosent i perioden fra 2017 til 2021, mot 5 prosent for regionene samlet. Samtidig gikk folketallet ned i Nord.

Gjennom styresak Helse Nord nr. 11/2023 er det fremhevet at Helse Nord har stor kapasitet på døgnbehandling, og sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet har et høyt forbruk av døgnbehandling i DPS (i UNN SPHR). I motsetning har en i Helse Nord en underkapasitet på poliklinisk behandling med lange ventetider og fristbrudd flere steder. Det er av denne årsak uttalt som sentralt å vurdere hvordan en bedre kan utnytte ressursene samlet.

I samme styresak er det med henvisning til Samdata pekt på at Helse Nord har åtte innleggelser per 1000 innbygger per år i PHV, mens landsgjennomsnittet er seks. For døgnbehandling, dagbehandling/poliklinikk og behandling hos avtalespesialist sett under ett ligger en imidlertid på landsgjennomsnittet. Det betyr at døgnbehandling utgjør en større andel av det samlede tilbudet i Helse Nord enn i landet forøvrig.

**Figur 2:** Liggedøgn i psykisk helsevern for voksne for bosatte i DPS-områdene i Helse Nord, antall per 1000 innbyggere per år, 2018-2021. VOP: Psykisk helsevern for voksne totalt (døgnenheter i sykehus og DPS), DPS: Døgnenheter i DPS.



Figur 2 over (hentet fra nevnte styresak) viser at det i tillegg er betydelig variasjon mellom boområdene i bruken av døgnopphold i PHV. Tallene inkluderer private avtaleinstitusjoner, som Viken senter. Totalt antall liggedøgn per 1000 innbyggere per år var 127 prosent høyere i boområdet med flest (Tromsø) sammenlignet med det med færrest (Lofoten) liggedøgn. Variasjonen i antall liggedøgn på DPS var enda større, med fire ganger så mange per innbygger per år i boområdet med flest (Nord-Troms) sammenlignet med det med færrest (Ytre Helgeland) liggedøgn. Den store variasjonen er sannsynligvis uttrykk for ikke-likeverdige tilbud. Det er imidlertid grunn til å fremheve at årsakene til variasjonen er sammensatte, og både kan være uttrykk for ulik faglig praksis, innhold i tjenester og tilgang på ressurser m.v. Det er samtidig kapasitetsproblemer og lange ventetider ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene, særlig i byene.

Innhentede virksomhetsdata for Psykisk helse- og rusklinikken viser tildels betydelige variasjoner i kapasitet og forbruk (pr. 10.000 innbyggere) mellom de ulike opptaksområdene både m.h.t. døgnbasert og poliklinisk virksomhet ved SPHR. Variasjonen er sannsynligvis uttrykk for ikke-likeverdige tilbud. Virksomhetsdata viser videre en over tid svært krevende driftssituasjon for sykehusfunksjonene og SPHR i Tromsø.

Hovedfunn fra revidert nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB 2021-2040 viser at det har vært vekst i antall henvisninger innen PHV fra 2019 til 2021, og spesielt i antall individer mellom 18-25 år, og det er særlig aldersgruppen 12-25 år som har økt. Det stilles spørsmål om poliklinisk kapasitet er tilstrekkelig, og det er vesentlige utfordringer når det gjelder kapasitet gjennom hele behandlingsforløpet for alvorlig psykisk lidelse (psykoser og bipolare lidelser). Antallet som dømmes til tvunget psykisk helsevern (TPH) med døgnopphold er i sterk vekst, noe som gir betydelige kapasitetsproblemer gjennom hele behandlingsskjeden. Pasienter henvist for tvang har økt med 6 prosent, og er over innbyggervekst. Nasjonalt har det vært nedgang i liggedøgn ved DPS, og stabilitet ved sykehusfunksjonene. Pasientstrømmen fra akuttpsykiatri til DPS har økt.

For TSB er pasientvolumet relativt stabilt i perioden fra 2019 til 2021. Det største polikliniske tilbudet er for alkoholrelaterte tilstander (30 prosent) og deretter for cannabinoid misbruk. Det er et stort behandlingssgap i begge grupper, samt for amfetaminbrukere – dette taler for å styrke det polikliniske tilbudet. Det bemerkes at tilpasningsforstyrrelser (traumerelaterte tilstander) er relativt høyt forekommende innen TSB.

### 5.3 Anbefalte tiltak fra revidert nasjonal framskrivningsmodell

- Det er behov for særlig satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert døgnkapasitet og FACT/ambulante modeller.
- Det bør legges til rette for styrket kompetanse innen basis- og akutt-tjeneste i TSB.
- Videreutvikling av poliklinikk for å bedre tilbudet og møte utfordringer med tilgang på personell. Det er behov for generell vekst, men særlig i forhold til:
  - Alkoholrelaterte problemstillinger.
  - Å sikre eldre økt tilgang til spesialisthelsetjenester (behandlingssgap som innebærer at for få eldre mottar behandling i forhold til behov).
  - Digitale tjenester.

- Styrke samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- Videreutvikle tilbudet for milde og moderate tilstander i kommunene.
- Fokus på gode botilbud i kommunen og overganger mellom tjenestene.

*Framskrivningen gir følgende endringer i liggedøgn og polikliniske konsultasjoner fra 2021 til 2040 (totaltall inkl. demografisk betinget vekst):*

Tabell 1: Framskrivning liggedøgn og polikliniske konsultasjoner 2021-2040

Tjenesteområde	Endring i liggedøgn 2021 - 2040 med revidert modell	Endring i polikliniske konsultasjoner 2021 - 2040 med revidert modell
BUP	0,9 %	4,6 %
TSB	-2,0 %	23,1 %
VOP	12,9 %	16,8 %
Avtalespesialister		18,2 %
<b>Totalsum</b>	<b>7,1 %</b>	<b>15,1 %</b>

Det er gjennomført framskrivning av årsverk for ulike faggrupper innen psykisk helsevern og TSB. Framskrivningen følger som direkte konsekvens av aktivitetsframskrivningene. Det vil si at personell forutsettes økt tilsvarende som aktivitetsveksten. Resultatet av framskrivningene viser at det nasjonalt vil være behov for en styrking av årsverk med 5,5 prosent frem til 2025 og 15 prosent frem til 2040. Arbeidsgruppen har gjennom sitt arbeid forholdt seg til gjeldende rammer for virksomheten. Det har i arbeidet ikke vært tid til å vurdere effekter av alternative måter å arbeide på, nye bygg, teknologi, deltid, pensjonsalder og turnover på rekrutteringsutfordringene tjenesten har.

Gjennom framskrivningsmodell for nye arealer til PHR i Tromsø fremkommer at demografi (eldre befolkning), epidemiologi (flere blir diagnostisert med psykiske lidelser), politiske føringer (bl.a. nullvisjon om selvmord), lovendringer (flere blir dømt til tvunget psykisk helsevern), økt bruk av varetektssurrogat, økt forbruk av judisiell observasjon, reduksjon i bruk av tvang, tidsånden (større åpenhet om psykisk sykdom), sterkere pasient- og brukerrettigheter (økte forventinger og krav til helsevesenet), og dagens beleggssituasjon (vedvarende overbelegg) underbygger behovet for økt sengekapasitet i PHV i årene som kommer.

Det er totalt sett et klart behov for økt kapasitet ved sykehusfunksjoner. Kapasitetsøkningen som foreslås innen PHV er tett koblet mot dagens underkapasitet og et svar på behandlingmessige utfordringer som virksomheten har. Muligheten for et skifte fra døgn til dag (inkludert ambulant virksomhet) vurderes å være størst på SPHR-nivå og innenfor TSB. En økning av sengeplasser i sykehusfunksjoner framfor ved SPHR og TSB vurderes som hensiktsmessig og riktig.

## 5.4 Føringer

Som underlag for arbeidet er det foretatt en gjennomgang av Nasjonale, regionale og lokale føringer for PHV og TSB. Gjennom disse gis en rekke anbefalinger og prioriteringer, oftest på målsetningsnivå om hvilke tjenester en bør/skal/må yte samt hvordan tjenestene skal utformes, og organiseres. Gjennom føringene pekes det ofte på ønsket faglig og organisatorisk utviklingsretning. En har også søkt å ha blick mot pågående arbeid på nasjonalt og regionalt nivå.

På regionalt nivå pågår det p.t. arbeid relatert til funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Formålet med arbeidet er å skape en foretaksstruktur som lar seg bemanne, gir bærekraftig økonomi og likeverdige spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Dette skal blant annet skje gjennom overgang fra sårbare til mer robuste og fleksible enheter og fagmiljøer, en bedre arbeidsfordeling og omprioritering av ressurser fra døgntilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet.

*Gjennom styresak 29-2023 har styret for Helse Nord blant annet gitt følgende utredningsoppdrag innenfor psykisk helsevern og TSB til regionale arbeidsgrupper:*

- Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner.
- Utrede organiseringen av distriktpsykiatriske senter (DPS).
- Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk.
- Utrede styrkning av polikliniske tjenestetilbud.
- Utrede oppbygging av egen kapasitet for å kunne redusere kjøp av helsetjenester fra private.

*Arbeidsgruppen i Psykisk helse- og rusklinikken har arbeidet med føringer for framtidig klinisk struktur og har valgt å prioritere følgende:*

1. Klinikken tilbud skal være av høy faglig kvalitet og være bærekraftige med hensyn til tilgjengelig kompetanse og økonomi.
2. Prioritere tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, alvorlige rus- og avhengighetslidelser og pasienter med sammensatte lidelser.
3. Tjenester skal utformes slik at pasientforløp blir sammenhengende, helhetlige og integrert på tvers av PHV, TSB, somatikk og kommuner.
4. Riktig tilbud på rett nivå til riktig tid: Tilbud ved SPHR skal i størst mulig grad gis poliklinisk og ambulant. Døgntilbud ved SPHR skal gis i situasjoner hvor ambulante og polikliniske tilbud ikke er tilstrekkelig eller hensiktsmessig. Sykehusfunksjoner skal ivareta problemstillinger som ikke kan ivaretas tilfredsstillende ved SPHR.
5. Sikre likeverdige tjenester: Tjenester av god kvalitet med mål om best mulig fungering tilpasset den enkelte pasient.
6. Sikre aktiv bruker- og pårørendemedvirkning og opplæring, samt bruk av erfaringskompetanse.
7. Medarbeideren er vår viktigste ressurs: PHRK skal være en attraktiv arbeidsplass med fokus på kvalitet, faglig utvikling, godt arbeidsmiljø, stabilitet og god ledelse.
8. Prioritere kunnskaps- og evidensbaserte behandlingstilbud.
9. Bruke teknologi for å understøtte tjenestetilbudet.
10. Ivareta universitetsklinikkfunksjoner knyttet til spesialiserte tjenester, forskning, utdanning og opplæring.

## 5.5 Endagsregistreringer og fokusgruppeintervjuer

Som del av arbeidet er det gjennomført endagsregistrering av innlagt pasienter, fokusgruppeintervjuer med brukerorganisasjoner og ansatte, dialogmøter med brukerorganisasjoner samt allmøter for klinikkens ansatte.

Gjennomført endagsregistrering av innlagte pasienter i Psykisk helse og rusklinikken 14.03.23 (201 pasienter), viste at inntil 39 pasienter ikke mottok riktig tilbud (tilbud på kommunalt nivå, tilbud på annet nivå eller ved ikke-eksisterende tilbud ved sykehusfunksjon som for eksempel Rus- og psykiatripost, intermediær/subakuttpost og tilbud til nysyke med psykose).

Gjennom fokusgruppeintervjuer med ansatte gis det uttrykk for at det i dag ikke er et tilstrekkelig tilbud til de mest alvorlig syke, nysyke med psykose, personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk (RoP-lidelser) og personer med spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og bipolar lidelse. Innenfor TSB framkom at det er et mangelfullt tilbud til kvinner og at dagens prioritering av unge i forhold til langtidsbehandling gir voksne et dårligere tilbud.

*For å imøtekomme behov framkom bl.a. følgende forslag til nye tilbud/endringer:*

- Styrking av ambulante tjenester gjennom etablering av FACT-team.
- Etablering av subakutt/intermediærpost, døgntilbud tilbud til nysyke med psykose og rus- og psykiatripost.
- Flere spesialiserte polikliniske team.
- Etablering av subakutt-tilbud innenfor TSB.
- Bedre samlet tilbud i aksen TSB-PHV m.h.t. pasienter med psykisk lidelse og rusproblemer.

Gjennom fokusgruppeintervju med brukerorganisasjoner og erfaringskonsulenter gis det uttrykk for flere utfordringer for virksomheten: Tilgang på helsepersonell, stram økonomi og prioriteringer, ventetid på behandling og fristbrudd, overbelegg og manglende kapasitet ved sykehusfunksjoner samt behov for bedre koordinering av tilbud.

*For å imøtekomme behov m.h.t. nye tilbud/endringer var det et betydelig samsvar med forhold framkommet i fokusgruppeintervju med ansatte. Utover dette framkom bl.a.:*

- Ivaretagelse av pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).
- Langtidsbehandling innen TSB.
- Aktivitet som integrert del av behandlingen.
- Brukerstyrt poliklinikk.
- Mottakspost – sikre høy kompetanse i front.
- Økt fokus på behovet for erfaringskompetanse.

Gjennom dialogmøter med brukerorganisasjoner og erfaringskonsulenter er det gitt uttrykk for tydelighet fra klinikken m.h.t. prioriteringer og faglig utviklingsretning. Representantene for

brugerorganisasjonene og erfaringskonsulentene er opptatt av hva opplevelsen og konsekvensen av en omstillings- og omorganiseringsprosess vil være for brukere, pasienter og pårørende. Helhetlige pasientforløp og gode overganger, både internt og eksternt, fremheves som viktig. Det ønskes større fokus på erfaringskompetanse.

Det erfares at mange pasientgrupper i dag havner i mellomsjikt uten et godt tilbud. Her nevnes f.eks. unge nysyke, kvinner i TSB, TUD-pasienter, pasienter i behov av langtidsbehandling i TSB, samt pasienter med ADHD, spiseforstyrrelse, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelse og affektive lidelser. Det tematiseres at avstander kan vanskeliggjøre reiser for pasienter og pårørende. Videre påpekes behov for likeverdige og tilgjengelige tjenester ved SPHR, inkludert ambulerende virksomhet som FACT og brukerstyrte tjenester. En ser samtidig behov for styrking av sykehusfunksjoner.

## 5.6 Funksjons- og oppgavedeling

Gjennom Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2016-2025 omtales basis- og spisskompetanse for de to fagområdene på nivå slik:

### 5.6.1 Basiskompetanse i psykisk helsevern og TSB ved DPS:

*DPS skal ha basiskompetanse for å utrede og behandle de vanligste psykiske lidelsene og har ansvar for:*

- Akutt- og krisetjenester.
- Spesialisert utredning og behandling.
- Tett samarbeid med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste.
- Bistå kommunene med råd og veiledning.

*Basiskompetanser:*

- Moderat til alvorlig angst, utredning av tvangslidelser og moderat til alvorlig depresjon.
- Symptomer på psykoseutvikling og psykoselidelser.
- Bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser.
- ADHD, PTSD og andre alvorlige reaksjoner på traumer, kriser og katastrofer.
- Rus- og avhengighetslidelser.
- TUD.
- Alderspsykiatriske tilstander.

*I tillegg forutsettes kompetanse i:*

- Vurdering av selvmords- og voldsrisiko.
- Kompetanse på utredning og behandling av pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming.
- Recovery-baserte tilnærminger, inkludert samvalg.
- Familie- og pårørendearbeid, nettverksarbeid og samhandling.
- Kunnskap om hvilke aktører og tjenester som finnes utover eget tilbud.

DPS skal ha kompetanse på utredning og kunnskapsbasert behandling av de vanligste rus- og avhengighetslidelsene, samt behandling av mer lavfrekvente lidelser i samarbeid med spesialiserte enheter. Behandlingen skal ta utgangspunkt i pasientens ressurser, familie og nettverk.

*DPS skal ha:*

- Behandlingsansvar for pasienter med nyoppdaget, uavklart og/eller milde til moderate rusproblem med mild til moderat samtidig psykisk lidelse.
- Utredning og behandling av patologisk spilleavhengighet.
- Utredning og behandling av bruk av doping/anabole steroider.
- Kunnskap om virkning og effekt av ulike rusmidlers innvirkning på kognisjon, psykisk, fysisk og sosial helse.
- Utredningskompetanse om milde til moderate ruslidelser og psykiske lidelser.
- Kompetanse om milde til moderate affektive lidelser og angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, symptomer på psykose, OCD, traume og ADHD.
- Kunnskap om recovery-baserte tilnærminger.
- Kompetanse på tilbakefallsforebygging.
- Kompetanse på motiverende intervju.
- Polikliniske tjenester skal ha samme ansvar for samhandling og veiledning av kommunalt hjelpeapparat som poliklinikker i psykisk helsevern.

### 5.6.2 Spisskompetanse ved sykehusfunksjon PHV:

Innleggelse i sykehusavdeling PHV skal iverksettes når tilbudet ved DPS ikke er tilfredsstillende eller forsvarlig ut fra ressurser og kompetanse. Det gjelder for eksempel ved RoP-lidelser, volds- og sikkerhetsproblematikk eller alvorlige spiseforstyrrelser.

*Kompetanse i sentraliserte sykehusfunksjoner:*

- Ivareta øyeblikkelig hjelp etter Lov om spesialisthelsetjenester § 3-1, jf. forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.
- Pasienter som trenger opphold i lukket avdeling.
- Pasienter som er dømt til tvungen psykisk helsevern jf. straffelovens § 39 jf. § 44 første ledd.
- Pasienter med særlig vanskelige og kompliserte spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (komorbiditet), selvskading, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser eller andre kompliserte tilstander.
- Pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander hos eldre.

Personell ved sykehusavdeling som har spesialkompetanse på et område må kunne konsulteres og brukes ambulant ved behov.



### 5.6.3 Spisskompetanse ved sykehusfunksjon TSB:

Spisskompetanse i TSB tilbys ved poliklinikker og døgnenheter. Egne døgn tilbud for TSB er nødvendig for å kartlegge uavklarte tilstander og gi behandling som ikke kan gjennomføres poliklinisk eller ved lokale DPS.

*Områder som krever spisskompetanse innenfor TSB er:*

- Nevropsykologisk funksjonskartlegging.
- Avrusning, nedtrapping og stabilisering.
- Forebyggende familiebehandling.
- Kortvarig stabilisering og behandling (4-6 uker).
- Behandling av pasienter med ruslidelser som har behov for innleggelser utover 4-6 uker.
- Pasienter innlagt etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-2.
- Pasienter innlagt etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-3.
- Behandling av gravide med ruslidelser.
- Inntaksvurdering/oppstart av legemiddelassistert rehabilitering og bytte av substitusjonsmedikament.
- Pasienter med ruslidelser og samtidig nedsatt kognitivt funksjonsnivå.

## 6 Arbeidsgruppens forslag til framtidig klinisk struktur

Høringsforslaget bygger på nasjonale, regionale og lokale føringer og prioriteringer. Forslaget representerer et viktig steg for å skape et mer helhetlig og bærekraftig tjenestetilbud med økt kvalitet og med rett kapasitet, rettet mot pasientene med de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelsene og/eller ruslidelsene. Arbeidsgruppen har i arbeidet søkt å hensynta kommende arbeid knyttet til oppgave- og funksjonsdeling i Helse Nord der fokuset er mer robuste og bærekraftige tjenester/fagmiljø.

For å få til en ønsket styrking av polikliniske og ambulante tjenester, økt kapasitet innenfor sykehusfunksjoner, samt en personellmessig bærekraftig løsning innenfor gjeldende økonomiske rammer, er det helt nødvendig å ta ned døgnkapasiteten på SPHR-nivå. Samdata 2021 viser som tidligere omtalt at UNN ligger på topp i døgnkapasitet på SPHR-nivå og at UNN bruker mest døgnbehandling nasjonalt sett. Døgnbehandling er samtidig den mest kostbare behandlingsformen. En dreining fra døgn til dag på SPHR-nivå vurderes derfor som riktig og nødvendig. Døgnbehandling på SPHR-nivå kommer i liten grad de mest alvorlig psykisk syke pasientene med høyest symptomtrykk og lavest funksjonsnivå til gode. Dette til tross for at en også på SPHR-nivå ser en dreining i retning av å måtte håndtere flere pasienter med alvorlig psykisk sykdom. Et økende antall pasienter vurderes å være i behov av rammene som TPH gir (både med og uten døgnopphold).

Innenfor PHV innebærer forslaget avvikling av døgnenheten på Storsteinnes og i Harstad samt omgjøring av Medikamentfritt behandlingstilbud til et konsultasjonsteam. Endringene vil frigjøre ressurser (både personell, økonomi og arealer) til å styrke utvalgte poliklinikker (Tromsø og Harstad), opprettelse av FACT-team/FACT-lignende tilbud ved samtlige SPHR og styrking av sykehusfunksjonene i Tromsø. Sistnevnte gjennom etablering av en fleksibel intermedierpost med særskilt ansvar for utredning og behandling av nysyke og en rehabiliteringspost med særskilt ansvar for utredning og behandling av psykoselidelser. I tillegg foreslås omgjøring av dagens Psykose- og rusenhet (PRE) til Rus- og Psykiatripost (RoP) samt omgjøring av en av dagens tre akuttposter til mottakspost.

Innenfor TSB vil forslaget innebære en dreining fra døgn til dag gjennom nedtak av kapasitet med 12 døgnplasser i Tromsø. Samtidig økes kapasiteten ved døgnenheten i Narvik med 2 akutt-/utredningsplasser og gjennom etablering av Ruspoliklinikk i Narvik. Innenfor døgnvirksomheten vil det være en endring i form av opprettelse av subakutte plasser som del av døgnenhetene både i Tromsø og Narvik.

Forslaget innebærer samlet at dagens døgnkapasitet innenfor PHV beholdes, noe som er i tråd med Stortingets vedtak (vedtak 694-697, 25.02.21) og nylig avgitt anbefaling i ny opptrappingsplan for psykisk helsevern. Innenfor PHV innebærer forslaget en overføring av desentral kapasitet til sykehusfunksjoner. Forslaget vil innebære at enkelte pasienter får noe lengre reisevei til døgnbehandling, men målet med endringene er utover å styrke sykehusfunksjonene også å styrke de polikliniske og ambulante tjenestene, slik at færre pasienter vil være i behov av døgnbehandling totalt sett.

Dreining av døgnkapasitet fra SPHR-nivå til sykehusfunksjoner vil innebære et styrket og bedre tjenestetilbud til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelsene. Arbeidsgruppen mener at forslaget bidrar til at klinikken totalt sett vil kunne gi et mer helhetlig, bærekraftig og bedre tjenestetilbud i framtiden enn det vi gir i dag.

Forslaget samsvarer med planlagt kapasitet i nye arealer til PHR i Tromsø, men vil også kunne realiseres gjennom omrokkeringer i eksisterende bygningsmasse. Dette vil dog kreve betydelig oppgradering av bygningsmassen ved UNN Åsgård. Endring av sengekapasitet på DPS-nivå vil også medføre behov for oppgradering av bygningsmassen ved klinikkens lokalisasjoner utenfor Tromsø.

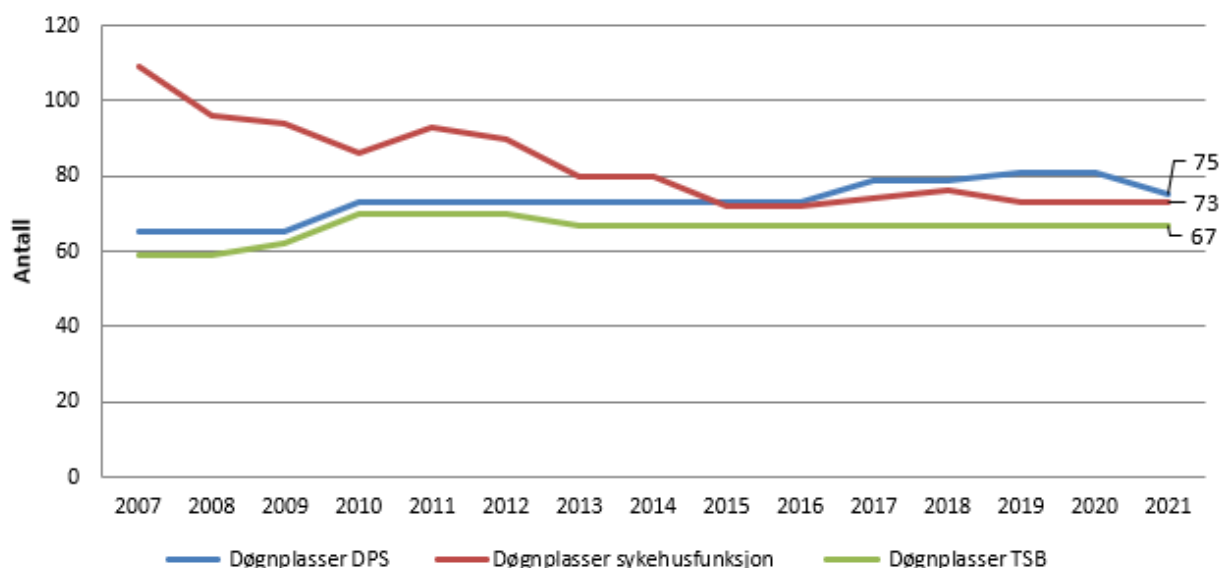
Arbeidsgruppens forslag til fremtidig klinisk struktur er skjematisk fremstilt gjennom vedlegg 4.

## 6.1 Sykehusfunksjoner PHV

### 6.1.1 Dagens situasjon

Gjennom gjeldende kliniske struktur har klinikken valgt å vektlegge en betydelig døgnkapasitet på SPHR-nivå. Det er i dag 73 døgnplasser ved SPHR (inkludert 6 regionale plasser for medikamentfri behandling) og 76 plasser ved sykehusfunksjoner. Tidligere økonomiske omstillingstiltak i form av uttak av kapasitet har utelukkende skjedd innenfor sykehusfunksjoner. Totalt er kapasiteten her tatt ned med 37 døgnplasser siden 2007 – se figur under.

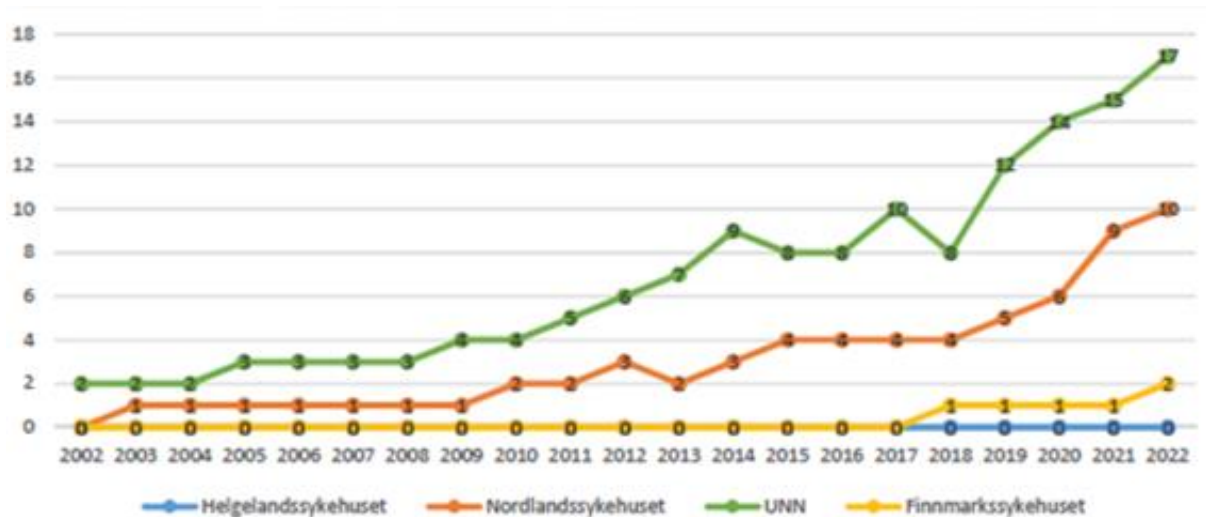
Figur 3: Utvikling av døgnplasser Psykisk helse og rusklinikken 2007-2021



Kapasitetsnedtaket ved sykehusfunksjoner har gitt et vedvarende press og overbelegg særlig innenfor akuttvirksomheten. I tillegg kommer en sterkt økende pågang av pasienter med dom på TPH etter

endringene i straffeprosessloven i 2016, noe som har gitt en presset situasjon også innenfor sikkerhetspsykiatri (se figur under). Konsekvensene av sistnevnte forhold er at pasienter som i utgangspunktet burde fått behandling innenfor rammene av sikkerhetsposter, i stedet må ivaretas på sengeposter med et lavere sikkerhetsnivå og at sikkerhetsposter ikke har mulighet til å avhjelpe akuttposter.

Figur 4: Antall personer under gjennomføring av dom til tvungen psykisk helsevern 2002-2022



De regionale helseforetakene har i 2023 utarbeidet «Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungen psykisk helsevern». Planen er, etter behandling i styrene for de regionale helseforetakene oversendt Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2023.

Drifts- og beleggsituasjonen i Akuttpsykiatrisk seksjon og Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har over lengre tid blitt beskrevet som «kritisk og uholdbar». Klinikkenes kapasitet på disse områdene erfares utilstrekkelig. Manglende kapasitet har medført en situasjon med vedvarende overbelegg på sengepostene. Behovet for styrking av døgnkapasitet ved sykehusfunksjoner har blitt trukket fram både i forbindelse med arbeidet med nye arealer til PHR i Tromsø, og i det pågående arbeidet med framtidig klinisk struktur. Klinikken startet høsten 2021 et arbeid med å få til bedre utnyttelse av klinikkenes totale døgnkapasitet. Rapport fra arbeidet ble fremlagt i mai måned 2023. I denne rapporten konkluderes det med at det ikke er realistisk å tro at det er mulig å løse klinikkenes kapasitetsutfordringer innenfor eksisterende klinisk struktur.

Det vedvarende presset på og overbelegget ved sykehusfunksjonene har også påvirket driften ved døgnenhetene ved SPHR Tromsø. Disse er de eneste døgnenhetene på SPHR-nivå som er godkjent for tvungen psykisk helsevern med døgnopphold. Døgnenhetene i Tromsø har våren 2023 i økende grad blitt benyttet til akutte innleggelses og ivaretagelse av pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern med døgnopphold.

Virksomhetsdata viser at pasienter fra Tromsø kommune mottar langt mer døgnbehandling enn det befolkningsgrunnlaget skulle tilsi, og betydelig mer enn hva som er tilfellet fra andre kommuner. Dette har også bidratt til kapasitetsutfordringer ved døgnenhetene i Tromsø. Samtidig har det over tid vært ledig kapasitet ved døgnenheter utenfor Tromsø. Det er ikke mulig å med sikkerhet si hva som ligger bak forskjellene i bruk av døgnbehandling i og utenfor Tromsø. Årsaken til variasjonen i belegget ved klinikkens døgnenheter er sammensatte og kan trolig tilskrives forskjeller i behandlingstilbud, ulik faglig praksis, ulik sykkelighet i befolkningen og ulikheter i de kommunale tjenestetilbudene.

Konsekvensen av alt dette er at døgnenhetene i Tromsø i mindre grad enn ønskelig har kapasitet til å tilby brukerstyrte innleggelser og elektiv døgnbehandling, samt at pasienter blir innlagt på akuttposter pga. manglende kapasitet ved døgnenhetene (noe som igjen forverrer beleggssituasjonen i Akuttpsykiatrisk seksjon). Klinikken har gjennom det siste året jobbet målrettet for å få til en bedre utnyttelse av klinikkens totale døgnkapasitet. Dette arbeidet har dessverre så langt ikke gitt noen klar effekt på beleggssituasjonen ved sengepostene i Tromsø.

Administrerende direktør i UNN besluttet 14.04.23 å heve beredskapsnivået i klinikken til gult nivå og beredskapsnivået i UNN til grønt nivå. Bakgrunnen for hevet beredskapsnivå var kritisk høyt overbelegg ved Akuttpsykiatrisk seksjon og Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, og samtidig overbelegg ved flere av klinikkens døgnenheter.

Hevet beredskap har ikke medført tilførsel av ekstra ressurser eller reduksjon i tjenestetilbudene. Tiltak for å få ned belegget har derfor i all hovedsak fokusert på å få til bedre utnyttelse av klinikkens totale døgnkapasitet gjennom tydeligere prioritering av hvilke pasienter som skal motta behandling og hvilket nivå behandlingen skal gis på, samt bedre koordinering på tvers av avdelinger.

Klinikken har så langt ikke lyktes å oppnå målet om å ikke ha overbelegg ved Akuttpsykiatrisk seksjon. Majoriteten av pasienter innlagt til døgnbehandling ved Akuttpsykiatrisk seksjon er underlagt TPH med døgnopphold. Dette innebærer at de ikke kan tilbys behandling ved døgnenheter utenfor Tromsø (ettersom disse ikke er godkjent for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold). Dette legger begrensninger på handlingsrommet klinikken har til å utnytte ledig døgnkapasitet ved lokalisasjoner utenfor Tromsø. Pasienter ved Sikkerhetspsykiatrisk seksjon er i all hovedsak innlagt etter dom til tvunget psykisk helsevern, noe som innebærer at klinikken har svært begrenset mulighet til på kort sikt å gjøre noe med beleggssituasjonen ved Sikkerhetspsykiatrisk seksjon. Dette er svært bekymringsfullt gitt den store økningen i antall nye dommer til tvunget psykisk helsevern de siste årene (se figur 4).

Vedvarende overbelegg og vedvarende høyt press på sikkerhetspostene, akuttpostene og til dels døgnenhetene i Tromsø, medfører redusert kvalitet på tjenestene, redusert pasientsikkerhet og et uheldig arbeidsmiljø med stor slitasje på ansatte. Konsekvensene av dette er tydelige i form av alvorlige pasienthendelser, et vedvarende høyt sykefravær, et stort antall AML-brudd og et betydelig overforbruk av variabel lønn.

## 6.1.2 Arbeidsgruppens forslag

### 1. Etablering av mottakspost

Mottak skjer i dag gjennom tre sektoriserede akuttposter. Gjennom sektorisering har en vektlagt kontinuitet for pasientene og kjennskap til opptaksområdet. Det er da i utgangspunktet geografisk tilhørighet som avgjør hvilken post pasientene innlegges ved.

Arbeidsgruppen er presentert et forslag om at en av dagens akuttposter omgjøres til en mottakspost for hele opptaksområdet med 8-9 døgnplasser. I nye arealer til PHR er det vedtatt mottaksposter med 10 plasser. Høringsdokumentets forslag innebærer derfor etablering av mottakspost med 10 døgnplasser, noe som vurderes som nødvendig av hensyn til å opprettholde dagens samlede døgnkapasitet.

*Ved etablering av mottakspost ønsker en å sikre at pasienter får rett behandling på riktig nivå til rett tid gjennom:*

- Riktige vurderinger og prioriteringer av pasientens behov tidligst mulig i forløpet.
- Økt kompetanse på mottak og prioritering.
- Spesialkompetanse for å håndtere uavklarte, krevende situasjoner.

Målsettingen ved etableringen er å sikre grundig avklaring av pasientens behov som igjen definerer pasientens behandlingstilbud og på hvilket nivå dette mest hensiktsmessig kan gis. Dette kan gi bedre kvalitet i behandling, redusere unødvendige liggedøgn og/eller innleggelser, samt bidra til totalt sett bedre ressursutnyttelse. I tillegg vil målsettinger knytte seg til bedre samhandling med andre deler av helsetjenesten gjennom mer treffsikre vurderinger av behandlingsnivå for pasienter som henvises til øyeblikkelig hjelp og riktig og redusert bruk av tvang.

Forslaget om etablering av mottakspost må ses i tett sammenheng med forslag om etablering av nye spesialiserte poster og omgjøring av dagens Psykose- og rusenhet til Rus- og Psykiatripost (punkt 2 og 3 under).

### 2. Etablering av spesialiserte poster

I lys av omtale foran bl.a. knyttet til dagens driftssituasjon, drøftinger i arbeidsgruppen, innspill fra fokusgruppeintervjuer og funn fra endagsregistrering har det fremkommet et entydig behov for styrking av klinikkens sykehusfunksjon. Dette i form av etablering av to sengeposter:

**Fleksibel intermediærpost** med særskilt ansvar for utredning og behandling av nysyke.

- Målgrupper vil være personer, ofte unge, som er i ferd med å utvikle psykisk lidelse med omfattende funksjonssvikt, samt personer med kjent alvorlig psykisk lidelse med funksjonssvikt som er i behov av rammene fra en spesialisert enhet.
- Bredt sammensatt utredning inkludert kognitiv utredning.

- Etableringen av posten vil ta bort UNNs behov for en regional post for nysyke ved Nordlandssykehuset. Klinikken vil måtte gå i dialog med Helse Nord m.h.t. dette.
- Posten er lukket og vil være godkjent for tvungent vern med døgnopphold.
- Posten planlegges med 11 døgnplasser og vil lokaliseres til UNN Åsgård, bygg 2 plan 2.

**Rehabiliteringspost** med særskilt ansvar for utredning og behandling av psykoselidelser.

- Målgrupper vil være personer med alvorlig psykisk lidelse og omfattende funksjonssvikt med behov for innleggelser av lengre varighet.
- Rehabilitering må skje i tett samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste.
- Posten er lukket og vil være godkjent for tvungent vern med døgnopphold.
- Posten planlegges med 10 døgnplasser og vil lokaliseres til UNN Åsgård, bygg 6 plan 1.

### **3. Omgjøring av Psykose- og rusenheten (PRE) til Rus- og psykiatripost (RoP)**

Psykose- og rusenheten ble etablert gjennom sammenslåing av to sengeposter ultimo 2015: Rus- og psykiatriposten og Subakuttpost nord. Dagens kapasitet er 11 døgnplasser. Behovet for et dedikert behandlingstilbud for personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk har framkommet i innspill fra fagpersoner og brukerorganisasjoner både innen psykisk helsevern og TSB, klinikkens egne undersøkelser og OU-prosessen nye arealer til PHR i Tromsø.

**Rus- og psykiatripost** med ansvar for utredning og behandling av ROP-lidelser.

- Målgruppen vil være personer med samtidig forekomst av alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk (ROP-lidelser).
- Tilbyr integrert behandling av ROP-lidelser (IDDT).
- Recovery og individuelt tilpasset behandling hvor varighet for innleggelse vil variere fra noen måneder til innleggelser av noe lengre varighet.
- Behandling må skje i tett samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste (for eksempel FACT-team).
- Posten er lukket og vil være godkjent for tvungent vern med døgnopphold.
- Posten planlegges med 9 døgnplasser og vil lokaliseres til UNN Åsgård, bygg 3 plan 2.

#### **6.1.3 Øvrige sykehusfunksjoner**

*Sykehusfunksjonen innenfor psykisk helsevern vil utover dette bestå av følgende eksisterende tilbud:*

- 2 akuttposter (22 døgnplasser, som dagens kapasitet).
- Regional sikkerhetspost (5 døgnplasser, hvorav 2 døgnplasser tilføres i 2023 i.h.t. vedtak i styresak Helse Nord nr. 70/2023).
- 2 lokale sikkerhetsposter (14 døgnplasser).
- Alderspsykiatri døgn (14 døgnplasser).
- Alderspsykiatri poliklinikk.

Lokalisering ved UNN Åsgård.

## 6.2 Sykehusfunksjoner TSB

### 6.2.1 Dagens situasjon

Pasientbehandlingen innenfor TSB i Helse Nord skjer hovedsakelig gjennom elektiv døgntilbud, og i mindre grad poliklinisk enn landsgjennomsnittet (jamfør tidligere omtale). Revidert nasjonal framskrivingsmodell (jamfør tidligere omtale) viser 2 prosent reduksjon i døgnplasser stilt opp mot 23 prosent økning i polikliniske tilbud.

Helse Nord har totalt 95 døgnplasser med regional funksjon. 67 av disse døgnplassene er organisert gjennom UNN fordelt på virksomhet i Tromsø (37, inkludert 4 akutt plasser) og Narvik (30). Helse Nord har i tillegg inngått avtaler om kjøp av 87 døgnplasser hos private rusinstitusjoner med avtalehorisont 2027 (definert på antall døgnplasser med ulik varighet og type tilbud). Total regional døgncapasitet inkludert private rusinstitusjoner er således 182 døgnplasser.

Klinikken har utover døgncapasitet også et begrenset poliklinisk tilbud gjennom Ruspoliklinikken samt poliklinisk virksomhet utgått fra døgnavirksomhet. Hertil kommer rusteam organisert ved klinikkens SPHR som ikke inngår i regional kapasitet. Det har ikke vært en tydelig utviklingsretning fra døgntilbud til dag innenfor TSB.

Pasientbelegget ved klinikkens døgnenheter innenfor TSB har over senere år vist en moderat nedgang sett under ett. Dette fremkommer av tabell 2 neste side.

Tabell 2: Pasientbelegg Rusavdelingen 2019-2023

År	Periode	Gj. snitt prosent
2019	Jan - des	85,5
2020	Jan - des	79
2021	Jan - des	80,3
2022	Jan - des	78,25
2023	Jan - mai	74

Nedgangen har spesielt vist seg ved enheter i Tromsø, hvor det i perioder har vært betydelig ledig kapasitet. Årsakene til dette er ikke kartlagt fra TSB sin side. I løpet av våren 2023 har Rusavdelingen hatt ca. 25 prosent ledig kapasitet, dette i en situasjon hvor enheter innenfor PHV har hatt betydelig overbelegg og press på virksomheten. Det erfarer at det også er ledig kapasitet ved private rusbehandlingsinstitusjoner i Helse Nord. I likhet med PHV opplever også TSB en vedvarende vanskelig situasjon knyttet til rekruttering og stabilisering av helsepersonell, og da særlig lege- og psykologspesialister samt sykepleiere.



### 6.2.2 Arbeidsgruppens forslag

Ved vurdering av framtidig klinisk struktur innenfor TSB vil både situasjonen med overkapasitet og tilgang på kvalifisert helsepersonell virke inn på løsning for å kunne skape mer bærekraftige og robuste enheter. En mer bærekraftig struktur vil dermed innebære at en har færre enheter som jobber tettere sammen med en mer robust bemanning. På denne bakgrunn foreslås det en reduksjon av 12 døgnplasser ved virksomheten i Tromsø gjennom sammenslåing av 2 av dagens døgnenheter.

Det er allerede besluttet etablering av 2 nye døgnplasser (akutt-/utredningsplasser) innenfor TSB som del av Nye UNN Narvik som fullintegrert sykehus med samling av somatikk, psykisk helsevern og TSB. Foreslått samlet kapasitetsreduksjon vil således være 10 døgnplasser. Det vil være nødvendig å ha en dialog med Helse Nord rundt nedtak av kapasitet innenfor TSB som regional funksjon.

*Arbeidsgruppens forslag innebærer at klinikkens tilbud innenfor TSB utformes med virksomhet i Narvik og Tromsø med slik struktur:*

#### 1. Lokalisasjon Narvik (Russeksjon Narvik)

**Ruspoliklinikk** - For å styrke poliklinisk rusbehandling etableres en ruspoliklinikk med tilbud om utredning og behandling til voksne pasienter med rus- og avhengighetslidelser, inkludert LAR i hht. nasjonale pasientforløp TSB. Regionale oppgaver må avklares i dialog med Helse Nord. Antall polikliniske stillinger og ressursbehov må avklares i det videre arbeidet.

**Avrusning** - Enheten videreføres som i dag med 8 plasser med tillegg av 2 akutt-/utredningssenger som omtalt foran.

**Etablering av døgn/subakutttilbud** - Dagens døgnenhet med 22 plasser videreføres. For å styrke tilbudet og sikre gode overganger mellom akuttbehandling og videre døgnbehandling etableres det subakutte plasser som del av døgnenheten. Antall subakutte plasser må avklares.

#### 2. Lokalisasjon Tromsø (Russeksjon Tromsø)

**Ruspoliklinikk** - Enheten videreføres som i dag inkludert regionalt lavterskeltilbud til familier med utfordringer relatert til psykisk helse/avhengighet.

**Avrusning (inkludert 4 akutt plasser)** - I dagens arealer videreføres enheten med 10 plasser.

**Etablering av døgn/subakutttilbud** - Gjennom en sammenslåing av 2 døgnenheter etableres det en døgnenhet med 15 døgnplasser. For å styrke tilbudet og sikre gode overganger mellom akuttbehandling og videre døgnbehandling etableres det subakutte plasser som del av døgnenheten. Antall subakutte plasser og plassering av disse på enheter i Tromsø må avklares. Lokalisering av enheten på UNN Åsgård må avklares.

Av hensyn til utdanning av spesialister innenfor rus- og avhengighetsmedisin og rus- og avhengighetspsykologi, vil det være sentralt å opprettholde basistjenestene innenfor TSB (akutt, avrusning, døgn og poliklinikk) både i Narvik og Tromsø. En sentral forutsetning for forslaget er også en tettere samarbeidsrelasjon mellom virksomhetene i Narvik og Tromsø for å skape et sammenhengende og helhetlig tilbud.

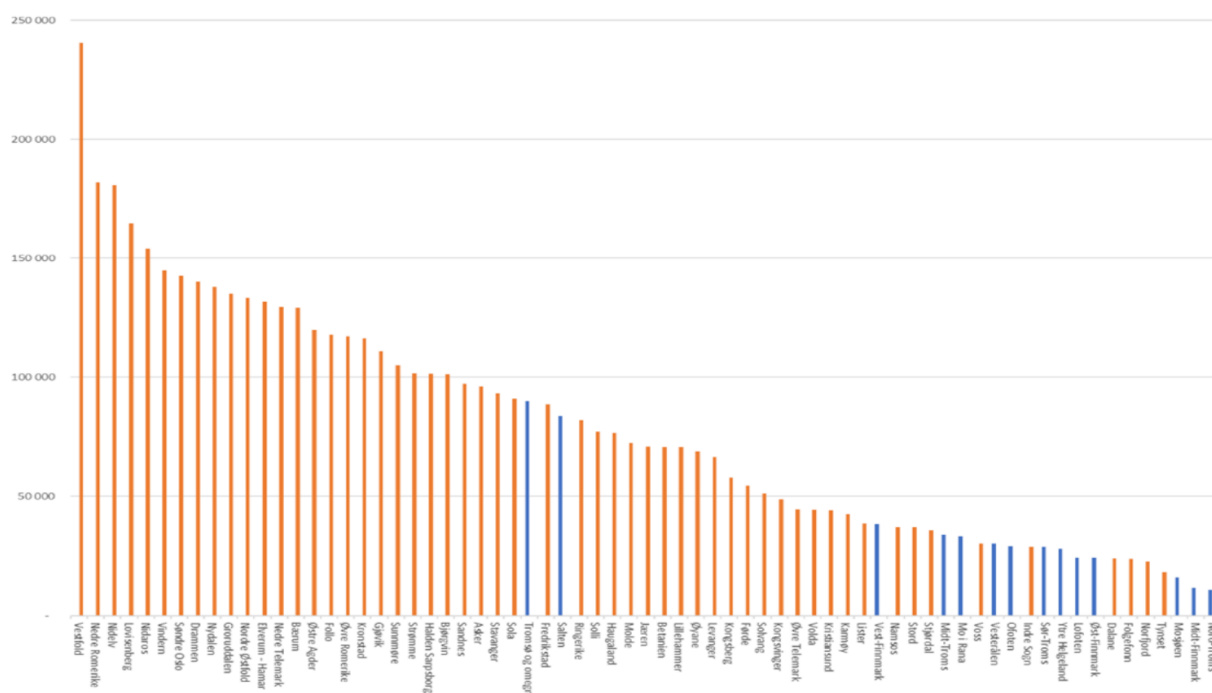
## 6.3 Desentrale tilbud – SPHR (DPS)

### 6.3.1 Dagens situasjon

Gjennom gjeldende kliniske struktur har klinikken valgt å vektlegge en betydelig desentral virksomhet. Det er SPHR-virksomhet ved 6 lokalisasjoner over et vidstrakt område fra Narvik i sør til Storslett i nord. Virksomheten omfatter totalt 8 døgnenheter med til sammen 73 døgnplasser (inkludert Medikamentfritt behandlingstilbud som regional funksjon), 6 voksenpsykiatriske poliklinikker (inkludert regionalt OCD-team ved voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø), 5 ambulante akutteam (inkludert integrert løsning med døgnenhet Nord-Troms), 3 FACT-team (inkludert integrert løsning med voksenpsykiatrisk poliklinikk Nord-Troms) og 1 ACT-team (Tromsø).

Gjennom styresak Helse Nord nr. 11/2023 er det pekt på at Helse Nord har en svært desentral DPS-struktur, med mange små enheter. Det er gjennom saken framhevet at 11 av de 20 minste DPSene i Norge ligger i Helse Nord (søyler med blå farge i figur 5). Åtte DPS har opptaksområde under den anbefalte nedre grensen på 30 000 innbyggere, og fire ligger i området mellom 30 000 og 70 000 innbyggere. Se figur 5.

**Figur 5:** Befolkningsgrunnlag, DPS, 2022. Antall innbyggere pr. boområde.



En står således overfor små og sårbare fagmiljøer. Som for øvrige virksomheter opplever klinikken en vedvarende vanskelig situasjon knyttet til rekruttering og stabilisering av helsepersonell, og da særlig lege- og psykologspesialister. Virksomheten har i stor grad hatt behov for ambulerende overleger fra Tromsø, og innleie av overleger fra firma. Tidligere etablerte FACT-team i Narvik og Harstad er nedlagt på bakgrunn av manglende spesialistkompetanse og i prioritering av spesialistkompetanse til andre deler av virksomheten.

Økonomiske omstillingstiltak i form av uttak av kapasitet har over tid utelukkende skjedd innenfor sykehusfunksjoner. Kapasitetsnedtak ved døgnenheter i Narvik, Harstad og Midt-Troms (fra 36 til 28 døgnplasser) samt nedleggelse av voksenpsykiatrisk poliklinikk på Sjøvegan våren 2021, medførte ikke uttak av ressurser, men en omdisponering av frigjorte ressurser til å forsterke allerede etablerte polikliniske og ambulante tilbud ved SPHR i Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms. Ved endring av åpningstider for ambulante akutteam ved de samme tre SPHR (iverksettelse 19.06.23) er også frigjorte ressurser beholdt for styrking av poliklinisk virksomhet her.

Det har over tid vært ledig kapasitet ved døgnenheter utenfor Tromsø. Pasienter underlagt TPH med døgnopphold innlagt ved sykehusfunksjon kan ikke tilbys behandling ved døgnenheter utenfor Tromsø ettersom disse ikke er godkjent for TPH med døgnopphold. Døgnenheter utenfor Tromsø kan ikke enkelt godkjennes for TPH ettersom disse ikke har tilstrekkelig kompetanse, personellressurser, tilgang til døgnkontinuerlige vaktordninger, egnede arealer m.v. (jamfør Psykisk helsevern forskriften kap. 1 med tilhørende rundskriv). Dette legger store begrensninger på handlingsrommet klinikken har for å kunne utnytte ledig døgnkapasitet ved lokalisasjoner utenfor Tromsø.

### 6.3.2 Arbeidsgruppens forslag

For å kunne prioritere en styrking av sykehusfunksjoner i form av 2 spesialiserte poster, vil det være nødvendig å overføre ressurser fra desentrale SPHR til sykehusfunksjoner. Arbeidsgruppen foreslår på denne bakgrunn at dagens døgnenheter i Harstad (SPHR Sør-Troms) og på Storsteinnes (SPHR Tromsø) nedlegges og at ressurser nyttes til styrking av sykehusfunksjon i Tromsø og til styrking av polikliniske og ambulante tjenestetilbud.

#### 1. Nedleggelse av døgnenhet SPHR Sør-Troms med ivaretagelse av døgntilbud ved SPHR Ofoten

Bakgrunnen for arbeidsgruppens forslag om nedleggelse av døgnenheten ved SPHR Sør-Troms (i stedet for døgnenhetene i Narvik eller Silsand) knytter seg til en samlet vurdering av behov for frigjøring av ressurser for styrking av polikliniske og ambulante tjenester samt sykehusfunksjon i Tromsø. Etablering av et fullintegrert sykehus i Narvik har også blitt vektlagt (se omtale under). Arbeidsgruppen har vurdert at avstanden mellom Harstad og Narvik (ca. 100 km) ikke utgjør et uforsvarlig hinder for at pasienter fra Sør-Troms kan motta døgnbehandling i Narvik. På bakgrunn av dette har arbeidsgruppen foreslått å beholde døgnenheten i Narvik framfor døgnenheten i Harstad. Forslaget om nedleggelsen av døgnenheten i Harstad er ikke basert på kunnskap om at tjenestetilbudet ved andre døgnenheter er av høyere kvalitet enn ved døgnenheten i Harstad.

Nye UNN Narvik vil etableres som et fullintegrert sykehus hvor somatikk, TSB og PHV er fysisk samlokalisert og der disse samarbeider og samdrifter. Arealene her tilrettelegges for gode arbeidsprosesser som sikrer at pasientene opplever helhetlige, tverrfaglige og koordinerte pasientforløp. Etableringen av Nye UNN Narvik som fullintegrert sykehus er derfor et viktig argument for å beholde døgntilbudet ved SPHR Ofoten. Døgnerheten ved SPHR Ofoten skal i tillegg styrkes med 2 akutt-/utredningssenger ved innflytting i nye arealer. Nedleggelse av døgnerhet ved SPHR Midt-Troms er vurdert som uaktuelt med bakgrunn i reisetid/geografisk avstand og kommunikasjon, samt sett i lys av foreslått nedleggelse av Døgnerheten på Storsteinnes (som innebærer at opptaksområdet til døgnerheten ved SPHR Midt-Troms utvides med Balsfjord kommune).

## **2. Styrking av poliklinisk og ambulant virksomhet SPHR Sør-Troms**

Nedleggelse av døgnerhet ved SPHR Sør-Troms vil frigjøre arealer og personell til styrket poliklinisk og ambulant virksomhet, inkludert reetablering av FACT-team, i tråd med ønsket dreining av virksomheten fra døgn til dag.

## **3. Nedleggelse av døgnerhet SPHR Tromsø, Storsteinnes med ivaretagelse av døgntilbud ved SPHR Nord-Troms og SPHR Midt-Troms**

Bakgrunnen for arbeidsgruppens forslag om nedleggelse av døgnerheten ved SPHR Tromsø, Storsteinnes (i stedet for nedleggelse av døgnerhet ved SPHR Nord-Troms på Storslett) knytter seg til en samlet vurdering for frigjøring av ressurser for styrking av polikliniske og ambulante tjenester samt sykehusfunksjon i Tromsø, samt reisetid/geografisk avstand for de involverte kommunene (Balsfjord, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvæangen). Avstanden fra Nord-Troms til klinikkens øvrige tjenestetilbud er i seg selv et argument for å opprettholde et døgntilbud i regionen. SPHR Nord-Troms har vist at de til tross for begrensede ressurser har fått til et robust og helhetlig tjenestetilbud på tvers av enheter. Forslaget om nedleggelsen av døgnerheten på Storsteinnes er ikke basert på kunnskap om at tjenestetilbudet ved andre døgnerheter er av høyere kvalitet enn ved døgnerheten på Storsteinnes.

Gjennom forslaget overføres kommunene Lyngen og Storfjord til opptaksområde for døgnerheten ved SPHR Nord-Troms (som styrkes med 1 døgnplass), mens Balsfjord kommune overføres til opptaksområdet for døgnerheten ved SPHR Midt-Troms (som styrkes med 3 døgnplasser). Arbeidsgruppen har vurdert at avstanden fra de berørte kommunene Lyngen, Storfjord og Balsfjord ansees å være forsvarlig for at pasienter kan motta døgnbehandling ved SPHR Nord-Troms og SPHR Midt-Troms.

Arbeidsgruppen foreslår å opprettholde voksenpsykiatrisk poliklinikk på Storsteinnes – dette for poliklinisk tilbud til kommunene Storfjord, Lyngen og Balsfjord. Eventuell utforming av ambulante tilbud i tilknytning til poliklinikken må avklares.

#### 4. Styrking av poliklinisk virksomhet SPHR Tromsø

Arbeidsgruppen foreslår videre en styrking av poliklinisk kapasitet ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø i lys av dagens kapasitetsutfordringer og for å skape økt tilgjengelighet.

#### 5. Styrking av ambulant virksomhet SPHR Ofoten

Arbeidsgruppen foreslår reetablering av FACT-team ved SPHR Ofoten.

#### 6. Videreføring av FACT-team ved SPHR Midt-Troms

FACT-team ved SPHR Midt-Troms er i dag finansiert gjennom prosjektmidler. Arbeidsgruppen foreslår videreføring gjennom permanente midler etter endt prosjektperiode forutsatt fortsatt kommunalt bidrag.

### 6.3.3 Samlet framstilling klinisk struktur SPHR (DPS-struktur)

*Etter arbeidsgruppens forslag vil klinikken ha slik klinisk struktur for SPHR (begrepet lokalisasjon nyttes i de følgende for å anskueliggjøre at organisering vil avgjøres på senere tidspunkt i prosessen):*

#### Lokalisasjon Narvik (SPHR Ofoten):

- Døgnet med 9 døgnplasser med tillegg av 2 akutt-/utredningssenger som tidligere besluttet som en del av Nye UNN Narvik.
- Døgnetshetsfunksjon utvides med kommunene Harstad, Kvæfjord, Tjeldsund og Lødingen.
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk.
- Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team).

#### Lokalisasjon Harstad (SPHR Sør-Troms):

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk.
- Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team).
- Døgnetshetsfunksjon for kommunene Harstad, Kvæfjord, Tjeldsund og Lødingen ivaretas av lokalisasjon Narvik.

#### Lokalisasjon Silsand (SPHR Midt-Troms):

- Døgnet med 12 døgnplasser (styrking 3 døgnplasser). Døgnetshetsfunksjon utvides med Balsfjord kommune.
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk.
- Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team).

#### Lokalisasjon Storsteinnes (SPHR Tromsø):

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk.
- Eventuell utforming av FACT-lignende tilbud i tilknytning til poliklinikken må avklares.

#### Lokalisasjon Tromsø (SPHR Tromsø):

- 2 døgnenheter med totalt 25 døgnplasser (styrking 1 døgnplass). Høringsdokumentets forslag innebærer en styrking med 1 døgnplass noe som vurderes som nødvendig av hensyn til å opprettholde dagens samlede døgnkapasitet. Dette er ikke drøftet av arbeidsgruppen.
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø (inkludert regionalt OCD-team).
- Ambulant akutteam
- FACT-team
- ACT-team
- Konsultasjonsteam medikamentfri behandling

#### Lokalisasjon Storslett (SPHR Nord-Troms):

- Døgnenhet 7 døgnplasser (styrking 1 døgnplass). Døgnenhetsfunksjon utvides med kommunene Lyngen og Storfjord.
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk.
- Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team) i samarbeid med døgnenhet og poliklinikk.

Arbeidsgruppen har drøftet hensiktsmessigheten ved å samorganisere Ambulant akutteam og FACT-team utenfor Tromsø etter modell ved Lofoten og Vesterålen DPS da med hensikt å skape robusthet i tilbudet. Dette vil bli tematisert i forbindelse med organisering av virksomhet.

## 6.4 Omgjøring av Medikamentfritt døgntilbud til konsultasjonsteam

### 6.4.1 Dagens situasjon

Helse Nord er den eneste RHFet som har en dedikert enhet for medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT). Enheten er et regionalt tilbud lokalisert til Psykisk helse- og rusklinikken UNN, SPHR Tromsø. Enheten har 6 døgnplasser. Posten ble opprettet i 2017 etter oppdrag i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet og etter et stort engasjement fra brukerorganisasjoner for at spesialisthelsetjenesten også skal tilby et medikamentfritt behandlingstilbud. Målgruppen er pasienter med psykose og/eller bipolar lidelse. Alle innleggelser er frivillige.

I forbindelse med nylig gjennomgang av regionale funksjoner i Helse Nord registreres det uenighet i regionens fagmiljøer hvorvidt denne typen tilbud skal gis til pasienter med alvorlig psykisk sykdom. Gjennomgangen fremhever at tilbudet har bidratt til økt bredde i behandlingsmuligheter for målgruppene, imidlertid anbefales det en ny gjennomgang og vurdering av om formål og målgruppe for tilbudet er riktig/hensiktsmessig definert.

### 6.4.2 Arbeidsgruppen forslag

I lys av klinikkens behov for frigjøring av ressurser for styrking av polikliniske og ambulante tjenester og sykehusfunksjon i Tromsø, samt å prioritere behandlingstilbud til pasienter med de mest alvorlige

og sammensatte psykiske lidelsene, vurderes det hensiktsmessig å omgjøre MFBT til et konsultasjonsteam som skal understøtte medikamentfri behandling ved klinikkens enheter i hele regionen. Dette vil også være i tråd med ønsket dreining av virksomheten fra døgn til dag. Gjennom etablering av et konsultasjonsteam vil regionen beholde et kompetansemiljø, samtidig som det frigjør arealer i dagens bygningsmasse og personellressurser. Det vil være nødvendig å ha en dialog med Helse Nord om nedleggelsen av døgntilbudet og eventuell etablering av et konsultasjonsteam.

## 7 Økonomiske konsekvenser

Sekretariatet har med bistand fra økonomi- og analysesenteret ved UNN gjort en foreløpig beregning av økonomiske konsekvenser av arbeidsgruppens forslag. Denne viser på den ene side en samlet reduksjon innenfor dagens kliniske struktur på 89 mill. kr. Foreslåtte endringer beløper seg på den annen side til kr. 85 mill. kr. inkludert økte reiseutgifter og innsparing av merforbruk ved sykehusfunksjon.

Det tas forbehold om at en del av de foreslåtte endringene i klinisk struktur må avklares med Helse Nord.

Tabell 3: Oversikt økonomiske konsekvenser

	FORSLAG	INNSPARING	NY KOSTNAD
TSB Tromsø	Sammenslåing døgnenheter	-22,5	
TSB Narvik	Etablering av ruspoliklinikk		7,0
Døgn Storsteinnes	Nedleggelse	-18,0	
Medikamentfritt behandlingstilbud	Nedleggelse	-17,3	
Medikamentfritt behandlingstilbud	Opprettelse konsultasjonsteam		6,7
VPP Tromsø	Økt kapasitet		3,3
Døgn Harstad	Nedleggelse	-19,0	
FACT-team Harstad	Opprettelse		2,2
FACT-team Narvik	Opprettelse		2,2
VPP Harstad	Økt kapasitet		1,4
Fleksibel intermediaærpost	Ny post Tromsø		30,0
Rehabiliteringspost	Ny post Tromsø		30,0
	Fjernet overforbruk Akuttposter	-12,2	
	Økte reisekostnader Storsteinnes		0,8
	Økte reisekostnader Harstad		1,6
		-89	85

Kostnader ved permanent drift av FACT-team i Midt-Troms tilkommer etter avsluttet prosjektperiode.



## 8 Samlet framstilling av forslag til framtidig klinisk struktur

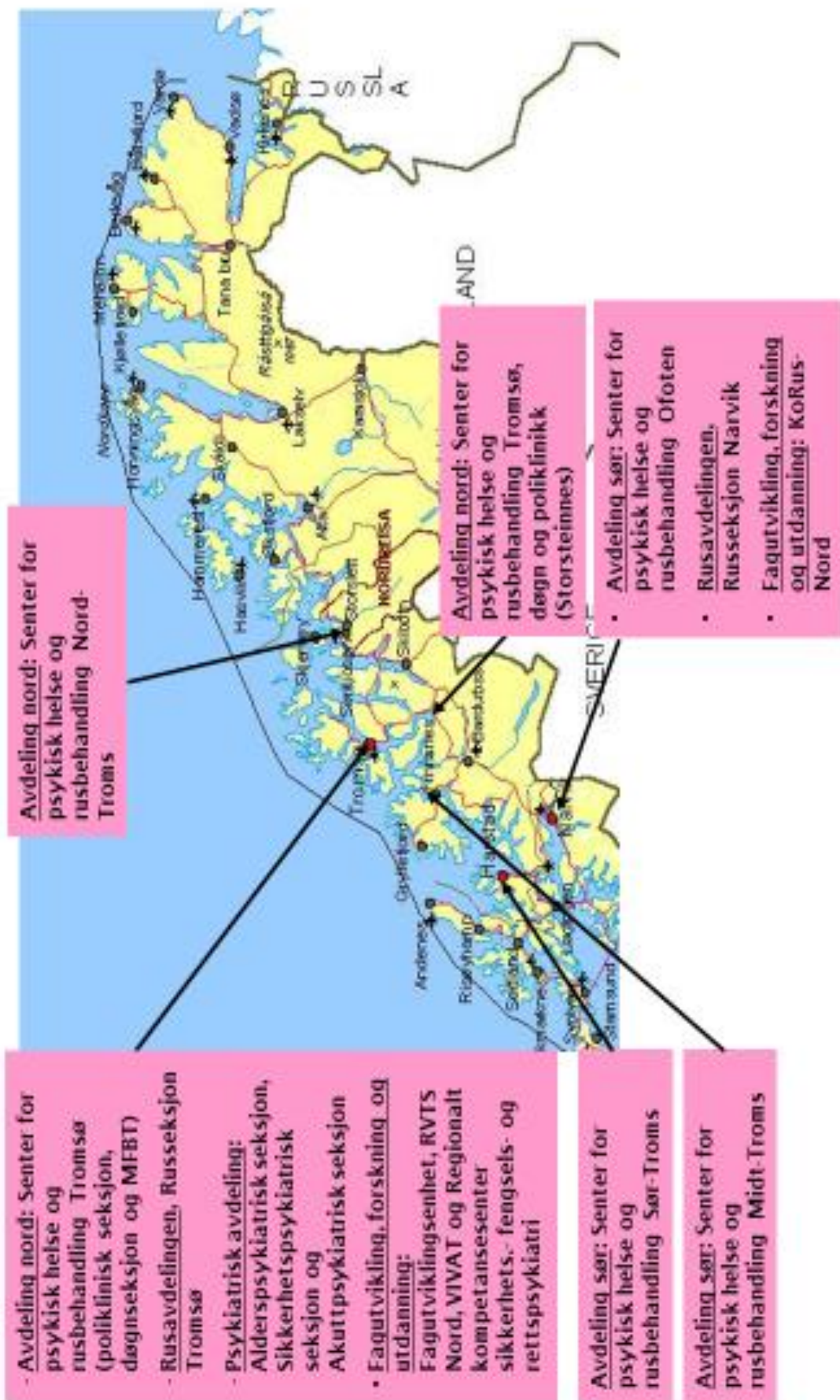
Forslag til framtidig klinisk struktur er framstilt gjennom vedlegg 4.

## 9 Vedlegg

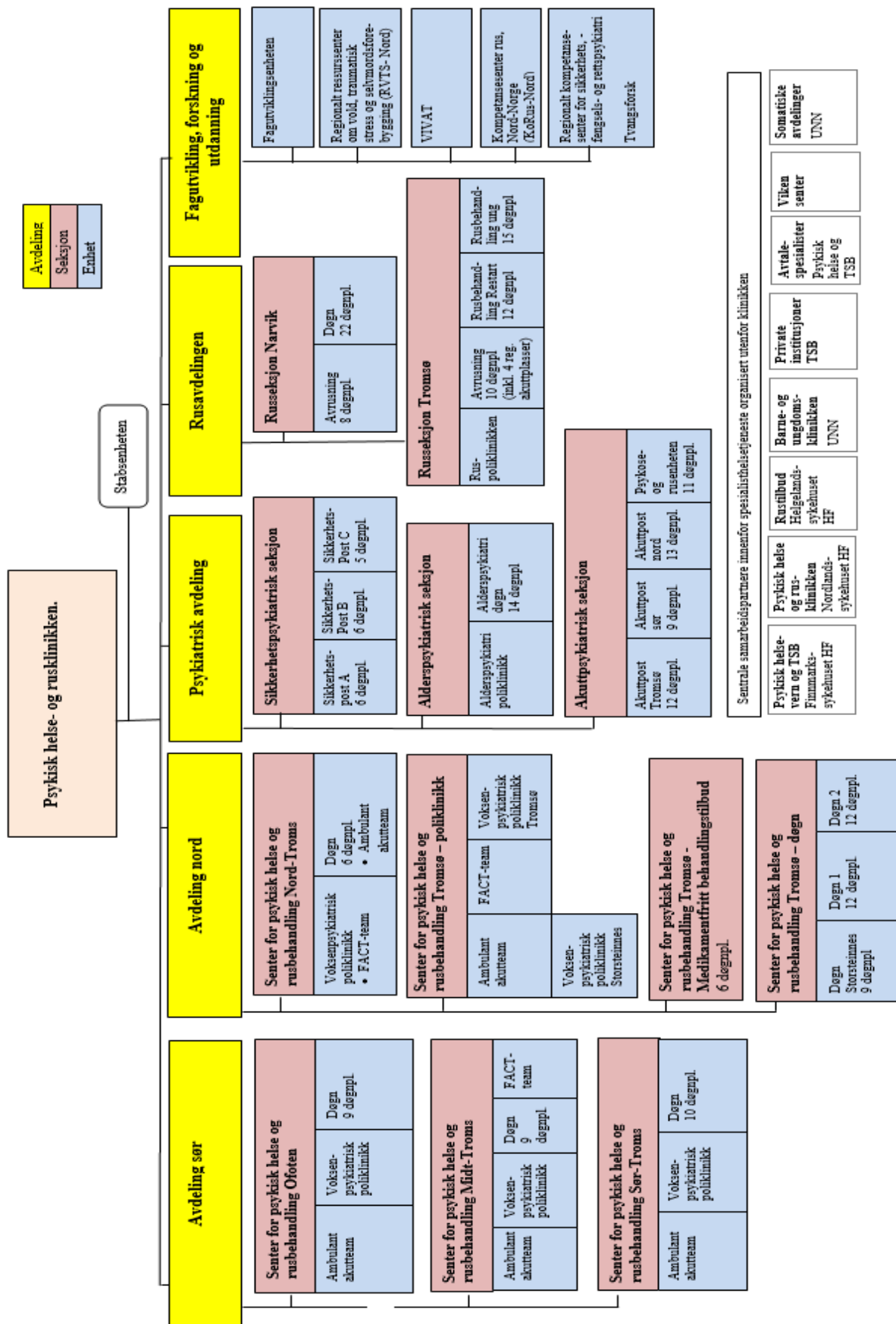
## Vedlegg 1: Dagens kliniske struktur

Psykisk helse- og rusklinikken – Organisering, klinisk struktur og døgnplasser 05.2023		
Avdeling/seksjon	Klinisk struktur	Døgnplasser
<b>Avdeling sør</b>		
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Midt-Troms</i> Opptaksområde: Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa, Målselv og Bardu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgn</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Silsand</li> <li>Ambulant akutteam</li> <li>FACT-team</li> </ul>	9
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Ofoten</i> Opptaksområde: Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen og Salangen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgn</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulant akutteam</li> </ul>	9
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Sør-Troms</i> Opptaksområde: Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgn</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulant akutteam</li> </ul>	10
<b>Avdeling nord</b>		
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Nord-Troms</i> Opptaksområde: Nordreisa, Kåfjord, Skjervøy og Kvæningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgn</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulant akutteam</li> <li>FACT-team (funksjon)</li> </ul>	6
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Tromsø – poliklinikk</i> Opptaksområde: Tromsø, Karlsøy, Lyngen, Storfjord og Balsfjord	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Tromsø inkl. regionalt OCD-team voksne Helse Nord</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Storsteinnes</li> <li>Ambulant akutteam</li> <li>FACT-team</li> <li>ACT-team</li> </ul>	
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Tromsø - døgn</i> Opptaksområde: Tromsø, Karlsøy, Lyngen, Storfjord og Balsfjord	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgn 1</li> <li>Døgn 2</li> <li>Døgn Storsteinnes</li> </ul>	12 12 9
<i>Medikamentfritt behandlingstilbud</i> Opptaksområde: Regionalt tilbud Helse Nord	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medikamentfritt behandlingstilbud</li> </ul>	6
<b>Psykiatrisk avdeling</b>		
<i>Alderspsykiatrisk seksjon</i> Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alderspsykiatri døgn</li> <li>Alderspsykiatri poliklinikk</li> </ul>	14
<i>Sikkerhetspsykiatrisk seksjon</i> Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark for lokale sikkerhetsplasser. Regionalt tilbud for Helse Nord 3 regionale sikkerhetsplasser	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikkerhetspost A</li> <li>Sikkerhetspost B</li> <li>Sikkerhetspost C</li> </ul>	6 6 5
<i>Akuttpsykiatrisk seksjon</i> Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akuttpost sør</li> <li>Akuttpost nord</li> <li>Akuttpost Tromsø</li> <li>Psykose- og rusenheten</li> </ul>	9 13 12 11
<b>Rusavdelingen (TSB)</b>		
<i>Russeksjon Tromsø</i> Opptaksområde: Regionalt tilbud Helse Nord	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruspoliklinikken</li> <li>Avrusning (inkl. 4 regionale akutt-plasser)</li> <li>Rusbehandling Restart</li> <li>Rusbehandling ung</li> </ul>	10 12 15
<i>Russeksjon Narvik</i> Opptaksområde: Regionalt tilbud Helse Nord	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avrusning</li> <li>Døgn</li> </ul>	8 22
<b>Avdeling/seksjon</b>		
<b>Fagutvikling, forskning og utdanning</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fagutviklingsenheten, Tromsø</li> <li>RVTS Nord, Tromsø (regional funksjon)</li> <li>KoRus Nord, Narvik (regional funksjon)</li> <li>VIVAT, Tromsø (nasjonal funksjon)</li> <li>Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (regional funksjon)</li> <li>Tvangsforsk (nasjonalt nettverk)</li> </ul>	
<i>Sum døgnplasser i Psykiatrisk avdeling</i>		76
<i>Sum døgnplasser TSB</i>		67
<i>Sum døgnplasser ved SPHR (inkl. 6 regionale døgnplasser)</i>		73
<i>Sum total – døgnplasser</i>		216

Vedlegg 2: Lokalisering av virksomhet



Vedlegg 3: Organisasjonskart PHRK 2023



01.05.23/CEW

## Vedlegg 4: Arbeidsgruppens forslag til framtidig kliniske struktur

Psykisk helse- og rusklinikken - forslag klinisk struktur og døgnplasser		
Lokalisasjon	Klinisk struktur	Døgnplasser
<p><b>DPS: Virksomhet Silsand</b></p> <p>Opptaksområde poliklinisk og ambulant virksomhet: Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa, Målselv, og Bardu. Befolkningsmengde opptaksområde poliklinisk virksomhet<sup>1</sup>: 25172</p> <p>Opptaksområde døgnvirksomhet: Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa, Målselv, og Bardu og Balsfjord Befolkningsmengde opptaksområde døgnvirksomhet: 29775</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgnenhet</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team)</li> </ul>	12
<p><b>DPS: Virksomhet Narvik</b></p> <p>Opptaksområde poliklinisk og ambulant virksomhet: Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen og Salangen Befolkningsmengde opptaksområde poliklinisk virksomhet: 22047</p> <p>Opptaksområde døgnvirksomhet: Narvik, Evenes, Gratangen, Lavangen, Salangen, Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen Befolkningsmengde opptaksområde døgnvirksomhet: 49469</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgnenhet (inkl. 2 akutt/utredningsplasser)</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team)</li> </ul>	11
<p><b>DPS: Virksomhet Harstad</b></p> <p>Opptaksområde poliklinisk og ambulant virksomhet: Tjeldsund, Kvæfjord, Harstad og Lødingen. Befolkningsmengde opptaksområde poliklinisk virksomhet: 27422</p> <p>Opptaksområde døgnvirksomhet ivaretas av lokalisasjon Narvik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team)</li> </ul>	
<p><b>DPS: Virksomhet Storslett</b></p> <p>Opptaksområde poliklinisk og ambulant virksomhet: Nordreisa, Kåfjord, Skjervøy og Kvænangen. Befolkningsmengde opptaksområde poliklinisk virksomhet: 8746</p> <p>Opptaksområde døgnvirksomhet: Nordreisa, Kåfjord, Skjervøy, Kvænangen, Lyngen og Storfjord Befolkningsmengde opptaksområde døgnvirksomhet: 12602</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgnenhet</li> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk</li> <li>Ambulante tjenestetilbud (Ambulant akutteam og FACT-team) i samarbeid med døgnenhet og poliklinikk</li> </ul>	7
<p><b>DPS: Virksomhet Tromsø</b></p> <p>Opptaksområde poliklinisk og ambulant virksomhet: Tromsø og Karlsøy Befolkningsmengde opptaksområde poliklinisk virksomhet: 64139</p> <p>Opptaksområde døgnvirksomhet: Tromsø og Karlsøy Befolkningsmengde opptaksområde døgnvirksomhet: 64139</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Tromsø inkl. regionalt OCD-team voksne Helse Nord</li> <li>Ambulant akutteam</li> <li>FACT-team</li> <li>ACT-team</li> <li>Døgnenhet</li> <li>Døgnenhet</li> </ul>	13 12
<p><b>DPS: Virksomhet Storsteinnes</b></p> <p>Opptaksområde poliklinisk og ambulant virksomhet: Tromsø, Karlsøy, Lyngen, Storfjord og Balsfjord</p> <p>Befolkningsmengde opptaksområde poliklinisk virksomhet: 8459 Opptaksområde døgnvirksomhet ivaretas av lokalisasjon Storslett (Storfjord og Lyngen) og lokalisasjon Silsand (Balsfjord kommune)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Tromsø</li> <li>Eventuell utforming av ambulante tjenestetilbud må avklares</li> </ul>	
<b>Sykehusfunksjon PHV: Virksomhet Tromsø</b>		
<p>Alderspsykiatri</p> <p>Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark. Befolkningsmengde opptaksområde &gt; 65 år: 52993</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alderspsykiatri døgn</li> <li>Alderspsykiatri poliklinikk</li> </ul>	14
<p>Sikkerhetspsykiatri</p> <p>Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark for lokale sikkerhetsplasser. Befolkningsmengde opptaksområde: 216116 Regionalt tilbud for Helse Nord 5 regionale sikkerhetsplasser. Befolkningsmengde opptaksområde: 410364</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikkerhetspost A (regional sikkerhetspost)</li> <li>Sikkerhetspost B (lokal sikkerhetspost)</li> <li>Sikkerhetspost C (lokal sikkerhetspost)</li> </ul>	5 7 7

<sup>1</sup> Befolkningsmengde > 18 år pr. 01.01.22



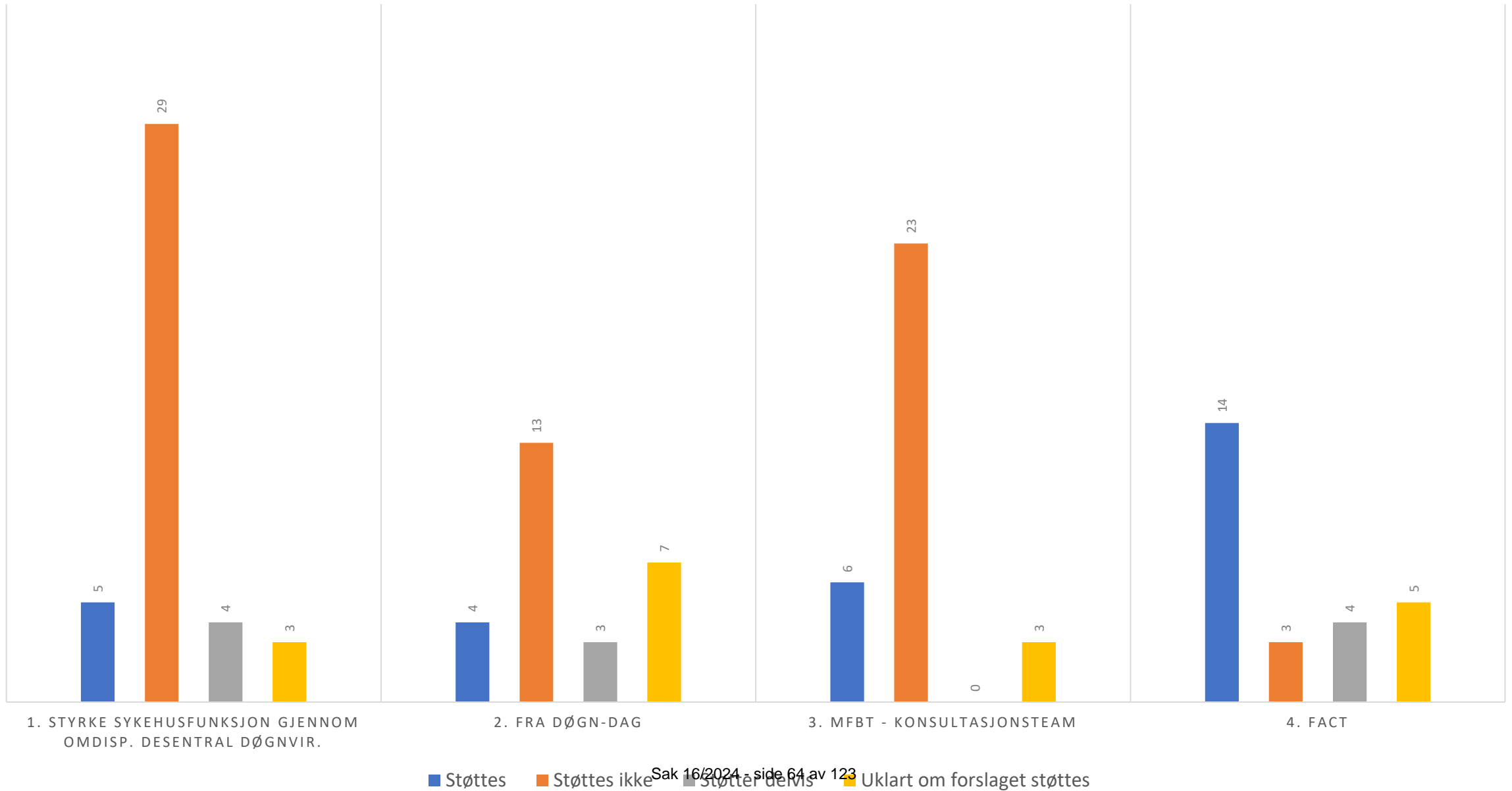
Lokalisasjon	Klinisk struktur	Døgnplasser
Akuttpsykiatri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akuttpost A</li> <li>Akuttpost B</li> <li>Mottakspost</li> </ul>	9 13 10
Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark Befolkningmengde opptaksområde: 216116		
Spesialiserte poster	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rus- og psykiatripost</li> <li>Fleksibel intermedierpost/nysyke</li> <li>Rehabiliteringspost/psykose</li> </ul>	9 11 10
Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark Befolkningmengde opptaksområde: 216116		
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – virksomhet Tromsø</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruspoliklinikken</li> <li>Avrusning (inkl. 4 regionale akutt plasser)</li> <li>Døgn/subakutt</li> </ul>	10 15
Opptaksområde: Regionalt tilbud Helse Nord Befolkningmengde opptaksområde: 410364		
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – virksomhet Narvik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruspoliklinikk</li> <li>Avrusning</li> <li>Døgn/subakutt (inkl. 2 akutt/utredningsplasser)</li> </ul>	8 24
Opptaksområde: Regionalt tilbud Helse Nord Befolkningmengde opptaksområde: 410364		
<i>Sum døgnplasser sykehusfunksjon psykisk helsevern</i>		95
<i>Sum døgnplasser ved SPHR</i>		55
<i>Sum døgnplasser psykisk helsevern</i>		150
<i>Sum døgnplasser TSB</i>		57
<i>Sum total – døgnplasser</i>		207

# Hørings svar

Framtidig klinisk struktur PHRK

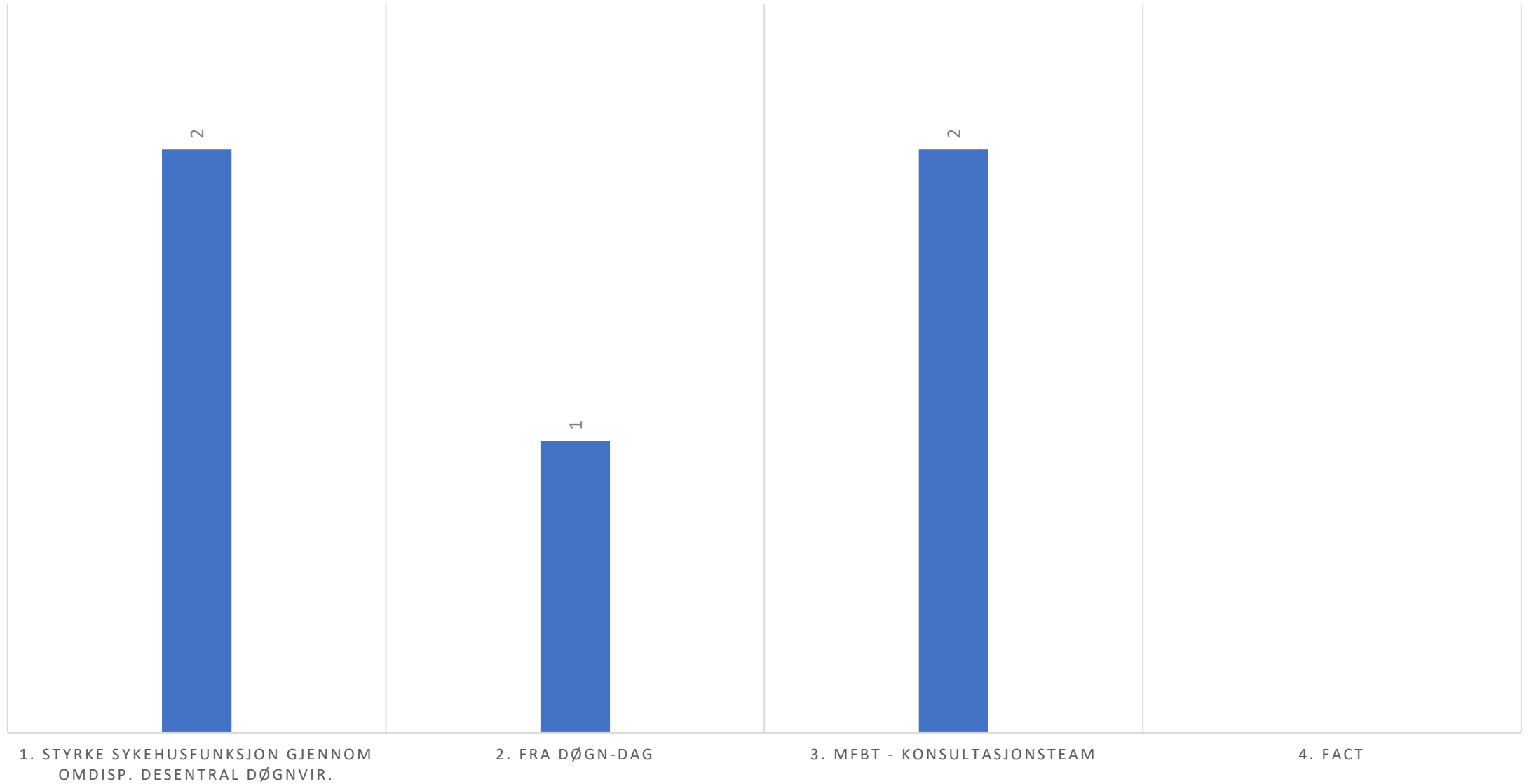
N= 62

## SAMLET HØRINGSSVAR, N=62

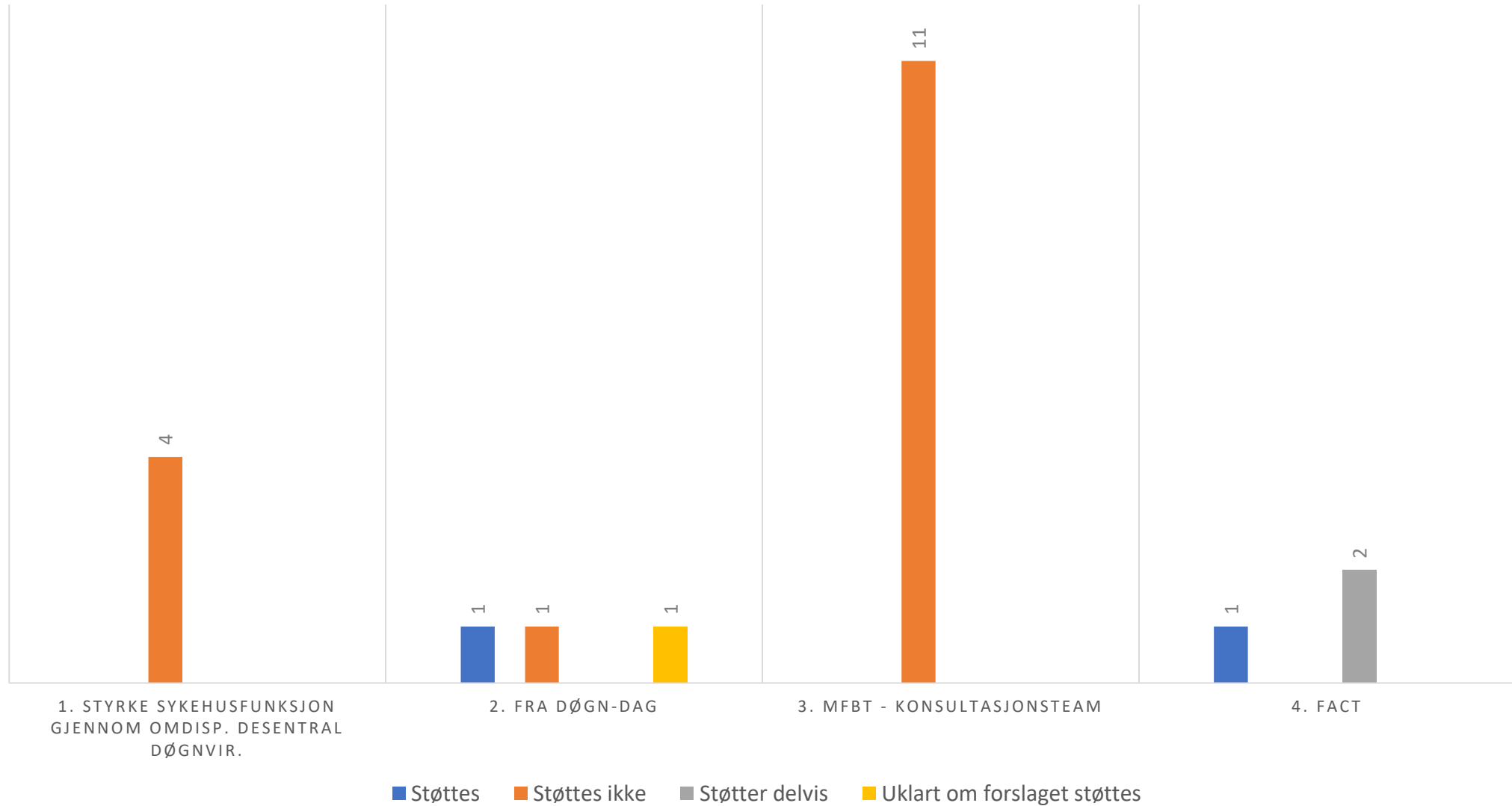




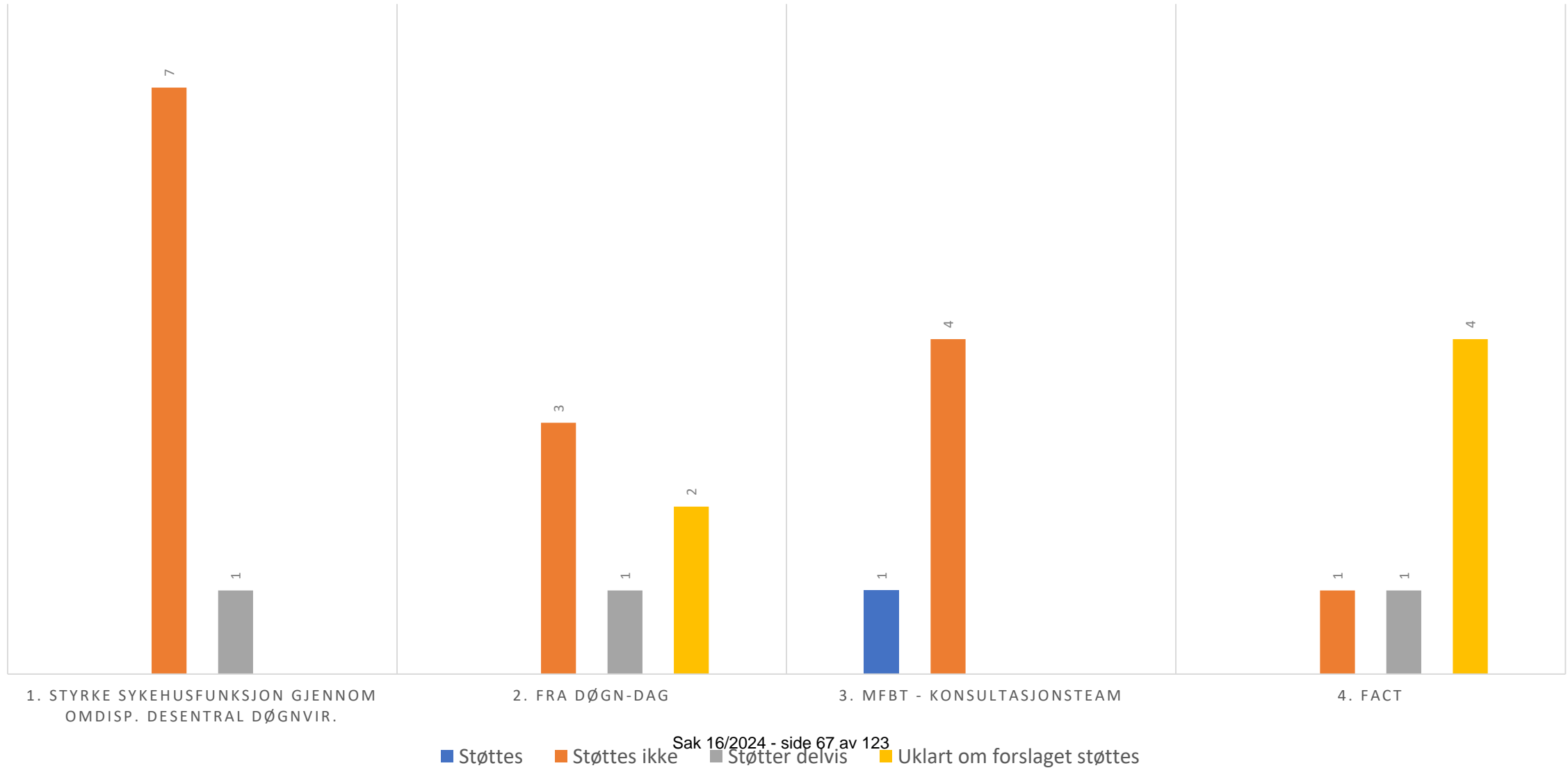
## HELSEFORETAK, N=2



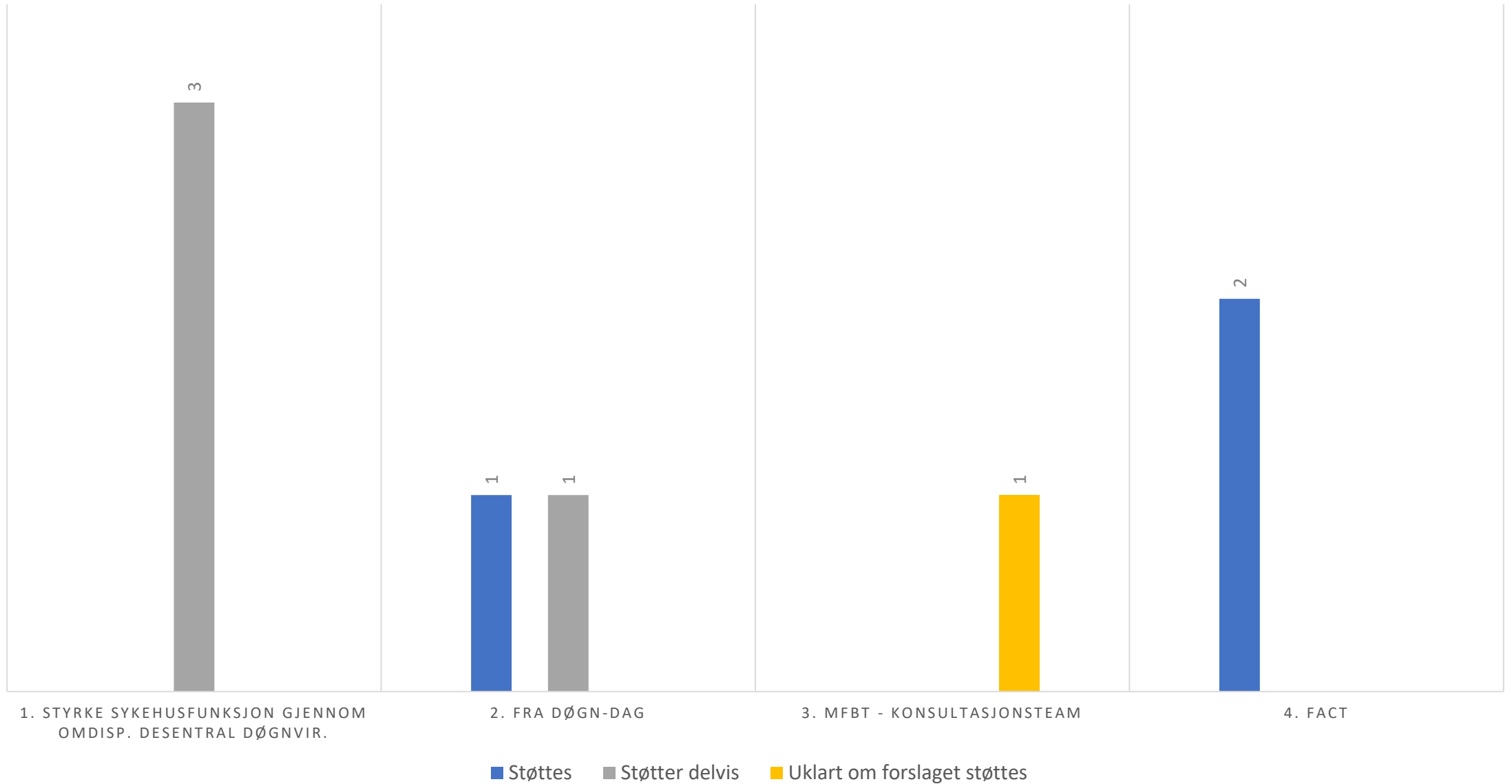
## BRUKER- & PÅRØRENDE ORG., N=14



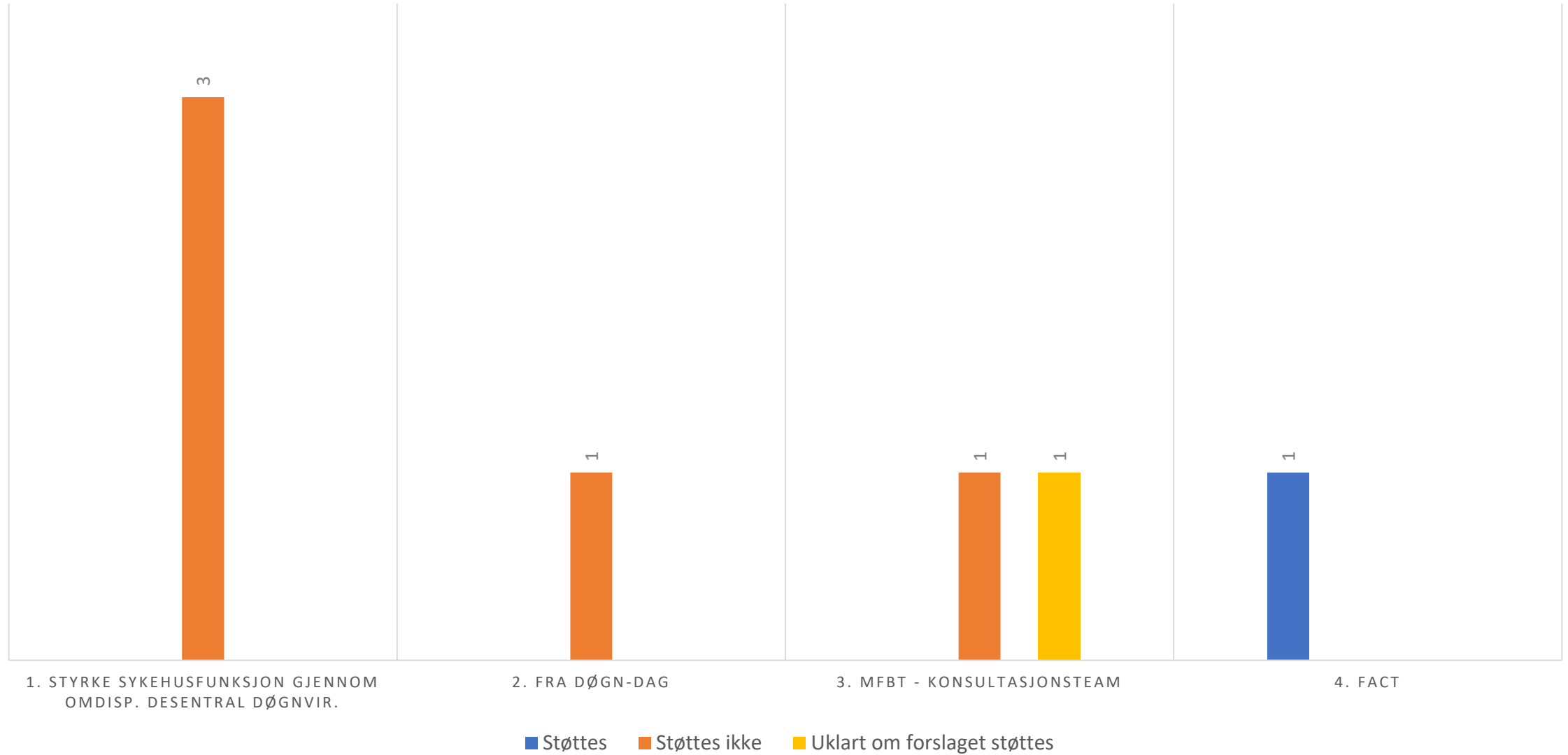
## KOMMUNER, N=9 (15)



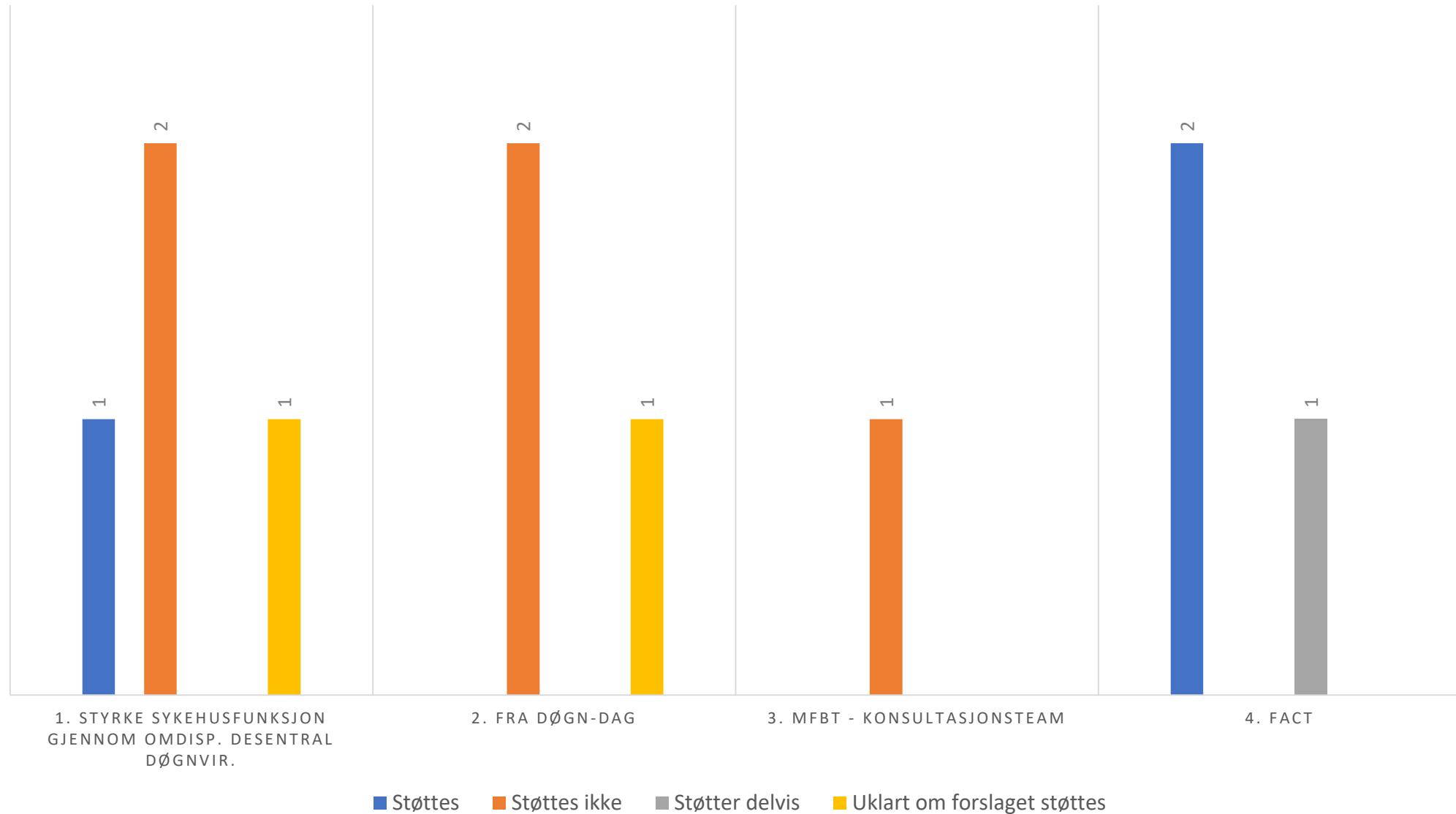
## ANDRE UNN, N=3



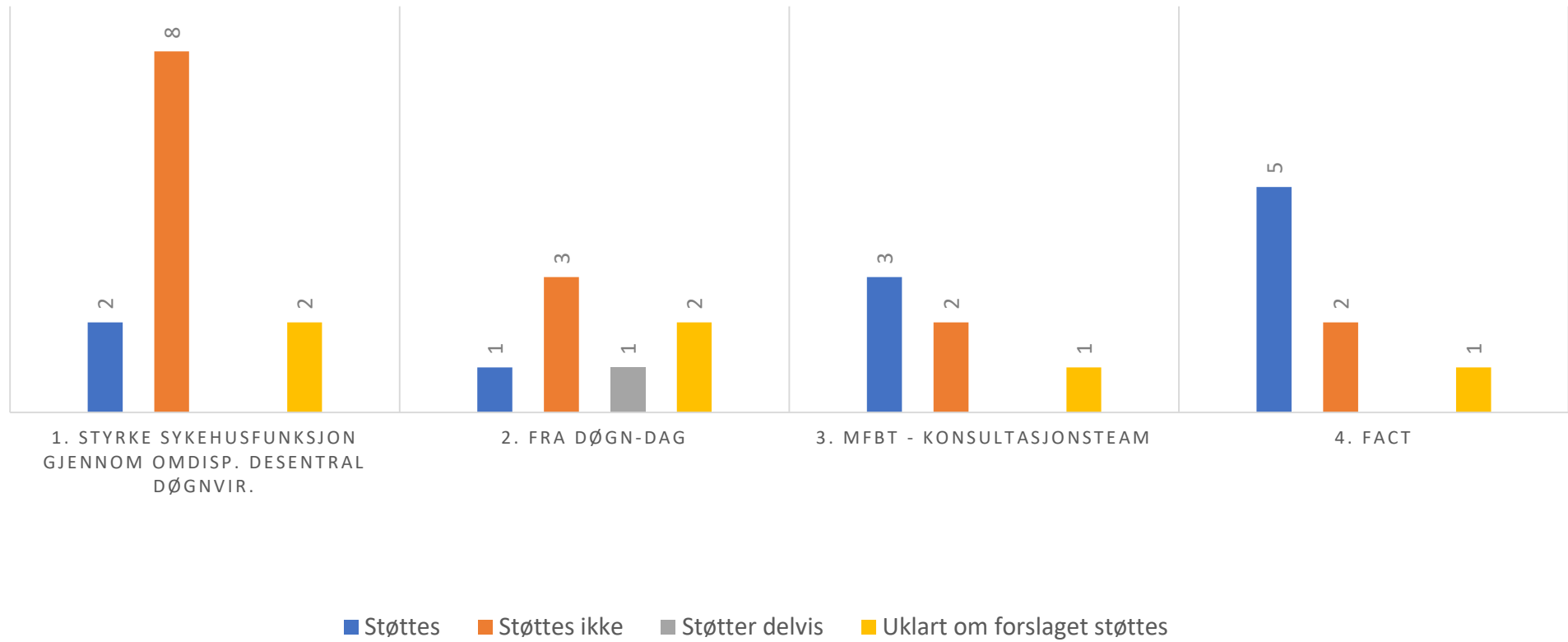
## TILLITSVALGTE, N= 4



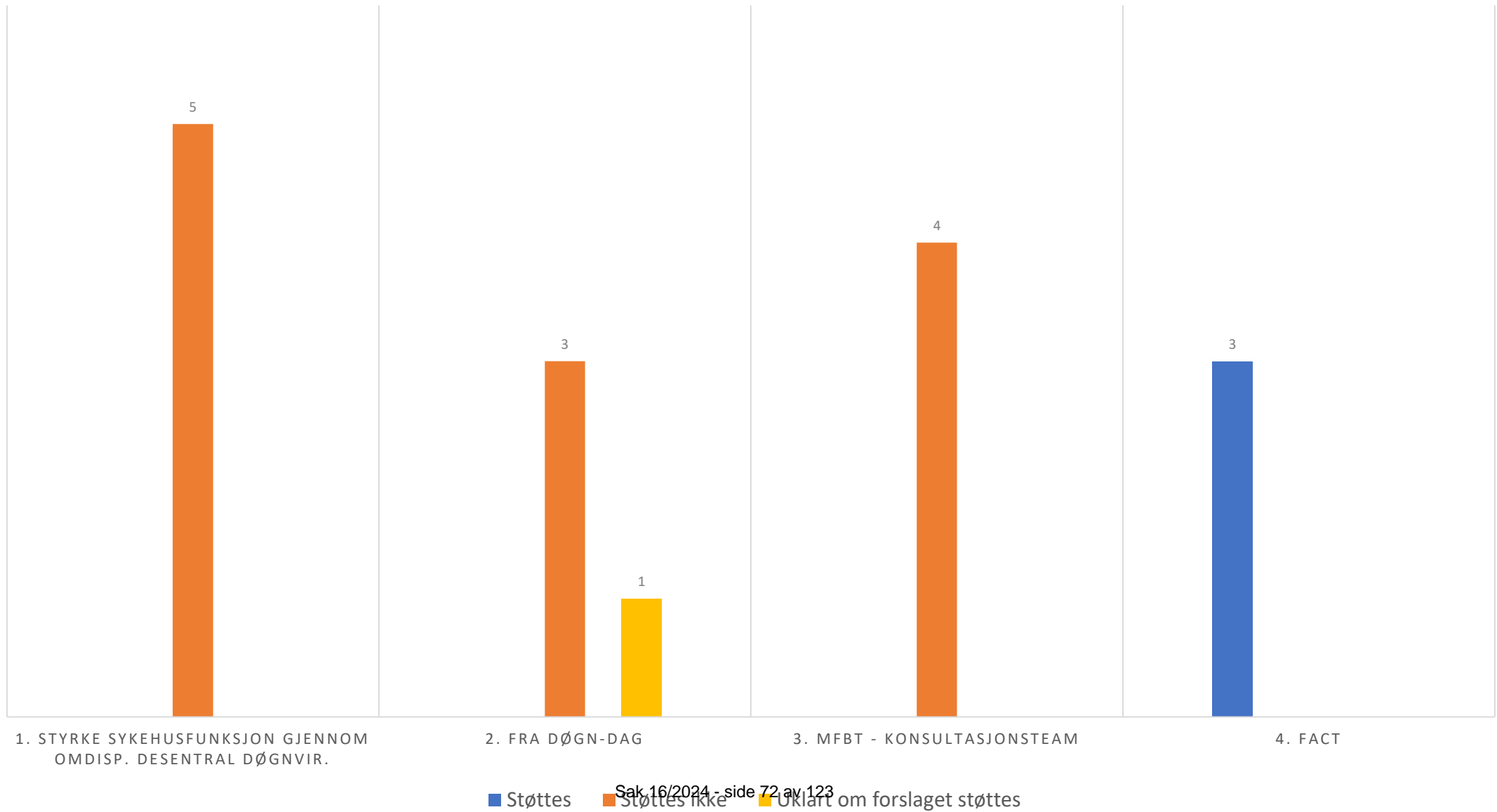
## AVDELINGER PHRK, N=4



## SEKSJONER, ENHETER & ANSATTE SAMLET SVAR PHRK, N=18



## ANDRE, N=8





### **Sammendrag høringsuttalelser – Bruker- og pårørendeorganisasjoner**

Høringsspørsmål referert til under:

1. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
2. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
3. *Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
4. *Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
5. *Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
FFO Troms og Finnmark	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes ikke:</b> Imot å ta ned senger i SPHR. Harstad/Narvik vil få betydelig dårligere dekning enn andre lokalsykehusområder. Mener tilbudet må styrkes for pasientgruppen, kan ikke risikere at pasienter og pårørende belastes mer. Det presiseres at somatisk helsehjelp er viktig. Der hvor det er lokalsykehus må vi opprettholde SPHR tilbudet.</li> <li><b>Omtales ikke.</b></li> <li><b>Støttes ikke:</b> Mener at kun et konsultasjons-team ikke vil være tilstrekkelig behandlingsform, og vil ikke representere samme trygghet som en døgnenhet.</li> <li><b>Støttes delvis.</b> FACT og ambulant team er et nødvendig tilbud, men det erstatter ikke antall SPHR døgnplasser. Reetablering av FACT-team i Ofoten og Sør-Troms må iverksettes og stabiliseres før reduksjon av SPHR tilbud.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mener det må foreligge mer dokumentasjon og konsekvensutredninger før reduksjon og forslag om nedlegging gjennomføres.</li> <li>Opptappingsplanen viser til behov for økt sengekapasitet, mens forslaget innebærer en reduksjon av senger totalt sett. Regjeringen legger vekt på at helseforetakene skal være tilgjengelig i hele landet og en sentralisering vil derfor være utfordrende og et uakseptabelt valg for pasientgruppen.</li> <li>Bemanningsutfordringen er allerede stor (særs i Tromsø). Mener den ikke blir mindre ved å endre klinikkstruktur.</li> <li>Mener det er viktig at pasienter uten tvang blir ivaretatt i egen kommune og at tilbudet faglig styrkes rundt opptappingsplans intensjoner.</li> <li>Transportutfordringer problematiseres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mener det vil være hensiktsmessig å vente med viktige avgjørelse på samhandlinger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ny Nasjonal helse og samhandlingsplan vil gi føringer som vil påvirke struktur og samhandling lokalt.</b></li> <li><i>Mener tilbudet i SPHR må styrkes. SPHR gir trygghet og kompetanse der pas. og pårørende bor.</i></li> <li><i>Alderspsykiatrisk tilbud må styrkes også lokalt. Eldre og deres pårørende skal ikke utsettes for belastende transport og bo på institusjonsplasser borte fra hjem og nærmiljø uten sine pårørende.</i></li> </ul>
LPP Troms og Finnmark	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes ikke:</b> Imot å ta ned senger i SPHR. Harstad/Narvik vil få betydelig dårligere dekning enn andre lokalsykehusområder. Nedleggelse i Harstad vil medføre betydelig flere transporter og økt ventetid. SPHR- sengepostene og planlagte innleggelser lokalt vil være avgjørende for pasientens tilfriskning. Deres pårørende vil også kunne involveres i pasientforløpet og få faglig veiledning i sitt nærområde. Er sterkt imot at SPHR som ligger tett til eller er samlokalisert nært lokalsykehus, helsehus og pårørendesenter foreslås lagt ned. TSB tilbudet må styrkes - ikke reduseres.</li> <li><b>Uklart om forslaget støttes:</b> TSB vil ikke kunne nyttiggjøre seg av poliklinisk tilbud</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problematiserer brukemedvirkning i arbeidsgruppen og mer generelt.</li> <li>Uenig i flere av forslagene og mener at disse må konsekvensutredes før beslutning. Økonomiske forutsetninger problematiseres.</li> <li>Etterlyser dokumentasjon: Tematiserer opptaksområdenes ulike bruk av døgnplasser ved SPHR. Dette er ikke godt nok belyst.</li> <li>Viktig å beholde den faglige kompetansen i distriktene. Det er erfart at tverrfaglige team som mangler psykiater kan benytte digital veiledning</li> <li>Bemanningsutfordring er allerede stor (særs i Tromsø). Mener den ikke blir mindre ved å endre klinikkstruktur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>LPP har medvirket i to store prosesser tilknyttet Helse Nord. Det vil være hensiktsmessig å vente med avgjørelse. Den nye Nasjonale helse og samhandlingsplan vil gi nye føringer som vil påvirke struktur og samhandling lokalt.</b></li> <li><i>Mener tilbudet i SPHR må styrkes og at de lokale SPHR gir trygghet og kompetanse der pasientene og deres pårørende bor.</i></li> <li><i>Reetablering av FACT-team Ofoten og Sør-Troms må iverksettes og stabiliseres før reduksjon av SPHR-tilbud.</i></li> </ul>

	<p>3. <b>Støttes ikke:</b> Stiller seg ikke bak forslaget om nedleggelse eller omstruktureringen av MFBT. Et konsultasjonsteam ikke vil være tilstrekkelig behandlingsform, og vil ikke representere samme trygghet som en døgnenhet.</p> <p>4. <b>Støttes delvis.</b> FACT og ambulant team er et nødvendig tilbud, men erstatter ikke antall SPHR døgnplasser.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bekymret for hvordan personer med utageringer og sammensatte Rop-utfordringer eller med aldersdemens skal gis et tilbud til behandling på tvers av avdelinger i TSB</li> <li>▪ Ønsker svar på hvilke pasientgrupper som må prioriteres når ressurser tas fra desentral døgnvirksomhet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Alderspsykiatrisk tilbud må styrkes også lokalt.</i></li> </ul>
Mental Helse Harstad	<p>1. <b>Støttes ikke.</b> Ser viktigheten av å bevare døgnenheten i Harstad slik den fremstår i dag. Nedleggelse støttes ikke. Døgnenheten betyr trygghet og nærhet. Gir et bærekraftig tilbud og forsvarlig helsehjelp i en akutt fase. Helsepersonell med kompetanse der behovet er.</p>		
Mental Helse Nordland	<p>1. <b>Støttes ikke.</b> Forslaget vil gi lengre reisevei til behandling som er svært uheldig. Stiller spørsmål: Vil klinikken kunne ivareta alle lovpålagte oppgaver og vil det hemme den totale fagkompetansen og vil det bli et dårligere tjenestetilbud?</p> <p>2. <b>Støttes.</b> Mener forebygging og tett oppfølging er bra. Ved å etablere FACT-team i alle kommuner vil kompetansen øke og pasienter som har behov for dette vil få en stabil, trygg og god oppfølging i hverdagen.</p> <p>3. <b>Støttes ikke.</b> Stiller spørsmålstegn om andre helseforetak er rådført. Etterspør erfaringer og begrunnelse for løsning med konsultasjonsteam.</p> <p>4. <b>Støttes.</b> Dette vil gi alle som har behov for oppfølging en bedre hverdag totalt sett. I tillegg betinger dette kommunalt samarbeid og medfinansiering, som bare er positivt for alle. Bør bli en lovpålagt tjeneste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forslaget skal gi pasientene riktig tilbud på rett nivå til riktig tid. Spørrende til påstanden, når det skal kuttes i personalressurser og økonomi.</li> <li>▪ Forslaget har ikke tatt høyde for den økningen i liggedøgn og årsverk som beskrives. Undrende på hvordan dette kan være økonomisk bærekraftig?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ønsker lovpålagt ruskonsulent og FACT-team i alle kommuner.</i></li> </ul>

Mental Helse Øksnes LPP Vesterålen	3. <b>Støttes ikke.</b> Stiller seg ikke bak forslaget om nedleggelse eller den omstrukturering av medikamentfritt behandlingstilbud. Omgjøring til konsultasjonsteam vil på sikt ikke bevare kompetansemiljøet, vil heller krympe og ikke utvikle det. En løsning med kun et konsultasjonsteam vil det være en utilstrekkelig. Konsekvenser ved nedleggelse omtales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er på sengeposten kompetansen bygges og videreutvikles sammen med brukere, pårørende og fagpersonell.</li> <li>▪ Erfaringene og grunnlaget for videre forskning innenfor dette unike feltet vil med forslaget stagnere over tid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Klinikkledelsen og Helse Nord bør sette seg grundig inn i MFBT sitt arbeid, verdigrunnlag og metoder. I stedet for å legge ned tilbudet bør arbeidet for å videreføre nytenkningen innenfor fagfeltet psykiatri fortsette.</i></li> </ul>
LPP Vesterålen	3. <b>Støttes ikke.</b> MFBT sitt grunnlag er brukermedvirkning. Det ble i sin tid jobbet frem av bruker- og pårørendeorganisasjoner som alternativ til medikamentell behandling for alvorlige psykiske lidelser. Nå er denne retten til å velge mellom ulike forsvarlige behandlingstilbud truet. Pasientens valgmulighet til en trygg og forutsigbar nedtrapping i sengepost kan forsvinne. Spørsmål om arbeidsgruppen har reflektert over tilliten til organisasjonenes arbeid. Kun et konsultasjonsteam vil være en utilstrekkelig behandlingsform, og vil ikke representere samme trygghet som døgnetenheten.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>MFBT må sikres videre drift og utvikling.</i></li> </ul>
ANANKE		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Store mørketall når det gjelder OCD. Ny klinisk struktur gir god anledning til å igangsette kartlegging.</li> </ul>	
LPP Norge	3. <b>Støttes ikke.</b> MFBT sitt grunnlag er brukermedvirkning. Tilbudet ble jobbet frem av bruker- og pårørendeorganisasjoner fordi en så behov for et tilbud hvor brukermedvirkning sto i fokus. Nå er retten til reelle valg truet. Stilles spørsmål ved om hvorfor det er tilbud som gis til personer i psykisk helsebehandling som må lide for budsjettkutt. Pasienters valgmulighet til trygg og forutsigbar nedtrapping i sengepost kan forsvinne. Stiller spørsmål om arbeidsgruppen har reflektert over tilliten til organisasjonenes arbeid.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frykter at den verdifulle erfaringskompetansen og viljen til nytenking innenfor fagfeltet vil forsvinne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mener det gode arbeidet bør fortsette og videreutvikles. Håper er at dette også vil ha smitteeffekt til tradisjonell behandling med i mange tilfeller for store mengder medisiner.</i></li> </ul>

<p>AURORA - støtteforening for mennesker med psykisk helseproblemer</p>	<p>3. <b>Støttes ikke.</b> Dypt bekymret over at de medisinfrie enhetene nå legges ned en etter en. Dette er tiltak vi har kjempet for i mange år og som vi har tro på. Gjengir pasienthistorier om tilbudet.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Håper at innspillet kan bidra til at planene om nedleggelse av den unike medisinfrie enheten ved skrinlegges og at <i>enheten i stedet inspirerer til verdifull kunnskapsutvikling.</i></li> </ul>
<p>Erfaringspanelet ved MFBT</p>	<p>3. <b>Støttes ikke.</b> Erfaringspanelet fraråder nedleggelse av MFBT og omgjøring til konsultasjonsteam på det sterkeste. <u>Underskriftskampanje</u> har 1004 underskrifter pr. 03.11.23. Gjengir pasienterfaringer fra tilbudet.</p>		
<p>Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud</p>	<p>3. <b>Støttes ikke.</b> En eventuell nedleggelse vil ha store negative konsekvenser for utviklingen av medisinfrie tilbud i Norge. MFBT er en «flaggskip-avdeling» som har stor nasjonal og internasjonal betydning. MFBT ved UNN er en av få egne enheter for medikamentfri behandling som ble opprettet som følge av oppdragsbrevet fra HOD i 2015, og som er i tråd med kravet om at det skal omfatte pasienter med psykoseproblematikk. Mener forslagene om nedleggelse eller omorganisering er det motsatte av det som er behovet for pasientene og forventningene. MFBT er et spesialisert tilbud som ikke kan erstattes med ordinære tilbud i det psykiske helsevernet uten spesiell kompetanse på nedtrapping og medisinfri behandling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kan ikke se at forslaget om nedleggelse har faglig begrunnelse, viser til mangler ved tilbudet eller manglende etterspørsel: Ønsker kun å frigi midler/lokaler til andre typer behandling.</li> <li>▪ M.h.t. medikamentfrie tilbud vises det til omtale i Oppdragsdokument 2015 med tilhørende oppfølging og Opptappingsplanen.</li> <li>▪ Støtter målet om at medisinfrie behandlingstilbud skal ha en naturlig plass i en moderne, fremtidsrettet psykisk helsetjeneste. Fellesaksjonen erfarer at det fortsatt er et stort udekket behov.</li> <li>▪ Evalueringene fra Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling viser at tilbudet langt på vei har svart til brukernes forventninger m.h.t. å få hjelp til nedtrapping eller til å avslutte behandling med psykofarmaka.</li> <li>▪ Utvikling av medisinfrie tilbud er i tråd med internasjonale føringer fra WHO og FN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ber UNN sikre at Medikamentfritt behandlingstilbud kan fortsette drift og videreutvikling. Det må avsettes økonomiske ressurser til opprettholdelse og drift av tjenestetilbudet, slik at kompetansen ivaretas og at de som ønsker det kan få et medisinfritt behandlingstilbud.</i></li> </ul>

<p>WSO Bruker- og interesseorganisasjonen for menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet innen psykisk helse</p>	<p>3. <b>Støttes ikke.</b> I forslaget ligger at det medikamentfrie døgntilbudet legges ned og omgjøres til et konsultasjonsteam. I praksis vil dette føre til nedleggelse. Forslaget om omgjøring til konsultasjonsteam begrunnes ikke med mangler i tilbudet eller manglende etterspørsel, men fordi det ønskes å frigjøre ressurser til andre, medikamentstyrte tjenester. Forslaget fremstår som lite gjennomtenkt i forhold til de nasjonale føringer rundt medikamentfrie behandlingstilbud. En mener forslaget i praksis vil medføre en nedleggelse av MFBT, som vil gi store negative konsekvenser for brukerne. Samtidig er det sannsynlig at fagmiljøet ved MFBT opphører og den opparbeidede kunnskapen går tapt ved en omgjøring til et konsultasjonsteam. Skal UNN følge Opptrappingsplanens mål, må det medikamentfrie tilbudet bestå. En omgjøring til et konsultasjonsteam er prematurt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Har ikke vært involvert i arbeidet.</li> <li>▪ MFBT ble opprettet på grunnlag av oppdragsdokument 2015, og er i dag et av 4 medikamentfrie behandlingstilbud rettet mot pasienter med psykose eller bipolare lidelser som har egne sengeplasser.</li> <li>▪ I Opptrappingsplanen er medisinfrie behandlingstilbud et prioritert område.</li> <li>▪ I utgangspunktet skal alle pasienter i psykisk helsevern kunne velge mellom ulike behandlingsformer, deriblant behandling uten medikamenter, dersom det er forsvarlig. For å oppnå dette må medikamentfrie tilbud fremstå som et reelt alternativ og de nåværende tilbudene må bestå.</li> <li>▪ En nedleggelse av MFBT er et steg i feil retning i henhold til nasjonale og internasjonale signaler hvor en recoverybasert tilnærming og menneskerettigheter skal ligge til grunn for tjenestene som tilbys. WHO og FN anbefaler frivillige behandlingstilbud og psykiske helsetjenester i tråd med CRPD.</li> <li>▪ MFBT er en unik forskningsarena og opprettholdelse er viktig for videre kunnskapsutvikling innen området.</li> <li>▪ Tilbudet fremstår som et flaggskip innen medisinfrie tilbud i Norge. Det har høstet nasjonal og internasjonal oppmerksomhet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>I den framtidige strukturen for PHRK ved UNN beholdes det medikamentfrie døgntilbudet som en egen enhet. Samtidig styrkes det medikamentfrie tilbudet med et konsultasjonsteam som omfavner hele regionen og alle enheter.</i></li> </ul>
<p>Hvite Ørn Norge</p>	<p>3. <b>Støttes ikke.</b> Skal føringen i Opptrappingsplanen følges er det helt nødvendig med egen enhet. En nedleggelse/omgjøring til konsultasjonsteam vil føre til tap av et stabilt og attraktivt kompetanse-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det vises til omtale i Opptrappingsplanen m.h.t. medisinfrie behandlingstilbud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mener at det i framtidig klinisk struktur, i tillegg til opprettholdelse av MFBT, må opprettes enhet for</i></li> </ul>

	<p>og fagmiljø, og at en arena for forskning og kompetanseutvikling vil bli borte. Den mest bærekraftige og samfunnsøkonomiske måten gi behandling på, er medikamentfri behandling. Vil også innebære redusert tvangsbruk.</p>		<p><i>akutt behandling av psykose etter modell jfr. «Åpen dialog».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MFBT er et av svært få behandlingstilbud som tilfredsstillende kravene til en rettighetsbasert psykiatri i tråd med de sterke føringene fra FNs menneskerettighetskonvensjon, WHO og Europarådet. <i>UNN må derfor utvide disse tilbudene og ikke legge ned det fremste fagmiljøet i Norge.</i></li> </ul>
<p>RIO - en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet</p>	<p><b>Dyp bekymring over forslaget om reduksjon av døgnplasser innen TSB i Tromsø til fordel for økning i Narvik.</b></p> <p><b>Utfordrer påstanden om at færre enheter gir bedre samarbeid</b> – overser fordelene med at Tromsø allerede håndterer et bredt spekter av pas. grupper og beh. behov.</p> <p><b>Bekymret for tendens til å underkjenne døgntilbudenes verdi gjennom nedbygging til fordel for poliklinisk behandling.</b> Vil frata pas. med de største utfordringer, de sykeste, muligheter for adekvat behandling og reintegrering. En overgang til hovedsakelig polikliniske tjenester kan ikke kompensere for den intensive omsorgen og den integrerte tilnærmingen som døgnbehandling gir.</p> <p><b>Samlet sett står det klart for oss at forslaget ikke tjener TSB-pasientenes interesser og bør revurderes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nedbyggingen av døgnbehandling risikerer å etterlate de mest sårbare uten et nødvendig sikkerhetsnett, og underminerer den enkeltes sjanser for en vellykket tilbakeføring til samfunnet. Enhver reduksjon i døgnbehandlingen må sees i lys av de alvorlige konsekvensene det vil ha for individet og samfunnet for øvrig.</li> <li>▪ Oppfordrer beslutningstakere til å tenke seg om to ganger før de fjerner denne kritiske ressursen, og til å anerkjenne den dyptgripende verdien av døgnbehandling for de som er hardest rammet av rusavhengighet.</li> <li>▪ Problematisk at mens Narvikområdet foreslås å ha ca. 70 døgnplasser, vil Tromsø oppleve en reduksjon til 25. Uforståelig gitt Tromsøs befolkningsstørrelse og regionale betydning.</li> <li>▪ I lys av økende rusproblemer blant voksne og eldre, lettere tilgjengelighet av rusmidler og holdningsendringer, er det avgjørende at en ikke reduserer TSB-tilbudet i Tromsø. En slik handling vil ikke bare gå på bekostning av et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Eventuell reduksjon vil være mer hensiktsmessig å utføre ved Russeksjon Narvik.</i> Argumentasjon for Tromsø knyttet til befolkningsmengde, transport, størrelse på rusmiljø, rekruttering av personell, utdanning, muligheter for etablering av fag- og spesialistmiljø, somatiske tjenester m.v.</li> <li>▪ <i>RIO anbefaler at Tromsø beholder sine døgnplasser og at det vurderes en gradvis økning i kapasiteten her.</i> Vil ivareta og styrke det eksisterende kunnskaps- og fagmiljøet, og sikre pasientene et fortsatt høyt kvalitetsnivå på behandlingstilbudet.</li> <li>▪ <i>Å slå sammen enheter med ulike behandlingstilnærminger vil føre til usikkerhet og potensielt forringet kvaliteten på tjenestene for pasienter i hele landsdelen.</i> Slike omorganiseringer kan forstyrre veletablerte arbeidsrutiner og</li> </ul>

		etablert og velfungerende behandlingstilbud, men også kunne føre til økt rusproblematikk og en negativ utvikling i folkehelsen.	skape ytterligere utfordringer for pasienter og ansatte. .
--	--	---	---



## Sammendrag høringsuttalelser – kommuner

Høringsspørsmål referert til under:

1. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
2. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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 døgnavirksomhet.*
3. *Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgntil behandling til regionalt konsultasjonsteam.*
4. *Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
5. *Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
Narvik	<p>1. <b>Støttes delvis:</b> Positiv til etablering av fleksibel intermediær post for nysyke, ROP-post og rehabiliteringspost/psykose. Skeptisk til grepet om å ta ned senger i DPS-ene, men forstår at det vurderes som nødvendig med en dreining av tjenestene. Forstår ikke hvorfor Harstad/ Narvik regionen settes opp med en betydelig dårligere dekningsgrad enn Tromsø, Silsand og Storslett? Ser fordelene ved å benytte det nye og effektive sykehusbygget i Narvik fullt ut og særlig kombinasjonen psykisk helse, rus og somatikk. TSB: Stiller seg i hovedsak positive til forslagene. Det er viktig å være oppmerksom på skillet mellom lokale og regionale tilbud og at lokale satsninger ikke utilsiktet går på bekostning av regionalt TSB-tilbud.</p> <p>2. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Skeptisk til om satsingen på polikliniske tjenester inkl. FACT kan kompensere for reduksjon i døgnplasser. Erfaring fra perioden med FACT i Ofoten var ikke redusert behov for døgnplasser. Det må tas hensyn til det som ble vurdert som svakt med FACT-modellen i prosjektperioden.</p> <p>3. <b>Omtales ikke</b></p> <p>4. <b>Uklart om forslaget støttes</b> (se punkt 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Innholdet i høringsnotatet og forankringen for fremtidige beslutninger ville vært bedre dersom en hadde valgt å involvere kommunene</li> <li>▪ Etterlyser tall og analyse som underlag for forslagene. I analysene kunne tema kjøp av plasser innen TSB kommet bedre fram.</li> <li>▪ Forventede endringer i demografi og i behov innenfor rus- og psykisk helsefeltet er ikke godt nok belyst.</li> <li>▪ Lokalt erfares det at god bruk av plasser ved DPS har vært med på å forhindre innleggelses på høyere nivå.</li> <li>▪ Kan ikke se at konsekvensene for pre-hospitale tjenester, inkl. fastlegeordning og legevakt er belyst. Færre muligheter for døgnbehandling lokalt, vil føre til flere transporter og tilhørende ventetid/ koordinering.</li> <li>▪ Konsekvensene for spesialiseringssløp LIS og grunn- og videreutdanninger i helsefag etterspørres</li> <li>▪ Det stilles spørsmål ved om den økonomiske forutsetningen for forslaget er riktig m.h.t. om at alt skal kunne løses innenfor dagens ramme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Forutsetter at forslag til ny struktur blir sett i sammenheng med pågående utredning i Helse Nord, og at UNN HF sine beslutninger tar utgangspunkt i at Helse Nord nå utarbeider de nye premissene og rammene for samtlige helseforetak.</b></li> <li>▪ <i>Foreslår at reetablering av FACT bør utprøves og vurderes som vellykket/stabil før reduksjoner i DPS-senger gjennomføres. Videre bør trolig reduksjon i DPS-senger gjøres i tråd med faktisk observert reduksjon i behov for DPS-senger som følge av FACT.</i></li> <li>▪ <i>Det alderspsykiatriske tilbudet må styrkes, og i hovedsak den ambulante tjenesten spesialisthelse-tjenesten kan tilby. Vi stiller også spørsmål ved om ikke kapasiteten på døgnplasser bør økes.</i></li> <li>▪ <i>Ved etablering av FACT må akutt ambulant team, VOP og kommunenes oppfølgingstjenester sees i en sammenheng</i></li> </ul>
Harstad (oppgitt å være utarbeidet i samarbeid med Evenes, Tjeldsund og Kvæfjord – disse sender inn sine tilpassede høringsuttalelser – ikke mottatt pr. 05.11.23)	<p>1. <b>Støttes ikke:</b> Kan ikke støtte forslag om avvikling av døgnenhet ved SPHR Sør-Troms. Mener det er svært uheldig at det planlegges nedskalering av kapasitet på døgntilbudet på DPS-nivå. Det gis ikke gode nok alternative løsninger på mulige konsekvenser, både for pasienter, pårørende og for samhandlende primærhelsetjeneste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frem til nå har det ikke vært medvirkning fra kommuner eller helsefelleskap prosessen. Det kreves involvering og medvirkning fra alle aktører for å få til gode løsninger.</li> <li>▪ Problematiserer forholdet befolkningsgrunnlag - døgnplasser: Framkommer ikke av forslaget hvorfor man skal etablere en betydelig forskjell på tilgang til døgnopphold mellom ulike</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ber om at forslag til fremtidig struktur for Psykisk helse- og ruskliniken blir sett i sammenheng med utredning om funksjons- og oppgavedeling i regi av Helse Nord. Vi ber om at man utsetter videre behandling inntil Helse Nord har tatt stilling til det arbeidet som nå gjøres</b></li> </ul>

	<p>2. <b>Støttes delvis:</b> Målet om at færre pasienter skal ha behov for døgnbehandling ved økt satsning på poliklinisk og ambulant tilbud kan være riktig. Det vil samtidig være behov for døgnbehandling på lokalt nivå, inntil målsetting om redusert behov er oppnådd. I en slik dreining fra døgn til dag, vil det også være behov for spesialister, det framkommer ikke hvordan dette skal løses. I tillegg sies det at polikliniske og ambulante tjenester skal styrkes, men det tydeliggjøres ikke hva dette utgjør i årsverk.</p> <p>3. <b>Omtales ikke</b></p> <p>4. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Ved reetablering nødvendig å gå i dialog på kompetanse i teamet, volum, tilgjengelighet og kostnadsfordeling.</p>	<p>geografiske områder. Dette henger heller ikke sammen med føringene som er gitt for arbeidet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forlaget innebærer at man skal flytte innbyggerne i den mest befolknings-tette regionen med vekst i innbygger-tall til Narvik med nedgang i innbyggertall</li> <li>▪ Argumentasjon om fullintegrert sykehus i Narvik er ikke et gyldig argument i lys av at samme tilbud finnes i Harstad. Hvorfor er ikke dette hensyntatt i forslaget?</li> <li>▪ Pasienter bør, så langt det lar seg gjøre, få behandling i sitt nærmiljø, I de fleste tilfeller er det viktigere å behandle personen i sitt nærmiljø, enn å samle fagkompetansen i sentraliserte tilbud.</li> <li>▪ Stor svakhet med forslaget at det ikke drøftes hvilke konsekvenser det kan være for pasienter og pårørende med økt avstand til døgnopphold, samt hvilke konsekvenser det vil være lokalt, både for sykehuset og kommune-helsetjenesten. Det er heller ikke klart hvilke transportordninger man skal ha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I bærekraftperspektiv er stilles spørsmål ved hvorfor det ikke er sett på befolkningsgrunnlag, og vurdert et forslag hvor <i>døgn-enheten i Harstad videreføres som framtidig tilbud også til kommuner i dag tilhørende SPHR Ofoten.</i></li> <li>▪ Når det gjelder styrking av sykehusfunksjoner i Tromsø, og andre måter å utforme framtidig klinisk struktur på mener vi at det må <i>vurderes å styrke fagnivået i DPSene. Det kan være en bærekraftig retning fordi DPS-ene med et styrket fagmiljø kunne tatt inn sykere pasienter enn i dag, og dermed avlaste sykehuset i Tromsø.</i> Dette vil sannsynligvis være en billigere løsning nært pasientens bosted. Dette vil frigjøre kapasitet til å ta imot de som trenger et spesialisert behandlingstilbud på sykehuset i Tromsø.</li> </ul>
<p>Harstad – behandling kommunestyremøte 23.11.23</p>	<p>1. <b>Støtter ikke</b> avvikling av DPS døgn ved UNN Harstad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verken bruker- eller pårørende-medvirkning er tilstrekkelig ivarettatt. Bruker- og pårørendemedvirkning fra innbyggere i Harstad kommune med omegn skal ivaretas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ber om at forslag til fremtidig struktur for Psykisk helse- og ruskliniken blir sett i sammenheng med utredning om funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Ber om at videre behandling av forslaget utsettes.</b></li> </ul>
<p>Salangen</p>	<p>2. <b>Omtales ikke</b> utover at en er positive til styrkingen innenfor PHV som foreslås i Narvik og på Siland, og spesielt økningen som</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forslaget berører ikke hvordan en ser for seg å ivareta hensynet til utdanning av helsepersonell. Færre lokasjoner kan medføre færre praksisplasser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Prosessen fremstår fragmentert og løsrevet; den burde vært samkjørt med den overordnede</b></li> </ul>

	<p>foreslås innenfor TSB i Narvik (akutt/utredningsplasser, ruspoliklinikk)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b>Omtales ikke</b> utover at en er positive til at polikliniske og ambulante tjenester styrkes, og forventer at dette skal gi kortere ventetid og økt grad av ambulant virksomhet.</li> <li>4. <b>Støttes:</b> Mener at opprettelsen av et konsultasjonsteam som skal understøtte medikamentfri behandling ved alle klinikkens enheter vil medføre at flere pasienter vil kunne få medikamentfrie behandlingsalternativer.</li> <li>5. <b>Støttes ikke:</b> Salangen blir en utkantkommune uansett hvilket FACT-team man tilsluttes. FACT vurderes som en sannsynlig uhensiktsmessig metode her. Vi forutsetter at det gis tilstrekkelig oppfølging til pasienter og den kommunale helsetjenesten</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forslaget burde tatt hensyn til de nasjonale framskrivningene.</li> <li>▪ Forslaget tar i liten grad hensyn til at geografiske avstander gir utfordringer. Vi har pasienter som ikke ønsker å ta imot helsehjelp på grunn av avstand/reisetid til spesialisthelsetjenesten.</li> <li>▪ Etter at VOP Sjøvegan ble lagt ned i 2021, har vi jobbet iherdig for å få til ambulante tjenester, uten at helseforetaket har gjennomført dette.</li> <li>▪ Det er viktig at behandlingstilbudene er gjennomførbare ifht. avstander og tøft klima slik at også periferien tilbys likeverdige tjenester.</li> </ul>	<p><b>prosessen som foregår i Helse Nord.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Er det sett på alternativ bruk/omdisponering av ressurser fra Fag, forskning og utdanning til pasientnære tjenester?</li> </ul>
<p>Måselv</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes ikke:</b> Bekymret over forslaget om sentralisering og nedleggelse av sengeposter i distriktene, bl.a. døgnenheten på Storsteinnes. Følgene av en sentralisering vil med stor sannsynlighet være at trykket på kommunale tjenestene i distriktene øker ytterligere</li> <li>2. <b>Omtales ikke</b> utover at det er endel pas. som ikke kan utredes og behandles adekvat ved en poliklinikk, men som trenger kortere eller lengre innleggelser</li> <li>3. <b>Omtales ikke</b></li> <li>4. <b>Støttes delvis:</b> Er positiv til samarbeid, men er svært bekymret for forslaget om medfinansiering fordi en slik ordning nødvendigvis vil måtte medføre at ressurser tas fra de kommunale tjenestene i den enkelte kommune og at man derved må bygge ned det kommunale tilbudet. Dette oppleves som motstridende fordi</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det fryktes at mange pasienter, både får lengre avstand til døgntilbud og en høyere terskel for innleggelse. Det kan medføre dårligere tilbud og mindre trygghet</li> <li>▪ Nedbyggingen av sengeplasser som har foregått over år gjør at man i utgangspunktet har for få døgnplasser i voksenpsykiatrien. Måselv mener det er nødvendig å beholde de døgnenhetene som er i distriktene. Det fryktes også for at fagmiljø i kommunene som berøres av nedleggelse vil gå tapt.</li> </ul>	

	<p>forslaget som handler om å sentralisere tjenester ved omdisponering av ressurser knyttet til desentralisert døgnvirksomhet vil kunne øke trykket på kommunenes tjenester.</p>		
<p>Balsfjord, Lyngen og Storfjord</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes ikke:</b> Lokale tilbud legges ned/svekkes for å styrke fagmiljøet i Tromsø. Det argumenteres for sentralisering med økonomiske incentiver som begrunnelse. Nedleggelse av Døgntilbudet på Storsteinnes vil få negative konsekvenser for pas. Opprettelse av 1 døgnplass vi Nord-Troms og 3 i Midt-Troms vil ikke gi et tilsvarende tilbud til pasientene.</li> <li>2. <b>Støttes ikke:</b> Ser det som hensiktsmessig å styrke poliklinisk og ambulant virksomhet, men ikke gjennom omdisponering av ressurser fra desentral døgnvirksomhet. Dette gir totalt sett et svekket tilbud. Opprettholdelse av poliklinikk på Storsteinnes vil ikke gi godt nok tilbud til de aller sykeste, spesielt når ikke ambulante tjenester/FACT er avklart. Ber om at ambulant tilbud etableres uten at døgntilbudet reduseres. Uheldig å ikke ha både døgnenhet og poliklinikk på Storsteinnes av hensyn til pas. forløp.</li> <li>3. <b>Støttes ikke:</b> Komplekse pasientforløp. Kritisk til at et konsultasjonsteam kan erstatte innleggelse i egen enhet. I praksis mister pas. gruppen sitt tilbud. Vil medføre ytterligere økt trykk på kommunene og andre sengeposter.</li> <li>4. <b>Omtales ikke</b> utover at Storfjord ikke ser behov for å inngå i et FACT-Team samt at Balsfjord og Lyngen mener at det er vanskelig å uttale seg om forslaget da FACT-tilbud ikke er utredet i samarbeid med berørte kommuner.</li> <li>5. Ser ingen andre måter å organisere enn dagens struktur som fungerer tilfredsstillende. Tjener kommunene godt og er avgjørende for brukergruppene.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vanskelig å se at noen av forslagene vil medføre fordeler for pas. i distriktskommuner.</li> <li>▪ Særdeles fornøyd med dagens behandlingstilbud ved SPHR Storsteinnes – avgjørende for å kunne ivareta økende behov. Ikke mangel på fagfolk og driftes med høy kvalitet.</li> <li>▪ Nærhet til behandlingstilbud er viktig – erfaring viser at avstand reduserer mottak av tjenestetilbud. Mange ønsker ikke et tilbud ved Åsgård.</li> <li>▪ Forslaget oppleves ikke å ha vurdert hva omstruktureringen vil kunne medføre av merbelastning for politi, ambulanse m.fl. Forskyver konsekvenser til andre allerede belastede etater</li> <li>▪ Avstandskritisk: For pasienten vil økt reiselengde være en forringelse av tilbudet.</li> <li>▪ Innbyggere og tjenester i kommunene vil måtte forholde seg til 2 DPS – poliklinikk på Storsteinnes og døgnenheter i Midt-Troms (Balsfjord) og Nord-Troms (Lyngen og Storfjord)</li> <li>▪ Innlysende at forslaget om nedleggelse av Storsteinnes ikke henger sammen med Opptrappingsplanen og Helse Nord's «Endring om omstilling i Helse Nord».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Det reageres på at forslag om å redusere psykisk helsetilbudet ved UNN kjøres parallelt med en større utredning om tjenestetilbud i Helse Nord.</b></li> <li>▪ <i>Døgn Storsteinnes har kapasitetsproblemer og det er behov for flere døgnplasser i forhold til behovet i nærliggende kommuner.</i></li> <li>▪ <i>Dagens struktur må opprettholdes og SPHR Storsteinnes forblir slik døgnenheten og poliklinikken framstår i dag.</i></li> </ul>

<p>Tromsø</p>	<p>1. <b>Støttes ikke:</b> Styrking av sykehusfunksjonen i Tromsø og nedleggelse av senger i DPS begrunnes med manglende bemanning og økonomi. Kommunen er usikker på om argumentene vil holde på sikt. Opptrappingsplanen viser til behovet for økt sengekapasitet, mens forslaget gir reduksjon av senger totalt sett. Bekymrer kommunen. Regjeringen er opptatt av at helsetjenester skal være tilgjengelig i hele landet og en sentralisering er utfordrende i et slikt lys.</p> <p>Utfordrende at tilbudene settes opp mot hverandre. Behandling og tilfriskning tar tid, derfor er det også viktig med planlagte innleggelse på DPS og medikamentfritt behandlingstilbud. Det kan stilles spørsmål ved om dette egentlig blir å ta ned kostnadene i det lange løp.</p> <p>TSB: Det foreslås at antall døgnplasser i TSB skal reduseres sterkt. Fra kommuneperspektiv ser en et behov for at spesialisthelsetjenesten ikke bygger ned dagens tilbud. Forslaget sier ikke noe om hvilke avtaler TSB tenker å forlenge med private institusjoner.</p> <p>Kraftig nedgang i TSB døgnplasser og sammenslåing av de to enhetene i Tromsø kan neppe kalles for omdisponering av ressurser fra desentral virksomhet.</p> <p>2. <b>Støttes ikke:</b> Det foreslås å styrke ambulant virksomhet og annen virksomhet primært på dagtid. En mener at UNNs hovedoppdrag bør være å ha et godt behandlingstilbud til de som er i behov av innleggelse, både akutt og planlagt. Ambulant virksomhet og dagtilbud er noe kommunen er bedre rustet til å bygge videre på enn å ivareta tilbudet til innbyggere som mister et viktig døgnbehandlingstilbud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Svært beklagelig at UNN Åsgård får utsatt nytt bygg. Dagens lokaler er ikke hensiktsmessige og gir dårlige rammer for å utvikle tjenesten.</li> <li>▪ Er det tatt hensyn til hva som kan komme i Regjeringens helse- og samhandlingsplan som kommer høsten 2023?</li> <li>▪ Bemanningsutfordringen er allerede stor i Tromsø, og at den blir mindre med endret klinikkstruktur kan det stilles spørsmål ved.</li> <li>▪ Forventningene som legges i samarbeidet med kommunene harmonerer ikke med hva kommunene er rustet til. I forslaget omtales nødvendigheten av å styrke samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner. Urovekkende når kommunene ikke har deltatt i utarbeidelse av forslaget.</li> <li>▪ Det fremkommer at årsakene til nedgang i pasientbelegg i TSB ikke er kartlagt. Det er sterkt ønskelig at grundige kartlegginger og forbedring/styrking av eksisterende behandlingstilbud gjennomføres før det besluttet så stor endring - dette spesielt med tanke på å slå sammen tilbudet til de unge og voksne, noe kommunen ser med bekymring på.</li> <li>▪ Forslaget sier ikke noe om hvordan det tenkes å imøtekomme personer som legges inn etter HoL § 10-2 og 10.3.</li> <li>▪ Det stilles spørsmålstegn til hvordan personer med utageringsproblematikk, sammensatte ROP utfordringer eller aldersdemens skal gis et tilbud til</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Viser til det pågående arbeidet med oppgave- og funksjonsdeling i Helse Nord, hvor det skal legges frem forslag til styret i helse Nord i løpet av høsten 2023. Det vurderes som svært uryddig å ha to så store og viktige prosesser på tjenestene til innbyggerne fra Spesialisthelsetjenesten så nært innpå hverandre</b></li> <li>▪ <i>TSB: Det anses som viktig å ha gode avtaler med andre institusjoner på tvers av landet for å gi et tilstrekkelig behandlingstilbud som også er differensiert ut fra målgruppe og riktig behandlingstid der det er behov.</i></li> </ul>
---------------	---	--	---



	<p>3. <b>Støttes ikke:</b> Stiller spørsmål ved om det er realistisk å gi pas. gruppen et godt medikamentfritt tilbud på andre enheter, hvor det er andre behandlingstilnærminger. Ved å kun gi dette tilbudet på dagtid, tas det ikke hensyn til at innbyggeren har like store behov resten av døgnet og uka.</p> <p>4. <b>Fremkommer ikke:</b> Dersom spesialisthelsetjenesten legger opp til at døgnplasser delvis erstattes av FACT team, bør det ligge et sterkt eierskap til disse teamene i spesialisthelsetjenesten. Etablering av FACT-team i samarbeid med kommunene må ikke føre til en oppgaveforskyving til kommunene.</p>	<p>behandling på tvers av avdelinger i TSB ved ny organisering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kommunene og spesialisthelsetjeneste må finne gode arenaer for samhandling på de ulike nivåene får å sammen finne det beste tilbud til den enkelte,</li> <li>▪ En stiller spørsmål ved om konsekvenser ved foreslåtte endringer er vurdert, for eksempel ved ros-analyse, konsekvensanalyser, herunder konsekvensene for kommunene og innbyggere.</li> </ul>	
<p>Kåfjord</p>	<p>1. <b>Støttes ikke:</b> Vil ramme distriktene dersom døgnplasser legges ned bl.a. på Storsteinnes. Undring om at pasienter med alvorlig psykisk lidelse i distriktene vil bli prioritert lavere enn pasienter i Tromsø. Mange pasienter i distriktene vegrer seg for å reise til Tromsø. De føler seg tryggere ved å være innlagt ved små institusjoner, ivaretatt av kjent personale og i kjente omgivelser. Ventetiden for pasienter i distriktene vil ikke bli kortere. Vi kan ikke se at de endringer som foreslås er i tråd med opptrappingsplanen der et av målene er å bevare døgnplasser og ikke redusere dem.</p> <p>2. <b>Støttes ikke.</b> Ambulant team er viktig og bør styrkes. Erfaringer viser at det har fungert godt. Men det bør ikke gå på bekostning av døgnplasser.</p> <p>3. <b>Omtales ikke:</b> For lite kunnskap og erfaring til å uttale seg.</p> <p>4. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Stiller spørsmål stegn ved finansiering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er forståelse for at det er økonomiske årsaker til å legge ned Døgnplasser, men hva er det faglige grunnlaget for dette?</li> </ul>	

<p>Nordreisa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Oppfattes ikke å støtte.</b> Gir sin støtte til høringsinnspill fra SPHR Nord-Troms (se dette).</li> <li>2. <b>Uklart om forslaget støttes</b> (jamfør at en støtter høringsinnspill fra SPHR Nord-Troms)</li> <li>3. <b>Støttes ikke</b> (jamfør at en støtter høringsinnspill fra SPHR Nord-Troms)</li> <li>4. <b>Uklart om forslaget støttes</b> (jamfør at en støtter høringsinnspill fra SPHR Nord-Troms)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser med stor bekymring på en evt. sentralisering av spesialisthelse-tjenestetilbudet innenfor rus- og psykiatri. Det gis en argumentasjon for lokalt tilbud knyttet til ansattes erfaring og kjennskap til regionen, bistand til kommunehelsetjeneste, at lokale døgntilbud reduserer tvangsinnleggelses, reduksjon av trykk på legevakt, tilgjengelighet til ambulante tjenester, omgivelser, betydning av brukerstyrt seng og familieleilighet, avstander m.v.</li> <li>▪ En nedleggelse av døgntilbud ved DPS vil øke avstand mellom pasient og behandler og det vil bli en høyere belastning for pasienter og personale tilknyttet rus- og psykiatritjenesten.</li> </ul>	
<p>Nord-Tromsrådet (omfattende kommunene Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Oppfattes ikke å støtte.</b></li> <li>2. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>3. <b>Omtales ikke</b></li> <li>4. <b>Omtales ikke</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En svekkelse av tilbudet i regionen vil gi mer utrygghet for befolkningen og påvirke likeverdige tilbud.</li> <li>▪ DPS Nord-Troms er en velfungerende virksomhet (helhetlig tilbud, velegnede lokaler og stabil arbeidskraft). Pas. unngår i større grad tvangsinnleggelse p.g.a. lokalt tilpasset døgntilbud.</li> <li>▪ Innbyggere i Nord-Troms er lengst unna sykehus tjenester generelt. For de med størst behov for helsehjelp vil det være naturlig å bosette seg nærmere de nødvendige tjenestene. Vil føre til ytterligere sentralisering og negativ befolkningsutvikling.</li> <li>▪ Den langvarige fornorskningspolitikken har hatt konsekvenser som knyttes til økte utfordringer innen rus og psykisk helse. Dette underbygges i rapporten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ber om at DPS Nord-Troms styrkes og blir en sentral del av UNNs videre satsning i arbeidet med å kartlegge og bedre helsetilbudet til urfolk, nasjonale minoriteter og befolkningen i nord.</li> </ul>



		<p>fra Sannhets- og forsonings kommisjonen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Det vises til Helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR som løfter fram hvilken betydning historiske, traumatiske hendelser eller samfunnsmessige omstendigheter kan ha for befolkningens helse.</li><li>▪ Er bekymret for en evt. sentralisering av tilbudet og nedbygging av samfunnskritisk lokal kompetanse Nord-Troms er et særlig sårbart område med blandet befolknings-sammensetning, hvor det knyttes særlige behov til lokal kompetanse innen samisk og kvensk språk og samfunnsliv.</li></ul>	
--	--	--	--

## **Sammendrag høringsuttalelser – Ansattes organisasjoner/tillitsvalgte**

Høringsspørsmål referert til under:

- 1. Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
- 2. Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
- 3. Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
- 4. Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
- 5. Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
<p>Foretakstillitsvalgte for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Norsk Psykologforening</li> <li>- Norske Legeforening</li> <li>- Norsk sykepleierforbund</li> <li>- Fagforbundet</li> <li>- Delta</li> <li>- Parat</li> <li>- Norsk fysioterapeutforbund</li> <li>- NITO</li> </ul>	<p>1. <b>Oppfattes ikke å støtte:</b> Tillitsvalgte er enig i hovedretningen om å styrke sykehusfunksjoner i Tromsø. I særdeleshet ser en et økende kapasitetsbehov innenfor sikkerhetspsykiatrien. Forslaget om å opprette mottakspost samt mer differensierte spesialposter virker å være i tråd med arbeidsgruppens føring om å prioritere tilbudet til de aller sykeste pasientene.</p> <p>Det fremstår usikkert om man vil oppnå en prioritering av tilbudet til pasienter med de alvorligste og mest sammensatte lidelsene (det etterlyses en nyansering m.h.t. hvilke pasienter dette gjelder) gjennom å ta ressurser fra desentral døgnvirksomhet. Nedleggelse av 2 døgnavdelinger vil redusere tilbudet om brukerstyrte innleggelse og elektiv døgnbehandling. Sengepostene som foreslås opprettet som del av sykehusfunksjonen kan vanskelig ses å skulle dekke opp for dette.</p> <p>Gjennom foreslått omdisponering av ressurser frykter vi at det i fremtiden er tilgangen på lokale og frivillige spesialiserte tilbud som blir dårligere. Dette vil kunne føre til at pasienter ikke får hjelp på riktig nivå til riktig tid, men først får mulighet for innleggelse når de er så syk at de må legges inn på tvang.</p> <p>En evt. mangel på sengeposter på lavere omsorgsnivå kan også medføre at pasientene blir liggende lengre inn på lukkede avdelinger enn hva de har godt av og hva som er nødvendig. Dette kan komme i konflikt med deres rettigheter såvel som samfunnets forventninger om reduksjon i bruk av tvang.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Slutter seg til den alvorlige situasjonsbeskrivelsen som fremkommer i høring dokumentet.</li> <li>▪ Ny struktur og organisering virker nødvendig for å møte utfordringer innen psykisk helsevern og rusbehandling.</li> <li>▪ Uklart i hvilken grad forslaget innebærer en styrking av tjenestene. Antallet senger tilknyttet sykehusfunksjon styrkes, mens det kuttes i desentral virksomhet og TSB.</li> <li>▪ Urealistisk at dagens kritiske driftssituasjon skal la seg løse av strukturendringer som vil la seg realisere fullt ut og gi gevinst om mange år.</li> <li>▪ Uten ressurstilførsel er det vanskelig å forstå hvordan klinikken i dagens situasjon skal klare å gjennomføre en slik storskalaomstilling.</li> <li>▪ Dersom man ikke påbegynner oppbygging av nye ambulante tjenester og døgntilbud før man legger ned risikerer man å sette tjenestene under enda større press.</li> <li>▪ Etterspør hvilke pasientgrupper og sengeposter som står for overforbruket av døgn tjenester.</li> <li>▪ Svakhet at forslaget ikke er tydeligere på hvilke pasienter føringen om dreining fra døgn- til dagvirksomhet omfatter.</li> <li>▪ TSB: Forslaget kan medføre at UNN blir mer avhengig av private leverandører for langtids rusbehandling. Det savnes økonomiske beregninger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>TSB: Det må tas høyde for at arbeidsgruppe 2 i Helse Nord foreslår å redusere kjøp av private TSB-døgn for å kunne bygge opp kapasitet i eget HF. Gruppens arbeid må sammenstilles.</b></li> <li>▪ I lys av fagutvikling og forskning ved MFBT bør det ses på muligheter for å forankre MFBT opp mot andre døgntilbud i klinikken.</li> <li>▪ Dersom AAT og FACT- teamene skal slås sammen savnes det en faglig modell som er kvalitetssikret og evidensbasert. Dersom ikke dette foreligger bør man kanskje heller vurdere å etablere større FACT team med et utvidet opptaksområde f.eks. sør, nord og Tromsø med personell fordelt på flere lokalisasjoner.</li> <li>▪ Forslag om å gjenåpne Aktivitetssenteret på Åsgård.</li> <li>▪ Opprette dagtilbud ved SPHR og på Åsgård.</li> </ul>

	<p>Forslaget om å legge ned to døgnavdelinger vil få konsekvenser for utdanningskapasiteten ved flere lokalisasjoner.</p> <p>Føringen om en dreining fra døgn til dag i TSB fremstår i noe utakt med det faktiske fremtidsbehovet. Et nedtak av 10 sengeplasser virker ikke å være i tråd med nasjonale framskrivninger som stipulerer en generell vekst i rusmiddelrelaterte problemer generelt og alkoholrelaterte problemstillinger spesielt.</p> <p>Samtidig er TSB den delen av klinikkens døgnvirksomhet som hatt størst utfordringer med å sikre bemanning og minst overbelegg.</p> <p>Gitt arbeidsgruppens mandat om å utrede alternativer innenfor eksisterende økonomiske rammer, fremstår forslaget som mindre ugunstig enn andre alternativer.</p> <p>2. <b>Oppfattes ikke å støtte:</b> Stiller seg bak hovedretningen om å styrke poliklinisk og ambulant virksomhet for å møte det voksende behovet i befolkningen for polikliniske tjenester samt avhjelpe dagens situasjon i UNN med lange ventelister og dyre fristbrudd.</p> <p>Føringen om å dreie tjenestene fra døgn- til dagvirksomhet har senere år mistet noe av sin aktualitet og politiske støtte. Det stilles spørsmål ved om denne føringen bør være veldig fremtredende ved planleggingen av ny klinikkstruktur i PHRK.</p> <p>Nedleggelse av døgnenheter i distrikt vil få konsekvenser for utdanningskapasiteten. Dette vil også kunne gjøre distriktspoliklinikkene til mindre attraktive arbeidsplasser og forsterke dagens rekrutteringsvansker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vanskelig å se hvordan alternative strukturer bedre skal kunne løse klinikkens driftsutfordringer innenfor gjeldende økonomisk ramme enn det som foreslås av arbeidsgruppen.</li> </ul>	
--	---	--	--

	<p>Selv om det er et behov for å bygge opp kapasiteten ved poliklinikkene stilles det spørsmål ved om dette bør skje på bekostning av desentrale døgnplasser.</p> <p>TSB: Det fremgår ikke hvorfor rusteam som allerede er etablert ved de ulike SPHR ikke dekker behovet for denne oppfølgingen, ei heller hvordan etablering av en ny ruspoliklinikk i Ofoten skal styrke TSB-tilbudet til befolkningen i hele regionen.</p> <p>3. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Forslag om omgjøring av MFBT fra døgnbehandling til konsultasjonsteam virker å være begrunnet med at denne behandlingen er kostnads-krevende og kun når ut til en mindre andel pasienter. Det kan også synes som om frigjøring av arealer og personell er en begrunnelse. Det savnes en tydeligere redegjørelse for hva omgjøringen vil innebære.</p> <p>4. <b>Støttes:</b> Etablering av FACT-team ved samtlige SPHR støttes, forutsatt at vertskommunene ønsker å bidra med finansiering. Personalressurser fra døgnenheter som foreslås nedlagt vil være vesentlig for å bemanne disse teamene.</p> <p>Tillitsvalgte ser utfordringer med å skulle slå sammen FACT og ambulante akutteam (AAT).</p>		
<p>Norsk psykologforening FTV</p>	<p>3. <b>Støtter ikke:</b> Stiller seg ikke bak forslag om omgjøring av MFBT fra døgnbehandling til konsultasjonsteam. Forslaget begrunnes med at behandlingen er for kostnads-krevende og kun når ut til en mindre andel av klinikkens pasienter. Fra Hurdalsplattformen og Opptrappingsplanen fremheves imidlertid pasientgruppen med langvarige og omfattende</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omgjøringen til konsultasjonsteam begrunnes i forslaget med frigjøring av arealer og personell. Seksjonen får imidlertid regionale midler og befinner seg i Tromsø hvor man ønsker å styrke sengepostkapasiteten. Etterlyser hva en omgjøring til konsultasjonsteam vil innebære</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dersom seksjonen vedtas nedlagt må man finne måter å organisere tilbudet opp mot andre døgntilbud i Tromsø. Fagmiljø og pasientgruppe må sikres en forankring, tilhørighet og et tilbud som er samlet og ikke fragmentert over hele klinikken sin døgnvirksomhet.</li> </ul>

	<p>behov. MFBT sitt pasientgrunnlag slik det fremgår av deres eget hørings svar synes i aller høyeste grad å måtte betegnes som pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser. Oppfatter at MFBT gir et faglig godt og sammenhengende behandlingstilbud til sine pasienter og savner derfor en faglig begrunnelse for forslaget om omgjøring.</p>		
PTV for Fagforbundet Storsteinnes	<p>1. <b>Støttes ikke:</b> Nedleggelse av døgnheten på Storsteinnes ettersom en gir god hjelp til mennesker i en vanskelig psykisk situasjon. De ansatte har i stor grad tilhørighet til Balsfjord og det er lite utskifting av personell. Dette skaper kontinuitet og gode relasjoner. Poliklinikken benytter seg også av innleggelse når noen går i traumebehandling ved poliklinikken</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gjør det vi kan for å drive med så lave lønns- og driftsutgifter som innenfor forsvarlig drift.</li> <li>▪ Vektlegger hva som er viktig for pas. og støtter i det som skal til for å kunne kjenne at ting ordner seg.</li> <li>▪ Vil bli trist for mange som opplever tillit til oss her og med tanke på det gode samarbeidet vi har fått til de kommunene som benytter seg av døgnheten dersom det blir nedleggelse her.</li> </ul>	
PTV for Delta Storsteinnes	<p>1. <b>Støttes ikke:</b> DPS Storsteinnes er et desentralisert tilbud som er tilgjengelig i nærmiljøet, med høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov for denne type tjenester, og er en god støttespiller til kommunen med god oppfølging i samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjenesten og NAV. Stiller seg uforstående til forslaget om nedleggelse i lys av at enheten drives svært godt faglig og økonomisk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ikke gjennomført ROS-analyse.</li> <li>▪ God sykepleierdekning og ingen bemanningsproblemer. 3 psykiatere dekker legetjenesten.</li> <li>▪ Nedleggelse vil ikke redusere bemanningsproblemer i Tromsø.</li> </ul>	

## Sammendrag høringsuttalelser – Helseforetak og Kriminalomsorgen

Hørings spørsmål referert til under:

1. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
2. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
3. *Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
4. *Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
5. *Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
Finnmarkssykehuset HF	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes.</b> Foreslått styrking av sykehusfunksjonene og en viss reduksjon i det desentrale tilbudet støttes. Sett fra Finnmarkssykehuset synes denne dreiningen fornuftig og vil trolig sikre at våre sykeste pasienter vil kunne mottas ved UNN Åsgård</li> <li><b>Omtales ikke.</b></li> <li><b>Støttes.</b> Omgjøringen av medikamentfritt behandlingstilbud til annet behandlingstilbud støttes.</li> <li><b>Omtales ikke.</b></li> </ol>		
Nordlandssykehuset HF	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes.</b></li> <li><b>Støttes.</b></li> <li><b>Støttes.</b></li> <li><b>Omtales ikke</b> (se kommentar).</li> </ol> <p>Nordlandssykehuset støtter i forslaget til endringer i struktur med avvikling av distriktpspsykiatriske senter for å styrke poliklinikk og sykehusfunksjoner.</p> <p>Vi støtter også de foreslåtte endringene i regionale funksjoner (medikamentfritt tilbud og døgn innenfor TSB). Dette vil frigjøre midler innenfor regionale funksjoner med særskilt finansiering som kan benyttes til andre tjenestetilbud regionalt.</p>	I høringsutkastet er det beskrevet etablering av flere team innenfor psykisk helsevern (f. eks ambulante team). Vi forstår rasjonale bak dette forslaget, men ser også at det vil gi et større behov for spesialister og medføre mindre fleksibilitet.	Det bør vurderes nøye om etableringen av flere team vil gi den ønskede gevinstrealiseringen.
Kriminalomsorgen Troms og Finnmark friomsorgskontor	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes ikke.</b> Er betenkt over reduksjonen av DPS- døgnplasser i Sør-Troms og Ofoten. Det stilles spørsmål om tilbudet om til pas. i Harstadregionen. Er det realistisk at det vil være kapasitet i Narvik til å kunne ta imot pasienter fra Harstadregionen, eller vil pas. (og domfelte) fra dette området være prisgitt å dra dit det måtte være plass.</li> <li><b>Uklart om forslaget støttes:</b> Undrende til om dreining fra døgn til dag vil gi bedre tilgjengelighet. Vurderes som positivt at en ønsker en styrking av de polikliniske tjenestene i Sør-Troms. Det å styrke lokale tjenester, med</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Savner pasientfokus.</li> <li>Det synes ikke som om det er foretatt evaluering av faglighet, ledelse, turnover, pasienttilfredshet på enhetsnivå.</li> <li>Ad forbruk av innleggelse: Kan det være slik at pasientene i landsdelen stedvis har et utilstrekkelig førstelinjetilbud, og at dette er bakgrunnen for ulikheter i bruk av døgn, sett opp mot andre HF?</li> <li>Savner omtale av konsekvenser for pasienter og øvrige deler av tjenesteapparatet</li> </ul>	



	<p>nærhet til brukere og andre lokale offentlige instanser, vurderes som nødvendig for de som er pasienter og gjennomfører straff. Viktig at det tilføres nok ressurser.</p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Støttes.</b> Styrking av ambulant tjenestetilbudet gjennom opprettelse av FACT-team og ambulant virksomhet vurderes isolert sett positivt. Samtidig er det betenkelig at man ikke har inkludert kommunalt nivå, gitt at FACT innebærer samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Stiller spørsmål om kompetansen og kapasiteten finnes i distriktene. At slike tilbud skal kunne etableres innenfor skissert tidshorison vurderes lite realistisk.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Det er mangelfullt at økonomiske konsekvenser begrenses til å gjelde UNN, da en så stor omlegging åpenbart vil få økonomiske konsekvenser for landsdelen forøvrig.</li></ul>	
--	--	--	--

## **Sammendrag høringsuttalelser – interne: – Avdelinger/seksjoner/enheter**

Høringsspørsmål referert til under:

1. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
2. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
3. *Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
4. *Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
5. *Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
Avdeling nord	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes ikke:</b> Støtter opprettelse av en sengepost, ikke to, på sykehusnivå. Oppbygging av kapasitet på sykehusnivå på bekostning av DPS døgn støttes ikke. Støtter ikke nedleggelse av Døgn Storsteinnnes.</li> <li><b>Støttes ikke:</b> Anbefaler styrking, men må ikke skje gjennom omdisponering av midler fra døgnvirksomhet. Lite tyder på at dette på kort sikt vil redusere behov for innleggelse.</li> <li><b>Støtter ikke</b> nedleggelse av MFBT. Opprettelse av konsultasjonsteam vurderes ikke å være realistisk.</li> <li><b>Støttes</b> – stiller samtidig spørsmål om FACT-team reduserer innleggelse. Må ha døgnenhet i rygg (inkluderer dette også døgn Sør-Troms?). Ansees som et forslag med svært stor usikkerhet når det gjelder gjennomførbarhet.</li> <li>Styrke døgnkapasitet SPHR/etablere ny forsterket rehabiliterings døgnenhet i Tromsø/etablere depotpoliklinikk/etablere veiledningsteam/utvide kapasitet MFBT til 8 plasser</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduksjon på 15 døgnplasser ved SPHR Tromsø gir underdimensjonering av tilbudet. Blir ikke mulig å innfri lovpålagte oppgaver/pas.rettigheter</li> <li>Nedbygging av kapasitet på DPS-nivå vil ha svært uheldig effekt på allerede kritisk utvikling m.h.t. antallet dømte til PHV.</li> <li>Bekymring for at nedbygging av DPS vil gi økt behov for sikkerhetspsyk.</li> <li>Nedbygging av DPS vurderes som svært alvorlig i en situasjon hvor vi fremover vil være helt avhengige av DPS for å sikre samordningen av tjenestetilbud.</li> <li>Forslaget har ikke tiltak som kan red. risiko for ytterligere press på virksomheten med kons. for pas. tilbudet og for et bærekraftig DPS tilbud med tanke på fagutvikling og arbeidsmiljø.</li> <li>Bemanningsutfordringen i klinikken kan ikke betegnes som en distriktsutfordring.</li> <li>Generelt utfordrende å ta stilling til forslaget som helhet - det foreligger ikke tidsplan for tiltaksrealisering, risikovurdering og beskrivelser av negative konsekvenser.</li> <li>Det vurderes å være høy usikkerhet knyttet til de øk. beregningene</li> <li>Motstrid til Opptrappingsplan påpekt</li> <li>M.h.t. økonomi vurderes kontroll på fristbrudd og utgifter knyttet til overbelegg som de områdene det haster å få kontroll på. Innsparing som kan berøre lovpålagte oppgaver vil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det anbefales å styrke døgnkapasitet ved SPHR Tromsø for å sikre tilstrekkelig kapasitet til å kunne opprettholde brukerstyrte tilbud, elektive innleggelse og sikre akutt mottakskapasitet.</li> <li>Det anbefales å bygge opp en ny forsterket rehabiliteringsdøgnenhet med ambulant utadrettet team (i stedet for post på sykehusnivå?)</li> <li>Styrke poliklinisk kapasitet i.h.t. nasjonale framskrivninger</li> <li>Knytte AAT tettere opp mot VPP for å sikre rask og fleksibel helsehjelp som reelt alternativ til innleggelse. Tilrettelegge for AAT kan jobbe mere med aktivt utadrettet arbeid for å forebygge innleggelse.</li> </ul>

<p>Avdeling nord Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT)</p>	<p>3. <b>Støtter ikke</b> forslaget om nedleggelse av MFBT. Tilbudet bør videreutvikles. Opprettelse av konsultasjonsteam som ikke er forankret i en medisinfri døgnenhet frarådes på det sterkeste. Gjennom uttalelsen gis det en inngående beskrivelse av bakgrunn for tilbudet, innhold og status, og pasientgruppen. Det vises til uttalelse.</p>	<p>potensielt kunne ha en paradoksalt effekt på økonomi jf. fristbrudd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forslaget fremstår som et steg i motsatt retning av nasjonale og internasjonale føringer hvor recoveryorientering og menneskerettigheter skal legges til grunn for psykiske helsetjenester.</li> <li>▪ Negative konsekvenser for forskning og fagutvikling.</li> <li>▪ Forslaget mangler faglig nytenkning i tråd med helsepolitiske føringer.</li> <li>▪ Forslaget fremstår som en styrking av medisinsk behandling av psykiske lidelser. Det finnes i dag i liten grad mangfold i behandlingsalternativer for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. MFBT har med sitt behandlingsprogram greid å etablere reelle behandlingsalternativer til medikamentell behandling. Det er en bekymring at forslaget vil føre til en dreining av fokus mot mer akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri, på bekostning av de delene av behandlingsforløp hvor vi erfarer at man kan få til reelle og bærekraftige endringer i menneskers liv.</li> <li>▪ Dersom forslaget gjennomføres, vil det ikke gjenstå noen avdelinger på Åsgård som ikke er godkjent for tvang.</li> <li>▪ Forslaget og konsekvensene krevende å ta stilling til. Fremstår uten overordnede faglige vurderinger, uten tidsplan for realisering av tiltakene og med store usikkerheter knyttet til de økonomiske beregningene. Det foreligger ikke en ROS-analyse av de tiltakene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heller styrke <i>DPS-funksjoner og recoverybaserte rehabiliteringstilbud</i>. Dette er forebyggende for akuttinnleggelser og bruk av tvang.</li> <li>▪ <i>Utvide tilbudet</i> – kan være et viktig bidrag til tilbudet til nysyke.</li> <li>▪ Konsultasjonsteam for nedtrapping er etablert fra 01.01.23.</li> </ul>
---	---	---	---

<p>Avdeling nord Poliklinisk seksjon</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støtter ikke</b> reduksjon av døgnplasser ved SPHR Tromsø (Storsteinnes). Færre døgnplasser på DPS nivået i Tromsø vil påvirke det samlede pasienttilbudet og det polikliniske tilbudet negativt. Peker på viktigheten av å ha tilstrekkelig døgnkapasitet for pasienter i poliklinisk behandling og oppfølging.</li> <li>2. <b>Støttes ikke.</b> Det anbefales ikke at en styrking av poliklinisk og ambulant aktivitet skjer gjennom omdisponering fra døgnvirksomhet ved DPS.</li> <li>3. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>4. <b>Omtales ikke.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registrerer at det psykoterapeutiske fokuset langt på vei er fraværende i de foreslåtte endringene.</li> <li>▪ Det synes nødvendig å nevne at dagens forbruk av døgnplasser ikke skjer på grunn av manglende poliklinisk oppfølging.</li> <li>▪ Forslaget synes i for stor grad å ta utgangspunkt i en svært presset situasjon innenfor det akuttpsykiatriske behandlingstilbudet.</li> <li>▪ Utfordrende å ta stilling til forslaget som helhet ut fra at det ikke foreligger en tidsplan for tiltaksrealisering, risikovurdering og beskrivelser negative konsekvenser. Det vurderes å være høy usikkerhet knyttet til de øk. beregningene</li> <li>▪ Forslaget om styrking av poliklinikker og ambulant virksomhet vurderes som uklart og økonomiske beregninger lite realistiske.</li> </ul>	<p>Anbefalinger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Styrke poliklinisk kapasitet</i> i.h.t. nasjonale framskrivninger. Videreføring av etablert korttidspoliklinikk med 10 behandlerstillinger med tillegg av overlege og LIS-3</li> <li>▪ <i>Ikke redusere antall døgnplasser tilknyttet DPS i Tromsø.</i> Døgntilbudet står i rygg og utgjør et forsterket tilbud til det omfattende polikliniske behandlingstilbudet.</li> <li>▪ <i>Opprette depotpoliklinikk</i> i samarbeid med Tromsø kommune.</li> <li>▪ <i>Knytte ambulante akutteam tettere opp mot poliklinikken</i> for å sikre rask og fleksibel helsehjelp som reelt alternativ til innlegg-else, samt endring av åpnings-tider ved AAT slik at ressursene kan brukes til aktivt utadrettet arbeid for å forebygge innleggelser.</li> <li>▪ <i>Vurdere rusteamets organisering</i></li> </ul>
<p>Avdeling nord SPHR Nord-Troms</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Oppfattes ikke å støtte</b> premisset om å styrke sykehusfunksjoner PHV gjennom omdisponering av ressurser knyttet til desentral døgnvirksomhet: Uttaler at kapasiteten på akutt plasser har vært for liten siste tida. Det er ikke akseptabelt at UNN ikke har kapasitet til å ta vare på akutt psykisk syke pasienter. Ingen innvendinger til forslaget om å styrke tilbudet til akutt syke. Samtidig må man sette i gang arbeid som kan forebygge det overforbruk som Tromsøregionen står for. Må arbeide for bedre utnyttelse av døgnkapasitet i Sør-Troms.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Påpeker skjev geografisk representasjon i arbeidsgruppen og sekretariat. Gir bias for «verden sett fra Tromsø og ikke nødvendigvis klinikken»</li> <li>▪ Det er et paradoks i forslaget at det dokumenterte antatte overforbruket av tjenester i Tromsøregionen skal løses ved å legge ned tilbud i distriktet.</li> <li>▪ Forslaget har ikke belyst konsekvensene av å ta ressurser fra stabile godt bemannede døgnavdelinger i distriktet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alternativt kan <i>SPHR Tromsø omgjøre en døgnavdeling til rehabiliteringsavdeling.</i> Arbeidsgruppen foreslår at denne organiseres innen sykehusfunksjonene, men i forhold til det å jobbe ut mot kommunen kan DPS være en bedre organisering. De fleste pasientene på Storsteinnes er fra Tromsø kommune. Samlet blir total kapasitet for regionen</li> </ul>

	<p>Sykehusfunksjon TSB: Nedgangen i belegget innen TSB forsvarer noe nedtak og omorganisering. Samtidig vil fremtidige oppsigelser av avtaler med private behandlingstilbud kunne øke behovet for kapasitet i UNN.</p> <p>2. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> I Tromsø med de korte avstandene bør arbeidet med å legge tilbudet fra innleggelse til polikliniske/ambulante tilbud ha de beste forutsetningene i hele klinikken.</p> <p>3. <b>Støttes ikke.</b></p> <p>4. <b>Uklart om forslaget støttes.</b> Omtaler behov for avklaringer av økonomi og samarbeidsavtaler.</p>	<p>til sentrale døgnplasser som er vanskeligere å bemanne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psykolog- og legespesialister har vært utfordrende å skaffe både i distriktene og i Tromsø. Sykepleiere og tilvarende utdanninger er det få problemer å skaffe i distriktet.</li> <li>▪ Forslaget løser bare et behov for økt akuttkapasitet. Det svarer ikke på tilbudet til alle andre pasienter som har et tilbud i dag og står i fare for å miste det.</li> </ul>	<p>bedre enn forslaget fra arbeidsgruppa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ For døgn <i>Sør-Troms</i>: Et annet alternativ er å åpne noe av den somatiske kapasiteten til noen akutte saker ved f. eks. intox.</li> <li>▪ <i>Sette i gang arbeid som kan forebygge det overforbruk som Tromsøregionen står for.</i></li> </ul>
<p>Avdeling sør</p>	<p><b>Oppfattes ikke å støtte forslaget:</b> Svarer ikke på hørings spørsmål – en rekke forhold problematiseres.</p> <p>Fremhever at klinikken står overfor en krevende prosess. En burde kanskje tatt innover oss at vi i stedet for å omorganisere først burde sett på hvilke effektiviseringsmuligheter vi har i klinikken.</p>	<p>Trekker fram mottatte tilbakemeldinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Påpeker utfordringer m.h.t. rekruttering og stabilisering</li> <li>▪ Opplever at det har utviklet seg ulike kulturer i klinikken med tanke på pasientflyt</li> <li>▪ Slik forslaget foreligger er det en stor skjevfordeling i opptaksområder for de ulike SPHRene.</li> <li>▪ Pasientgruppen er lite mobil, og ønsker innleggelse lokalt.</li> <li>▪ Pasientene innlagt ved døgnenheter har tilsv. diagnoser som pasienter innlagt ved akuttposter</li> <li>▪ Døgnenheter vil ofte være en mellomstasjon etter innleggelse på akuttposter. Reduksjon i antall døgnplasser i Avd. sør gir kommunene utfordringer.</li> <li>▪ Etablering av FACT ved alle SPHR kan også være positivt med tanke på å ta ned behovet for tvangsinnleggelse. Lett tilgang til innleggelse ved en lokal døgnenhet vil kunne ta ned behovet for eventuelle tvangsinnleggelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Se på hvilke effektiviseringsmuligheter det er i klinikken.</i></li> <li>▪ De største utfordringene knyttet til rekruttering/stabilisering og økonomi ligger i Tromsø. <i>Gjennomføre tiltak som på sikt bidrar til løsning av disse utfordringene der.</i></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ved reduksjon av plasser vil transportkostnader bli betydelig, utfordrende å sikre en omsorgsfull transport.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>	
<p>Avdeling sør Seksjonsledelse SPHR Sør-Troms</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes ikke:</b> Forslag om styrking av sykehusfunksjon i Tromsø vurderes som et faglig godt tiltak for ivaretagelse av de mest alvorlig psykisk syke. Det anses ikke som forsvarlig å legge ned døgnbasert behandlingstilbud i Sør-Troms. Premisset med omdisponering støttes ikke.</li> <li>2. <b>Støttes ikke.</b> Det kan bli utfordrende at pasienter med behov for døgnbehandling primært er planlagt å ivaretas gjennom poliklinisk og ambulante behandlingstilbud. Påpeker rekrutteringsutfordringer (spesialister) til ambulante tjenester.</li> <li>3. <b>Støttes:</b> Ressurskrevende tilbud til en forholdsvis liten pasientgruppe.</li> <li>4. <b>Oppfattes ikke å støtte:</b> FACT-team nedlagt i 2022 pga. mangel på spesialistkompetanse. Betingelsene har ikke endret seg, og vil bli negativt påvirket ved en eventuell nedleggelse av lokal døgnenhet.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er vanskelig å se at praksisen med høyt forbruk av tjenester i Tromsø endres gjennom et styrket tilbud om døgnbehandling.</li> <li>▪ Hva har klinikken gjort av tiltak for å redusere døgnoppholdet for pasienter i Tromsø?</li> <li>▪ Transport virker pr i dag ikke å fungere på en omsorgsfull og effektiv måte.</li> <li>▪ Vanskelig å se at dette forslaget vil gjøre det lettere å møte de utfordringer som ligger i rekruttering og stabilisering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Døgnkapasiteten på alle seksjonene i avd. sør tas ned slik at bemanningsfaktoren reduseres. Øvrige personell kan brukes til å iverksette dreining fra døgn til dagbehandling i tråd med klinikkens føringer.</i></li> <li>▪ <i>Om det blir slik at det er nødvendig å legge ned døgnenheter ved lokasjoner er det vår mening at dette gjøres i størst nærhet til Tromsø.</i></li> </ul>
<p>Avdeling sør SPHR Sør-Troms Innspill fra ansatte</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Er det gjort en gjennomgang av adm. funksjoner. Veldig mange spesialister jobber i ikke-kliniske funksjoner. Er alle disse påkrevd?</i></li> <li>▪ <i>Er det for mange ledernivå? Er det behov for egne seksjonsledere?</i></li> <li>▪ <i>Forslag om å legge ned Silsand, Storslett og Storsteinnes på bakgrunn av befolkningstetthet. Silsand har etablert FACT slik at</i></li> </ul>

			de sykeste pasientene har et tilbud.
Avdeling sør SPHR Sør Troms AAT	1. <b>Støttes ikke:</b> Ikke hensiktsmessig for noen pasienter eller fagmiljø at døgnposter legges ned. Beskriver fryktede konsekvenser ved nedleggelse av døgnenhet Harstad		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ved evt. nedleggelse av døgnenhet Harstad foreslås å etablere en spesialisert døgnpost for å sikre at FACT/ACT kan driftes optimalt.</li> <li>▪ Ber klinikkledeelsen se på ressursbruken på DPS-nivå i Tromsø.</li> </ul>
Avdeling sør SPHR Sør Troms Rusteam	Uttaler seg i hovedsak om forhold knyttet til organisering av rusteam		<p>Forslag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rusteamet i Harstad driftes på lik linje som i dag men forankres i Rusavdelingen og ruspoliklinikk Tromsø.</li> <li>▪ Rusteamet i Harstad styrkes.</li> <li>▪ Vurdere ruspoliklinikk Harstad. Evt som del av ruspoliklinikk Narvik og/eller Tromsø.</li> <li>▪ 2 sengeplasser ved SPHRST disponeres av rusteamet.</li> </ul>
Avdeling sør Seksjonsledelse SPHR Ofoten	<p>1. <b>Støttes ikke:</b> Vanskelig å støtte styrking av sykehusfunksjonene i Tromsø gjennom omdisponering av ressurser knyttet til desentral døgnvirksomhet. Opplever at forslaget til framtidig klinisk struktur i liten grad bidrar til løsning på lang sikt. Opplever sågar å bidra til å destabilisere den delen av virksomheten som tross alt er mest stabil og bærekraftig. Ved å bygge ned den desentrale delen av virksomheten på en slik måte det er foreslått, vil kunne øke presset på behandlingsmiljøet i Tromsø.</p> <p>2. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Oppfattes å ikke støtte:</b> Mangelfullt å etablere FACT-team og samtidig fjerne lokale døgnplasser for å kunne tilby helhetlig</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redusert mottakskapasitet vil kraftig redusere vår evne til tidlig intervensjon på rett nivå, og en viktig del av det vi kan tilby fastleger og legevakt vil bortfalle</li> <li>▪ Overraskende liten interesse fra andre deler av virksomheten m.h.t. hva som er grunnen til at bruksmønsteret av akuttpostene fra Avdeling sør er som det er.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dersom en beslutter å legge ned desentrale døgnenheter bør dette gjøres nærmest mulig Tromsø</li> <li>▪ Den desentrale delen av virksomheten kan i større grad ivareta pasienter fra Tromsø i saker som ikke krever rammene til TPH.</li> <li>▪ Det bør være et mål om å skape en så lik dekningsgrad pr seng i alle SPHRene som mulig. Dette for sikre mottakskapasitet og likeverdige tilbud.</li> <li>▪ Vi mener det er både kulturelle, strukturelle og faglige grep som kan iverksettes og som kan ha stor</li> </ul>



	<p>behandling. FACT erfart å gi økt behov for døgnplasser. Erfaringsvis stor utfordring med rekruttering av spesialister til FACT-team.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betimelig å stille spørsmål om hvorfor tallene er som de er i Tromsø. I Tromsø er det etablert ACT-team, FACT-team og AAT. Dette er ressurser som skal bidra til å dreie behandlingen fra døgnbehandling over til poliklinisk/ambulant behandling.</li> <li>▪ Uheldig å legge ned døgnplasser som ligger i tilknytning til sykehus. En del pas. som har behov for akutt innleggelse i PHV i første omgang kommer inn gjennom intensivavdelingen.</li> <li>▪ Merkbare ulikheter mellom vår og Tromsømiljøets faglige praksis ved forståelse og behandling av de alvorligst syke pasientene.</li> <li>▪ Forslaget gir økte transportkostnader.</li> <li>▪ Forslaget vil bidra til å gjøre virksomheten desentralt mindre attraktivt og vil forsterke rekrutteringsutfordringene.</li> </ul>	<p><i>innvirkning på kapasitetsutfordringene i Tromsø.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>De største utfordringene knyttet til rekruttering/stabilisering og økonomi ligger i Tromsø. Gjennomføre tiltak som på sikt bidrar til løsning av disse utfordringene der.</i></li> </ul>
<p>Avdeling sør SPHR Midt-Troms</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes ikke:</b> Hovedretningen er fornuftig med tanke på å styrke sykehusfunksjoner, men pasienter skrives gjerne ut til et opphold på lokal DPS før de skrives ut til kommunal helsetjeneste. Reduserte sengeplasser/ressurser på DPS nivå vil med stor sannsynlighet føre til mer innleggelser til Tromsø. Forslaget går for langt på å ta ned i distriktet ved å legge ned to døgnenheter.</li> <li>2. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Forslaget er å legge ned 2 døgnenheter og medikamentfritt, og at mesteparten av midlene overføres sentralt til Åsgård for å styrke sykehusfunksjoner. Det blir lite igjen til å styrke poliklinisk og ambulant virksomhet ved de ulike seksjonene. Vi styrker ikke poliklinisk og ambulant</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En må se antall innbyggere opp mot antall plasser. Avdeling sør vil etter forslaget ha 23 plasser på en befolkning på 79244, mens avdeling Nord vil ha 32 plasser på en befolkning på 76741. Gir for stor ulikhet i tilbudet.</li> <li>▪ Opplever at behandlingskulturen i Tromsø ikke samsvarer med den som praktiseres i Avd. sør. Påstår 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.</li> <li>▪ Klinikkleidelsen må stille krav til DPSene om å jobbe mest mulig enhetlig og likt i hele klinikken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mulig å legge ned kun en desentral døgnenhet, Storsteinnes?</i></li> <li>▪ <i>Skape en så lik dekningsgrad pr. seng i alle SPHR som mulig.</i></li> <li>▪ <i>Hvorfor er det ikke foreslått å legge ned poliklinikken på Storsteinnes når det ellers brukes rekrutteringsproblemer som argument for nedleggelse?</i></li> <li>▪ <i>Kan en omgjøre en døgnpost i SPHR Tromsø til en intermediær sengepost? Det vil gi en større sjanse for at en faktisk får benyttet ressursene som blir frigitt i Tromsø. Opptaksområdene til døgnenhetene endres slik som</i></li> </ul>

	<p>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 Avdeling sør er det en utfordring å rekruttere spesialister. Kan digitale løsninger brukes?</p> <p>3. <b>Støttes:</b> 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. Konsultasjonsteamet må ambulere og gi veiledning der det er behov for dette.</p> <p>4. <b>Støttes:</b> Vi støtter forslaget om å etablere FACT team ved samtlige av klinikkens SPHR, men ser at det kan bli vanskelig, da også på grunn av mangel på spesialister. Nærhet til døgn er viktig</p>		<p>foreslått, med Balsfjord til Silsand og Lyngen og Storfjord til Storslett.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Behov for å gå i dybden på årsaker til overforbruk av senger Tromsø.</i></li> <li>▪ Har til en viss grad forståelse for at det kan være et økt behov for innleggelse i en by som Tromsø, men samtidig kan en si at forholdsvis korte avstander burde gjøre det «enkelt» å jobbe ambulant og poliklinisk.</li> </ul>
Rusavdelingen	<p>1. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Det er viktig å ha tilstrekkelig med døgnplasser for skjerming fra rusmiljøet og behandling av sammensatte problemstillinger. Færre enheter som er tettere sammenvevd vil kunne bidra til at det samlede tilbudet fremstår som mer robust og vil ha fordeler m.h.t. rekruttering, stabilisering og utvikling av fagfeltet.</p> <p>2. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Det er usikkert hvorvidt poliklinisk tilbud vil være tilstrekkelig virkningsfullt i vår landsdel på grunn av store reiseavstander.</p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Omtales ikke.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Et eventuelt nedtak av rusbehandlingssenger ved UNN vil også medføre at finansieringen fra Helse Nord RHF vil bli påvirket.</li> <li>▪ Det er knyttet stor usikkerhet til den økonomiske beregningen som legger til grunn at nedtak av 12 senger vil frigjøre drøyt 22 millioner kroner til omfordeling.</li> </ul>	
Rusavdeling Russeksjonen Tromsø	<p>1. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Støtter etablering av ROP-post og mottakspost innen PHV. Akutttilbudet innen TSB må opprettholdes, og</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TSB er for lite omtalt og tematisert i forslaget.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Antall akutt plasser må avklares m.h.t. behov.</i></li> </ul>

	<p>framtidig dimensjonering kvantifiseres. Subakutte senger og nedtak av elektive senger vil også være positivt. Uklart om premisset til forslaget støttes.</p> <p>2. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Støttes:</b> FACT-team er fornuftig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestrider at nedtak av døgnplasser i Tromsø kan begrunnes i manglende bemanning.</li> <li>▪ Reduksjon av døgnplasser forsterker sentraliseringen av tjenestene.</li> <li>▪ Reduksjon av 12 døgnplasser i Tromsø vil bety en gjenværende døgnkapasitet i regionen på 25 plasser i Tromsø, 30 i Narvik og 37 i Tjeldsund (Blå Kors). Dette gir den største kapasiteten av døgnplasser innenfor et relativt lite geografisk område i Helse Nord. Det stilles også spørsmål til fordelingen innenfor regionen, hvor Tromsø som den største kommunen har det minste antall døgnplasser.</li> <li>▪ Reduksjon av døgnplasser i Tromsø vil være negativ for spesialisering og utdanning.</li> <li>▪ Rusteamene ved SPHR er ikke omtalt i forslaget.</li> <li>▪ Presiserer at man ikke kan sammenligne beleggsdata i TSB og PHV direkte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Rusteamene i Harstad og Tromsø ønsker organisering i Rusavdelingen.</i></li> <li>▪ <i>Eventuell reduksjon av det offentlige tilbudet av regionale senger bør ses i sammenheng med nedtak av private plasser.</i></li> </ul>
<p>Rusavdelingen Russeksjon Narvik</p>	<p>1. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Støtter etablering av ROP-post og mottakspost innen PHV. Støtter etablering av subakutte plasser i TSB. Kan bli lettere å utnytte sengekapasiteten. Uklart om premisset til forslaget støttes.</p> <p>2. <b>Støtter delvis:</b> Er positive til at polikliniske tilbud til ruspasienter som kan nyttiggjøre seg dette. Samtidig bekymret for at poliklinisk tilbud vil se «pent» ut på papiret, men ikke bli nyttig for pasientene.</p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Støtter</b> etableringen av flere FACT-team.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presiserer at det er LAR-poliklinikk i Narvik.</li> <li>▪ Det er særdeles viktig at vi har et TSB tilbud i både Tromsø og Narvik som dekker basisfunksjonene og at vi dermed kan utdanne egne spesialister.</li> <li>▪ Russeksjon Narvik skal inn i en ny, integrert sykehusmodell og vi tenker det er særdeles viktig å gå inn i Nye UNN Narvik med alle basisfunksjonene i TSB. Det er tjenester som somatikk og psykiatri vil kunne dra veksler på.</li> </ul>	

<p>Rusavdelingen Russeksjonen Tromsø Restart</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes ikke:</b> Reagerer på at TSB-tilbudet bygges ned i Tromsø og bygges opp i Narvik. Sammenslåing av to enheter i Tromsø til å inkludere subakutt tilbud vil rasere behandlingstilbudet. Motivet for å ta ned 12 plasser i Tromsø fremstår uklart. Vi savner en konkretisering av begrunnelsen for dette. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nedleggelse i Tromsø vil redusere valgfriheten for pasientene, og vil skape svingdørs-pasienter. Setter spørsmålsteget ved fordeling av kapasitet mellom Tromsø og Narvik med utgangspunkt i befolkningsgrunnlag. Dette forslaget kan ikke sies å være faglig fundert.</li> </ul> </li> <li>2. <b>Støttes ikke.</b> Det er ingen i fagfeltet som støtter eller har tro på at avhengighetspasienter i regionen like gjerne kan nyttiggjøre seg et poliklinisk eller dagtilbud, som døgn. Dette er kun for de friskeste.</li> <li>3. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>4. <b>Omtales ikke.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det fremkommer ikke tydelig at klinikken består av to fagfelt, Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette skjuler de særskilte behov TSB-pasienter har.</li> <li>▪ Forslaget tar ikke pasienter i TSB på alvor.</li> <li>▪ En dreining som foreslås av arbeidsgruppen, vil medføre at TSB Tromsø skal driftes etter samme modell som Psykisk helse, med primært akutte og subakutte plasser. Forebygging og «behandling» overlates til kommunene.</li> <li>▪ Spesielt avrusingsenhetene i Tromsø og Narvik har gjennom mange år hatt store utfordringer med å ta vare på og stabilisere helsepersonell.</li> <li>▪ Problematiserer arbeidsgruppens sammensetning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Dersom forslaget om å ta ned døgnplasser i TSB opprettholdes, vil det etter vår vurdering være mer riktig at dette gjøres ved Seksjon Narvik.</i></li> <li>▪ Med utgangspunkt i nasjonale og internasjonale trender og mål for Helse Nord ville en hensiktsmessig omfordeling av kapasitet og ressurser være at Tromsø som før fikk drifte behandlingsplassene og gis mulighet til gradvis økning i kapasitet.</li> <li>▪ I stedet for kortsiktig «å lappe» på en flytende organisasjon med å hente ansatte ut av velfungerende enheter og rasere disse, burde enheten som sliter få hjelp til å endre en organisasjonskultur som aldri har vist seg velfungerende over tid.</li> </ul>
<p>Psykiatrisk avdeling</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes.</b> Hovedretning om styrking av tjenestetilbud til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelser støttes og fremstår godt begrunnet. Beskrivelsene av hvordan denne del av tjenestetilbudet planlegges styrket fremstår hensiktsmessig. Etablering av to spesialiserte poster med ulik profil og ulike oppgaver fremstår godt begrunnet.</li> <li>2. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>3. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>4. <b>Støttes.</b> Ettersom dette krever forpliktende samarbeid med kommunene, bør det som alternativ også skisseres hvordan poliklinikkene skal ivareta den samme pasientgruppen med poliklinisk/ambulant/aktivt oppsøkende tilbud og gjennom andre former for samarbeid med</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Endringene som er foreslått innad i Akuttpsykiatrisk seksjon kan være hensiktsmessige, men er likevel ikke tydelig faglig begrunnet. Dette gjelder både vedrørende eventuell endring av oppgaver mellom akuttpostene og den foreslåtte endringen av Psykose- og rusenheten.</li> <li>▪ For særlig Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og Akuttpsykiatrisk seksjon er dagens lokaler utslitte og lite egnede.</li> <li>▪ Det fremkommer ikke tydelig hvordan økning innen sikkerhetspsykiatrien planlegges hensyntatt.</li> <li>▪ Det fremstår usikkert om det er mulig å utvikle et tilbud som faktisk er robust</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Endringer må planlegges slik at nye tilbud, så som FACT-team o.a. skjer forut for eventuelle nedleggelser av enheter. Likeledes bør det legges en tydelig plan, som inkluderer at ikke for mange enheter planlegges endret samtidig.</i></li> <li>▪ <i>Prosess for nybygg bør fremskyndes som ledd i å få mer hensiktsmessig driftsformer, både av hensyn til pasientene og hensyn til personalet og deres arbeidsmiljø</i></li> <li>▪ <i>Det fremstår uklokt å foreslå økning av sengeplasser ved ulike enheter i et slikt omfang at all</i></li> </ul>

	<p>kommunene dersom FACT ikke lar seg realisere.</p>	<p>og bærekraftig innen de gjeldende økonomiske rammene. Det er likevel slik at, gitt dette premisset, har avdelingen forståelse for krevende prioriteringer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I videre arbeid med fremtidig klinisk struktur bør videreutvikling av PHRK som universitets- og regionsykehus sikres ivaretatt.</li> </ul>	<p>«restkapasitet» benyttes, og «topper» av belegg utover normering blir mindre mulig.</p>
<p>Psykiatrisk avdeling Sikkerhetspsykiatrisk seksjon</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes:</b> Sikkerhetspsykiatrisk seksjon støtter at det planlegges for et styrket og bedre tjenestetilbud til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelsene, og derigjennom en forsterkning av tilbudet til denne gruppen i form av etablering av spesialiserte sengeposter som skissert.</li> <li>2. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>3. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>4. <b>Omtales ikke.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er stor usikkerhet knyttet til kapasitetsbehovet i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i tiden fremover. Alle prognoser tyder på at det vil være en klar økning i antall dømt i årene framover.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gitt økt kapasitet ved sykehusfunksjoner er det <i>nødvendig å etablere et aktivitetstilbud</i> langt utover det som foreligger i dag. Dette er ikke tatt stilling til i høringsdokumentet, og bør inkluderes i det videre planarbeidet.</li> <li>▪ Med tanke på at det foreslås en økning i antall døgnplasser med sykehus-funksjon er det <i>behov for en evaluering av om vakthavende legefunksjonen bør styrkes når arbeidsoppgavene/ansvarsområdet på vakt økes.</i></li> </ul>
<p>Psykiatrisk avdeling Akuttpsykiatrisk seksjon</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes.</b> Akuttpsykiatrisk seksjon støtter hovedretningen i forslaget om styrking av sykehusfunksjoner i Tromsø for å kunne gi et bedre tilbud til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene. Dette gjennom forslaget om omorganisering av akuttpostene og den helt nødvendige opprettelse/etablering av to nye spesialiserte sykehusposter. Er bekymret for konsekvensene ved omdisponering av ressurser knyttet til desentralisert døgnvirksomhet, men gitt at styrking av sykehusfunksjoner vil måtte gjøres innenfor eksisterende økonomiske rammer,</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bekymret for den nasjonale utviklingen i antall dømt til sikkerhetspsykiatrien. Er usikker på om forslaget er tilstrekkelig for å ivareta denne utviklingen.</li> <li>▪ Mener at forslaget om etablering av to nye sykehusposter kan være ett av flere tiltak som bidrar til å forbygge at flere pasienter ender med dom til tvungent psykisk helsevern, men det er mye som</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I forhold hvilke døgnenheter som foreslås nedlagt <i>ønskes Døgnenheten i Harstad beholdt.</i> Dette med bakgrunn i nærhet til utdanningsinstitusjon og somatiske sykehusfunksjoner samt størrelsen på byen. Dersom vi må foreslå ett alternativ <i>bør omdisponering av ressursene heller vurderes å tas fra døgnenheten på Silsand.</i></li> <li>▪ Medikamentfritt Behandlingstilbud: <i>Kunne det være en ide å videreføre tilbudet ved at en del av</i></li> </ul>

	<p>vektes styrking av sykehusfunksjonene tyngre enn det å beholde alle dagens DPS/SPHR.</p> <p>2. <b>Støttes:</b> Gitt at vi må omdisponere ressursene til å styrke sykehusfunksjonene vurderes det som helt nødvendig å styrke det polikliniske og ambulante tilbudet nært pasientens hjem.</p> <p>3. <b>Støttes:</b> Medikamentfritt behandlingstilbud vurderes å representere et godt faglig tilbud, men som i dag gir ett tilbud til ett fåtall av pasientene. Det er ønskelig at flere enheter i klinikken kan tilby pasienter medikamentfrie behandlingsalternativer enn i dag, og ikke at dette nødvendigvis må være på en egen enhet for døgnbehandling.</p> <p>4. <b>Støttes.</b></p>	<p>likevel tyder på ytterligere vekst i sikkerhetspsykiatrien framover.</p>	<p><i>innleggelsene foregår på en DPS døgnenhet? Slik at konsultasjonsteamet har en døgnpost «i ryggen»?</i></p>
<p>Psykiatrisk avdeling Alderspsykiatrisk seksjon</p>	<p>1. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>2. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Omtales ikke.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er tydelig også fra alderspsykiatrisk seksjon sitt ståsted at klinikken har for liten kapasitet til å ivareta pasienter som trenger behandling på sykehusnivå.</li> <li>▪ Det vedvarende overbelegget på akuttpostene merkes også for eldre pasienter, da omlag halvparten av eldre pasienter ivaretas med innleggelse utenom alderspsykiatrisk døgnenhet (på DPS'er og akuttposter).</li> </ul>	
<p>Fag, forskning og utdanning Fagutviklingsenheten</p>	<p>1. <b>Omtales ikke</b> ut over negative konsekvenser for utdanning ved nedtak av desentral døgnvirksomhet.</p> <p>2. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>3. <b>Omtales ikke:</b> Kommenteres m.h.t. negative konsekvenser for utdanning og forskning samt for omdømme, rekruttering og stabilisering.</p> <p>4. <b>Støttes:</b> Gir mulighet for å etablere nye praksisplasser som til en viss grad kan kompensere for tap av praksisplasser på døgnenheter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ROS-analysen må vurdere konsekvensene for FACT-team ved å legge ned en nærliggende døgnenhet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ved omgjøring til kompetansegruppe bør man vurdere om dette primært skal handle om medikamentfritt tilbud eller om man i utforming og beskrivelse av tilbudet også bør legge mer vekt på kompetanse på recoverybaserte behandlingsmetoder.</i></li> </ul>

<p>Fag, forskning og utdanning SIFER Nord</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Omtales ikke</b> utover negative konsekvenser ved nedbygging av døgnplasser i distriktene, og reiseavstand.</li> <li>2. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>3. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Det bør foreligge en evaluering av effekt og implementering av eksisterende tilbud, før man beslutter å legge ned eller videreføre et tiltak. Om ikke vil man i verste fall bygge videre på et ikke-effektivt tilbud, eller legge ned et virksomt tiltak. Dersom man fortsatt skal tilby et medikamentfritt behandlingstilbud, men nå innenfor rammene av en «tradisjonell sengepost», stiller SIFER Nord spørsmål med hvordan man ser for seg å ha ressurser til å tilby behandlingsintervensjoner som man har ment å kunne erstatte medikamentell behandling, f.eks. miljøterapi.</li> <li>4. <b>Omtales ikke.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omhandler hovedsakelig hvilke hensyn man må forutsette er tatt før man iverksetter endringene, herunder rett kompetanse på rett sted:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurdering av samtykkekompetanse</li> <li>- Øke pårørendeinvolvering og pårørendestøtte</li> <li>- Opplæring i farevilkåret</li> <li>- Voldsrisikovurdering og risikohåndteringsplan</li> <li>- Tilpasset behandling til pasienter med forhøyet voldspotensiale</li> <li>- Bekymringsfull økning av personer dømt til TPH</li> <li>- Frivillige behandlingalternativer og god samhandling</li> </ul> </li> <li>▪ Nødvendige tiltak vedrørende tverretattlig samfunnsvern omtales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Det bør foreligge en evaluering av effekt og implementering av eksisterende tilbud, før man beslutter å legge ned eller videreføre et tiltak.</i></li> </ul>
<p>Avdeling Nord KVAM gruppe, Døgnseksjonen. VPP, Døgn og kontor Storsteinnes</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes ikke.</b> Det er vanskelig å skulle være uenig om at det er behov for å differensiere og utvide tilbudet på sykehusnivå, men det innebærer en stor risiko å skulle gjøre det på bekostning av DPS tilbudet i klinikken. Forslaget om nedleggelse av Døgn Storsteinnes, frykter vi kan medføre til at all DPS virksomhet på Storsteinnes legges ned. Å utvide sengepost tilbudet i sentralsykehus funksjonene i Tromsø hvor det blir flere sengeenheter som skal bemannes og konkurrere om helsefaglig personell, frykter vi ikke vil bidra til et mere robust og bærekraftig fagmiljø i Tromsø. Nedleggelse med reduksjon av DPS senger vil ramme det allmenne psykiske helsevern tilbudet og de tilbud som DPS i samarbeid med kommunene bidrar til for å forebygge alvorlig psykisk lidelse eller forverring av alvorlig lidelse.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forslaget fremstår mangelfullt m.h.t. kilder og faglige føringer utover en vanskelig driftssituasjon i Tromsø og generelle bemanningsutfordringer.</li> <li>▪ Forslaget gir inntrykk av at arbeidet har samlet seg rundt å finne argumenter, fasiliteter og økonomi for å utvide et tilbud for en begrenset gruppe pasienter på sykehusnivå i Tromsø.</li> <li>▪ Ikke i tråd med Opptappingsplanen.</li> <li>▪ Det fremkommer ingen faglige begrunnelser hvorfor valgte enhetene er foreslått nedlagt.</li> <li>▪ Forslaget innebærer at man reduserer sengeposttilbudet drastisk i SPHR Tromsø som har den største kapasitetsutfordring.</li> <li>▪ Arbeidet fremstår dermed noe tilfeldig og lite tillitsvekkende.</li> </ul>	



	<ol style="list-style-type: none"><li>2. <b>Omtales ikke.</b></li><li>3. <b>Omtales ikke.</b></li><li>4. <b>Omtales ikke.</b></li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Det fremkommer ikke som plan i økonomioversikten at det polikliniske tilbudet på Storsteinnes skal forsterkes.</li></ul>	
--	---	--	--



## Sammendrag høringsuttalelser – andre UNN

Hørings spørsmål referert til under:

1. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
2. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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 døgnavirksomhet.*
3. *Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
4. *Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
5. *Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
Brukerutvalget	<p>1. <b>Støtter delvis.</b> At det vektlegges å styrke sykehusfunksjoner PHV er riktig. Er samtidig bekymret for at andre pas. ikke får så godt tilbud som ønskelig, spesielt med tanke på døgnopphold. Ser positivt på at de sykeste prioriteres på sykehuset og at SPHR rustes opp. Det er uheldig at Harstad planlegges nedlagt, men vi ser ikke at det er uforsvarlig at noen pas. må reise bort for innleggelse. Viktig her å sørge for forsvarlig transport, da det er lange reiseavstander og dårlige kommunikasjoner. TSB: Reagerer på at tilbudet i Tromsø reduseres så mye. Ved å sammenslå Rusbehandling Ung og Restart, blandes de unge og eldre som gir større utfordringer for enkelte pas.</p> <p>2. <b>Støtter delvis.</b> Det er bra at kapasiteten på poliklinikkene økes, men er redd det går på bekostning av de som har behov for døgnopphold. Ser med bekymring på at det innen TSB foreslås endring fra døgnbehandling til poliklinisk behandling. Vår erfaring er at pas. med rusproblematikk i stor grad har behov for døgnopphold, at kun de friskeste kan nyttiggjøre seg poliklinisk behandling.</p> <p>3. <b>Uklart om forslaget støttes:</b> Det framkommer ikke om medikamentfritt behandlingstilbud planlegges gitt poliklinisk eller på døgnpost. Vi forutsetter at det gis ved døgnpost da disse pas. også trenger de tiltakene en døgnpost gir m.h.t. oppfølging, motivasjon og aktiviteter.</p> <p>4. <b>Støttes.</b> Ser positivt på at det satses på FACT/ACT-team, slik at pasientene får hjelp der de bor. Det forutsettes at det opprettes på alle lokaliteter, også på Storsteinnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasienter med rusproblemer er en sårbar gruppe innen psykisk helsevern og har vært nedprioritert. Vi er bekymret for at den kompetansen som er bygget opp, rives ned.</li> <li>▪ Det kan høres ideelt ut med mottakspost for behandlere som skal vurdere pasientene. Vi er redd for at det kan bli en belastning for pasientene å først innlegges her for så å flyttes til en annen post.</li> <li>▪ Vi ser nytten av spesialiserte poster, men er samtidig redde for at en del pasienter vil kunne "falle mellom to stoler".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Det faglige miljøet innen rusbehandling må styrkes og beholdes.</i></li> </ul>

<p>Lederteamet UNN Harstad</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes delvis:</b> Enige i at det er nødvendig med styrking av tjenestetilbudet for pasienter med de mest alvorlige og sammensatte psykiske lidelsene og/eller ruslidelsene. Støtter ikke avvikling av døgnenhet ved SPHR Sør-Troms. Forstår ikke argumentasjonen rundt fullintegret NUN til forskjell fra UNN Harstad. Argumentet for nedleggelse i Harstad som følge av at nye UNN Narvik er et fullintegret sykehus faller.</li> <li>2. <b>Støttes:</b> Enig i at det er nødvendig med en styrking av polikliniske og ambulante tjenester i hele UNN. Det gis gode argumenter for å iverksette dreining fra døgn til dagbehandling i tråd med klinikkens målsetninger og behov.</li> <li>3. <b>Omtales ikke.</b></li> <li>4. <b>Omtales ikke.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Høringsnotatet tematiserer at døgnenheter samlokalisert med somatisk sykehus gir økt pas. sikkerhet og kvalitet på tjenestetilbudet. Vi mener arbeidsgruppens forslag bryter fullstendig med dette gjennom forslag om å legge ned døgnenheten i Sør-Troms.</li> <li>▪ Krevende å lese av høringsnotatet hvordan SPHR Sør-Troms skal kunne rekruttere spesialister bedre til psykiatrisk poliklinikk, ambulant team og FACT-team ved å legge ned sengeposten. Konsekvenser for utdanning og spesialisering tematiseres.</li> <li>▪ Nedleggelse av døgnenheten i Harstad medfører en betydelig skjevfordeling av innbyggere pr døgn seng mellom de ulike DPSene.</li> <li>▪ Ad. Reisevei: Stiller spørsmål ved hvorfor man velger en løsning der store grupper pasienter flyttes ut av befolkningstette sentra til fordel for å beholde DPS'er i mindre befolkningstette områder.</li> <li>▪ Stor svakhet med forslaget at det ikke drøftes konsekvenser for pasienter og pårørende med økt avstand til døgnopphold, samt for sykehus og kommunehelsetjeneste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Det pågår et omfattende arbeid med endring og omstilling i Helse Nord høsten og vinteren 2023/2024. Høringen burde vært utsatt og slått sammen med Helse Nord sin utredning om funksjons- og oppgavedeling.</b></li> <li>▪ <i>Dersom dette ikke er mulig å gjennomføre gjennom en generell effektivisering av drift, må det vurderes å legge ned døgnenheter ved lokasjoner med størst nærhet til Tromsø.</i></li> <li>▪ <i>Samlokalisering av døgnenhet i somatisk sykehus og helsehus, slik som i Narvik og Harstad vil bidra til bedre mulighet for rask og tidlig utredning og behandling på riktig nivå i samarbeid med kliniske høyspesialiserte miljø i UNN Tromsø.</i></li> </ul>
<p>E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Støttes delvis:</b> Styrking av sykehusfunksjoner i Tromsø for å forbedre behandlingen av pas. med alvorlige og sammensatte lidelser vil sannsynligvis føre til bedre tilgjengelighet av spesialisert behandling og ressurser for de mest sårbare pasientene. Imidlertid er det viktig å sikre at desentrale døgnvirksomheter ikke blir</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beskrivelsen av klinisk struktur er fortolket smalt, tar i hovedsak for seg antall og fordeling av døgnplasser, samt poliklinisk aktivitet som økonomiske størrelser. Disse fysiske strukturene/rammene er tett knyttet til</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulighetene til å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger for pasientbehandling og samhandling, i liten grad hensyntatt i valg av struktur. <i>Det bør nedsettes en egen arb. gruppe for å jobbe med digitale løsninger som kan avhjelpe</i></li> </ul>

	<p>så sterkt redusert at det hindrer tilgang til nødvendig behandling for pasienter som bor i distriktene. Forslaget er en forskyvning av ressurser til sentrale funksjoner og fra døgn til dag, og tar ikke høyde for den økningen i liggedøgn og årsverk som beskrives i «Nasjonal framskrivingsmodell for PHV og TSB 2021 – 2040»</p> <p>2. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>3. <b>Omtales ikke.</b></p> <p>4. <b>Støttes:</b> I videre arbeidet anbefales klinikken å involvere kommunene for vurdering av mulige modeller for etablering av FACT-team, tilpasset den lokale kontekst og en tydeliggjøring av målgruppe. I en implementeringsprosess er det viktig å være bevisst mulige barrierer for FACT-teamenes fungering. Arbeidsgruppen foreslår at FACT-teamene i Narvik og Harstad reetableres, uten at det redegjøres for hvordan manglende spesialistkompetanse skal avhjelpest.</p>	<p>valg av arbeidsform som vies liten oppmerksomhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kan ikke finne at det foreligger konkrete tiltak knyttet til pasientforløp for pasienter med sammensatte utfordringer innen somatikk og PHV. Regner med at dette er begrunnet i at det skal foregå et eget prosjekt innen dette området. I denne sammenheng vises til erfaringer fra stormottakerprosjektet.</li> <li>▪ Med bakgrunn i virksomhetsdata (epikrisetid) problematiseres enkelte økonomiske effekter av omstilling. Ikke <i>gitt</i> at foreslått ny struktur vil unngå eller redusere uforutsette utgifter og derved unngå budsjettoverskridelser (uklart)</li> <li>▪ Dokumentet mangler referanseliste.</li> </ul>	<p><i>de problemene som klinikken beskrives.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ For at foreslåtte tiltak oppnår ønskede resultater og forbedrer pasientbehandlingen, oppfordrer det til tett oppfølging og evaluering. <i>Ved nedleggelse av døgnhetene i Harstad og Storsteinnes blir det viktig å vurdere de praktiske aspektene, som reiseavstand, transport for pasientene, og sørge for at endringene ikke gir utilsiktede konsekvenser.</i></li> <li>▪ <i>Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner bør inngå i beskrivelse av basiskompetanse (pkt. 5.6.1, 5.6.2, og 5.6.3) j.fr. anbefalinger fra Helsedirektoratet.</i></li> <li>▪ Anbefaler at klinikken arbeider proaktivt og systematisk for å sikre interaksjon innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.</li> <li>▪ <i>Muligheten for en fleksibel løsning med «digital ambulering» for spesialister, som alternativ til fysisk ambulering. bør utforskes.</i></li> <li>▪ <i>En snarlig involvering av kommunene knyttet til vurderinger ved opprettelse av FACT-team og andre samhandlingsstrukturer.</i></li> <li>▪ <i>Ved etablering av FACT-team bør det vurderes å styrke samarbeid med PSHT.</i></li> </ul>
--	--	--	---

## Sammendrag høringsuttalelser – Andre

Høringsspørsmål referert til under:

1. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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.*
2. *Det ønskes synspunkter på hovedretningen i forslaget 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 døgnavirksomhet.*
3. *Det ønskes synspunkter på forslaget om omgjøring av medikamentfritt behandlingstilbud fra døgnbehandling til regionalt konsultasjonsteam.*
4. *Det ønskes synspunkter på forslaget om etablering av FACT-team ved samtlige av klinikkens SPHR (DPS), noe som betinger kommunalt samarbeid og medfinansiering.*
5. *Det ønskes innspill på 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.*

*I det følgende gjengis det som sekretariatet oppfatter som sentrale innspill i høringsuttalelsene. For ytterligere informasjon vises det til de enkelte høringsuttalelsene.*

Høringsinstans	Tilbakemelding høringsspørsmål	Andre tilbakemeldinger	Konkrete forslag - alternativer
Reidun L. Mikkelsen Psykolog Rusbehandling ung	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes ikke.</b> Rusmiddelproblemer fremstår å være økende, ikke avtakende. Ringvirkningene rundt hver enkelt person som rammes er omfattende, bl.a. også for deres nære nettverk. De samfunnsmessige konsekvensene er store. Er uforstående til å redusere behandlingstilbudet, i form av å redusere antallet døgnplasser. Bekymret for at behandlingstilbudet vil bli redusert dersom man slår sammen behandlingstilbudet for yngre og eldre.</li> <li><b>Støttes ikke.</b> Erfaring fra poliklinisk virksomhet i TSB er at dreiningen fra døgn til dag medvirker til redusert oppmøtekompetanse for pasientgruppen. Mange har behov for rammene av en innleggelse for å ha mulighet til å nyttiggjøre seg behandling.</li> <li><b>Omtales ikke.</b></li> <li><b>Omtales ikke.</b></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generelt bekymret for de kvinnelige pasientene, og at de skal være inneliggende med eldre menn. Er bekymret for at det vil redusere deres tilgjengelighet i behandling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Dersom sammenslåing skal være aktuelt, bør det fremlegges dokumentasjon på at aldersgruppen 18 til 32 oppnår bedre behandlingsresultater når de mottar behandling i fellesskap med eldre pas.</i></li> </ul>
Overlege Magnus P. Hald Medikamentfritt Behandlingstilbud	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Støttes ikke:</b> Det foreslås ytterligere nedbygging av DPS-plasser utenfor Tromsø. Desentraliserte ressurser tenkes i stor utstrekning overført til Tromsø for styrking av sykehusfunksjoner. Det kan se ut som om klinikken over tid er i ferd med å avvikle det desentraliserte sengetilbudet samtidig som kapasiteten i Tromsø gjenoppbygges. Vanskelig å forstå hva som gjør styrking av sykehusfunksjoner mer hensiktsmessig enn f.eks. å styrke døgnenheter utenfor Tromsø. Det er ikke gitt at «dreining av døgnkapasitet fra SPHR-nivå til sykehusfunksjoner vil innebære et styrket og bedre tjenestetilbud til pasientene med de mest alvorlige og sammenfattede psykiske lidelsene». Støtter ikke forslaget om etablering av mottakspost, begrunnes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært begrenset beskrivelse av de delene av virksomheten som foreslås omgjort/nedlagt.</li> <li>Forslaget inneholder ingen beskrivelse av MFBT. Gjennom høringsuttalelsen gis det en inngående beskrivelse av bakgrunn, tilbud og erfaringer.</li> <li>Viktig for beslutningstagere å ha bedre forståelse for hva som faktisk avvikles enn det som fremkommer.</li> <li>Forslaget bærer preg av å være utviklet i et tjenesteyterperspektiv.</li> <li>Problematiserer sammensetningen av arbeidsgruppen.</li> <li>Problematiserer manglende brukermedvirkning og deltagelse fra kommunalt nivå i arbeidet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Poliklinisk virksomhet: Forhold ved prioritering, arbeidsmåter og hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten ivaretas, bør gjennomgås og vurderes.</i></li> <li><i>MFBT som et døgnkontinuerlig, integrert behandlingstilbud er et verdifullt og etterspurt faglig tilbud som bør opprettholdes. Et konsultasjonsteam vil i svært liten grad kunne nyttiggjøre seg erfaringene som er gjort i MFBT og anbefales ikke opprettet.</i></li> </ul>

	<p>2. <b>Støttes ikke.</b> Et økt antall henvisninger har gjennom lang tid blitt møtt av et økt antall polikliniske stillinger. Det vanskelig å tenke seg at bare «mer av det samme» vil løse kapasitetsutfordringene.</p> <p>Sentrale føringer i forhold til hvordan poliklinisk arbeid skal være organisert, har tappet poliklinikkene for ressurser. Ingen grunn til at klinikken skal holde fast ved pakkenkningen i påvente av nasjonale avklaringer.</p> <p>3. <b>Støttes ikke.</b> Nedleggelse av MFBT som sengepost betyr i realiteten avvikling av Medikamentfritt behandlingstilbud. Vil innebære at et oppegående fagmiljø forsvinner og at en i stor grad vil miste den kompetansen som er utviklet. Det foreslås det at MFBT skal erstattes av et konsultasjonsteam – det fremkommer ingen klart uttalte ideer om hvordan et slikt team skal arbeide eller fungere. MFBT har allerede opprettet et konsultasjonsteam. Det blir lite brukt, noe som illustrerer manglende kultur i klinikken og Helse Nord forøvrig, for å benytte seg av en slik mulighet.</p> <p>MFBT representerer et faglig nybrottsarbeid som har satt UNN og Helse Nord på kartet nasjonalt og internasjonalt.</p> <p>4. <b>Støttes.</b> Etablering av FACT-team ved alle DPS-er for pasienter med mer alvorlige og omfattende psykiske plager synes fornuftig. Det kan imidlertid være utfordrende å få til «robuste og bærekraftige» team dersom en forutsetter at alle ønskede profesjoner er representert. Det er spesielt at klinikken planlegger en omfattende oppbygging av FACT-team uten at kommunene, som også forutsettes å stille med økonomi og ressurser, er tatt med i planleggingen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forslaget redegjør ikke på noen måte for faglig ståsted eller utviklingsretning. Vanskelig å få øye på et mer overordnet retningsvalg for fremtidig utvikling. Etterspør WHO's begreper «personsentret, menneskerettighetsbasert og recoveryorientert» i forslaget. Implisitt får en inntrykk av en mer uttalt biomedisinsk retning.</li> <li>▪ Rekruttering av ulike faggrupper til psykisk helsevern er et nasjonalt problem. Rekrutteringsutfordringer bør også sees i sammenheng med utviklingen i psykisk helsevern selv.</li> <li>▪ Kortsiktig og lite fremtidsrettet løsning å forsøke å bøte på dagens driftsmessige problemer i sykehusavdelingene med «mer av det samme».</li> </ul>	
--	--	---	--

<p>NSF faggruppe innen psykisk helse og rus (SPoR)</p>	<p><b>1. Støttes ikke:</b> Sterkt betenkelig at det foreslås å styrke sykehusfunksjon i Tromsø på bekostning av behandlingstilbudet ved DPS. Støtter ikke forslaget om nedleggelse av døgnenheter på Storsteinnes og Harstad. Nedleggelse vil redusere og ramme tilbudet til brukere og pasienter. Støtter forslaget om differensiering av funksjon ved akuttpsykiatrisk seksjon. Støtter styrking av spesialiserte døgnenheter i sykehus, noe som er i tråd med nasjonale anbefalinger. Støtter også forslaget om styrking av behandlingstilbudet til mennesker med psykoselidelser. Stiller seg spørrende til etablering av en rehabiliterings-post psykose i sykehusavdelingen – bør ligge på DPS-nivå.</p> <p><b>2. Støttes ikke:</b> Støtter en solid styrking av det polikliniske tilbudet både i Tromsø og ved de distriktskykiatriske sentrene. En styrking av polikliniske tjenester gir imidlertid ikke grunnlag for å redusere døgntilbudet i DPS. Polikliniske tilbud retter seg mot brukere/pasienter i sykdomsfaser der de bor hjemme og kan ta imot avtalte tjenester.</p> <p><b>3. Støttes ikke:</b> Må bevares. Enheten ble etablert på oppdrag fra HoD i 2017. Spørrende til at et slikt nybrottsarbeid foreslås lagt ned og omgjort til et konsultasjonsteam uten at det foreligger en grundig evaluering. Uhensiktsmessig og uøkonomisk å legge ned før man har mer kunnskap om behandlingstilnærmingen. På kollisjonskurs med politiske føringer i opptrappingsplanen hvor medisinfrie tilbud løftes fram.</p> <p><b>4. Støttes</b> (se anbefalinger).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Savner en tydelig beskrivelse av:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinikkenes samfunnsoppdrag og faglige visjoner</li> <li>- Grunnlagsdata og analyse som bakgrunn for forslaget.</li> <li>- Presentasjon av arbeidsgruppens deltagere.</li> <li>- Presentasjon av ulike modeller for fremtidig klinisk organisering.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anbefalinger:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Behandlingstilbudet i DPS må styrkes, både det polikliniske tilbud (FACT) og døgnenheter. Vi anbefaler at DPS tilknyttet sykehusene gis oppdraget å utvikle behandlende og rehabiliterende døgntilbud, i samarbeid med kommunene, til mennesker med psykoselidelse samt å utvikle en mer subakuttfunksjon i DPS døgnenheter i samarbeid med ambulante akutte team.</i></li> <li>- <i>Det akuttpsykiatriske behandlingstilbudet i psykiatrisk avdeling bør differensieres som mottakspost, allmenpsykiatrisk akuttpost og intermedierpost.</i></li> <li>- <i>MFBT bevares som døgnenhet. Videre utvikling bør skje i nær dialog mellom fagmiljøene, brukerne og pårørende</i></li> <li>- <i>PHRK vil framstå mer robust og fleksibel dersom den den organiseres i to klinikker:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Klinikk for DSP</i></li> <li>2) <i>Klinikk for spesialisert sykehusbehandling psykisk helsevern og TSB</i></li> </ol> </li> </ul> </li> </ul>
<p>Michael Sommerseth erfaringskonsulent NAV (og tilkallingsvikar Rusavdelingen)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trenger at Restart, Rus-ung og Avrusning forblir som de er, fordi at de har ulike tilnærminger og fase av hvordan man hjelper pasienter.</li> </ul>	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tematiserer befolkningsmengde i de to opptaksområdene til russeksjonene m.h.t. kapasitet.</li> <li>▪ Pasientene på sammenslåtte avdelinger, får ikke langsiktig og strukturert hjelp.</li> <li>▪ Å kutte ned til 25 døgnplasser gjør at Tromsø i verste fall får økt rusmiddelproblematikk, omsorgssvikt, re-traumatisering og selvmordsstatistikk.</li> </ul>	
Stine Madsen Kvaløy, VID vitenskapelig høgskole	<p><b>3. Støttes ikke:</b> Dersom MFBT nedlegges vil det være svært uheldig for pasienter og forskningsmiljø.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doktorgradsarbeid omhandlende nedtrapping av psykofarmaka og eksistensielle temaer. Preliminære funn viser at det medisinfrie tilbudet er enormt viktig for en så sårbar gruppe. Det å ha et valg og et reelt alternativ m.h.t. støtte i nedtrapping og/eller medisinfrihet har stor betydning. Sterkt spørrende til om konsultasjonsteam vil være dekkende for behovene.</li> <li>▪ MFBT er en helt unik forskningsarena for et område som det er lite forsket på. Tilbudet har stor interesse blant internasjonale fagfolk.</li> </ul>	
Paola Holzknacht, Psykiatrisk sykepleier ved MFBT	<p><b>3. Støttes ikke:</b> Ønsker at tilbudet ved MFBT videreføres. Behandlingen er veldig viktig for forskning og innovasjon både nasjonalt og internasjonalt. Denne behandlingsformen vil være sentral i fremtidens psykiatriske behandling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refererer til egen initiert <u>underskriftskampanje</u> til støtte for MFBT med p.t. 576 underskrifter (02.11.2023).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Alle personer under 25 år som har psykiske problemer burde få informasjon om og muligheten til å benytte behandling uten medisiner.</i></li> </ul>
<u>Underskriftskampanje</u> «Mot nedleggelse av døgnavdeling SPH Harstad»	<p><b>1. Støttes ikke:</b> Nedleggelse av døgnenhet ved SPHR Sør-Troms støttes ikke.</p>	<p>Mottatt oversendelse datert 19.10.23: «Dette som svar på høringsnotatet». 3269 underskrifter samt vedlagt 47 sider med enkeltstående kommentarer.</p>	



Møtedato: 21.02.2024

Vår ref.:

2020/2441-17

Saksbehandler:

Tor-Arne Hanssen

Dato:

06.02.2024

## Styresak 16-2024/7 Orientering om Tromsø kommunale legevakt

### Formål

Denne saken skal orientere styret om utviklingen i Tromsø kommunes legevaktprosjekt.

### Bakgrunn

Tromsø kommune skal bygge ny legevakt i byen og har utredet flere lokalisasjoner. Utredningen landet på arealer på Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) som beste alternativ. Styret for UNN gjorde i styresak 15-2023 *Ny kommunal legevakt i Tromsø, vurdering og anbefaling av plassering* vedtak om å tilby kommunen å etablere legevakt på ønsket tomt under forutsetning at sykehusets krav var oppfylt. I styrevedtaket forutsettes det at UNNs framtidige utviklingsrom ivaretas gjennom reguleringsplan, helikopterlandingsplassen ivaretas for regulær drift i byggeprosess, logistikk og trafikkforhold sikres samt at tomten ikke selges fra UNNs eie.

### Saksutredning

Kommunens prosjektledelse har i løpet av 2023 utredet konseptet legevakt på UNNs tomt øst for dagens legevakt og helikopterlandingsplass. Prosjektet har hatt dialog med utbyggingssjef i UNN, kliniske avdelinger og luftambulansetjenesten. Det har vært fokus på å tilpasse bygningsmassen slik at den kan løse de forutsetninger som UNN har stilt. Det har også vært utredet mulighetsrom for å løse arealbehov knyttet til sykehusets virksomhet og ny helikopterlandingsplass.

På grunnlag av prosjektusikkerheter omkring løsning av helikopterdrift i byggefase, tidsfaktor for gjennomføring av prosjektet og økonomiske forhold valgte kommuneadministrasjonen å stoppe videre framdrift i prosjektet i desember 2023.

Rett etter nyttår gjennomførte administrerende direktør og utbyggingssjef et møte med fungerende kommunaldirektør og annen administrasjon i kommunen for å vurdere muligheter og krav for å fortsette planleggingen. Det var i hovedsak 3 forhold som skulle avklares etter møtet:

- Mulighet for å stanse helikopterdrift på landingsplassen i en periode opptil 12 måneder ved oppføring av råbygg for å redusere risiko ved gjennomføring av byggeprosjektet.

- Mulighet for Tromsø kommune å midlertidig utvide dagens legevakt i eksisterende bygningsmasse.
- Mulighet for Tromsø kommune å finansiere utbygging av arealer for UNNs virksomhet knyttet til nyfødt intensiv og permanent helikopterbase, og inngå utleieavtale med UNN.

Det kritiske punktet for kommunen var risikoen ved helikopterdrift og mulighet for å sikre gjennomføring av byggefase. Luftambulansesavdelingen i UNN fikk i oppdrag å vurdere pasientrisikoen ved forskjellige driftskonsepter basert på å benytte Langnes flyplass som landingsplass i 12 måneder. Konklusjonen på utredningen er at det er forbundet med stor risiko hvis all helikopterdrift flyttes fra UNN over en så lang periode. Som et minimum bør luftambulanshelikopter kunne lande med alle pasienter som er vurdert som hastegrad akutt. Dette omfatter minimum 6-700 pasienter årlig.

I møte 2. februar 2024 med kommunedirektør, administrasjon og prosjektledelse for legevaktprosjektet der utbyggingssjef deltok fra UNN, ble dette diskutert og kommunens vurdering i møtet var å skrinlegge legevaktprosjektet med foretrukket lokalisering inntil videre på bakgrunn av total prosjeketusikkerhet. Kommunen vil gjøre vurderinger om de skal opprettholde ambisjonen om å etablere framtidig permanent legevakt i samarbeid med UNN når sykehusets investeringsevne tillater oss å planlegge realisering av C-fløya, eller om de skal søke å bygge permanent legevakt på annen lokalisasjon. Utsettelse av prosjektet forutsetter ekstern leie av større legevaksarealer inntil realisering ved sykehuset kan gjennomføres.

Øvrige to punkter ble også tatt opp i møtet. UNN kan sannsynlig tilby begrenset økt areal til legevaktfunksjonen i 2025, men kommunen kan ikke finansiere og leie arealer til UNN gitt dagens forutsetninger.

## Vurdering

Administrerende direktør synes det er beklagelig at legevaktprosjektet stopper opp, men tar til orientering at kommunen ikke er i stand til å ivareta de forutsetninger som lå til grunn for at de skulle få gjennomføre prosjektet.

Tromsø, 09.02.2024

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- **Unntatt offentlighet:** Ny legevakt - Referat fra møte med UNN 02.02.2024