

1. Psykiatrisk avdeling

Psykiatrisk avdeling består av tre seksjoner:

- Akuttpsykiatrisk seksjon med 4 enheter
- Sikkerhetspsykiatrisk seksjon med 3 enheter
- Alderspsykiatrisk seksjon med 2 enheter

1.1 Akuttpsykiatrisk seksjon

Kapasitet:

Akuttpsykiatrisk seksjon tilhører Psykiatrisk avdeling og består av 4 enheter med totalt 45 døgnplasser:

- Akuttpost sør (9 døgnplasser)
- Akuttpost nord (12 døgnplasser)
- Akuttpost Tromsø (13 døgnplasser)
- Psykose- og rusenheten (11 døgnplasser)

Akuttpostene har i hovedsak sektorisert ansvar for UNNs opptaksområde.

Opptaksområde og målgruppe:

Opptaksområde er Ofoten, Troms og Finnmark. Befolkningsmengde over 18 år i opptaksområdet: 216 116 (pr. 01.01.2022).

De tre akuttpostene har primært ansvar for å ta imot pasienter til øyeblikkelig hjelp, men har også enkelte planlagte innleggelser (eksempelvis innleggelser til ECT, depotinjeksjoner og i forbindelse med kontrollundersøkelser).

Psykose og rusenheten (PRE) har i hovedsak planlagte innleggelser der pasientene kan være henvist direkte både fra kommune og fra øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, inkludert overføringer fra seksjonens akuttposter. PRE er akuttseksjonens spesialiserte enhet innenfor utredning og behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse bestående av hovedsakelig psykoselidelser og eventuell samtidig ruslidelse (ROP lidelser). PRE har også noen særskilte kompetanseområder innenfor HOL § 10-2 og 10-3, der pasientens psykiske lidelse medfører tvungen rusbehandling innenfor PHV. Videre har PRE ansvar for behandling av barselpsykose/depresjon som ikke kan gjennomføres ved lokalt SPHR/DPS.

Poliklinisk virksomhet:

Alle de fire døgnpostene har også noe poliklinisk aktivitet, som for eksempel administrering av depotinjeksjoner, og direkte og indirekte aktivitet i forbindelse med oppfølging av TUD (Tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon).

Øvrige funksjoner er kompetanseoverføring i form av veiledning, informasjon, opplæring til pasienter, pårørende, øvrig hjelpeapparat, samt samarbeid med utdanningsinstitusjoner slik at oppdrag og målsetting innen pasientbehandling, forskning og utdanning av helsepersonell oppnås.

Funksjon og pasientflyt

Bakgrunnen for sektorisert inntak er for å tilstrebe kontinuitet i pasientforløp, samt tilstrebe best mulig samarbeid mellom enhetene, tilhørende SPHR og kommunehelsetjenestene.

- Akuttpostene hadde i 2021 ca. 1100 innleggelser hvorav cirka en tredjedel var tvangsinnleggelser.
- Psykose og rusenheten hadde i 2021 ca. 80 innleggelser.

Seksjonen har som formål å gi behandling, omsorg, trygghet og sikkerhet, med mål om å redusere symptomer og øke tilfriskning. Vi utreder tilstander og kartlegger hjelpebehov sammen med den

enkelte, der målet er individuelt tilpasset hjelp. Behandlingen består i hovedsak av miljøterapi (strukturert, trygt og forutsigbart miljø), støttesamtaler, medikamentell behandling og nettverksarbeid. Den enkelte pasient og de pårørende er delaktige i behandlingen sammen med det profesjonelle nettverket. Lengden på oppholdene varierer, i 2020 var gjennomsnittlig liggetid cirka 10 døgn på akuttpostene og 27 døgn på Psykose og rusenheten.

Oppgaver:

Seksjonen har plikt til å gi øyeblikkelig psykisk helsehjelp til voksne over 18 år etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd. Dette betyr at seksjonen straks skal kunne motta pasienter for undersøkelse, og om nødvendig starte behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre. Seksjonen utreder og behandler hovedsakelig pasienter med psykoser med eventuelt samtidig ruslidelse, affektive lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Ellers andre akutte kriser og forverring av psykisk sykdom som ikke kan ivaretas i kommune, og/ eller på distriktpspsykiatriske sentre (DPS).

Alle enhetene er lukket, og har ansvar for store deler av klinikkens tilbud til personer som er i behov av behandling underlagt tvunget psykisk helsevern. Dette krever mange faglige, juridiske og verdimessige vurderinger. Seksjonen tar også imot pasienter til frivillig innleggelse, og etterstreber frivillighet så langt det er mulig. Akuttpostene tar imot pasienter til innleggelse døgnet rundt, alle dager i året. Akuttpsykiatrisk seksjon per dato. Listen er ikke uttømmende.

Felles oppgaver i akuttseksjonen (noen oppgaver er felles med andre seksjoner/avdelinger)	Enhetsspesifikke oppgaver	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ø-hjelp (ikke PRE) ▪ Mottak hele døgnet (ikke PRE) ▪ TPH §3-3 og TO §3-2 ▪ TUD ▪ Skjermingsoppgaver ▪ Behandling, utredning og stabilisering av alvorligere psykiske lidelser ▪ Pasienter i behov av forsterkede rammer grunnet alvorlig og utagerende atferd, fare for selvskading og høy suicidalfare, og som derfor trenger opphold i lukket avdeling ▪ Samarbeid med SPHR, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommuner ▪ Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning inkl. studentpraksis og studentundervisning ▪ Sikring av brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende ▪ Formidling av kunnskap til andre instanser ▪ ECT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spesialisert psykose- og rusbehandling ▪ Utredning og behandling av gravide pasienter og barselpasienter med alvorlig psykisk lidelse ▪ ROP-pasienter på § i kapittel 10 i HOTL ▪ Pasienter uten tilhørighet til kommune i opptaksområdet ▪ Områdespesifikk kompetanse på samhandling med nettverk 	<ul style="list-style-type: none"> PRE PRE PRE Nord Alle

Registrerte utfordringer og uløste behov:

Akuttpsykiatrisk seksjon har de siste årene hatt vedvarende høyt belegg, opp mot 110 % for seksjonen som helhet. Helsetilsynet anbefalte i 2001 at gjennomsnittlig belegg ikke bør overstige 85 % i akuttpsykiatriske sengeposter. Med nærmest konstant overbelegg opplever vi store kapasitetsutfordringer. Kombinert med mangel på spesialister og annet helsefaglig personell, medfører det høy

belastning for ansatte og medfølgende høyt sykefravær, høy turnover samt høyt antall assistenter og ekstravakter. Dette går ut over faglighet, pasientflyt og økonomi.

Det er en utfordring at klinikken ikke har sengeposter med subakutfunksjon. Overføringer fra akuttpostene til DPS døgneheter fordrer at pasientene tilstandsmessig er i stand til å forholde seg til åpne dører og lavere bemanning. Det er i mange tilfeller for stor overgang fra akutt til åpen døgnpost, noe som medfører at akuttpostene i stor grad, også må ivareta subakutfunksjon. En tilleggsutfordring er mangel på tilfredsstillende boliger for personer med stort omsorgsbehov i kommunene, noe som fører til langvarige innleggelse og utskrivningsklare pasienter.

Arbeidsform/driftskonsept/arbeidsprosesser

Kjernevirksomhet:

Akuttpsykiatrisk seksjon er en seksjon innenfor Psykiatrisk avdeling, og består av 4 enheter, hvorav tre er akuttposter og en er psykose og rusenhet (PRE). Akuttpostene har per i dag sektorisert ansvar. Akuttpsykiatrisk seksjon har plikt til å gi øyeblikkelig psykisk helsehjelp til voksne over 18 år etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd. Dette betyr at seksjonen straks skal kunne motta pasienter for undersøkelse, og om nødvendig starte behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre. Seksjonen utreder og behandler hovedsakelig pasienter med psykoser med eventuelt samtidig ruslidelse, affektive lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Eller andre akutte kriser og forverring av psykisk sykdom som ikke kan ivaretas i kommune, og/eller på distriktpsykiatriske sentre (DPS). Akuttpostene tar imot pasienter til innleggelse 24/7. I tillegg tilhører PRE seksjonen. PRE har i hovedsak planlagte innleggelse der pasientene kan være henvist fra kommune eller øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. PRE er akuttseksjonens spesialiserte enhet innenfor utredning og behandling alvorlig psykisk lidelse og da hovedsakelig psykoselidelser med eventuell samtidig ruslidelse (ROP lidelser). PRE har også noen særskilte kompetanseområder innenfor HOL § 10-2 og 10-3, der pasientens psykiske lidelse medfører tvungen rusbehandling innenfor PHV. Videre har PRE ansvar for behandling av barselpsykose/ depresjon som ikke kan gjennomføres ved lokalt SPHR/DPS. Disse oppgavene kan med fordel beholdes og videreutvikles ved denne enheten.

Alle seksjonens enheter er lukkede døgnposter, og har ansvar for store deler av klinikkens tilbud til personer som er i behov av behandling underlagt tvunget psykisk helsevern. Seksjonen tar også imot pasienter til frivillig innleggelse, og etterstreber å få til dette.

En rekke pasienter er i behov av forsterkede rammer ut over det de fleste døgneheter i opptaksområdet, både i UNN og i Finnmarkssykehuset, er normert til å håndtere. Dette dreier seg dels om personer underlagt tvangsmessige rammer, som ikke kan overføres til sengeposter som ikke er godkjent for tvang, dels pasienter som er i behov rammer med låste dører, og/eller personaloppfølging som er såpass omfattende at desentraliserte enheter ikke kan håndtere oppgaven tilfredsstillende. En økning i slike plasser er nødvendig, og det er i fremtiden ønskelig å differensiere oppgaven noe mer. Dette betyr, som ved dagens PRE, og ha robusthet som er noe lavere enn ved en akuttpost, men likevel høyere enn åpne poster. Det er dog parallelt drøfting om grad av robusthet desentralt bør styrkes for å ivareta fremtidige behov.

Klinisk kan dette beskrives som at den mest akutte fasen er passert, men at vedkommende trenger stabilisering eller videre behandling som må gis innenfor rammer beskrevet ovenfor. Eksempel på slikt pasientforløp er stabilisering ved manisk episode. Gapet mellom akuttpost og neste steg i behandlingskjeden som i dag er et av DPS-døgnerhet oppleves for stort.

Subakutt/intermediær

Det planlegges for ytterligere en sengepost med intermediærfunksjon i nye arealer. Intermediærposten bør være tilgjengelig for et vidt spekter av lidelser, og ikke for spesialisert slik at eksklusjonskriteriene blir for omfattende. PRE ivaretar pasienter med alvorlig psykiske lidelser og komorbide ruslidelser. Denne egenarten bør beholdes, og svarer tilfredsstillende ut det særegne behovet RoP-pasientene har for spesialisert tilbud ut over det DPS tilbyr. Spesialiserte team som FACT/ACT er, og vil i også fremtiden være viktige samhandlingspartnere for subakutte enheter.

Eksempler på oppgaver en intermediærpost bør ha er utredning av pasienter på tvang, oppstart av behandling som krever en eller flere av de ramme-faktorene beskrevet ovenfor, herunder for eksempel stabilisering av pasienter med maniske episoder. Pasienter på tvungent vern uten døgnopphold (TUD), som trenger låste dører ved elektive innleggelser vil også kunne være aktuell.

Poliklinisk virksomhet

Alle enhetene har noe poliklinisk aktivitet, som for eksempel administrering av depot injeksjoner, samt direkte og indirekte aktivitet i forbindelse med TID oppfølging.

Vi ser for oss at det i fremtiden er mer formålstjenlig at oppfølging av TUD i all hovedsak foregår på DPS (VPP) tilsvarende det som er vanlig i resten av landet. Det vil kunne redusere behovet for at pasienter må komme på akuttpost for å få injeksjoner, og man kan bruke arealer tiltenkt poliklinikk i romprogrammet. Eksempelvis «somatisk poliklinikk». Rommet/arealet må egne seg til å sette injeksjoner og må utformes slik at det er mulig at pasienter som har fått injeksjon kan oppholde seg der til observasjon i 3-4 timer. Man må påregne at det kan være flere pasienter samtidig. Arealene må utformes slik at injeksjoner kan settes uten at andre pasienter er til stede i samme rom. Stedet for observasjon må være mest mulig avslappende. Det må også gjerne være medisinskapp/rom tilknyttet.

Kompetanseoverføring:

Veiledning, informasjon, opplæring til pasienter, pårørende og øvrig hjelpeapparat. Samarbeid med utdanninginstitusjoner mht. forskning, utdanning av helsepersonell mm.

Nærhetsbehov

Nærhetsbehov for sengepostene:

- Akuttpostene har nærhetsbehov mellom hverandre (alarm, delt personaleressurser)
- Akuttmottaket og undersøkelsesrom
- Direkte tilgang til egnede uteområder: Både gode atrier, men også «helt ut» - både fra sengepost og atriene
- Subakutt/intermediær
- Behandlere

Interne nærhetsbehov i sengepostene

- Det vurderes ønskelig med to cellekontor ut over enhetsleder.
- At enhetene kan «velge» bruk; fagutvikler, behandlerarbeidsplass etc.
- Det trengs tilgjengelige arbeidsplasser for behandlere. Ikke bare pc-er men også lokaler som kan brukes til diskusjoner/arbeid (kontor) m.m., især om de skal ha kontor et stykke unna.
- Dersom merkantile funksjoner ikke sentraliseres, er det ønskelig at de har tilhold i enheten.
- Skal merkantile ha ansvar for flere enheter bør de være fysisk nær respektive enheter.
- Dersom merkantil funksjon sentraliseres vil dette ikke oppleves like betydningsfullt.

Pasientflyt

Akuttseksjonen har lovpålagte oppgaver ved å ivareta øyeblikkelig hjelp-plikten innen psykisk helsevern for UNNs opptaksområde. Omfanget av denne oppgaven står i sterk nærhet til andre enheters plikt til å ivareta akutte oppgaver, samt forebygge og behandle tilstander slik at disse unngår å utvikle seg slik at et ø-hjelps-behov oppstår. Ut over dette vil pasientflyten være avhengig av at pasienten så raskt som mulig kan ivaretas på lavere omsorgsnivå. De siste årene har det årlig vært godt over 1000 innleggelse og belegg på ca. 100 %. Behovet vil være stort også i fremtiden, samtidig som at lavere omsorgsnivå raskere kan bidra til å videreføre pasientforløpene og sikre god pasientflyt uten ventetid.

Evt. behov for spesialrom

Skjermingsareal bør ikke reduseres, og det er viktig å diskutere nøye hvordan skjermingsarealer skal utformes. Det er behov for å kvalitetssikre utformingen av skjermingsrom, HC-rom og smitterom slik at man kan gi best mulig oppfølging og behandling, samt at bruk av personalressurser blir mest mulig effektiv. Dette er vesentlig i videre planlegging.

Det bør diskuteres hvorvidt det skal bruke egne reimsenger på dedikerte rom, eller om alle pasientsengene skal kunne brukes med transportreimer. Videre å avklare om det er mulig å omgjøre eller benytte skjermingsrom til isolasjonsrom. Akuttseksjonens behov for skjermingsrom fordrer at andre enheter som har skjermingsrom bruker disse ved behov. Da blir det nok skjermingsrom totalt.

- Bruk av uteareal
- Så store som mulig!
- Direkte låsbar utgang fra skjermet atrium til stille stier.
- Skjerming for innsyn fra etasjene må ivaretas.
- Utearealene må være tilrettelagt og mest mulig tilgjengelige – direkte tvangsreducerende. Uteareal er også et behandlingsareal.
 - Aktiviteter
 - Stille stier
- Atrium fra skjerming: felles atrium for skjermet del med utgang fra oppholdsrom
- Må kunne brukes på vinteren.

Hvordan bruke rom i eget postareal kontra bruk av rom i senterarealet/aktivitetsareal

Under pkt. A. – kompetanseoverføring: Dette kan gjøres i arealer utenfor enhetene.

En del av fellesarealene, slik som gymsal, ulike aktivitetsrom, undervisningsarealer o.a. må utformes slik at de i tilstrekkelig grad er tilrettelagt for personer med omfattende utfordringer i væremåte og med uttalt funksjonsfall og behov for diskresjon og beskyttelse. Dette krever betydelig planlegging, da behovet i noen grad kan stå i kontrast til ønsket om åpenhet og god tilgjengelighet til samme arealer. Det dreier seg for eksempel om plassering av gymsal og aktivitetsrom, veien til disse, vinduer osv.

1.2 Sikkerhetspsykiatrisk seksjon

Kapasitet:

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon tilhører psykiatrisk avdeling og består av 3 enheter med totalt 17 døgnplasser:

- Regional sikkerhetsavdeling, Sikkerhetspost A (6 døgnplasser)
- Sikkerhetspost B, lokal sikkerhetspost (6 døgnplasser)

- Sikkerhetspost C, lokal sikkerhetspost (5 døgnplasser)

Opptaksområde og målgruppe

Sikkerhetspsykiatrisk seksjons opptaksområde er Ofoten, Troms og Finnmark for pasienter som mottar helsehjelp eller som er innlagt på varetektssurrogat, etter § 188 i straffeprosessloven. Seksjonen gir et nasjonalt tilbud om innleggelse til judisiell døgnobservasjon ihht §167 i straffeprosessloven. Befolkningsmengde over 18 år i opptaksområdet: 216 116 (pr. 01.01.2022).

Sikkerhetspsykiatriske plasser opptas hovedsakelig av personer som ikke er lagt inn til frivillig eller tvangsmessig behandling etter psykisk helsevernloven, men som er lagt inn etter strafferettslig lovverk etter kjennelse/ beslutning fra domstol. Lovendringer de siste årene har ført til at flere personer med alvorlig psykisk lidelse, voldskriminalitet og kriminalitet blir dømt til tvunget psykisk helsevern. Samtidig som det er en markant økning i antall dømte til tvunget psykisk helsevern følger ikke opphør av dom til tvunget psykisk helsevern samme utvikling.

Dette betyr at det akkumuleres antall domfelte i opptaksområdet som seksjonen har ansvaret for å ivareta. Det foreligger et særskilt ansvar for oppfølging av domfelte også etter utskrivelse fra sengepost. Den markante økningen i antall dømte som seksjonen har ansvaret for, både inneliggende og polikliniske pasienter, en økning i antall varetektssurrogat og judisielle døgnobservasjoner medfører særlige konsekvenser for organisering, kapasitet, ressurser og kompetanse. Per dags dato er kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien i Norge for lav til å ivareta de oppgavene fagfeltet skal ivareta. Dette gjelder også for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon. Et framtidig Sikkerhetspsykiatrisk bygg med tilhørende uteområde må ivareta høy grad av fleksibilitet og mulighet for utvidelse ved økt behov.

Oppgaver:

Seksjon har et særskilt samfunnsoppdrag og samfunnsvernoppgave. Sikkerhetspsykiatri er et høyspesialisert fagområde innenfor spesialisthelsetjenesten som er organisert for å ivareta mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med vedvarende og alvorlig voldsrisiko. Pasienter som ivaretas ved Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har ofte høy grad av komorbide lidelser som personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og ruslidelser.

Hovedandelen av pasientene som er innlagt ved seksjon er underlagt dom på overføring til tvunget psykisk helsevern. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern er en strafferettslig særreaksjon som kan gis som tidsubestemt og tidsbestemt (fra 2017) særreaksjon. For å kunne idømmes en særreaksjon må retten finne lovbrøteren psykotisk, altså utilregnelig, og uten straffeansvar. Hvis lovbrøteren har utøvd alvorlig voldskriminalitet kan retten idømme tidsubestemt særreaksjon og ved særlig samfunnsskadelig og plagsom atferd kan domstolen idømme tidsbegrenset særreaksjon. I særreaksjonsperioden er seksjonen ansvarlig for både behandlingen, og for å forhindre ny alvorlig kriminalitet. Ved dom på overføring til tvunget psykisk helsevern kommer samfunnsvernet foran pasientens behov for rehabilitering og medbestemmelse dersom det oppstår en konflikt mellom disse.

Seksjonen tilbyr stabilisering og utredningsopphold i tillegg til lengre tids opphold til pasienter som ikke kan håndteres i andre deler av psykisk helsevern grunnet voldsatferd. I tillegg er seksjonen ansvarlig for personer underlagt varetektssurrogat og judisiell døgnobservasjon. Dette er personer som ofte har høy rømningsrisiko. Varetektssurrogat er regulert i straffeprosessloven § 188, og kan besluttes av domstolene uten helsevesenets samtykke. Judisiell døgnobservasjon er regulert i straffeprosessloven § 167, og besluttes etter kjennelse i domstol. Behandlingstilbudet har fokus på samfunnsvern, håndtering av voldsrisiko, stabilisering, utprøving, rehabilitering og utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter. Seksjonen følger også opp pasientene poliklinisk etter utskrivelse, og ved behov for innleggelse tas de imot ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon.

Funksjon og pasientflyt:

Seksjonen har ansvar for pasientene fra de legges inn til etter etablering utenfor sykehuset. Pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatrien har langvarige innleggelse og reinnleggelse både grunnet psykisk tilstand, atferd og av hensyn til samfunnsvernet. Flere av pasientene i sikkerhetspsykiatrien har omfattende omsorgsbehov og behov for sikkerhetstiltak etter utskrivelse. Dette innebærer at mange av pasientene er i behov av døgnkontinuerlig bemannede omsorgsboliger etter utskrivelse. Det er et lovmessig krav at tvangstiltak og tvangsmiddel skal være avsluttet før pasienten skrives ut til kommunalt nivå. Ulike tiltak som er utarbeidet for å forhindre tilbakefall og økt risiko for vold kan derfor i liten grad videreføres i kommunen. Dette medfører at det er behov for lange innleggelse før pasienten kan skrives ut og pasienten må prøves ut over tid i egnede botiltak i regi av Sikkerhetspsykiatrisk seksjon. Etter utskrivelse må pasienten følges tett av faglig ansvarlig og andre fagfolk ved seksjonen i tillegg til ambulante tjenester og ansatte i pasientens bolig. Ved endring i tilstand eller økning i risikoparameter er det behov for å legge pasienten inn i sykehus da det ikke er lovmessig grunnlag for iverksettelse av tvangstiltak utenfor sykehuset.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

Per dags dato planlegges/bygges nye sikkerhetsbygg ved de andre regionale nivåene i Bergen, Trondheim og Oslo. Det er naturlig å se til standarden for disse byggene ved utforming av nytt sikkerhetsbygg ved UNN HF. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon UNN HF ivaretar samme oppgaver som de andre regionale sikkerhetspsykiatriske avdelingene, uavhengig av antall senger. Seksjonen skal kunne ta imot pasienter som har så høy voldsrisiko, rømningsrisiko eller annen særlig utfordrende problematikk at de ikke kan ha tilhold i annen psykiatrisk institusjon. Innleggelsenes varighet varierer, men ved dom til TPH/tvungent psykisk helsevern, er disse ofte av flere års varighet. Dette setter særskilte krav til bygningsmessige forhold:

- Perimetersikring rundt hele bygningsmassen for å sikre samfunnsvern og uteområder som gir mulighet for aktiviteter og verdig ivaretagelse av pasienter som ikke kan bevege seg utenfor institusjonen.
- Aktivitetstilbud i form av treningsmuligheter, arbeidstrening og trening av dagliglivets ferdigheter innenfor perimetersikring og bygningsmassen
- Bygg med treningsleiligheter med personalbase utenfor perimetersikring for å ivareta rehabilitering og utskrivelse av pasienter til hjemkommune

Døgnområde – sikkerhet (begge døgnenheter)

Av sikkerhetsmessige hensyn har LSA/RSA krav til større plass og andre sikkerhetstiltak enn akuttpsykiatri og derfor er areal per pasient og bemanningsfaktor vesentlig høyere enn i vanlige døgnenheter.

For døgnområde legges det til rette for høy grad av samarbeid, personalflyt og oppgaveflyt slik at felles løsningene mellom døgnenhetene kan utnyttes på en sikker og god måte. Det er et helt nødvendig fokus på sikkerhet, jfr. beskrivelsen av oppdraget, etter hvert er det parallelt behov for gradvis økt oppmerksomhet på rehabilitering og når det blir mulig også utadrettet virksomhet mot DPS og kommunene. For mange pasienter kan avstand til hjemkommunen være svært stor. Det er derfor ofte behov for at betydelige deler av rehabiliteringsarbeidet foregår utfra seksjonen, for eksempel ved bruk av rehabiliteringsleilighet en kortere eller lengre periode før utskrivning. Dette for å så langt som mulig kunne følge pasienten i overgang til mer normalisert bomiljø og unngå forverring, eventuelt iverksette tiltak ved forverring.

Sikkerhetstiltak – robusthet

- Tradisjonelt håndterer seksjonen de pasientene som har størst voldspotensial og pasienter som ikke kan håndteres i andre deler av psykisk helsevern. Som følge av dette har seksjonen ekstra høye sikkerhetstiltak for bygning, uteområder og personalfaktorer.

- Funksjonen krever omfattende robusthet. Enhver som skal inn og ut vil kunne pålegges kontroll, herunder metalldetektor og visitasjon. Nektelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak vil medføre avvisning.
- Det tillates som hovedregel ikke mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, uten tillatelse fra kontrollerende personell.
- Det vil kunne foretas undersøkelser av pasienten, rom og eiendeler, ved innleggelse, samt før og etter utgang for å hindre innføring av farlig gjenstand, medikamenter, rusmidler eller rømningshjelpemidler.
- I tillegg er det mulig for faglig ansvarlig å fatte vedtak om undersøkelse av kroppens hulrom etter gitte betingelser.
- Det legges til rette for at begge døgnenheter omfattes av krav til perimetersikring

Sikkerhet – treningsleiligheter

Pasienter som er psykisk syk og voldelig med eller uten dom skal tilbakeføres til samfunnet. En viktig del av behandlingen er derfor å trene på å fungere i samfunnet i samhandling med andre mennesker og offentlige instanser. Seksjonen er avhengig av tett samarbeid med pårørende, kommunene, fastlegene og andre deler av klinikken for å få til gode behandlingsforløp.

Det er en målsetting å få pasienten så raskt som mulig i kontakt med omverden, pårørende og nettverket for derved å bedre muligheten til å kunne fungere sammen med andre og øke sjansene for vellykket tilbakeføring til samfunnet. Dette er viktig for å kunne bistå pasienten til å reagere på andre måter enn ved utagering/vold, samt mer generelt få bedre kontroll og mestring av egen sykdom.

- Treningsleiligheter tilrettelagt for rehabilitering.
- Etter utskrivelse fra døgnopphold får pasientene poliklinisk oppfølging av seksjonen, SPHR, kommunalt hjelpeapparat og privat nettverk.

Samarbeid og nærhet

Sikkerhetspsykiatri inngår som en naturlig og integrert del av sykehusfunksjoner, med samme krav, forventninger og mål som andre sengeposter og kan med fordel være samlokalisert med disse/nær disse. Det vurderes hensiktsmessig å integrere sikkerhetspsykiatri i det øvrig sykehusbasert psykisk helsevern, hvor fellesfunksjoner kan benyttes for de pasientene som er i stand til dette. Tett nærhet mellom døgnenhetene i døgnområde sikkerhet er helt nødvendig

- Nærhet til treningsleiligheter.
- Det er en fordel med nærhet til andre døgnområder for å kunne bidra med støtte ved uro -og utageringssituasjoner.
- Felles funksjoner som kantine, aktivitetsrom og andre sosiale områder.

Uteområder – skjermet og rømningsikker

Seksjonen må innenfor perimetersikringen ha flere soner som har ulike funksjoner:

- Flere uteområder i ulike størrelser med lett uhindret utgang fra døgnenhetene innenfor perimetersikringen.
- Egne uteområder for pasienter som er skjermet.
- Felles sikret uteområde (park, aktivitetsområde) innenfor perimetersikringen.

I tillegg benytter seksjonen åpne usikrede uteområder og offentlige uteområder.

Seksjon har behov for eget mottaksområde hvor pasienter kan legges direkte inn til enhetene. Det er behov for lokaler tilsvarende det man finner på Regional sikkerhetsavdeling, St. Olavs Hospital.

Seksjonen har poliklinisk oppfølging av en rekke pasienter som mottar samtaler, injeksjon med antipsykotika og påfølgende observasjonstid på inntil tre timer. Det er derfor behov for egnede lokaler både for å sette injeksjoner, gjennomføre samtaler samt observasjonstid. Disse lokalene må være i nærheten til personal på enheten av sikkerhetsmessige årsaker, men bør samtidig ha en slik utforming at observasjonstiden på flere timer gir mulighet for bespisning, sosialt samvær/aktivitet uten at de har tilgang til sengeposten og innlagte pasienter.

1.3 Alderspsykiatrisk seksjon

Kapasitet:

Alderspsykiatrisk seksjon tilhører Psykiatrisk avdeling, og består av 2 enheter:

- Alderspsykiatrisk døgnenhet (14 døgnplasser)
- Alderspsykiatrisk poliklinikk

Opptaksområde og målgruppe:

Alderspsykiatrisk seksjons opptaksområde er Ofoten, Troms og Finnmark- Befolkningensmengde over 18 år i opptaksområdet: 216 116 (pr. 01.01.2022).

Målgrupper:

Personer med alvorlig psykiatrisk lidelse med debut etter 65 år. Personer med alvorlig psykiatrisk lidelse, tidligere syk, men som ikke har fast behandlingskontakt med voksenpsykiatrien. Personer med demens med atferdsproblemer og/eller psykiatrisk symptomatologi. Personer med uavklart demensdiagnose, hvor psykiatrisk symptomatologi er fremtredende. Seksjonen har to enheter: døgnenheten og poliklinikken

Alderspsykiatrisk døgnenhet

Kapasitet:

Alderspsykiatri døgnbehandling er en enhet med 14 plasser. Tre av disse er skjermede.

Funksjon og pasientflyt:

Det tas imot ca. 80 innleggelser i året. Gjennomsnittlig behandlingstid er 40 dager. Døgnenheten tar imot elektive innleggelser (ca. 60%) og pasienter fra akuttpost (ca. 40%).

Oppgaver:

Utredning, behandling og stabilisering av pasienter i målgruppen.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

De eldre som kommer til døgnenheten har større oppfølgingsbehov og pleiebehov enn tidligere, og det er krevende å ivareta alle pasientene med omfattende oppfølgingsbehov i døgnenheten. Det er først og fremst pasienter med mye uro/utagering som blir ventende på ledig kapasitet. Pasienter med mye uro ivaretas i samme miljø som pasienter som har behov for rolige omgivelser.

Alderspsykiatrisk poliklinikk

Kapasitet:

Får årlig ca. 150 henvisninger i UNN og ca. 100 henvisninger i Finnmarkssykehuset (ambulering). 140 pasienter i behandling i UNN og 36 i Finnmarkssykehuset.

Funksjon og pasientflyt:

Driver utredning og behandling lokalt, men har også ambulerende virksomhet til Finnmark (10 reiser á tre dager i året, to til hvert DPS-område), Harstad (16 reiser i året) og Narvik (10 reiser i året).

Oppgaver:

Poliklinisk utredning og behandling av pasienter i målgruppen. Bistå opptaksområdet med alderspsykiatrisk kompetanse gjennom konsultasjoner, ambulering og veiledning/undervisning for kommunehelsetjenesten.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

Har behov for flere møterom enn dagens 2, da en stor del av behandlingen inkluderer møter med pårørende, samarbeidspartnere m.m. og undervisning av studenter som krever større rom.

ECT:

Behandling med narkose og ECT utføres inntil tre ganger i uka. Dette ivaretas i Breivika. Alderspsykiatrisk seksjon står for koordineringen av behandlingen med anestesivdelingen.

Arbeidsform/driftskonsept/arbeidsprosesser:

Vi står ovenfor en sterk økning i antall eldre, og det er behov for styrking av tilbudet, slik det fremkommer i hovedprogrammet. En av de største utfordringene er knyttet til eldre med langtcomment demens og mye aggresjon/katastrofereaksjoner. Disse pasientene trenger svært tett oppfølging og vandreplass i et miljø med lite stimuli for å kunne avverge katastrofereaksjoner, samt for å kunne håndtere slike reaksjoner på en mest mulig skånsom måte dersom de skulle oppstå. Det er først og fremst disse pasientene som blir ventende på ledig kapasitet i enheten, i hjemmet/kommunen eller på akuttpost. Disse pasientene kan ha relativt lange innleggelses og kan bli ventende på et omsorgstilbud i kommunen som må ferdigstilles. Det er vanskelig å se for seg at man skal kunne ivareta pasientgruppen i en stor enhet med 18 plasser. Det vil være nødvendig å kunne dele sengeposten inn i mindre enheter for å fremme et mer oversiktlig miljø, og minske opplevd uro. For eksempel 6+12 (eventuelt 8+10) for å skille pasienter med mye uro/demens fra roligere pasienter.

Det vil være hensiktsmessig å ta i bruk ny teknologi, slik om sengematter, nattkamera, evt. andre nyvinninger innenfor omsorgsteknologi, for å kunne gi trygghet og tilsyn på en så lite inngripende måte som mulig. På alderspsykiatrisk døgn er om lag 30% av pasientene underlagt tvunget psykisk helsevern.

Det er ønskelig at alderspsykiatrisk døgnheten oppleves som enkel å finne fram til da både pasienter og pårørende kan ha kognitiv svikt som gjør det vanskelig å orientere seg.

Nærhetsbehov:

Nærhet til enheter som kan bistå ved uro/alarm.

Døgnheten trenger først og fremst gode muligheter for å samarbeide med seg selv når det planlegges økning i sengeantallet. Behov for plassering på bakkeplan, noe som gir enkel adkomst ut både av hensyn til pasienter med redusert funksjon, men også for å ha kort vei for pasienter med skjerming og/eller demens. Ønskelig med nærhet til somatiske undersøkelsesrom da pasientgruppen er eldre med mye somatisk sykdom. Enkel adkomst fra inngangsparti av hensyn til pasienter med redusert kognitiv funksjon og pårørende.

Det er ønskelig med en viss nærhet til behandlerkontorer på grunn av mye somatikk og oftere akutte somatiske hendelser. Gjerne nærhet til intern korridor hvor pasienter kan gå tur.

Høyt prioritert at behandlere i døgnheten har nærhet til behandlerne ved alderspsykiatrisk poliklinikk på grunn av tett faglig samarbeid, effektivitet og pasientflyt. Disse trenger derfor

samlokalisererte behandlerkontorer. I tillegg til kontorplasser for enhetsleder og andre så bør det være kontor slik at behandlere kan ta telefoner og dokumentere inne i enheten.

Pasientflyt:

Ca. 60% av innleggelsene kommer fra hjemmet etter henvisning fra fastlege eller alderspsykiatrisk poliklinikk, mens ca. 40% kommer fra akuttpostene, mens en liten andel kommer fra DPS. Pasientene ferdigbehandles/utredes og utskrives til kommunene. Om lag halvparten får avdekket nye omsorgsbehov i løpet av innleggelsen, og har behov for økning i kommunale tjenester ved utskrivelse. Utfordringer knyttet kapasitet i lokale omsorgstilbud forventes å øke i takt med økning av antall eldre.

Evt. behov spesialrom

HC-bad på 6 m2 er lite ved mye hjelpemidler/mange ansatte. Foreslår 8 m2 på tre bad. 10 av 18 bør ha større bad enn 4m2. Trenger stor lagringsplass til hjelpemidler (rullatorer, sengeheis). Fysioterapeut forventes å kunne bruke undersøkelsesrommet.

Bruk av uteareal

Sansehage er viktig for alderspsykiatri og denne må også kunne fungere på vinterstid. Direkte utgang til bakkeplan i rolige omgivelser. Pasienter med demens og aktivitetsbehov bør ikke overstimuleres på vei ut av avdelingen.

Hvordan bruke rom i eget postareal kontra bruk av rom i senterareal/aktivitetsareal?

Ønsker tilgang til treningskjøkken (dette kan være felles).

2. Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø (SPHR Tromsø)

SPHR Tromsø inngår som del av Avdeling nord i Psykisk helse og rusklinikken, UNN. Senteret har en lokalsykehus-/distriktskykiatrisk senter (DPS) funksjon for den voksne befolkningen i kommunene Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Storfjord og Lyngen med ca. 73 000 innbyggere over 18 år (hertil kommer en betydelig studentpopulasjon). SPHR Tromsø har i tillegg en regional funksjon med et Medikamentfritt behandlingstilbud og et poliklinisk OCD-tilbud for voksne.

UNN har valgt å benevne sine DPS som Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR). DPSene er inngangsporten inn til spesialisthelsetjenesten, og skal ha «blikket vendt» mot et nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet, med sentralsykehusfunksjoner i rygg.

DPS har et ansvar for det allmenne psykiske helseverntilbudet og skal også gi deler av behandling til rus- og avhengighetslidelser. DPS skal bestå av ulike typer tilbud og tjenester. De polikliniske og ambulante tjenestene skal være i front og skal kunne forsterkes av dag og/eller døgntilbud der det vurderes å være nødvendig.

DPS-enes kjerneoppgaver er:

- Akutt- og kisetjenester, polikliniske tilbud, ambulante tilbud, kriseplasser.
- Vurdering og utredning av henviste pasienter.
- Differensiert behandling i form av: poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par eller familier, ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser, strukturert dagbehandling, krise- og korttidsbehandling på døgnenhet, lengre tid døgnbehandling.
- Opplæring av pasienter og pårørende.
- Veiledning til psykisk helsearbeid i kommunene.
- Forskning og kvalitetsutvikling.
- Utdanning av helsepersonell.

I tillegg har SPHRT følgende regionale tilbud:

- Medikamentfritt behandlingstilbud
- OCD team

Samlet ledelse av Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø blir ivaretatt av et tverrfaglig lederteam, der avdelingsleder i Avdeling Nord inngår som leder for Senteret.

Nærhetsbehov:

- Enhetene ved DPS bør være samlet for å fremme et helhetlig behandlingsforløp preget av kontinuitet og god ressursutnyttelse.
- DPS bør ha en egen hovedinngang, lett tilgjengelig for besøkende til AAT, VPP og døgnposter tilknyttet DPS.
- Ekspedisjon i inngangspartiet for DPS.

SPHR Tromsø er organisert i 3 seksjoner med 8 underliggende enheter:

2.1 SPHR Tromsø – poliklinikk

SPHR Tromsø, poliklinikk, er en poliklinisk seksjon med fire polikliniske enheter (VPP Tromsø, Ambulant akutteam, FACT/ACT Tromsø og VPP Storsteinnes). Totalt ca. 70 årsverk i dagarbeid, herunder leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, psykomotorisk fysioterapeut, erfaringskonsulent. Seksjonen ga i 2021 tilbud til 2069 pasienter fordelt på 24 157 konsultasjoner.

Funksjonsbeskrivelse voksenpsykiatrisk poliklinikk med rusteam:

Voksenpsykiatrisk poliklinikk med rusteam skal i hovedsak ivareta poliklinisk undersøkelse og behandling i forhold til psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Tilbudet gis i form av individuell- og gruppebehandling. I tillegg gir poliklinikken et dagbehandlingstilbud til pasienter som av ulike årsaker har alvorlige regulerings- og samspillsvansker, også omtalt som personlighetsproblematikk. Tilbudet er i dag lokalisert i Sørslettveien. Poliklinikken er organisert i 7 fagteam som er subspecialisert, herunder regionalt OCD team.

Personlighetsteamet/Sørslettveien

Utgangspunktet for etableringen av tilbudet var ønske og behov fra pasientene om et tilbud som ikke var sykehusaktig. Det skulle være et trygt sted og de kalte det derfor «*Konkylien*». I nytt bygg ønsker man å kunne ta med noe av den opprinnelige tanken og det beskrives her hva som trengs trengs for å kunne det.

Drifter 3 MBT grupper som møtes ukentlig med 8 pasienter i hver gruppe. Det går kontinuerlig en MBT psykoedukativ gruppe. Etter at MBT miljø har vært ute av drift en periode grunnet pandemi og personalsituasjon er de nå startet opp igjen og har som mål å ha MBT tilbud 3 ganger pr. uke tre timer pr. gang. Det skal også etableres kunstterapigruppe og kroppsbevissthetsgruppe, og det vil da være inntil 40 pasienter i behandling gjennom uken.

For å drifte tilbudet er det behov for dagligstue med tilgang til kjøkken samt to grupperom i tilknytning, og egne kontorer (som er store nok for samtaleterapi) for hele teamet på 5 personer. Tilgang til kjøkken er nødvendig for at behandlerne kan kunne spise lunsj sammen med pasientene. Kjøkken kan deles med andre. Ønskelig at kontorer og grupperom er samlokalisert slik at samarbeidet kan flyte lettere. Det har vært en forutsetning for driften å være samlokalisert. For å jobbe med alvorlig personlighetsproblematikk/suicidalitet trengs kontinuerlig veiledning og bistand fra kollegaer, for å opprettholde faglighet og stå i arbeidet. Det har også vært viktig å kunne lukke døren for å samle seg på eget kontor.

Samlokalisering og egne kontorer må derfor videreføres. Ønsker primært å bli i Sørslettveien, men ved flytting foretrekkes plassering inne på sykehuskroppen, men helst ikke nært akuttposter/døgn. Ved plassering i bygg 7 uttrykkes bekymring for at det vil være utsikt mot utearealene til sikkerhetspsykiatri.

Ambulant akutt-team - AAT:

Har som oppgave å gi rask vurdering og eventuelt bistand, fortrinnsvis innen 24 timer, ved alle henvendelser om akutt psykisk helsehjelp hvor det vurderes å være behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Målgruppen er personer over 18 år fra kommunene i opptaksområdet. Klienter og pårørende kan ta direkte kontakt uten henvisning fra lege. Teamet har tett samarbeid med kommunehelsetjenesten, døgnenheter, voksenpsykiatrisk poliklinikk og akuttposter.

I alle henvendelser hvor det vurderes å være behov for akutt psykiatrisk hjelp, samarbeides det med fastleger og familienettverk for å finne frem til det beste tiltaket som ivaretar samtlige som er berørt av krisen. Tilnærmingen er faglig fundamentert i relasjon- og nettverkstenking. Behandlingsteamet dannes rundt klient og familie og følger klienten gjennom akutt behandlingsforløp, evt. også en periode med døgnopphold. De nærmeste samarbeidspartnere internt er døgnenhetene ved SPHR.

Henvendelser vurderes m.h.t. egnet møtested og tidspunkt. Møtested for første samtale avtales og tilrettelegges der det oppleves mest hensiktsmessig for den som henvender seg. Ambulerer i de tilfeller der det er ønskelig og gjennomførbart. Bistår fastlege/legevakslelege ved besøk hjemme hos familie, på fastlegekontor eller i Ambulant akutt-teams lokaler.

01.01 til 01.6.22: Innleggelse 87. Konsultasjoner/samtaler 935 med telefonkonsultasjoner: 1023.

Arbeider primært med henvendelser i akutte kriser. Familie, nettverk, fastleger mfl. inviteres fra første møte. Poliklinisk oppfølging i etterkant. Møter tilrettelegges ut fra klientenes/familiens ønsker. Noen ganger på sykehuset, mens noen foretrekker at møte skjer hjemme. Ofte skjer første møte og samarbeidsmøtene hos fastlegen. Lokalene/omgivelser må være tilrettelagt for mennesker i krise. Innleggelse er ikke en hovedoppgave. Ønsker å jobbe med frivillige innleggelse hvor man forsøker å finne alternativ til innleggelse, eller at man i samarbeid kommer frem til at innleggelse er tryggest.

- Klienter og pårørende, samarbeidspartnere møter først en felles ekspedisjon.
- Ulike DPS henvendelser loses via tydelig oppmerking videre i ulike retninger.

Akutt-team vakter: Skjermet sone for de som er henvist til akutt vurdering og vurdering av videre tiltak. Disse med familie møtes av vakt i AAT, og/eller en i ekspedisjonen. Her kan man møte mennesker i krise med redsel og kroppslig uro. Gjennom pandemi er det erfart behov for at merkantilt personale har oversikt over inngangsdøren når denne har vært låst. AAT har avtaler med og er forberedt når ny klient med familie er ventet. Sammen med merkantilt personale holder vi utkikk etter «de nye». De som har vakt har ha oversikt og er i nærheten av inngangen. De som henvender seg har avtale, og ingen kommer direkte uten å ha vært i kontakt via telefon på forhånd. Disse bør møtes og vises videre til skjermet område.

Funksjonsbeskrivelse FACT og ACT

FACT og ACT er oppsøkende team sammensatt av medarbeidere fra spesialist- og kommune helsetjenesten. Teamene er lokalisert sentrumsnært, og utenfor DPS sine lokaler slik at de skal ha større nærhet til brukergruppen og i større grad kunne delta på pasientens arena. Teamene retter sin innsats mot pasienter som har alvorlige psykisk lidelser/alvorlig nedsatt funksjonsnivå, og som er av behov for tjenester utover det som kan tilbys i kommuner og i øvrig psykisk helsevern og rusbehandling. Teamene jobber tett opp mot øvrig spesialist- og kommunale rus og psykiske helse-tjenester.

2.2 SPHR Tromsø - døgn

SPHR Tromsø - døgn har 33 plasser i tre døgnenheter, Døgn 1 (12), Døgn 2 (12) og Døgn Storsteinnes (9). Totalt innehar seksjonen ca. 65 årsverk i turnusarbeid med sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeut, sosionomer og barnevernspedagog, der mange av de ansatte har spesialiserte videreutdanninger. I tillegg er det knyttet 9 behandlerstillinger til seksjonen med overleger, psykologspesialist, psykologer og LIS-leger. Døgnseksjonen gav et tilbud i 2021 til 388 pasienter. Døgn 1 og 2 hadde et samlet belegg i 2021 på 100% med tilbud til 289 pasienter fordelt på 557 innleggelser og 7675 liggedøgn. 51% av innleggelsene var akutte innleggelser. I tillegg kommer direkte overføringer fra akuttposter. Totalt utgjør andel akutte innleggelser ca. 70%.

Døgnenhetene gir et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud på DPS-nivå med tilbud om elektive, akutte og brukerstyrte innleggelser, av avgrenset varighet, når polikliniske og ambulante tilbud ikke er tilstrekkelig. Døgnenhetene er åpne sengeposter med et handlingstilbud som består av utredning, kartlegging, nettverksarbeid, samtaler, miljøterapi, fysisk aktivitet, gruppetilbud og evt. medikamentell behandling. I forhold til ivaretagelse av akuttfunksjonen innenfor psykisk helsevern for voksne forventes det at en på døgnbasis ivaretar tilstander der nødvendige rammer (faglig, bemanningsmessig og arealmessig) for tilbudet vurderes å være tilstede, der pasienten samtykker til behandling og innehar samtykkekompetanse. Døgnenhetene i Tromsø, driver sin virksomhet i lokaler godkjent for tvang og tar imot overførte pasienter på § 3-3 jf. lov om psykisk helsevern. Dette innebærer at vedtak om tvang og tilstand til pasienten er forenelig med innleggelse jf. rammer og kompetanse i åpen Døgnenhet.

De mest sentrale pasientforløpene i seksjonen – både akutte og planlagte innleggelser

Døgnenhetene i Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø (DPS) har som oppgave å gi tilbud til de av befolkningen i opptaksområdet som trenger spesialisert psykisk helse- og rusbehandling på lokalsykehusnivå. Behandlingen tilbys som akutte, planlagte og brukerstyrte innleggelser. Tilbudet i døgnenhet er hovedsakelig kortvarige forsterkede tilbud av poliklinisk behandling og/eller kommunale tilbud.

Akutte innleggelser: Døgnenhetene har oppdrag om å gi tilbud 24//7 knyttet til akutte henvendelser fra opptaksområdet. Ambulant akutteam (AAT) mottar, vurderer og følger opp henvendelsene (OBS: akutte henvendelser ivaretas i dag av vakthavende lege på sykehuset på natt og på søndager). Når vakt i AAT vurderer at pasienten har behov for innleggelse, men ikke på akuttpsykiatrisk sengepost, skal pasienten som hovedregel legges inn på døgnenhet. AAT har i samarbeid med sykepleie- og miljøpersonell fra døgnenhet ansvar for inkomstsamtale, undersøkelse og vurderinger for pasientens videre akutte døgnkontinuerlige behandling og oppfølging. Døgnenhetene tar også imot akutt innlagte pasienter som overføres fra akuttpsykiatrisk sengepost når den akutte tilstand er dempet. Innleggelsen slutføres i døgn før pasienten skrives ut, oftest med videre behandling for en tidsperiode fra i en av senterets polikliniske enheter (jmfør ulike pakkeforløp).

Elektive innleggelser: Behandlerne i psykiatrisk poliklinikk eller ruspoliklinikk, fastleger, privatpraktiserende spesialister og legevakt kan henvise pasienter for planlagte innleggelser i døgnenhet. Henvisninger mottas, pasienten rettighets vurderes der det ikke er gjort, og en tidsavgrenset innleggelse tilbys pasienten. Pasienten tas imot i aktuell Døgnenhet. Inkomstsamtale og behandlingstilbud gis i nært samarbeid med evt. poliklinisk behandler. Påførende og kommunale tjenester deltar i samarbeidet om behandlingen under innleggelse.

Brukerstyrte innleggelser: Noen pasienter har inngått spesifikk avtale om brukerstyrt innleggelse. Disse pasientene kan ta kontakt med døgnenhet og direkte tas imot i henhold til avtale og om ledig plass for dette.

Langvarige innleggelser: Enkelte pasienter, som er innlagt til akutte eller planlagte behandlingsforløp, kan trenge langvarige innleggelser. Langvarige innleggelser begrunnes i pasientens alvorlige psykiske, og i noen tilfelles somatiske, tilstand samt i påvente av etablering av egnet oppfølgings- og botilbud i hjemkommunen.

Et betydelig antall pasienter mottar behandling både ved innleggelse og som poliklinisk tilbud i døgnenhetene i Tromsø. Primært etableres behandling som frivillig. Døgnenhetene har åpne dører og bør ligge på bakkenivå slik at pasienter har lett tilgang inn og ut av bygget.

Steg i forløpsprosess:

1. Vurdering av henvendelser/henvisninger om innleggelse eller overføringer. Sikre gode faglige rutiner for samarbeid og vurderinger for innleggelse med pasienter selv og hans eller hennes pårørende, og med øvrige tjenestetilbud som oftest er henvisende instans (kommunale tjenester, AAT, vaktleger, poliklinikk, akuttposter) og.
2. Tilrettelegging for et nært samarbeid med pasient, pårørende og øvrig nettverk i utforming og beslutninger om behandlingstilbud.
3. Sikring av gode innkomst- og overføringsrutiner for pasienten.
4. Avklaring av indikasjoner for innleggelse og av målsetting for oppholdet.
5. Etablering av behandlingsteam der pasienten er en deltagende part i egen behandling.
6. Iverksetting og ivaretagelse av nødvendig pleie og omsorg til pasienten, og kartlegging og undersøkelser og behandling i døgnenheten.
7. Tilrettelegging for samarbeid, tilbud og aktivitet under innleggelse som fremmer bedring- og mestringsprosesser for pasienten.
8. Iverksetting av tilbud og samarbeid med øvrige tjenestetilbud der det vurderes nødvendig (kommunale helsetjenester, bolig, sosiale tjenester, somatiske helsetjenester og øvrige tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten)
9. Planlegging av pasientens utskrivelse gjennom gode utskrivingsrutiner som sikrer en trygg og sikker utskrivelse for pasienten

Hvilke krav stilles det til prosessen?

- a. Oppgaver (undersøke, kartlegge, observere)
- b. Hvilken type personell må være tilgjengelig (pårørende?)
- c. Hvilke krav stilles til rommet/areal

Møterom, godt IKT utstyr og parkeringsplasser er vesentlig for godt samarbeid med pårørende og andre samarbeidspartnere under pasientens innleggelse.

Det er ønskelig med et eget mottaksareal for pasienter i Senteret. Ved nærhet til de polikliniske enhetene i Senteret kan areal for mottak av pasienter være felles for døgnenheter og polikliniske enheter som AAT/VPP. Det gjelder areal for: samtalerom, undersøkelsesrom/skadestue/lab, et rom for poliklinisk tjeneste som depotinjeksjon, toalett og eventuelt baderom, venterom og oppholdsrom for pårørende.

Ved avstand mellom polikliniske enheter og døgnenheter må samtalerom, undersøkelsesrom, besøksrom, venterom osv. legges i tilknytning til inngangspartiet til senterets to døgnenheter.

Rommene til bruk for pasienter og fellesarealer må være utformet og innredet med henblikk på pasientsikkerhet, en tilfriskende atmosfære og funksjonalitet for å utføre utredning, behandling og nødvendig pleie og omsorg. Rommene i enhetene må utformes slik at ivaretagelse av basal hygiene og smittevern, samtidig, som enhetene er åpne og lyse, varme og inkluderende og der pasientene også

kan finne ro og fred og være alene. Enheten må utformes med tydelig programklarhet for rommene, samtidig som romutformingen er fleksibel.

Nærhetsbehov til andre funksjoner:

Poliklinikk og døgnvirksomhet i SPHR Tromsø er samlokalisert. Det er i ukedagene daglig samarbeid mellom personell i poliklinikkene og døgnenheter, samt med pasienter i ulike pasientforløp. Nærhet vil gi bedre kontinuitet og kvalitet i pasientforløpene. Nærhet mellom poliklinikk og døgnenheter vil gi lettere tilgjengelighet av personell på tvers av enheter.

Ambulant akutteam bør være lokalisert tett på døgnenhetene knyttet til samarbeid i pasientforløp og som kan være uavhengig av innleggelse.

Medikamentfritt behandlingstilbud er organisert og ledet som del av SPHR Tromsø og bør ligge nært og samlet med døgnenhetene i SPHR Tromsø.

Nærhetsbehov til øvrig døgntilbud knyttet til alarmberedskap.

Det fremstår et behov for etablering av egnede lokaler for depotpoliklinikk. Dette tilbudet bør legges i nærhet av døgntilbud i tilknytting av alarmberedskap.

- Interne UNN/eksterne ressurser (samarbeidende enheter)

Det må ligge til rette for godt samarbeid med pårørende, kommuner i opptaksområdet, samt bruk av tjenester internt i klinikken og i UNN. Det er ikke nødvendigvis nærhet mellom virksomheter som bidrar til dette. Gode samarbeidsavtaler/rutiner, samt kultur for samhandling og samarbeid vil være avgjørende for å kunne oppnå dette.

Behov for nærhet til fagutvikling med rom for undervisning, veiledning og ferdighetstrening samt fasiliteter for studenter i praksis.

2. Skisser fremtidige optimale pasientforløp

Psykisk helsevern i DPS må innby til rask hjelp, være lett tilgjengelig, ha tydelig vei til hjelp, innby til kontinuitet i behandling og representere kvalitet i behandling og samarbeid med pasient og pårørende.

Pasienter gis et riktig behandlingstilbud på rett tjenestenivå. Tjenestene må være differensierte og tilgjengelige, samt preget av brukermedvirkning og kvalitet. Relasjon og nettverksperspektivet bør være sentralt, der tilbudet utformes og gis i nært samarbeid med pasient, pårørende og øvrige samarbeidsparter. Det må legges til rette for behandling, aktivitet og samhandling som fremmer bedring- og mestringsprosesser hos pasientene. Tjenestetilbudet må romme kunnskap om å forebygge somatisk sykdom hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse, kunne behandle adekvat pasienter med somatisk lidelse og kunne tilby kvalifisert rådgiving og hjelp for gode levevaner.

2.3 SPHR Tromsø - Medikamentfritt behandlingstilbud

Medikamentfritt behandlingstilbud (MBFT), er et regionalt behandlingstilbud med 6 døgnplasser og poliklinisk oppfølging. Totalt ca. 24 årsverk, herunder leger, psykolog, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut, miljøterapeut, erfaringskonsulent. MBFT har 6 døgnplasser og ga et tilbud til 50 pasienter fordelt på 114 innleggelse og 1412 liggedøgn. Det samlede belegget var 73%. I tillegg har seksjonen til enhver tid ca. 30 aktive polikliniske behandlingsforløp.

Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT) er et regionalt tilbud for hele Helse Nord. Dette er et tilbud til personer over 18 år. Pasienter med psykose- eller bipolare lidelser prioriteres. Alle innleggelse er frivillige, og pasientenes motivasjon for et medikamentfritt tilbud vektlegges. Henvisninger må komme fra spesialisthelsetjenesten. Med medikamentfrihet mener vi at det i hovedsak ikke blir brukt antipsykotiske medisiner i behandlingen. Medikamentfrihet vil være en målsetting med behandlingstilbudet, og er ikke en forutsetning for å motta tilbudet. Recovery perspektiv og relasjon- og nettverksarbeid er sentrale elementer i tilbudet. Enheten jobber både poliklinisk og med inneliggende pasienter. Samarbeid med lokalt hjelpeapparat er en forutsetning. I tillegg har MFBT et oppdrag med å systematisere erfaringer med medisinfri behandling for personer med alvorlige psykisk lidelser gjennom kvalitets- og forskningsarbeid.

I medvirkningsgruppe SPHR Døgn 16.06.22 fremkom det behov for nærmere spesifisering av medikamentfritt Behandlingstilbud sin behandling og spesifikke behov, herunder rombehov, nærhet til døgn, poliklinikk og alderspsykiatri.

MFBT er et regionalt behandlingstilbud med 6 plasser. Pasientene som kommer er innlagt på avdelingen i ulike lengder, gjennomsnittlig 2-3 uker av gangen. I avdelingen foregår primært gruppebasert behandling ihht et nokså omfattende felles ukeprogram for avdelingen, i tillegg har hver enkelt pasient et individuelt forløp med samtaler/behandlingstiltak.

Hele avdelingsmiljøet er en fellesarena for recoveryprosesser, hvor trygghet, forutsigbarhet og oversikt står sentralt. Innlagte pasienter og ansatte har flere ulike aktiviteter inne gjennom dagen (dette gjelder hverdagslige aktiviteter og behandlingsaktiviteter), både i møterom og i fellesareal – herunder kjøkkenet som er åpent for pasienter og en viktig arena for fellesskap. Det er stor bruk av utearealer.

Med bakgrunn i måten behandlingstilbudet drives, er det behov for lokaler som:

- Egne fellesarealer/oppholdsarealer for pasienter i enheten som ikke deles med andre.
- Har lett tilgang til utearealer og gymsal.
- Har tilstrekkelig med rom som egner seg for gruppetilbud (2)* og teams-rom (2) i enheten
- Har tilknytning til areal eller kontor slik at avdelingen kan drive en viss poliklinisk virksomhet.
- Er lokalisert i nærheten av DPS døgnenheter mht. deling/samarbeid av personell.

*rom for gruppetilbud: mulighet for aktivitet med 10-12 personer. Rommene må være fleksible slik at de kan brukes til møteaktivitet, undervisning, kunstterapi, musikkterapi.

2.4 SPHR Tromsø - øvrig

Felles kontortjeneste har seksjonsovergrepene funksjon og sikrer dekning av kontorfaglige ressurser og oppgaver ved samtlige enheter. Tjenesten er DPSets ansikts utad og sikrer administrativ pasientflyt internt og mellom enhetene, samt logistikk og administrasjon ved den enkelte enhet og koordinering på tvers av enheter.

Organisering av leger: Senteret har 13 overlegestillinger og 7 LIS stillinger som sorterer under eget overordnet kostnadssted. Avdelingsleder har personalansvaret for overlegene, mens seksjonslederne har personalansvaret for LIS legene. Overlegene og LIS legene er i daglig drift tilknyttet enhet. Poliklinisk seksjon har 7,5 overlegehjelmere og 3,5 LIS stillinger til disposisjon. Døgnseksjonen har 4,5 overlegehjelmere og 2,5 LIS til disposisjon. Medikamentfritt behandlingstilbud har 1 overlege og 1 LIS lege til disposisjon.

Virksomheten er lokalisert på UNN-Åsgård, Storsteinnes og Tromsø sentrum (FACT/ACT). Følgende 5 DPS enheter er lokalisert på UNN-Åsgård:

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø med tilhørende dagtilbud i Sørslettveien
- Ambulant akutteam
- Døgn 1
- Døgn 2
- Medikamentfritt behandlingstilbud

Alle landets innbyggere omfattes i dag av et DPS. I Tromsø er DPS og sentraliserte sykehusavdelinger delvis samlokalisert.

Et samlet DPS/SPHR:

Tilbudet innenfor det spesialiserte psykiske helsevern og rusbehandling skal være preget av «DPS med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen». DPS tilbudet bør for befolkningen i opptaksområdet, pårørende og kommunehelsetjenesten fremkomme samlet og lett tilgjengelig i bygningsmassen.

Enhetene ved DPS bør være samlet for å fremme helhetlige behandlingsforløp preget av kontinuitet og god ressursutnyttelse på tvers av enhetene.

Seksjonene med underliggende enheter skal sammen sikre et helhetlig tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling til befolkningen i opptaksområdet. Dette innebærer tett samarbeid mellom de ulike polikliniske-, ambulante- og døgn-tilbudene i SPHR Tromsø. Et behandlingsforløp for pasienten kan inneholde tilbud innen flere enheter i Senteret, der kontinuitet sikres ved at behandlere/ behandlingsteam gis mulighet til å følge pasienten gjennom behandlingsforløpet ved de ulike enhetene. Felles ledelse, samarbeid og bruk av ressurser på tvers krever nærhet mellom enhetene som en forutsetning for å sikre kontinuitet og sammenhengende pasienttilbud, samt i større grad kunne benytte og gjøre bruk av kompetanse og ressurser på tvers av enhetene. Det er i denne sammenhengen også ønskelig med tettere samarbeid mellom DPS enhetene og Medikamentfritt behandlingstilbud, for bedre kunne bredde ut erfaringene og kompetansen som er opparbeidet i dette tilbudet.

Ambulant akutteam bør være lett tilgjengelig i bygg og lokalisert tett på døgnenhetene knyttet til personer, pårørende og samarbeidsparter som henvender seg i akutt krise med behov for bistand, vurderinger og eventuelle mottak av akutte innleggelser.

Dagtilbudet ved VPP Tromsø bør være lett tilgjengelig i bygg og krever fysiske rammer som i noen grad er sammenfallende med sengeposter. Behov for nærhet til fagutviklingsavdeling med rom for undervisning, veiledning og ferdighetstrening samt fasiliteter for studenter i praksis.

Utfordringsbilde:

Senter for psykisk helse og rusbehandling har betydelige kapasitetsutfordringer, dette gjelder både tilbudene innen poliklinisk- og døgnbehandling. Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø har over tid hatt utfordringer med å overholde behandlingsfrister grunnet stor pågang og begrenset med ressurser. Døgnenhetene har utfordringer knyttet til overbelegg og god nok tilgang på behandlerressurser. Disse utfordringene er mest uttalt i opptaksområdet for Tromsø og Karlsøy. Behovet har overskredet kapasitet, og i tillegg er det betydelige utfordringer med å rekruttere leger/legespesialister. Leger bistår på tvers av enheter.

SPHR Tromsø blir utfordret på å oppfylle kjerneoppdraget til DPS i forbindelse med at sykehusfunksjoner som subakutte sengeposter er nedlagt. Nedbygging av sengeplasser har ikke i tilstrekkelig grad medført at det polikliniske tilbudet i SPHR Tromsø har blitt styrket. Døgnenhetene har i økende grad fått subakutt- og intermedieeroppgaver, også utenfor opptaksområdet, noe som tidligere var ivaretatt av sentralsykehusfunksjoner.

3. Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø:

Rusavdelingen består av to seksjoner: Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik.

Russeksjonen Tromsø tilbyr alle basistjenestene innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

- Poliklinisk behandling
- Dagtilbud
- Akutttilbud
- Avrusning
- Døgnbehandling

Seksjonen består av fire enheter. I tillegg er seksjonen vert for avdelingsleder i Rusavdelingen, samt Vurderingsinstans rus, som består av 3 administrative stillinger, p.t. lokalisert på ruspoliklinikken.

Alle døgnplassene i Russeksjon Tromsø er regionale plasser, det vil si at de benyttes av pasienter fra Nordland, og Troms og Finnmark. Sammen med Russeksjon Narvik (og etter hvert også psykiatriske enheter i Psykisk helse og rusklinikken), ivaretar de tre døgnenhetene også innleggelser uten samtykke jfr. Helse og omsorgstjenesteloven, kapittel 10.

Russeksjon Tromsø har en sentral rolle i ivaretagelsen av utdanningsløp til spesialisering som Rus- og avhengighetsmedisiner. Rusavdelingen, UNN er den eneste institusjonen i Nord-Norge som er godkjent for hele utdanningsforløpet, og det påhviler derfor et særlig ansvar på avdelingen å ivareta dette på regionens vegne.

Det er et tett samarbeid om pasientbehandling mellom enhetene i seksjonen. En etterstreber å planlegge sammenhengende pasientforløp for pasienter, eksempelvis avrusning-døgnbehandling-poliklinisk oppfølging. Dette krever omfattende koordinering av tjenestene, samt overlappende oppfølging mellom enhetene. God rusbehandling krever oftest også tett samarbeid med psykisk helsevern, somatisk spesialisthelsetjeneste, og kommunale tjenester. Pasientenes oppfølgingsbehov spenner fra behov for behandling av infeksjoner og overdoser, til tilbakeføring i jobb og anskaffelse av egnet botilbud.

Fremtidige funksjoner og nærhetsbehov i Russeksjon Tromsø

Gjennom dialog internt i Rusavdelingen, samt drøftinger i medvirkningsgruppe TSB døgn har ulike perspektiver på hvilke fremtidige behov som bør prioriteres i Russeksjon Tromsø under planlegging av nybygg PHR blitt lagt frem. I det følgende vil avdelingsledelsens vurderinger knyttet til noen av disse drøftingene fremkomme. Særlig når det gjelder *prioriterte pasientgrupper og fremtidig tjenestetilbud*, samt *nærhetsbehov* mellom de ulike tjenestene i Russeksjon Tromsø, er det behov for klargjøringer. Dette er ikke en fyllestgjørende gjennomgang av det fremtidige behandlingstilbudet ved Russeksjon Tromsø, men en avklaring av temaer som det oppfattes å herske uklarhet rundt, og som det er viktig å avklare for å kunne gå videre i prosessen med planlegging av nye arealer for seksjonen. Notatet er således et supplement til seksjonens funksjonsbeskrivelser. Fremover må prosesser sikre avklaring av detaljer i innretning av enhetenes behandlingstilbud, arbeids- og samarbeidsformer, personal-sammensetning, og ressursbehov.

Prioriterte pasientgrupper og tjenesteutvikling i Russeksjon Tromsø

Det er enighet om at Russeksjon Tromsø skal ha et tilbud som inneholder alle basistjenestene innenfor TSB (poliklinikk inkludert LAR, akutttilbud, avrusning, og døgnbehandling), og at seksjonen skal tilby behandling av alle typer rusmiddellidelser. Fortsatt prioritering av unge med rusmiddellidelser har blitt løftet frem, men dette krever en tydeligere operasjonalisering. Rusbehandling ung har i en årrekke tilbudt langtids døgnbehandling for denne gruppen, men har hatt lavt belegg over lengre tid. Samtidig savnes et langtids døgntilbud for pasienter i aldersgruppen fra 30 år og oppover, som vi ikke har i

Rusavdelingen p.t. Polikliniske og ambulante tilbud rettet mot den yngre gruppen pasienter i TSB har i liten grad blitt utviklet, og kan være et område for videre satsing fremover.

En annen pasientgruppe man savner tilbud til, er pasienter i mellomrommet mellom akutt-/avrusningsfasen og døgnbehandlingsfasen i typiske rusbehandlingsforløp. Avrusning Tromsø har etter etablering av akutt plasser mer enn doblet antall innleggelses per år. Pasienter som vurderes klinisk avruset kan ikke videreføres, fordi de samtidig ikke vurderes tilstrekkelig stabiliserte av øvrige døgn tilbud. Denne tematikken har gått fra å være drøftinger i enkeltsaker til å bli et gjennomgående tema i dialogen mellom enhetene i seksjonen.

Selv om det er mangel på denne typen plasser i Russeksjon Tromsø, er det heller ikke en ukjent arbeidsform for døgn enhetene. Særlig Rusbehandling Restart har lenge tatt inn pasienter til kortere stabiliseringsopphold og sekvensielle behandlingsforløp. Det synes å være enighet om at det er behov for økt fokus på utvikling av tilbud til pasienter i denne delen av behandlingsløpet, men det er ulike perspektiver på hva som bør gjøres.

Som en løsning på denne utfordringen har det blitt foreslått at en av døgn enhetene omgjøres til en subakutt/intermediærpost. Fremtidens døgnpostarealer vil i langt større grad enn i dag muliggjøre ivaretagelse av pasienter med mer omfattende behov for tilrettelegging og pleie som kan være til stede tidlig i behandlingsforløpene til en del pasienter.

Forslaget møtes både med støtte og motstand, og en av bekymringene ved forslaget er at man mister tilbud tilrettelagt for reelt endringsarbeid. Dermed kan man ende opp med å ha etablert et svingdørstilbud. Det er derfor svært viktig at en videreutvikling av et subakutt tilbud ikke medfører at man fjerner tilgangen på effektive endringsfokuserte behandlingstiltak rettet mot rusmiddellidelsen.

Avdelingsledelsens perspektiver på prioriterte pasientgrupper

- Avdelingsledelsen ønsker å videreføre en satsing på yngre pasienter, anslagsvis i aldersgruppen 18-30 år.
- Rusbehandling ung bør ha denne aldersgruppen i sin målgruppe også etter innflytting i nye bygg, men vi vil vurdere å utvide aldersspennet for å utnytte kapasiteten ved enheten bedre, og også kunne tilby noe lengre innleggelses for pasienter over 30 år.
- I det videre arbeidet bør en vurdere om seksjonens polikliniske tilbud kan tilrettelegges ytterligere for yngre pasienter med rusmiddellidelser.
- Rusbehandling Restart bør videreutvikle tilbudet sitt til pasienter med behov for subakutt plass, samt kortere stabiliseringsopphold. Samtidig bør tilbudet om korttidsbehandling av rusmiddel lidelser ved enheten videreføres.
- Gjennom endringene i målgruppe og tjenester ved Rusbehandling Restart, vil behovet for tett samhandling med Avrusning Tromsø øke.

Nærhetsbehov i Russeksjon Tromsø

Både dagens og fremtidens pasientbehandling ved Russeksjon Tromsø vil i mange forløp inneholde tilbud fra flere av seksjonens enheter, samtidig eller i rekkefølge. Den største pasientstrømmen vil gå internt i seksjonen, mens mindre pasientstrømmer går mellom seksjonen og Russeksjon Narvik, private rusinstitusjoner, øvrige enheter i PHRK, samt somatiske spesialisthelsetjenester.

Flere overføringer mellom Rusbehandling Restart og Avrusning Tromsø medfører større nærhetsbehov mellom disse. Samtidig er det viktig med en plassering i bygg som understøtter utvikling av tilbud og at ressurser kan benyttes av enhetene i fellesskap.

- *Pasientforløpene* knytter alle 4 enhetene i russeksjonen tett sammen – dette bør gjenspeiles i plasseringen i byggene.
- Økt samhandling og flere overføringer mellom Avrusning Tromsø og Rusbehandling Restart vil også gi økt nærhetsbehov mellom enhetene, ideelt vegg i vegg.

Funksjonsbeskrivelse:

1. Russeksjon Tromsø, Ruspoliklinikken

Opptaksområde og målgruppe:

Lokalsykehusfunksjon, UNN, til voksne pasienter med avhengighetslidelser, inkludert LAR
Regional funksjon; lavterskeltilbud til familier med utfordringer relatert til psykisk helse/avhengighet.

Funksjon og pasientflyt:

- Poliklinisk utredning og behandling av avhengighetslidelser i hht. pasientforløp TSB; inkludert nevropsykologisk utredning
- LAR-tilbud i UNNs opptaksområde
- Ruspoliklinikken sentrum; LAR-medikamentutdeling og løpende oppfølging av LAR-pasienter i Tromsø og omegn. Bemanning: 2 sykepleiere
- Forebyggende familieteam; lavterskeltilbud til familier med behov for oppfølging relatert til psykisk lidelse og/eller avhengighet hos foreldre. Bemanning: 4 stillinger
- IPS; individuell jobbstøtte for pasienter i TSB. Prosjekt finansiert av H.dir. til 06.23

Oppgaver:

- Utredning og behandling av avhengighetslidelser i ihht. pasientforløp TSB; deri også LAR
- Nevropsykologisk utredning
- LAR-medikamentutdeling
- Psykologfaglig arbeid knyttet til Rusmestringsenheten i Tromsø fengsel
- Lavterskeltilbud til familier med utfordringer relatert til psykisk hele og/eller avhengighet; regional funksjon
- IPS; individuell jobbstøtte til pasienter i TSB

Registrerte utfordringer og uløste behov

Avvik mellom budsjett for LAR-legemidler og reelle utgifter til LAR-medikamenter. Det forventes videre styrking av poliklinisk TSB (se blant annet arbeidet med framskrivning som kalles Fag og omstilling), som kan komme til å kreve økte ressurser samt økt arealbehov for Ruspoliklinikken i årene fremover.

Russeksjon Tromsø, Avrusning

Opptaksområde og målgruppe:

Regional funksjon for Helse Nord. Tilbyr elektiv avrusning for pasienter med;

- Avhengighet av flere rusmidler
- Injeksjonsbruk
- Omfattende blandingsbruk av rusmidler
- Tidligere komplikasjoner ved avrusning
- Samtidig alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer
- Kompliserende tilstander (som graviditet)
- Vurdering av behandlingsbehov innenfor TSB
- Opioidavhengighet som følge av kronisk smertetilstand

Akutt rusbehandling for pasienter med et sykdomsbilde/problematikk som ikke kan vente på å få en vurdering av sin tilstand, og der det er påtrengende nødvendig for å unngå alvorlig helseskade.

Kapasitet:

6 elektive plasser og 4 akutt plasser. Typisk 7 men inntil 14 dager for elektiv avrusning, og 72 timer for akutt TSB med individuelle vurderinger under oppholdet.

Oppgaver:

Avgiftning, avrusning, medikamentjustering for LAR pasienter, oppfølging av smertepasienter med en etablert opiatavhengighet, vurdere videre behandlingsbehov innenfor TSB, PHV og somatikk.

Tilby avrusning for pasienter som her henvist etter HOTL §10. 2 og §10.3 og straffegjennomføringsloven §12.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

Etableringen av akuttilbud påvirker alle de kliniske TSB enhetene i Helse Nord, da det er behov for å utvikle behandlingsskjeder som ivaretar pasienter som kommer inn til akutt TSB. Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, er det et uttalt mål at pasienten skal direkte videre i annen behandling.

I økende grad planlegges eller gjennomføres det akutte gjentatte innleggelse til Avrusning, med opphold i 3-14 dager for stabilisering eller utredning videre behandlingsbehov som vil kunne vært ivarettatt på en intermediær sengepost. En slik sengepost vil også kunne ivareta behov for oppstart LAR samt dosejusteringer av ulike medikamenter. Økning av innleggelse ved Avrusning er stigende og pr. 16.8.22 (HN LIS) har enheten 308 innleggelse. Dette betyr at 2/3 av pasienten som er innlagt ved Avrusning ikke får tilbud om videre døgnbehandling ved våre døgninstitusjoner. I dag har russeksjonen Tromsø 4 akutte senge plasser på Avrusning, og 4 subakutte senger fordelt med 2 senger hver på Rusbehandling Ung og Restart. Det er ofte kapasitet som avgjør om pasienten får et subakutt tilbud og ikke tilstanden.

Akutt TSB får flere forespørsler om å veilede kommune, PHV og somatikk om å bistå pasienter som tidligere var definert ut og ikke inn som TSB pasient, hverken for avrusning eller døgnbehandling. I dag har Avrusning Tromsø inneliggende pasienter med alvorlige psykiske lidelser, høy suicidal risiko, og somatisk syke og sykehjemspasienter.

Et tema som ikke er belyst er nytt kapittel i pasientforløp, om oppfølging etter overdose. Hvis PHRK ved russeksjonen Tromsø skal ha en fremtredende rolle i dette pakkeforløpet, vil det bety en ytterlig pasientgruppe som vi i dag ikke har i særlig grad har et tilbud innenfor TSB.

Erfaringer fra Russeksjonen Narvik er gode med en robust seksjon, der personal kan bidra i begge enheter. Fra Avrusning fremstår det som en god løsning å ha to sengeposter på bakkenivå, med et delt fellesområde i bakkant for personal ansatt i disse to enhetene. Dette vil muliggjøre en bedre utdanning av RAM leger, enklere å få til gode pasientforløp, felles personal som kan bidra der behovet er størst og ikke minst et større faglig fellesskap som etterlyses av våre leger.

Med to TSB enheter i samme bygg så er det betydelige muligheter for å rasjonalisere drift, med felles merkantil, fagutvikler, andre administrative stillinger, men også felles bruk av areal som vaktrom, samtalerom, behandlere som følger pasient, felles medisinerrom osv.

Russeksjon Tromsø, Rusbehandling Ung

Opptaksområde og målgruppe:

Rusbehandling ung, er en del av Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN, Tromsø og er et regionalt tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til ungdom og unge voksne med rusmiddelavhengighet.

Kapasitet:

- Enheten har 15 sengeplasser.
- Pasientene har liggetid inntil 6 måneder.

Oppgaver:

Utredning og behandling av avhengighetslidelser i hht. pasientforløp TSB.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

2 av pasientrommene har delt bad, noe som ikke er optimalt. Lang avstand til øvrige del av TSB og andre avdelinger, noe som er utfordrende med tanke på sikkerhet og utagering. Det samme gjelder avstand til fellesfunksjoner som lab, treningsrom etc.

Tillegg funksjonsbeskrivelse Rusbehandling Ung:

Under funksjonsbeskrivelse i hovedprogram står det kun nevnt at pasienter har liggetid inntil 6 måneder. Rusbehandling Ung tilbyr TSB til primært unge voksne (18-begynnelsen av 30-års alderen). Vi tilbyr individuell behandling der hver pasient blir fulgt opp av et tverrfaglig sammensatt team (helsefaglig, psykologfaglig og sosialfaglig). Pasienter hos oss er i hovedsak lagt inn frivillig (pasient og brukerrettighetsloven §4-1 jf. §4-3) Enheten tar også imot pasienter på tvang (helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 og §10-3), samt soning av straff (straffegjennomføringsloven §12). Selv om vilkårene er annerledes for de to sistnevnte gruppene, deltar de i behandlingen på lik linje som pasienter som er frivillig.

Enheten tilbyr gruppeterapier; herunder mentalisering, selvhevdelse, rusmestring, rene kvinne og manngrupper samt her og nå grupper. I tillegg kjøres seminarer innenfor: økonomi, fysisk aktivitet, søvnhygiene, mindfulness, kjøkken- og ernæring, psykisk helse samt nettverk. HLR-opplæring gis også.

Liggetid varierer fra 14 dager til 6 måneder avhengig av om det er reinnleggelser, medikamentbytte, stabilisering før nevropsykologisk utredning eller traumebehandling. Har også dagpasienter og følger opp utskrevne pasienter poliklinisk. Dette gjøres gjennom samtaler på enheten og/eller per telefon/teams. Har ambisjon om å starte etterverns grupper for utskrevne pasienter som en del av poliklinisk oppfølging. Disse gruppene vil foregå på enhet. Enheten ivaretar samarbeidsmøter med NAV, boligkontor, ruskonsulenter, fastleger, jobbspesialister (IPS), SMI-skolen, FACT-team, gatejuristen og pårørende. I tillegg arbeides det med å øke pasientenes evne til å ivareta seg selv; det være seg renhold av rom, vask av klær samt delaktighet i matlaging.

Russeksjon Tromsø, Rusbehandling Restart

Opptaksområde og målgruppe:

Regional funksjon Helse Nord, Nordland, Troms og Finnmark (fritt sykehusvalg)
Voksne pasienter med rusavhengighet

Kapasitet:

12 døgnplasser
2-4 dagpasienter

Funksjon og pasientflyt:

- Regional funksjon – direkte innleggelser.

- Planlagte inntak via Avrusing og somatiske enheter (nevrologen, infeksjon, hjerte mv.).
- Subakutt fra Akutt/Avrusing.
- 6-8 uker behandlingsforløp + re-opphold av 1-2 - 4 ukers varighet, etter individuell vurdering, kan gjentas.
- Kortere innleggelse for å sikre oppfølging i somatiske enheter.
- Dagpasientavtaler, etter individuell vurdering.

Oppgaver:

Rusbehandling, voksne

Pedagogisk program

Helseoppfølging i somatisk, psykologisk og sosiokulturelt perspektiv.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

Pasienter som ikke får tilstrekkelig tid til avrusing, nedtrapping, stabilisering i forkant av et behandlingsforløp, er uhensiktsmessig ift. deltakelse i program og forlenger varighet på forløp.

Forventinger fra somatikk og psykisk helsevern om å ta imot pasienter til rusbehandling som ikke er somatisk avklart eller psykisk stabil, er til tider uhensiktsmessig og utenfor kompetanse/erfaring i personalgruppen. Dette er tidkrevende oppfølging og knappe ressurser bindes opp og går ut over kjerneoppgavene.

Generelt:

TSB har andre behov for sykehusrom enn de som benyttes i somatikk og psykisk helsevern. Disse rommene legger til rette for sengeleie og pleie - og korte opphold. Både TSB og deler av psykisk helsevern har pasienter med lengre forløp som derfor har behov for mer normale boforhold, for å forebygge sykeliggjøring og stimulere velfungering.

- At boenheten er funksjonell vil i seg selv forebygge utagering og redusere behov for skjermingsenheter.
- Sårbare pasienter har behov for trygghet ved å ha personal tett på og forebygger uro, konflikter, kjøp og salg av rusmidler, rusing og overgrep.
- TV på rommene er svært gunstig av samme grunn, men ikke nødvendigvis i psykisk helsevern.
- Kontorer i enheten slik at behandlingspersonalet jobber i team og er tett på, trykker og gir observasjonsmuligheter og muliggjør hyppig veiledning. Sikrer også utnyttelse av tiden, der veiledning og endringsfokuserede samtaler dermed er tilgjengelig også ettermiddag og kveld/helg.

TSB har behov for:

- Funksjonelle hybler og ikke sykehusrom.
Dette for å gi bo trening og utvikle ferdigheter og en fungering for pasienter som har overføringsverdi til hjemmesituasjon.
- Skjerming for pasienter som gjennomgår krevende og smertefull nedtrapping og avrusing, Pasienter bør ha lett tilgang til å komme seg ut i friarealer. Egnete boforhold reduserer skjermingsbehovet.
- Det er alltid flere som har ADHD og dermed behov for å være i bevegelse, kan være i fare for å utagere, som ganske enkelt trenger plass både inne og ute. Samt for å forebygge uro, støy og utagering.
- Undervisningsrom for pasientbehandling og møterom inne på enheten. Daglige grupper 9-11, samt de fleste dager mellom 12-15. Undervisningsrommet er kun unntaksvis ledig for andre, da det benyttes til bordtennis, musikk, YouTube, fotballkamper og avlastning mv.
- Miljøkontor er erfart som uhensiktsmessig. Ansatte bør være der pasientene er.
- *Enheden er en treningsarena i miniatyrsamfunn, med veiledning.*

- Kontorer inne i enheten hvor behandlere og ansatte har arbeidsforhold som gir lett tilgjengelighet for pasienter men som også innebærer tverrfaglighet i praksis. Dette gjelder også kontorer til lege, psykolog, enhetsleder, inntaksansvarlig.
- Det vi fint kan dele på med øvrige enheter kan være garderobe, utstysrom, medisinske undersøkelsesrom, EKG og laboratorietjenester som vi i dag må oppsøke nede på Åsgård.

Hva er kunnskapsbasert og hva har vi lært av fortiden?

- Små team har størst sjanse til å bli velfungerende og vår bestilling er tverrfaglighet.
- Også for arbeidsmiljøet og trivsel er mindre team best og virker forebyggende på sykefravær og gjennomtrekk i stillingene.
- Forebygger konflikter mellom faggrupper.
- Campusstil gir optimal oppdeling av ulike grupper og hvor *sammenblanding* kan være uheldig (alder/type rusproblem) å blande.
- Uheldig å blande unge med rusutfordringer sammen med langvarig avhengighetsproblematikk samt pasienter med dyssosial personlighet og kriminalitet.
- Mange pasienter er underernært og feilernært, og flere har spiseforstyrrelser. Behov for kostvert og kjøkken.
- Det er planlagt felles kantine men for pasientgruppe vil det være lite hensiktsmessig for de fleste.
- Svært mange pasienter har diabetes som krever mye oppfølging.
- De fleste pasientene klarer for å benytte fysikalsk behandling i litt avstand.

Nærhetsbehov/plassering:

Avrusning, Restart og RBU plasseres ved siden av hverandre på bakkeplan i den sørlige enden av de planlagte nybyggene, fordelt 1,5 bygg. Ruspoliklinikken plasseres på plan 2 over døgnenhetene. Avrusning plasseres ytterste i den nordlige enden av nybyggene på bakkeplan. Den andre halvdel i samme bygg benyttes av en av døgnenhetene TSB (med noen intermedieære plasser). Den andre døgnposten og poliklinikk i etasjen over.

4. Fagutvikling, forskning og utdanning (FFU):

Avdelingen består av følgende enheter:

- Fagutviklingsenheten (FUE)
- RVTS Nord
- VIVAT
- KoRus Nord (Narvik)
- SIFER Nord, inkludert Tvangsforsk.

I FFU er hoveddelen av klinikkens ressurser for arbeid med opplæring, fagutvikling og forskning samlet. Det legges vekt på samlokalisering av fellestjenester/funksjoner som bidrar til å utvikle samarbeidet mellom de ulike tjenestene. I nytt bygg vil FUE, SIFER Nord, inkludert Tvangsforsk og Forskningsgruppe Psykiatri (UiT) være samlokalisert nært undervisningscenter og aktivitetssenter. RVTS Nord og VIVAT leier egne lokaler og er ikke inkludert i programmet.

4.1 Fagutviklingsenheten

Fagutviklingsenheten har ca. 11 årsverk fordelt på 15-17 stillinger, og har ulike støttefunksjoner inn mot klinisk virksomhet i Psykisk helse- og rusklinikken. Fagutviklingsenheten jobber også tett opp mot stabsenheten og klinikkleidelsen, og det er naturlig med nærhet til disse funksjonene. Det er ønskelig at felles pasient og fagbibliotek legges i nærheten av aktivitetssenter

Oppgaver omfatter bl.a. koordinering av studentpraksis og spesialistutdanning, opplæring av medarbeidere, kurs- og konferansearrangør, bibliotekdrift, drive forskning og forskningsstøtte, revisjon, koordinering av barneansvarlige, arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring samt veiledning. I tillegg til de faste oppgavene får enheten ulike oppdrag gjennom klinikkledelsen.

Målgruppe:

Kliniske enheter i Psykisk helse og rusklinikken som også inkluderer ansatte, pasienter og pårørende. Enheten leverer også tjenester til UiT og samarbeider med øvrige kompetansetjenester i FFU, UNN, kommuner, brukerorganisasjoner, pasientombud, Statsforvalter, andre HF og RHF i Helse Nord.

Kapasitet:

Variabel kapasitet som varierer etter oppgaveomfang. Noe av kapasiteten er fastlåst til spesialfunksjoner som bibliotek, forskning, kvalitetsrådgiver, veiledning og treningsterapeut. Per tiden benyttes ca. 2 årsverk til OU-prosjektet.

Enheden arrangerer årlig ca. 20-25 kurs, samlinger i ulike videreutdanninger, deltar i ulike arbeidsgrupper og opplæringsvirksomhet i ulike deler av klinikken. Selv i dag med tilgang på fyrhuset, festsalen og flere store møte/undervisningsrom er det ofte store kapasitetsproblemer og vansker med å finne lokaler til arrangementene.

Funksjoner og arbeidsflyt:

Fagutviklingsenheden har en viktig rolle i utviklingen av trygge og virkningsfulle pasienttilbud. Satsingsområder er blant brukermedvirkning, forskning, pasientsikkerhet, forbedring, kompetanseheving, e-helse, veiledning og utdanning. Oppgavene til FUE utføres i all hovedsak på oppdrag og i tett samarbeid med klinikkledelsen og de kliniske enhetene i klinikken. Forskning drives i tett samarbeid med Forskningsgruppe psykiatri, Institutt for klinisk medisin og andre relevante forskningsgrupper ved UIT Norges arktiske universitet. Forskningsgruppe psykiatri er samlokalisert med Fagutviklingsenheden.

Oppgaver:

- Forskning og forskningsstøtte
- Ansvar for brukerinvolvering på systemnivå
- Koordinere utdanning, videreutdanning og spesialisering
- Fagutvikling
- Opplæring
- Kursarrangør
- Fremme pasientsikkerhet
- Internrevisjon
- Koordinere E-læring og simulering
- IPS
- Veiledning
- Lederstøtte
- Barn som pårørende og pårørende
- Kliniske oppgaver/støttefunksjoner
- Bistå fagmiljø i kvalitetsutviklingsarbeid
- Kvalitetsrådgiverfunksjon (inkl. hendelsesanalyser, forbedringsarbeid)
- Koordinere, fasilitere og delta i ulike fagnettverk lokalt, regionalt og nasjonalt
- OU-prosjekt nye arealer psykisk helse- og rus i Tromsø
- Trening som integrert del av behandling
- Bibliotek

Registrerte utfordringer og uløste behov:

FUE ønsker større tilgjengelighet til den kliniske virksomheten inkludert pasienter og pårørende. Per i dag ligger enheten bortgjemt i en kjeller. FUE ønsker å være lokalisert nært undervisnings- og aktivitets- lokaler, samt bedre kontorfasilitetene til de ansatte. I dag benytter FUE ansatte flere av UIT sine kontorer pga. kontormangel.

4.2 SIFER Nord, inkl. Tvangsforsk - Nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang i psykisk helsevern.

Opptaksområde og målgruppe:

SIFER er et nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri, rettspsykiatri og tvang i psykisk helsevern (Tvangsforsk). Nettverket er organisert med ett kompetansesenter i hvert av de regionale helseforetakene. SIFER Nord dekker opptaksområdet til Helse-Nord, dvs. Nord-Norge og Svalbard.

SIFER Nord arbeider med fagutvikling, forskning og klinisk virksomhet. Målgruppene er primært ansatte og pasienter innen spesialisthelsetjenesten, samt forskningsmiljøer, helsemyndigheter, tilsynsorganer og andre relevante parter, som f.eks. politi, påtalemyndighet og kriminalomsorgen.

Tvangsforsk er organisatorisk underlagt SIFER Nord. Tvangsforsk er et nasjonalt forskningsnettverk på bruk av tvang innen psykisk helsevern i Norge. Målgrupper er forskere på tvang, helsepersonell, helseforetak og -myndigheter, samt beslutningstakere i spørsmål rundt tvang.

SIFER Nord gir også poliklinisk behandling, inkl. ø-hjelp, i Tromsø fengsel til innsatte etter henvisning fra kommunal fengselslege. En del av disse plassene er forbundet med varetekt og korte dommer, noe som gir stor gjennomstrømning av pasienter. Videre gir SIFER Nord polikliniske behandling til andre pasientgrupper på Åsgård. Dette gjelder blant annet behandling av personer med seksuell interesse for barn og/eller selvidentifisert risiko for å begå seksuallovbrudd mot barn, personer under etterforskning for nedlastning av overgrepsmateriale på nett, og personer med annen seksuallovbruddsproblematikk. Disse tilbudene er for selvhenvendende.

Poliklinisk behandling av innsatte foregår i Tromsø fengsel. Poliklinisk behandling av alle andre pasientgrupper, samt alt øvrig arbeid skjer ved PHRK, Åsgård.

Ut over dette har SIFER Nord forskjellige oppgaver og prosjekter knyttet til forskning, fagutvikling og koordinering, faglig formidling, og utvikling og gjennomføring av terapeutiske tilbud til ulike grupper/problemstillinger. SIFER Nord ivaretar også en regional kompetansefunksjon opp mot helseforetak som leverer psykisk helsevern og TSB til fengslene i Nord-Norge.

Registrerte utfordringer og uløste behov:

SIFER Nord og Tvangsforsk har som kompetansesentre og leverandører av høyspesialiserte tjenester samhandling med en rekke interne og eksterne samarbeidspartnere, herunder kliniske enheter, utdanningsinstitusjoner, andre helseforetak, andre kompetansesenter, fengsler, kriminalomsorgen m.m. Denne samhandlingen spenner fra konsultasjonstjenester (klinisk, systemisk, organisatorisk), til forskning, utdanning/kurs og prosjekter for kartlegging og tjenesteutvikling. Dette gir spesielle samhandlingsutfordringer og -hensyn som må tas i organisasjonsutviklingen.

SIFER nord har vokst fra en ansatt i 2018 til 16 ansatte i 2022. Det ligger an til ytterligere vekst i ansatte og oppgaver i årene som kommer, da hele det forensiske feltet er i sterk utvikling i Norge. Dette gjelder blant annet nye oppgaver innen forensiske polikliniske tjenester, eksempelvis Sikkerhetspsykiatri,

FACT og behandlingstilbud til unge personer hvor vold/sekualisert vold er en problemstilling. Det er også andre oppgaver i krysningsfeltet mellom rettspsykiatri og fengselspsykiatri hvor SIFER er en relevant aktør. Videre forventes det en styrking av tjenestetilbudet når det gjelder fengselshelsetjeneste.

Skjermet poliklinikk:

SIFER Nord yter i dag poliklinisk behandling til en gruppe av pasienter som har utført (inkl. straffedømte) eller kan stå i fare for å utføre handlinger av alvorlig grenseoverskridende karakter (vold, overgrep). Denne pasientgruppen trenger avstand (ikke nærhet) til den øvrige pasientpopulasjonen. Grunnen til dette er, for det første, av hensyn til den øvrige pasientpopulasjonen. I denne populasjon vil det naturlig nok være en overrepresentasjon av personer som har vært utsatt for overgrep/vold. En felles poliklinikk, felles inngang, felles venterom osv. innebærer at den volds-/overgrepsutsatte og overgriper kan treffe på hverandre, med stor risiko for retraumatisering og avbrutt behandling for begge parter. Den andre grunnen til skjerming av våre pasienter er at de har et særlig behov for konfidensialitet, spesielt de som er på eget initiativ har søkt behandling med problemstillingen seksuell interesse for barn. Denne gruppen vil kunne unnlate å søke hjelp om de om tilbudet innebærer eksponering i fellesarealer.

Fagmiljø:

Ut fra ønsket om større grad av integrasjon mellom enheter som driver med forskning og fagutvikling er en samlokalisering med andre enheter i FFU ønskelig. Dette kan gi synergistiske effekter for alle parter, både faglig og ressursmessig.

5. Stabsenheten

Funksjon/oppgave:

Stabsenhetens oppgave er lederstøtte til klinikksjef og avdelingsledere ved kliniske avdelinger. Enhetens oppgaver knytter seg videre til utrednings- og saksbehandlingsoppgaver. Stabsenheten ivaretar hertil også administrative oppgaver og systemfunksjoner på klinikknivå.

Enheten har 5 stillinger inkludert leder som er del av klinikkleidelsen.

Lokalisering/nærhetsbehov:

Stabsenheten er lokalisert opp mot klinikksjef. Spørsmål om hvor klinikksjef (og avdelingsledere) mest hensiktsmessig skal lokaliseres i nye arealer vil således påvirke lokalisering av stabsenheten. Stabsenheten har også flere grensesnitt opp mot Fagutviklingsenheten i FFU (bl.a. i forhold til kvalitetsrådgiverfunksjonen som i dag er i FUE og enkeltprosjekter)

I utgangspunktet vil Stabsenheten ha behov for kontor til leder og 4 kontor til rådgivere. Hertil har det i tillegg vært behov for 1-2 gjestekontorer f.eks. for avdelingsleder lokalisert utenfor Tromsø, økonomirådgiver og prosjektoppdrag med eksterne deltakere. Enheten må ha møterom tilgjengelig.

6. Kontor/merkantile tjenester

Merkantile/kontorfaglige stillinger i Tromsø er i dag organisert i hhv. Avdeling nord, Psykiatrisk avdeling og Rusavdelingen (inkl. vurderingsteam TSB).

De kontoransatte har en seksjons-/avdelingsovergripende funksjon og sikrer dekning av kontorfaglig ressurser og oppgaver ved samtlige enheter. Tjenesten er enhetens/avdelingens ansikt utad og sikrer

pasientflyt internt og mellom enheter, samt logistikk og administrasjon ved den enkelte enhet og koordinering på tvers av enheter.

	Avdeling Nord, Tromsø	Psykiatrisk avdeling	Rusavdeling inkludert vurderingsteam	
Kontorleder	1	1	1	3
Kontorfagarbeider	8,5	8,4	4,75	20,45
Konsulent	1,0	1	2	4,5
Totalt avd/Tromsø	9,5	10,4	7,75	27,95

Dagens organisering:

Hver avdeling er i dag organisert med en kontorleder som har fag og personalansvar. Døgnpostene har en kontoransatt hver, totalt 13 stillinger med egne kontorer inne i enhetene. Disse forholder seg i det daglige hovedsakelig til respektive enhetsleder. I akuttmottaket (bygg 1) og poliklinikker (unntak APO) er flere kontoransatte samlet og man dupliserer/ruller mer på oppgaver, men også her har enkelte spesielt ansvar (superbruker). Her er det en kombinasjon av felleskontorplasser og egne kontorer.

Oppgaver:

Personaladministrative oppgaver: Utarbeidelse av kalenderplaner, drift- og innleie vaktbok – inkludert for-/og bakvaktsordninger for leger, registrere fravær og sykemeldinger, ferieoversikter, m.m.

Pasientadministrasjon DIPS, henvisninger, inntaksmøter, polikliniske registreringer/oppgjør, vedtak, kvalitetssikring, utskrift/skanning/utlevering av dokumentasjon, samarbeidsmøter med Finnmarks-sykehuset, TUD, samt Kontrollkommisjonen.

Systemoppgaver: BAS ansvarlig, Elements, DocMap, Clockwork, Nimes, CheckWare, AIM, Nissy mm.

Lederstøtte: Kontrakter oppfølging personalportalen, intervju/tilsetting ekstravakter, hovedansvar for arbeidsplaner, innleie/overtid, lønn.

Kontorplasser p.t:

	Enekontor	Felles
Kontoransatte i sengepost	14	
Ekspedisjon bygg 1 (akuttmottak)		2 arbeidsplasser
Ruspoliklinikk		3 arbeidsplasser
VPP inkl. akutteam	1	6 arbeidsplasser
Alderspsykiatrisk poliklinikk ekspedisjon		1 arbeidsplass
Vurderingsteam TSB	2	
Kontorleder	3	

Fremtidig behov/nærhet til funksjoner og oppgaver:

Man ser for seg, og det er også ønske fra enhetsledere i døgnpostene at nærhet til kontoransatt er svært viktig. Nærhet til enhetsleder, eller de man skal være lederstøtte for utheves som et viktig kriterium for godt samarbeid.

Døgnenheter bør ha en kontoransatt med arbeidsplass (gjerne enekontor) inne i enheten, her ser man for seg at to kontoransatte kan dele/ha oppgaver/funksjoner opp mot enhetene som deler lokaler.

En ser også for seg at vi kan ha et felles mottak/skranke for polikliniske pasienter til VPP, alderspsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikken. Det er behov for felleskontor og noen enekontorer - spesielt for de som jobber med kvalitetssikring, koding og inntaksarbeid mv.

Oppgaver/funksjoner der man kan sitte utenfor døgnenhet:

- Arbeidstidsplanlegging
- Personaladministrasjon: kontrakter, tilsetninger – tilrettelegging/booking intervju mm.
- Bemanningskontor? Felles vikarpool
- Koding/kvalitetssikring

Behov for felles møtesteder og arbeidsplasser

Når det gjelder fremtidige oppgaver, funksjoner og organisering er det ikke sett nærmere på i denne runden. Det vurderes imidlertid at mange oppgaver vil forsvinne ved at de erstattes av ulike digitale løsninger (eks, timebestilling, chat, oppgjør mv.), men samtidig at det tilkommer stadig nye oppgaver i form av registreringer, koding og kvalitetssikring, og ikke minst at enhetsledere har større behov for lederstøtte, enn det de har tilgang på i dag. Samtidig er det ønskelig med oppgaveglidning slik at man får utnyttet kompetanse der den trengs mest. Med bakgrunn i dette ser man ikke for seg at behovet for merkantile/kontorfaglige ansatte vil reduseres i årene som kommer.

7. Fysioterapienheten på Åsgård

Fysioterapiseksjonen ved UNN har en egen fagenhet som er lokalisert på Åsgård, og sørver pasienter tilhørende Psykisk helse- og rusklinikken, avd Nord. Per september 2022 er det tre spesialfysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse i 100% stillinger (3 årsverk), og én turnus fysioterapeut. Tjenesten undersøker, kartlegger og behandler voksne med moderate til alvorlige psykiske lidelser med kroppen som innfallsvinkel. I psykomotorisk undersøkelse og behandling søker vi informasjon om pasientens væremåter og opplevelser gjennom en kroppslig tilnærming. Undersøkelsen er en samhandlingssituasjon med fokus på å forstå pasientens ressurser og utfordringer, som grunnlag for å avklare om pasienten skal ha videre oppfølging. Hele kroppen undersøkes og inkluderes i behandling, og tilpasses pasienten.

De psykomotoriske fysioterapeutene møter hovedsakelig inneliggende pasienter, men har også en stor andel poliklinisk oppfølging. Fysioterapeutene møter pasienter fra samtlige avdelinger på Åsgård; akuttposter, døgnposter, PRE, avrusning og utredning, Restart, Rusbehandling ung og sikkerhetsposter. I tillegg deltar fysioterapeutene i tverrfaglig samarbeid om traumebehandling av flyktninger med behandlere på RVTS Nord. Turnusfysioterapeuten er tilknyttet Alderspsykiatrisk døgn, men følger også innlagte pasienter fra andre avdelinger. Fra høst 2022 vil 100% stilling tilknyttet voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) være samlokalisert og samorganisert med de andre psykomotoriske fysioterapeutene, for å styrke det fysioterapeutiske miljøet på Åsgård og bedre tilbudet om psykomotorisk fysioterapi på VPP. Det tilbys i dag individuell oppfølging som foregår på behandlingsrom, på sengeposter, i større bevegelsesrom (gymsal) og/eller på treningsrom. Det vil etter hvert bli oppstartet bevegelsesgrupper.

Veiledning:

Til enhver tid har fysioterapien på Åsgård ansvar for en turnusfysioterapeut som gjennomfører praktisk tjeneste under veiledning, opplæring og supervisjon for å få nødvendig erfaring og tilegne seg ferdigheter for selvstendig å kunne utføre forsvarlig virksomhet som fysioterapeut, jf. forskrift om praktisk tjeneste for fysioterapeuter § 1. Helsedirektoratet har overordnet ansvar for turnus tjenesten. I tillegg til turnusfysioterapeuter veileder fysioterapeutene fysioterapistudenter fra både bachelor- og masterutdanning, samt tar imot andre fysioterapeuter for hospitering.

Undervisning:

Fysioterapeutene holder undervisning for andre faggrupper og avdelinger på Åsgård, og har et pågående praktisk undervisningsopplegg i samarbeid med Rusbehandling ung for pasienter og ansatte på avdelingen. Fysioterapeutene holder undervisning på fysioterapiutdanningen på Universitetet i Tromsø i samarbeid med RVTS Nord.

Fagutvikling og forskning:

Det nære samarbeidet med behandlere på RVTS om traumebehandling og flyktninghelse er i stor grad fagutvikling og kompetanseheving. Fysioterapiavdelingen deltar også i kompetansegruppe for traumebehandling, og representerer kroppslig innfallsvinkel og bidrar med et viktig perspektiv i gruppen. Det er per i dag et pågående forskningsprosjekt om opprettelse og bruk av sanserom hvor prosjektgruppen består av fysioterapeuter ved seksjon for fysioterapi fagenhet for psykiatri, erfaringskonsulent i Psykisk helse- og rusklinikken avd Nord og forskningsleder i fagutviklingsenheten.

Spesialistløp:

Det er tre spesialfysioterapeuter med master i psykomotorisk fysioterapi som vil starte i spesialistløp i 2023. Spesialistordningen er forbundsintern i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF).

Rom og areal:

Fysioterapiavdelingen er i dag lokalisert i bygg 2. For at fysioterapeutene skal kunne utøve sin tjeneste trengs kontorplass til 8, fordelt på to kontorer med 4 terapeuter per kontor. Fysioterapeutene må ha fire behandlingsrom med plass til behandlingsbenk, utstyr og plass nok til å gjennomføre bevegelser. Fysioterapeutene trenger minst ett stort bevegelsesrom til å gjennomføre bevegelsesgrupper, eller til behandlinger som krever plass. Avdelingen bør være lokalisert i nærhet av sanserom, treningsrom, gymsal og ha tilgang på garderober. Treningsfysiolog bør i tillegg være samlokalisert med fysioterapi for å styrke fagmiljø, tettere samarbeid og for tilgang til bruk av utstyr og areal.