

Her er innspill til utviklingsplanen fra Østmarka.

**Fra planen side 5:**

«Divisjon psykisk helsevern består i dag av avd. Østmarka (akutt, langtidsposter, spesialpoliklinikker, alderspsykiatri-Øya), avd. Brøset (nasjonal, regional og lokal sikkerhetsavd.), DPS (Nidaros, Tiller og Orkdal) med ulike poliklinikker, FoU, LMS, traumeenhet, dagenhet og ulike team funksjoner (PART, AAT, ACT, ART). Mesteparten av den psykiatriske behandlingen gis ved DPS (ca. 80 %). I tillegg til voksenpsykiatri gir Psykisk helsevern tilbud til barn og ungdom ved BUP. Det er etablert en forskning og fagutviklingsavdeling ved AFFU og ved DPS avd.»

*Kommentar:*

*Det er riktig at det aller meste av den polikliniske behandlingen av psykiatriske pasienter foregår i DPS. For innleggelser er det motsatt. Nær 100 % av alle øyeblikkelig hjelp innleggelser skjer på Østmarka. Totalt har sykehusavdelingene om lag 2/3 av alle innleggelsene, hovedsakelig på Østmarka, men også i betydelig grad på alderspsykiatrisk sengepost på Øya og sikkerhetsavdelingen på Brøset.*

*Psykisk helsevern har en forsknings og fagutviklingsavdeling som er AFFU. Det finnes ingen «DPS forskningsavdeling». Alle avdelinger har i varierende grad forskning- og fagutviklingspersonell. Disse er organisert ulikt. Dels i egne seksjoner, dels ute i kliniske enheter. Ph har adaptert St. Olavs modell med lokale forskningsutvalg i hver avdeling.*

*Ph har en enhet for konsultasjonspsykiatri lokalisert til Øya. Denne er samorganisert med Alderspsykiatri og underlagt avd Østmarka.*

**Fra planen side 14:**

St. Olavs hospital har siden 2006 årlig gjennomført store omstillinger med økt aktivitet og dermed økte inntekter, uten tilsvarende kostnadsøkning. Langtidsbudsjettet for 2018 – 2023 har samme angrepsvinkel. Hovedforutsetningene i langtidsbudsjett er fortsatt vekst i aktivitet, samt lav vekst i vare- og lønnskostnader. På tross av effektiviseringer gjennom mange år skapes det ikke tilstrekkelig overskudd til å dekke investeringsbehov som sikrer drift på nåværende nivå. To planlagte investeringer er foreløpig ikke vedtatt. Ny sikkerhetsavdeling i psykisk helsevern vil koste rundt 400 millioner kroner og en ombygging av St. Olavs hospital, avdeling Orkdal, estimeres til rundt 100 millioner kr.

Senter for psykisk helse på Øya ble aktualisert juni 2017 som en del av NTNUs campusutbygging. St. Olavs hospital må selv skaffe til veie egenkapital til investeringen i et slikt senter og har bedt Helse Midt om fullmakt til å se på salg av eiendom.

Det utredes fem utvalgte områder i finansieringsmodellen for HMN. Disse regionale utredningene er finansieringsmodell for ambulanse, pasienttransport, selvadministrerte legemidler, utdanning og resultatbasert forskning.

Ut fra Norges makroøkonomiske situasjon er det liten grunn til å tro at rammene vil bli vesentlig økt i årene som kommer. Vi må derfor planlegge ut fra at vi ikke vil ha økonomi til noen vesentlig økning i antall senger enn vi har i dag eller økt bemanningen per pasient ut over dagens nivå.

*Kommentar:*

*Avsnittet underkommuniserer hva den økonomiske konsekvensen av et Senter for psykisk helse vil innebære for Psykisk helsevern. Selv med en egenandel på 50 % vil Psykisk helsevern måtte svare for kapitalkostnader av flere hundre millioner kroner. Det vil ikke være mulig å finansiere dette gjennom redusert personell på de nye sengepostene. Den gevinsten er allerede realisert i og med det nye akuttbygget på Østmarka. I tillegg vil en få økt behov for senger og poliklinisk kapasitet knyttet til*

*alderspsykiatri. En finansiering av Senter for psykisk helse krever ikke bare effektivisering, men en reell innovativ prosess både når det gjelder fag, organisering og samhandling med kommunene.*

**Fra planen side 26:**

Innen psykisk helsevern er det fortsatt et stort potensiale for økt bruk av distriktpsikiatriske sentra, ambulante team og utvikling av akuttbehandlingsfunksjonen. Pasienter som trenger innleggelse får behandling i tråd med nye modeller for autonomi, integritet, mindre bruk av tvang og enda bedre medikamentell behandling. Innen rusfeltet har man beredskapsleger på heldøgnsbasis og det er et potensiale for en enda bedre samordning med psykisk helsevern, akuttmottaket og sengeposter i de ulike klinikker. Forebyggende tiltak og informasjon i skole kan bidra til bedre livsmestring, mindre rusbruk og redusere forekomst av psykiske plager og sykdom.

*Kommentar:*

- *De distriktpsikiatriske poliklinikker har ingen kapasitet til overs. De trenger ressurstilførsel for hver eneste nye oppgave de blir pålagt.*
- *Distriktpsikiatriske sengeposter har svært lav bemanning og kan ikke ta pasienter med moderat til alvorlig psykiatrisk sykdom hvis dette innebærer krevende symptomer eller adferd.*
- *Det finnes ingen evidens for at opprettelse av Akutte ambulante team påvirker øyeblikkelig hjelp innleggelser i vesentlig grad. Det er i dag svært liten overlapp mellom den pasientpopulasjonen som henvises til akutte ambulante team og den pasientpopulasjonen som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp innleggelser som strengt tatt er unødvendige og som kunne vært stoppet av et akutt ambulante team, er et lite problem for Østmarka og affiserer mindre enn 5 % av sengekapasiteten.*
- *Ambulante rehabiliteringsteam (ACT, PART) har i dag viktige funksjoner i PH, men det finnes få, om noen kontrollerte studier av effekten av slike team. Grensesnittet mot kommunale tjenester er uklart og bør adresseres i en organisatorisk innovasjonsprosess fram mot Senter for psykisk helse.*
- *Rehabilitering av alvorlig psykiatrisk syke pasienter framstår i dag fragmentert med mange autonome nivåer og enheter. Det er et stort potensial for å bedre denne tjenesten med samorganisering og integrering på spesialisthelsetjenestnivå, og med tydeligere grenseoppgang mot kommunale tjenester.*

*At pasienter som trenger innleggelse får behandling i tråd med nye modeller for autonomi, integritet, mindre bruk av tvang og enda bedre medikamentell behandling, gjelder for alle enheter i PH, fra DPS til akuttavdeling til sikkerhetsavdeling.*

**Fra planen side 31:**

**5.16 Organisering og ledelse**

Organisasjonsstrukturen skal danne en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av sykehusets kjerneoppgaver og for god ressursutnyttelse. For St. Olavs hospital er det viktig å fungere som ett sykehus der virksomhet innenfor ulike fagområder og ved forskjellige lokasjoner framstår som en helhet.

Organiseringen må sikre nødvendig kontakt mellom fagområder og yrkesgrupper internt, og den må legge til rette for dialog og samhandling med eksterne aktører. Vi må også legge til rette organisatorisk for å sikre at pasienter med behov for samtidige/koordinerte tjenester fra flere fagområder blir ivare tatt. Spesialisthelsetjenesteloven 2-5 a,b,c, Pasient og brukerrettighetsloven, og i Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan, og koordinator beskriver organisatoriske funksjoner som kan bidra til å sikre dette både på system, og individnivå.

En mulighet er å gjøre klinikkstrukturen mer tilpasset pasientstrømmene. Dialog omkring samarbeid og funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten, kan også gi behov for nye organisatoriske løsninger.

*Kommentar:*

*En tilpasning av klinikkstrukturen til pasientstrømmene er en høyaktuell problemstilling for Psykisk helsevern, likeså samarbeid og funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.*

**Fra planen side 38:**

For Psykisk Helsevern – voksne , Psykisk Helsevern - barn og unge og Rusbehandling (TSB) gir Helsebygg sin modell samme utviklingstrekk som i somatikken, med noe redusert behov for døgnplasser og økning i kapasitetsbehov for poliklinikk og dagbehandling. Økningen i forventet behov for polikliniske tjenester er stor, og kan neppe dekkes kun ved tilgang på ekstra behandlere. Også Helsebyggs fremskrivingsrapport skisserer mulighetene som ligger i mer utadrettet virksomhet og ibruktageelse av andre behandlingsformer som ikke forutsetter oppmøte av pasient i behandlerkontor (epost,Skype,egenrapportering av symptomer med tilbakemelding fra behandler med mer). Helseplattformen vil kunne legge til rette for en slik utvikling.

En endret oppgavefordeling mot kommunehelsetjenesten og intern effektivisering vil også kunne ha direkte effekt på liggetid.

I Helsebygg sin modell er endrings- og omstillingsfaktorene for psykisk helsevern og rus mindre detaljert utviklet enn for somatikken.

*Kommentar:*

*Behovet for sengeplasser i Psykisk helsevern i framtiden er ikke godt nok utredet. Vi ser i dag en utvikling hvor det er økt pågang av alvorlig syke pasienter med stort funksjonstap, lav boevne og betydelige adferdsavvik, herunder aggressiv adferd og rusproblemer. Disse søkes inn til langtidsopphold og trenger rammer som ligger langt over det DPS kan tilby. Nytt lovverk gjør at et økt antall pasienter blir dømt til psykisk helsevern med langvarig innleggelse på grunn av brysom adferd. Det er høyst sannsynlig at behovet for sengeplasser med et høyt sikkerhetsnivå vil øke. DPS sengeposter har i dag et betydelig antall innleggelse som er brukerstyrt eller lavterskeltilbud. Dette ligger tett opp mot det kommunen kan tilby i sine KAD senger. Det er sannsynlig at behovet for dagens DPS sengeplasser vil bli mindre og erstattes med kommunale sengeplasser. Med andre ord ser utviklingen ut til å være økt behov for sengeplasser med høy sikkerhet i spesialisttjenesten og mindre behov for senger med lavt sikkerhetsnivå.*

*Økt antall eldre tilsier at man må planlegge for økt antall alderspsykiatriske senger.*

Mvh

Pål Sandvik

Avd. sjef Østmarka

St. Olavs Hospital